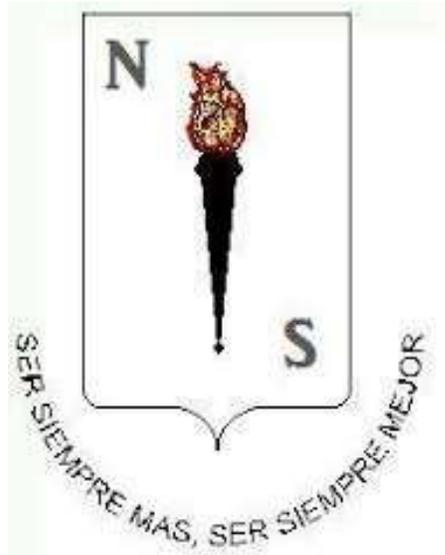


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE: 8722



TESIS:
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRASTORNO DE
LA PERSONALIDAD.

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

PRESENTA:
YATZIRE EUGENIA GIL COLOR

ASESORA DE TESIS:
LIC. EN ENF. MARÍA ELVA CORTÉS RANGEL

MORELIA MICHOACÁN 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicatoria

Este trabajo si bien ha requerido de esfuerzo y mucha dedicación, no hubiese sido posible su finalización sin la cooperación desinteresada de todas y cada una de las personas que me acompañaron en el recorrido laborioso de este trabajo y muchas de las cuales han sido un soporte muy fuerte en momentos de angustia y desesperación, primero y antes que todo, dar gracias a Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio, a mis compañeras y amigas Mariela, Zyanya, Sofía. A mis padres los cuáles han estado apoyándome desde el inicio de mi preparación hasta el final de esta, junto a mi hermana, quien ha servido como apoyo en este proceso. A mis compañeras de generación. A mis maestros, quienes me dieron el conocimiento necesario para obtener grandes logros.

Mil veces gracias.

Agradecimiento:

El trabajo realizado lo dedico con mucho cariño para mi hermana Rubi, que han sido el apoyo fundamental para lograr los objetivos propuestos, ya que con su ejemplo y amor profundo, me encaminaron a seguir con la propuesta investigativa quienes, siempre me dieron esperanzas y tuvieron fe en mí. También se la dedico a mis padres que fueron el sustento en todo momento para la realización de esta tesis, me ha permitido continuar pese a todo el obstáculo que se presentaron en el trayecto de esta investigación. A mis amigos que gracias a su apoyo moral me permitieron permanecer con empeño, dedicación y cariño, y a todos quienes contribuyeron con un granito de arena para culminar con éxito la meta propuesta.

Índice

1.	Introducción	1
2.	Vida y obra	5
2.1	Dr. David Spiegel	5
2.2	Influencias	8
2.3	Hipótesis.....	11
2.4	Justificación	12
2.5	Planteamiento del problema	12
2.6	Objetivos	12
2.6.1	Generales	12
2.6.2	Específicos	12
2.7	Método.....	13
2.7.1	Científico	13
2.7.2	Inductivo.....	13
2.7.3	Deductivo.....	13
2.7.4	Mayéutica	13
2.8	Variables	14
2.8.1	Variable dependiente	14
2.8.2	Variable independiente.....	14
2.9	Encuesta y resultados.....	15
2.10	Graficado	17
3.	Generalidades.....	23
3.1	Antecedentes.....	23
3.2	Historia	25
3.3	Trastorno de identidad disociativo versus esquizofrenia.....	27
3.4	Histeria y Personalidad Múltiple	28
3.5	Teorías sobre el trastorno	30
3.6	Panorama actual.....	32
3.7	Modelos dimensionales de rasgos individuales.....	34
3.8	Disociación y procesamiento de la información.....	36
3.9	Disociación y trauma.....	37
4.	Recomendaciones.....	40

4.1 Panorama actual.....	40
4.2 Manifestaciones clínicas.....	43
4.3 Signos de multiplicidad	44
4.4 Curso y pronóstico.....	46
4.5 Tratamiento.....	47
4.6 Características diagnósticas	48
4.7 Trastornos con los que suele confundirse el TID	51
4.8 Casos presentes	51
4.9 Factores genéticos y biológicos	54
5. Panorama	57
5.1 Problemas para manejar las emociones.....	57
5.2 Simulación	58
5.3 Trastorno de identidad disociativo en México	61
5.4 Como evitar el Trastorno de Identidad Disociativo.....	62
5.5 ¿Cuáles son sus formas comunes de manifestación?	63
5.6 ¿Qué buscar en la historia clínica?.....	65
5.7 Los enfoques terapéuticos usuales	68
5.8 Cómo organizar un plan terapéutico.....	72
5.9 El proceso terapéutico	78
6. Subtipos de trastornos de la personalidad	83
6.1 Trastorno paranoide de la personalidad	83
6.2 Trastorno esquizoide de la personalidad	85
6.3 Trastorno esquizotípico de la personalidad.....	86
6.4 Trastorno antisocial de la personalidad	88
6.5 Trastorno límite de la personalidad.....	92
6.6 Trastorno histriónico de la personalidad	94
6.7 Trastorno narcisista de la personalidad	96
6.8 Trastorno de la personalidad por evitación	98
6.9 Trastorno de la personalidad por dependencia	100
6.10 Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo	102
7. Intervenciones de salud.....	104
7.1 Primera etapa: Seguridad y contención:	104
7.2 Segunda etapa: Trabajar con el trauma.....	107

7.3 Etapa tercera: Aprender las habilidades necesarias para vivir en esta nueva situación.....	110
7.4 Peligros, dificultades y fracasos en el proceso terapéutico	114
7.5 Consideraciones sobre la familia de origen.....	124
7.6 Saboteadores internos.....	128
7.7 Saboteadores externos.....	131
7.8 Recomendaciones especiales para médicos de atención primaria y trabajadores de la salud.....	134
7.9 Ayuda.....	137
8. Intervenciones de enfermería.....	141
8.1 Primeras intervenciones.	141
8.2 Enfermería de salud mental.....	142
8.3 Valoración	144
8.4 Diagnóstico, planificación y aplicación	145
8.5 Planes de acción de las líneas estratégicas	147
8.7 Guía de actuación en el tratamiento con clozapina (leponex).....	149
8.8 Valoración de enfermería:	151
8.9 Diagnósticos, objetivos e intervenciones en pacientes con trastornos de personalidad.....	153
9. Conclusión	158
10. Bibliografía.....	162
11. Glosario.....	164

1. Introducción

Un trastorno de la personalidad altera los pensamientos, desempeño y comportamiento del individuo modificándolo y volviéndolo menos saludable de lo que otras personas son. Este tipo de personas tienen dificultades de diferente tipo destacándose más del social, al no ser capaz de interactuar de manera correcta, causando que se vuelvan un tanto agresivos o vayan desarrollando actitudes, hábitos e incluso personalidades diferentes a lo que usualmente son suyas.

Generalmente este tipo de trastornos inician desde la niñez, adolescencia. Solo pocos son los que se pueden desarrollar en la adultez o la vejez. Es difícil poder diagnosticar de manera exacta a este tipo de pacientes, debido a que las características de este tipo de trastorno como sus otras categorías que existe, varían según la persona. Incluso pueden llegar a compartir características que hacen que el médico o personal de salud diagnostiquen de manera incorrecta a dichos pacientes, inclusive llegando a confundirlo con otra patología similar.

Muchas veces estos pacientes al ser diagnosticados de manera incorrecta, suele confundirse con la esquizofrenia, la cual comparte características, signos y síntomas similares de la patología. Por lo que se debe realizar con mayor énfasis este tipo de patología.

Por ello se recomienda seguir una serie de modelos para poder obtener resultados y descartar aquellos que no sean viables para obtener un mejor resultado en cuanto diagnóstico, tratamiento, evolución y recuperación.

Otro de los elementos importantes para la posible evolución del paciente, es el tipo de cuidado que se le brinde, no solo el personal médico, sino el personal de enfermería. Además de contar con el apoyo de la familia, la cual es una ayuda fundamental, en todo el proceso de evolución del paciente.

Este tipo de trastorno se divide principalmente en 3 grupos A, B y C. El grupo A incluye los trastornos paranoides, esquizoides, esquizotípicos de la personalidad. Este tipo de pacientes tienen peculiaridades siendo excéntricos.

El grupo B incluye los trastornos antisociales, límite, histriónico y narcisista de la personalidad. Este tipo de pacientes suele ser dramático, emotivo o inestables.

El grupo C incluye los trastornos por evitación, por dependencia y obsesivo compulsivo de la personalidad. Siendo ansiosos y temerosos. Pero este tipo de pacientes suelen compartir al mismo tiempo varios de los trastornos, sin poder identificarlos en un solo grupo.

Para poder realizar un diagnóstico certero tenemos que tener en cuenta los rasgos de la personalidad, el cual son los patrones persistentes para percibir, relacionarse y pensar en su entorno. La característica principal para saber que nuestro paciente tiene dicho trastorno de personalidad es el patrón permanente de experiencia interna y comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, manifestándose en las distintas áreas: afectiva, interpersonal, control del impulso.

Este tipo de pacientes no controlan sus emociones, por lo que pueden variar dependiendo su estado consciente e inconsciente. Por ello se les debe buscar un tratamiento ideal para poder cumplir con todo y ayudarle a volver a su vida diaria, así como sobre llevar dicha enfermedad.

El Dr. David Spiegel habla sobre su teoría principal encargada en tres pilares principales: la disociación por falta de conexión entre conciencia y memoria, una conexión entre la disociación y el trauma, considerando como principal el trauma el principal factor de riesgo para desencadenar estas patologías y por último la integración de la experiencia personal, como otro de los factores que desencadene. Cada uno de nosotros vivimos diferentes vivencias que se presentan en nuestro día a día. Este tipo de vivencias crean recuerdos que se quedan en nuestro consciente e inconsciente respectivamente, algunos de los recuerdos suelen ser buenos o malos dependiendo de cómo lo lleguemos a afrontar. Cada individuo enfrenta según su personalidad y tipo de carácter, por ello no se pueden definir a ciencia cierta un patrón para conocer aquellas vivencias que dañen o se han más vulnerables para desencadenar la patología.

Los estudios realizados por el Dr. David Spiegel sugieren que este tipo de trastornos son un problema frecuente no solo hablando clínicamente, si no a nivel de la comunidad y sociedad respectivamente. Gracias a la falta de conocimiento e investigación de este tipo de

trastornos da origen a la omisión de los estudios a gran escala, pero a pesar de ello se usan otro tipo de instrumentos que ayudan a obtener datos factibles y así poder conocer más la patología, como un posible tratamiento.

Debemos tener siempre encuentra aquellas características que alteran y afectan principalmente en nuestro paciente lo que son su propia identidad, creando una nueva o modificándola, volviéndola una personalidad diferente y nueva en este aspecto. La memoria alterando las memorias que el individuo o paciente. Cambiando su propia realidad y distorsionando, incluso hasta llegar a crear memorias falsas que no han pasado. Su percepción, modificando la manera en ver las cosas y creando una muy diferente a lo que se puede llamar saludable como tal. Su propia conciencia alterando aquellos patrones que le ayuden al racionamiento y el pensamiento en general. Al alterarse estos cuatros puntos importantes en el paciente se crea una fuga disociativa, junto a un trastorno de identidad.

En el pasado se creía que tan solo el trauma podría desencadenar el problema en general, pero gracias a los avances y el conocimiento de esta patología vinieron de la mano un diagnóstico más preciso. Es cierto que el trauma original es un principal desencadenante de este tipo de procesos y se solía pasar por alto, hoy en día se identifican alteraciones en este tipo de pacientes que pueden llevar diferentes tipos de desencadenantes.

La histeria y la esquizofrenia llevan de la mano este tipo de trastornos creyéndose antes y confundiéndose con este tipo de patologías, gracias al avance médico y la historia clínica de este tipo de pacientes de los tres tipos de patologías mencionados, podemos saber y conocer con mayor exactitud sus diferentes o similitudes para poder crear e identificar por mejor seguridad y ser certeros, pero antes de que pudiéramos conocer las diferencias existían errores en el diagnóstico y en la elección de los tratamientos en numerosas ocasiones. Se sugiere conocer las condiciones biológicas y ambientales para desarrollar una experiencia disociativa.

El otro aspecto para desencadenar la patología junto al trauma es el entendido daño psíquico, principalmente relacionado con el abuso sexual y el incesto. Estos dos factores también se deben tener en cuenta cuando tratamos con este tipo de pacientes y por ello debemos analizarlos, además de tener aquello que se denomina el ojo clínico para poder diagnosticarlos de manera precisa e oportuna.

Cuando hablamos de las condiciones ambientales nos referimos a las actitudes, los propios esfuerzos del paciente en ocultar la patología, junto a otros síntomas que ayudan al mantenimiento y a la agravación de esta patología. Es importante por ello conocer a grandes rasgos el tipo de paciente como su historia de vida en sí. Cuando los pacientes son hospitalizados con éxito comenzando su tratamiento, tienden comúnmente a crear un régimen de resistencia, creando impulsos e intentos suicidas, depresión y conducta violenta. La inestabilidad y la vulnerabilidad alternados son otro de aquellos factores que desencadenan y se deben evitar a toda costa.

Por ello se creó una búsqueda de rasgos personales que explique las diferencias intra e interindividuales. Los modelos dimensionales sirven como un procedimiento estadístico para conocer como análisis factoriales. Creando un tipo de análisis estadístico reduciendo un conjunto amplio de variables con pocos factores o variables latentes, descubriendo mecanismos los cuales generan datos y hacen predicciones a los datos no observados generando en el mismo sistema. Gracias a este procedimiento, se puede crear un orden a partir de factores, facetas, derivando a su vez conductas, cogniciones, afectos, funcionamiento interpersonal, regulación de la impulsividad, entre otros.

Lo principal en este tipo de modelos es relacionar los factores entre ellos y ordenar con grado de importancia para dar un sentido y una interpretación precisa. Organiza la conducta, cogniciones, afectos, funcionamiento interpersonal, de modo más comprensivo, además de permitir su estudio empírico. Estos modelos tienen la ventaja de permitir comprender la gran cantidad de información y la capacidad humana reconociendo patrones a partir de la información antes seleccionada.

Actualmente gracias a este tipo de modelos podemos entender que el trauma se produce como defensa durante un suceso traumático, los pacientes intentan conseguir consuelo y ayuda desencadenando este principal factor creando una distracción perceptiva. Con este tipo de factores los investigadores lograron descubrir otro aspecto importante en los pacientes como lo son la insensibilidad, el cual es un predictor de sintomatología posterior a un trastorno.

2. Vida y obra

2.1 Dr. David Spiegel

El Dr. David Spiegel es Profesor Willson y Presidente Asociado de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento, Director del Centro de Estrés y Salud, y Director Médico del Centro de Medicina Integrativa de la Facultad de Medicina de la Universidad de Stanford, donde ha sido miembro de la academia. facultad desde 1975, y fue presidente del Senado de la Facultad de la Universidad de Stanford desde 2010-2011.

El Dr. Spiegel tiene más de 40 años de experiencia clínica y de investigación en el estudio de la psico oncología, el estrés y la salud, el control del dolor, la psico neuro endocrinología, el sueño, la hipnosis y la realización de ensayos clínicos aleatorios que involucran psicoterapia para pacientes con cáncer. Ha publicado trece libros, 404 artículos de revistas científicas y 170 capítulos de libros sobre hipnosis, oncología psicosocial, fisiología del estrés, trauma y psicoterapia. Su investigación ha sido apoyada por el Instituto Nacional de Salud Mental, el Instituto Nacional del Cáncer, el Instituto Nacional sobre el Envejecimiento, el Centro Nacional de Salud Complementaria e Integrativa, la Fundación John D. y Catherine T. MacArthur, el Instituto Fetzer, el Dana Fundación para las Ciencias del Cerebro, y la Fundación Nathan S. Cummings. Fue miembro de los grupos de trabajo sobre trastornos relacionados con el estrés y el trauma para las ediciones DSM-IV y DSM-5 del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría. Es ex presidente del Colegio Americano de Psiquiatras y de la Sociedad de Hipnosis Clínica y Experimental, y es miembro de la Academia Nacional de Medicina. Fue invitado a hablar en el Foro Económico Mundial en Davos el pasado enero. el Instituto Nacional del Cáncer, el Instituto Nacional sobre el Envejecimiento, el Centro Nacional de Salud Complementaria e Integrativa, la Fundación John D. y Catherine T. MacArthur, el Instituto Fetzer, la Fundación Dana para Ciencias del Cerebro y la Fundación Nathan S. Cummings. Fue miembro de los grupos de trabajo sobre trastornos relacionados con el estrés y el trauma para las ediciones DSM-IV y DSM-5 del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría. Es ex presidente del Colegio Americano de Psiquiatras y de la Sociedad de Hipnosis Clínica y Experimental, y es miembro de la Academia Nacional de Medicina. Fue invitado a hablar en el Foro Económico Mundial en Davos el pasado enero. el Instituto Nacional del Cáncer, el Instituto Nacional sobre el Envejecimiento, el Centro

Nacional de Salud Complementaria e Integrativa, la Fundación John D. y Catherine T. MacArthur, el Instituto Fetzer, la Fundación Dana para Ciencias del Cerebro y la Fundación Nathan S. Cummings. Fue miembro de los grupos de trabajo sobre trastornos relacionados con el estrés y el trauma para las ediciones DSM-IV y DSM-5 del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría.

Es ex presidente del Colegio Americano de Psiquiatras y de la Sociedad de Hipnosis Clínica y Experimental, y es miembro de la Academia Nacional de Medicina. Fue invitado a hablar en el Foro Económico Mundial en Davos el pasado enero. la Fundación John D. y Catherine T. MacArthur, el Instituto Fetzer, la Fundación Dana para las Ciencias del Cerebro y la Fundación Nathan S. Cummings. Fue miembro de los grupos de trabajo sobre trastornos relacionados con el estrés y el trauma para las ediciones DSM-IV y DSM-5 del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría.

Es ex presidente del Colegio Americano de Psiquiatras y de la Sociedad de Hipnosis Clínica y Experimental, y es miembro de la Academia Nacional de Medicina. Fue invitado a hablar en el Foro Económico Mundial en Davos el pasado enero. la Fundación John D. y Catherine T. MacArthur, el Instituto Fetzer, la Fundación Dana para las Ciencias del Cerebro y la Fundación Nathan S. Cummings.

Fue miembro de los grupos de trabajo sobre trastornos relacionados con el estrés y el trauma para las ediciones DSM-IV y DSM-5 del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría. Es ex presidente del Colegio Americano de Psiquiatras y de la Sociedad de Hipnosis Clínica y Experimental, y es miembro de la Academia Nacional de Medicina. Fue invitado a hablar en el Foro Económico Mundial en Davos el pasado enero.

Fue miembro de los grupos de trabajo sobre trastornos relacionados con el estrés y el trauma para las ediciones DSM-IV y DSM-5 del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría.

Es ex presidente del Colegio Americano de Psiquiatras y de la Sociedad de Hipnosis Clínica y Experimental, y es miembro de la Academia Nacional de Medicina. Fue invitado a hablar en el Foro Económico Mundial en Davos el pasado enero. Fue miembro de los grupos de

trabajo sobre trastornos relacionados con el estrés y el trauma para las ediciones DSM-IV y DSM-5 del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría.

Es ex presidente del Colegio Americano de Psiquiatras y de la Sociedad de Hipnosis Clínica y Experimental, y es miembro de la Academia Nacional de Medicina. Fue invitado a hablar en el Foro Económico Mundial en Davos el pasado enero.

- Recreando el abuso en el pasado - Identificación con el agresor y la revictimización sexual REVISTA DE TRAUMA Y DISOCIACIÓN
Lahav, Y., Talmon, A., Ginzburg, K., Spiegel, D.
- Estimación cuantitativa de las pruebas sensoriales (QST) de la sensibilidad térmica cutánea regional durante el estado de vigilia, la hipnosis neutra y las sugerencias específicas de temperatura. La revista internacional de hipnosis clínica y experimental
Conversa, G., Facco, E., Leoni, ML, Buonocore, M., Bagnasco, R., Angelini, L., Demartini, L., Spiegel, D.; 67 (3) : 364–81
- El cronotipo matutino es un factor protector contra los sofocos inducidos por la quimioterapia en mujeres premenopáusicas con cáncer de mama. Atención de apoyo en cáncer: revista oficial de la Asociación Multinacional de Atención de Apoyo en Cáncer
Son, K., Jung, D., Lee, K., Hwang, H., Lee, J., Kim, T., Im, S. , Lee, K., Spiegel, D., Hahm, B.2019
- El subtipo disociativo de la entrevista de TEPT (DSP-I): desarrollo y propiedades psicométricas. Journal of trauma & dissociation: el diario oficial de la Sociedad Internacional para el Estudio de la Disociación (ISSD)
Eidhof, MB, Ter Heide, FJ, van Der Aa, N., Schreckenbach, M., Schmidt, U., Brand, BL , Lanius, RA, Loewenstein, RJ, Spiegel, D., Vermetten, E.2019 : 1–18
- BIOMARKERS PROTEÓMICOS DEL TIEMPO CIRCADIANO Ambati, A., Lin, L., Zitting, K., Duffy, JF, Zeitzer, J., Spiegel, D., Czeisler, CA, Mignot, E.Oxford Univ Press Inc. 2019Más
- Recreación de abusos pasados: identificación con el agresor y revictimización sexual. Journal of trauma & dissociation: el diario oficial de la Sociedad Internacional para el

Estudio de la Disociación (ISSD) Lahav, Y., Talmon, A., Ginzburg, K., Spiegel, D. 2019 : 1–14 Más

- Crecimiento postraumático, disociación y revictimización sexual en mujeres sobrevivientes de abuso sexual infantil. Maltrato infantil Lahav, Y., Ginzburg, K., Spiegel, D. 2019 : 1077559519856102

2.2 Influencias

En 1990 Spiegel define disociación como separación de los contenidos que en situación normal estarían integrados. Su teoría se basa en tres pilares fundamentales:

- La disociación implica falta de conexión entre las partes de la conciencia o de la memoria.
- Hay una conexión entre disociación y trauma, siendo el trauma el factor principal de estos fenómenos.
- Es la integración de la experiencia personal.

Sea como fuere, los datos epidemiológicos internacionales obtenidos a comienzos del siglo XXI parecían señalar un infra diagnóstico de los trastornos disociativos en general que, contrariamente a lo que se ha venido defendiendo durante décadas, mostraba que esta clase de problemas eran mucho más habituales en entornos clínicos de lo que se solía suponer en un principio, lo cual motivó una revisión de los criterios psico diagnósticos para esta clase de trastornos de cara a la elaboración del DSM-5:

Globalmente, estudios independientes de diversos países demuestran claramente que los trastornos disociativos constituyen un problema de salud mental frecuente no sólo en la práctica clínica, sino también en la comunidad.

La falta de secciones sobre el trastorno disociativo en los instrumentos de cribado psiquiátrico general empleados habitualmente ha dado lugar a la omisión de los trastornos disociativos en los estudios epidemiológicos a gran escala. Aunque los estudios que utilizan instrumentos específicos han empezado a corregir esta percepción, la inclusión de los trastornos disociativos en los estudios de cribado de la psiquiatría general ayudará a obtener información detallada sobre los temas de comorbilidad.

Las diferencias entre las tasas obtenidas en diversas situaciones pueden estar relacionadas con diferencias en la conducta de búsqueda de tratamiento y en los sistemas de administración de la salud mental. En particular, la prevalencia relativamente elevada del TDNE (trastorno disociativo no especificado), tanto en situaciones clínicas como en la comunidad, indica la necesidad de una revisión exhaustiva de la sección de los trastornos disociativos del DSM-IV.

El trastorno de identidad disociativo (TID), popularmente conocido como “trastorno de personalidad múltiple”, parece infrecuente en entornos clínico pero sin embargo es muy popular entre el vulgo gracias al concurso de la literatura y el cine. Está definido en las principales clasificaciones diagnósticas (CIE-10, DSM-5) como la alteración de las funciones integradoras de la conciencia, memoria e identidad. Parece iniciarse en la infancia para manifestarse unos años más adelante, diagnosticándose más en mujeres que en hombres. Las últimas posiciones teóricas en cuanto a este trastorno lo relacionan con el trauma, la sugestionabilidad y el trastorno de estrés postraumático.

El concepto de “trauma” no es equivalente al de “suceso o vivencia nociva” como habitualmente se hace ver o se entiende. Para este autor sería un proceso sociopsicológico complejo, que englobaría componentes objetivos y subjetivos. En este sentido el “trauma psíquico” sería, por un lado, la pérdida por parte del sujeto de la cohesión de su mundo interno, de la cohesión de la realidad externa y, por otro lado, la desconexión entre ellas. De tal manera, el trauma crea una pérdida de la armonía psíquica en un momento específico de la vida de la persona y desde allí se proyecta hacia su futuro, entendiendo de esta forma el trauma y la disociación como una escisión o ruptura de los procesos mentales, de modo que ambos conceptos quedan íntimamente ligados.

En su momento, el DSM IV-TR indicaba los siguientes criterios para el diagnóstico del TID:

- Presencia de dos o más identidades o estados de personalidad (cada una con un patrón propio y relativamente persistentes de percepción, interacción y concepción del entorno y de sí mismo).
- Al menos dos de estas identidades, o estados de personalidad, controlan de forma recurrente el comportamiento del individuo.

- Incapacidad para recordar información personal importante, demasiado amplia como para ser explicada por el olvido ordinario.
- El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos del consumo de sustancias o a una enfermedad médica.

No obstante, la nueva clasificación establecida por el DSM-5, revisada desde los criterios epidemiológicos a los que anteriormente se aludió, señala que los criterios para el diagnóstico del TID son:

- Perturbación de la identidad que se caracteriza por dos o más estados de la personalidad bien definidos y que se puede describir en algunas culturas como una “experiencia de posesión”. La perturbación de la identidad implica una discontinuidad importante del sentido del yo y del sentido de entidad, acompañado de alteraciones relacionadas del afecto, el comportamiento, la conciencia, la memoria, la percepción, el conocimiento y/o el funcionamiento sensitivo-motor. Estos signos y síntomas pueden ser observados por otras personas o bien comunicados por el individuo.
- Lapsos recurrentes en la memoria de acontecimientos cotidianos, información personal importante y/o sucesos traumáticos que son demasiado amplios como para ser compatibles con el olvido ordinario.
- Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento del sujeto.
- La alteración no es una parte normal de una práctica cultural o religiosa ampliamente aceptada. Se anota que en los niños los síntomas no deben confundirse con la presencia de “amigos imaginarios” u otros juegos de fantasía.
- Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos del consumo de sustancias (así por ejemplo los episodios de laguna mental o comportamiento caótico durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (como por ejemplo la epilepsia parcial compleja).

Según la CIE-10, el TID se engloba dentro del epígrafe destinado a los trastornos disociativos o de conversión (F44) y se define como un trastorno “raro” sobre el que no hay acuerdo en cuanto a hasta qué punto es iatrogénico o propio de una cultura específica. Se trata de un apunte lógico, teniendo en cuenta que en el momento en el que esta guía se

publicó existía un criterio muy diferente con respecto al impacto epidemiológico de los trastornos disociativos y, además, el TID se había hecho muy popular en los medios de comunicación a la par que pesaba sobre él una fuerte sospecha de sobrediagnóstico. El hecho esencial en este caso es la existencia aparente de dos o más personalidades distintas en el mismo individuo y que cada vez se manifiesta sólo una de ellas. Cada personalidad es completa, con sus propios recuerdos, comportamiento y preferencias, que pueden ser muy diferentes a los de la personalidad premórbida única.

En la forma común de dos personalidades, una personalidad domina sobre la otra, pero nunca tienen acceso a sus recuerdos respectivos y, casi siempre, cada una ignora la existencia de la otra. Los cambios o pasos de una personalidad a la otra en la primera ocasión son súbitos y están estrechamente relacionados con acontecimientos traumáticos. Los cambios siguientes se limitan a menudo a acontecimientos dramáticos o estresantes o bien se presentan durante las sesiones con un terapeuta que utiliza relajación, hipnosis o procedimientos de abre acción. Ocurre, sin embargo, que la evaluación y el diagnóstico del TID han ido evolucionando a lo largo del tiempo, por cuanto se ha comprendido que no es imprescindible que una personalidad anule o suplante por completo a la otra. Puede tratarse o bien de una mera confusión de la propia identidad, incluyendo el género, como de la alteración del estado de la identidad o de un cambio definido de la identidad en algún sentido específico y concreto. En este caso el sujeto afectado por el TID puede asumir un rol, un nombre, una personalidad o una conducta diferente a la habitual. A tal respecto, en referencia a un caso específico, explica:

En estos casos es posible compartir memorias o pautas de conducta diferentes, pudiendo una de estas personalidades tomar el control absoluto de la persona, con transiciones más o menos repentinas, en ocasiones conscientes o no con las otras personalidades, e incluso dar resultados diferentes con los tests, lo que erróneamente se interpretó como simulación.

2.3 Hipótesis

Es necesario que el personal de enfermería conozca este tipo de trastornos, sus conceptos básicos, como aquellas actividades que puedan realizar para el cuidado de dichos pacientes, cuales son los síntomas de dichos trastornos.

Conocer la problemática de dicho trastorno y como poder identificar correctamente el trastorno, al conocerse que este problema comúnmente es confundido con la esquizofrenia.

2.4 Justificación

Este trastorno no tiene una cura, no obstante, si existen maneras de poder controlar cada personalidad existente, por lo tanto, con nuestro proyecto de investigación brindaremos esas posibles formas mediante las cuales el paciente logre incorporarse lo mejor posible a la sociedad, asimismo, proporcionar a las personas de su entorno maneras con las que puede demostrarle al paciente que está siendo aceptado y no es discriminado.

2.5 Planteamiento del problema

El trastorno de personalidad es un problema poco frente visto en caso un tanto improbables. Este trastornó afecta a las personas sin indicio alguno, la persona afectada con este problema no está consiente de todo lo que hace o hable debido a que se encuentra bajo control de la otra personalidad provocando que no tenga recuerdos vivos de las acciones que realice en el momento que se activa este trastornó.

Se prende con esta investigación conocer más sobre esta problemática, como la historia y los conceptos básicos que puedan ayudar a un mejor cuidado con los pacientes afectados, tenemos que tener en cuenta que este problema siempre es mal diagnosticado y muchas veces es confundido con otra patología, es por ello que necesitamos conocer las características que le define y identifique, como diferencie de otro tipo de patologías posibles para un mejor diagnóstico.

2.6 Objetivos

2.6.1 Generales

Conocer cómo entender las causas que activen este trastornó, conocer las causas principales y secundarías que lleven a que aparezca, así como los síntomas y características que nos den a conocer que se trata de dicho trastorno, los posibles tratamientos que existan para atender el problema, como los cuidados necesarios a este tipo de pacientes que ayuden a una pronta recuperación y que sea oportuna.

2.6.2Específicos

- Conocer las causas de dicho trastorno
- Características que destaquen e identifiquen a dicho trastorno que le diferencie de otros.

- Cuidados de enfermería para dichos pacientes.
- Historia general del trastorno
- Elementos importantes para tratar al padecimiento, como posibles actividades.

2.7 Método

Los métodos son herramientas de recolección de datos, que permiten formular y responder interrogantes surgidas del problema inicial, llegando a una conclusión por medio de análisis, sistemático, teórico, aplicándolo para a algún campo de estudio. Se localiza una problemática permitiendo la recolección de los datos más importantes para la elaboración de la hipótesis, para posteriormente respaldar y comprobarla.

2.7.1 Científico

Proceso dirigido a explicar fenómenos, establecer relaciones entre los hechos y explicar los fenómenos físicos, permitiendo obtener nuevo conocimiento, aplicaciones útiles para el hombre.

Este método para obtener una buena investigación basándose en los procedimientos para establecer las principales causas y consecuencias, sobre el trastorno de la personalidad. Así como un posible tratamiento para dicha patología.

2.7.2 Inductivo

Es el proceso para obtener las conclusiones partiendo de la problemática que se encuentra, utilizando la investigación, iniciando desde lo particular a lo general basándose en observaciones, estudios y casos previos.

2.7.3 Deductivo

Es aquella metodología de pensamiento o razonamiento que toma de las conclusiones lógicas o válidas parte de conjunto proposiciones y propuestas. Partiendo y dirigiéndose de lo general a lo específico.

Aplicando este método obtendrá un carácter profundo y ordenado a la investigación a realizar, estableciendo ideas específicas, así como una conclusión formal tomando en cuenta aspectos que forma el problema a estudiar.

2.7.4 Mayéutica

Método filosófico de investigación, propuesto por Sócrates. Consiste en realizar preguntas a personal determinado hasta descubrir conceptos latentes u ocultos en su mente.

La técnica mayéutica reconoce la verdad, la cual se encuentra oculta en la mente de cada persona. Éste método reside en el razonamiento que se adquiere al ser capaz de forma independiente a las conclusiones ya planteadas, otorgando una visión complementaria, como dar oportunidad de desarrollar planes para la resolución del problema planteado.

2.8 Variables

Las variables constituyen el concepto importante dentro de un proyecto o investigación. Estos son los conceptos que forman elementos de un tipo particular dentro de la hipótesis. El problema al que se ve evaluado, su capacidad para influir o afectar las variables mismas.

2.8.1 Variable dependiente

Obtener los signos y síntomas, así como las posibles causas del trastorno de la personalidad.

2.8.2 Variable independiente

Elaboración de un tratamiento adecuado, seguro y eficaz para dicha patología, así como ayudarle a volver a su rutina diaria, junto con su entorno y familia. Evitando que recaiga o vuelva a un estado crítico.

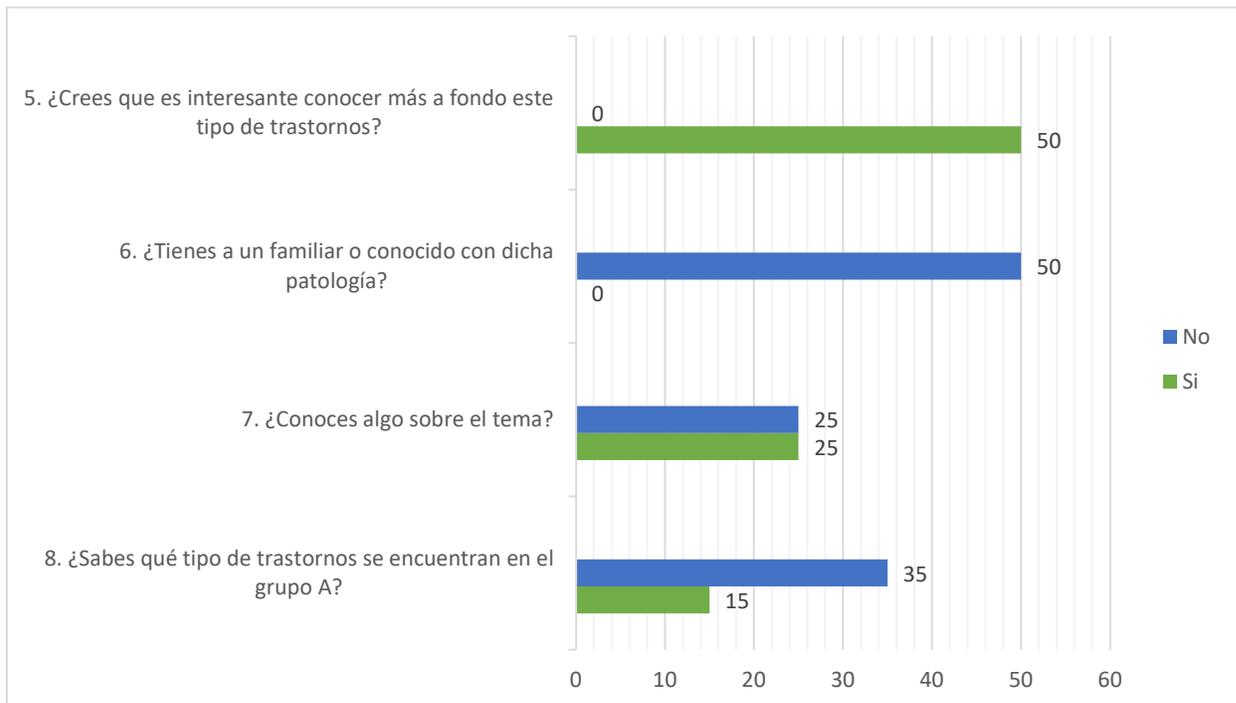
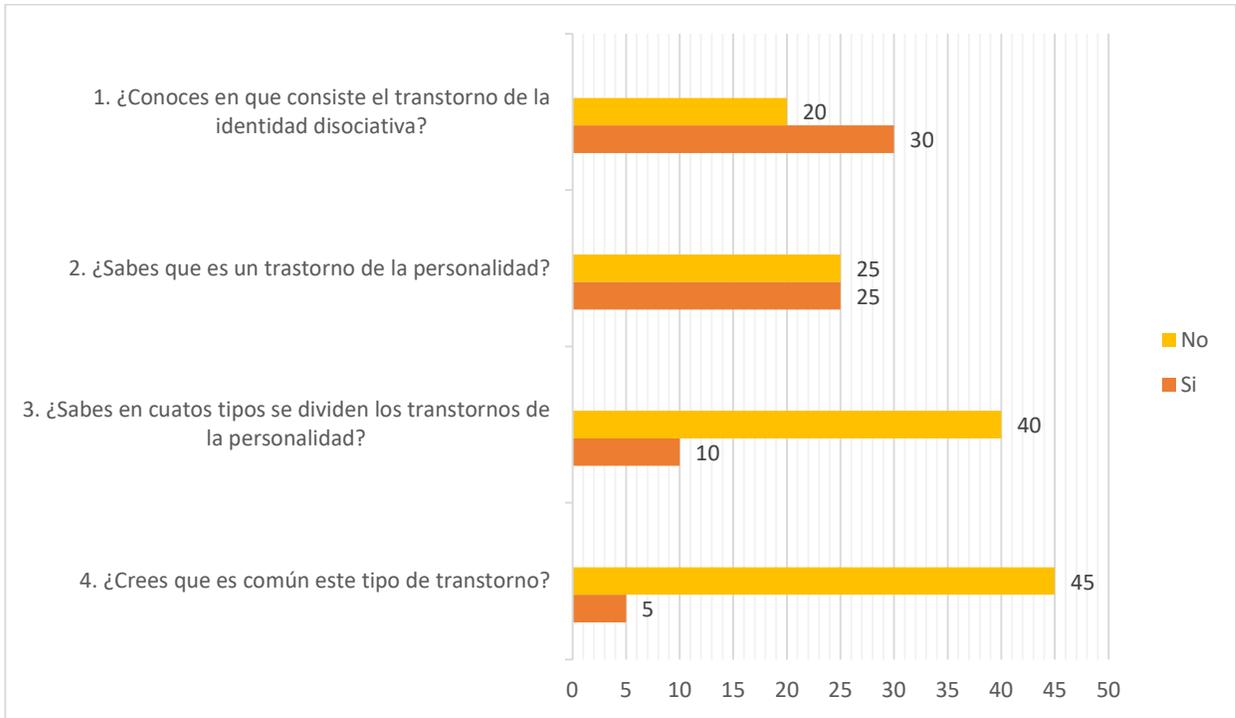
2.9 Encuesta y resultados

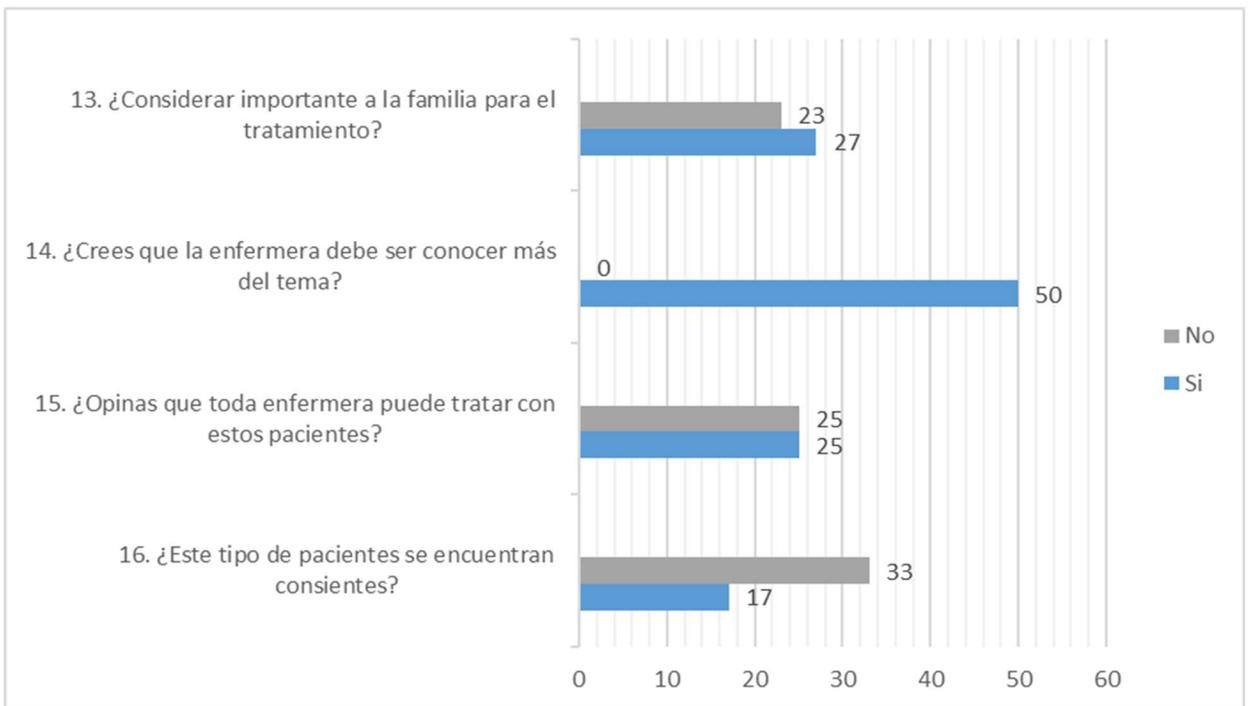
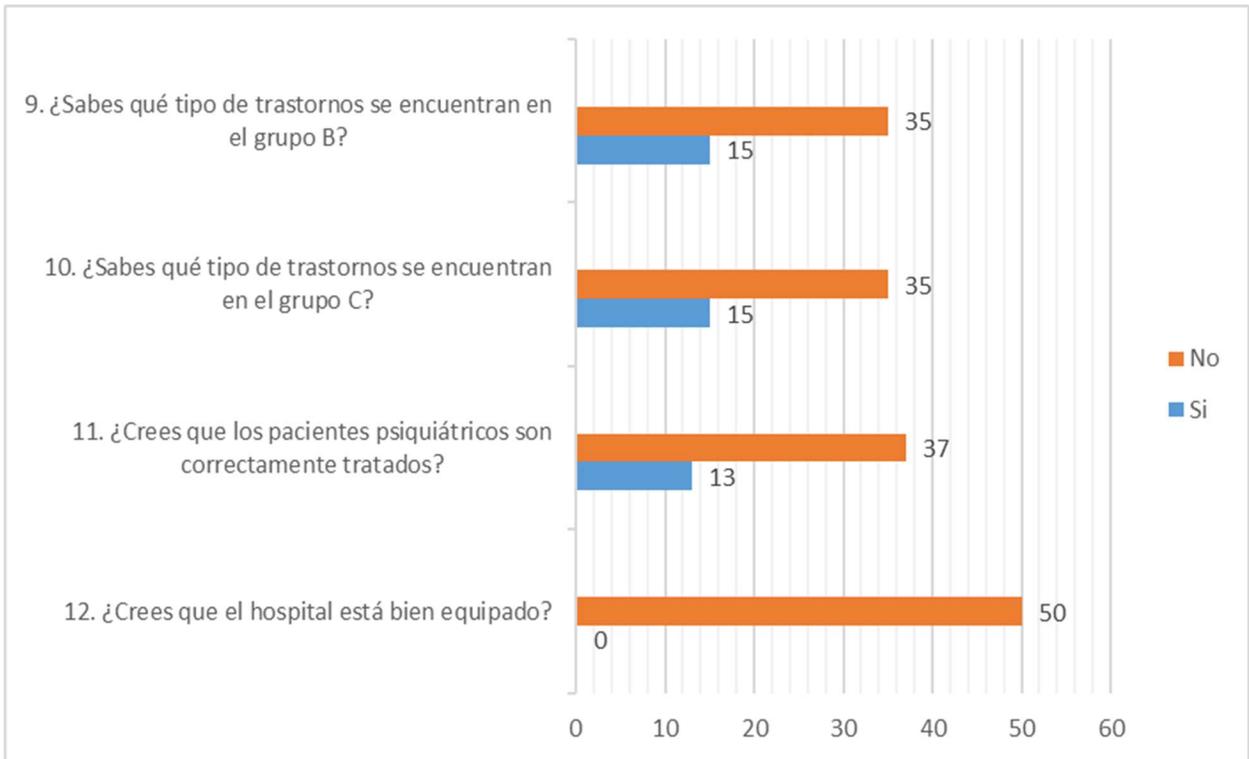
Pregunta	Si	No
1. ¿Conoces en que consiste el trastornó de la identidad disociativa?	30%	20%
2. ¿Sabes que es un trastornó de la personalidad?	25%	25%
3. ¿Sabes en cuantos tipos se dividen los trastornos de la personalidad?	10%	40%
4. ¿Crees que es común este tipo de trastornos?	5%	45%
5. ¿Crees que es interesante conocer más a fondo este tipo de trastornos?	50%	0%
6. ¿Tienes a un familiar o conocido con dicha patología?	0%	50%
7. ¿Conoces algo sobre el tema?	25%	25%
8. ¿Sabes qué tipo de trastornos se encuentran en el grupo A?	15%	35%
9. ¿Sabes qué tipo de trastornos se encuentran en el grupo B?	15%	35%
10. ¿Sabes qué tipo de trastornos se encuentran en el grupo C?	15%	35%
11. ¿Crees que los pacientes psiquiátricos son correctamente tratados?	13%	37%
12. ¿Crees que el hospital está bien equipado?	0%	50%
13. ¿Considerar importante a la familia para el tratamiento?	27%	23%
14. ¿Crees que la enfermera debe ser conocer más del tema?	50%	0%
15. ¿Opinas que toda enfermera puede tratar con estos pacientes?	25%	25%
16. ¿Este tipo de pacientes se encuentran consientes?	17%	33%
17. ¿Este tipo de pacientes siguen su tratamiento?	14%	36%
18. ¿Crees que es fácil diagnosticar este trastornó?	10%	40%
19. ¿Crees que los pacientes pueden sociabilizar de manera normal?	25%	25%
20. ¿Debemos tratar diferente a este tipo de pacientes?	42%	8%
21. ¿Crees que necesiten otro tipo de cuidados especializados?	45%	5%
22. ¿Te interesaría asistir a cursos para poder conocer más del tema?	49%	1%
23. ¿Crees que esta patología tiene que ver con el tema espiritual?	5%	45%
24. ¿Todos podemos tener dicho trastorno?	6%	44%
25. Considera usted, importante conocer el tipo de familia que tiene el paciente	12%	38%
26. ¿Crees que se pueda evitar este trastornó?	2%	48%

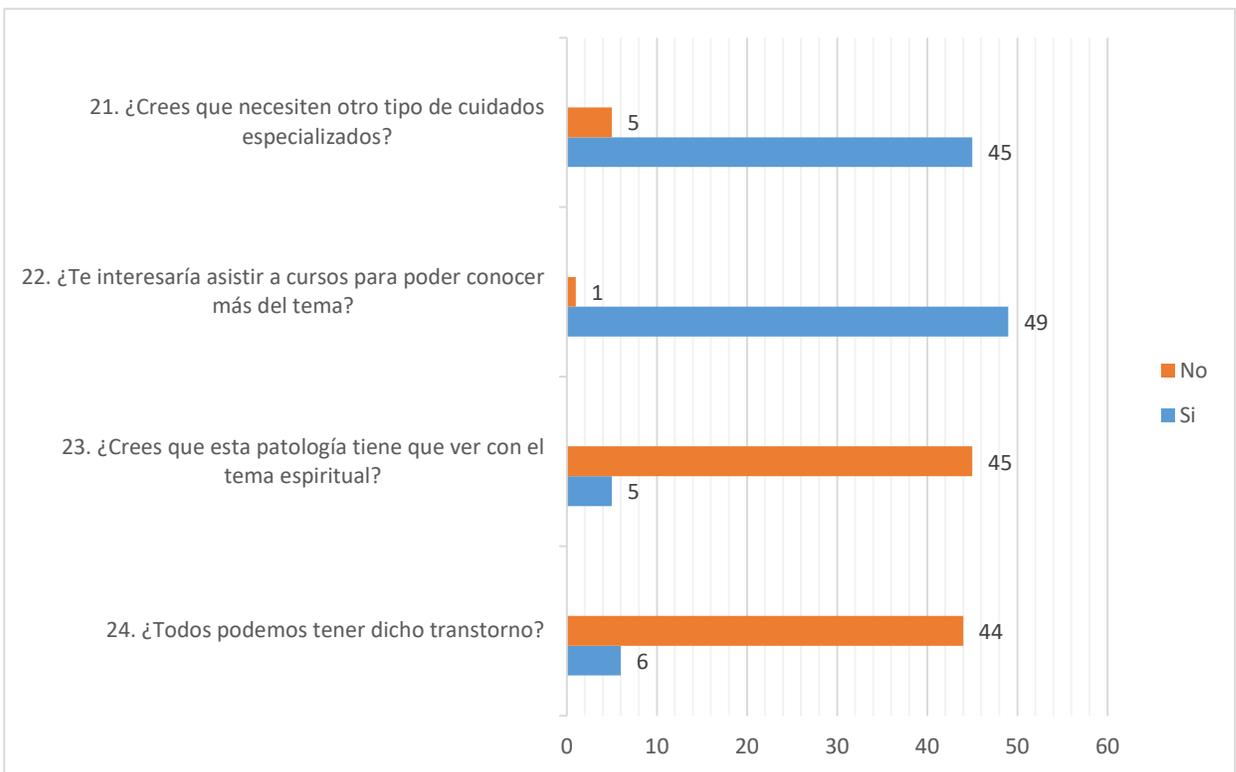
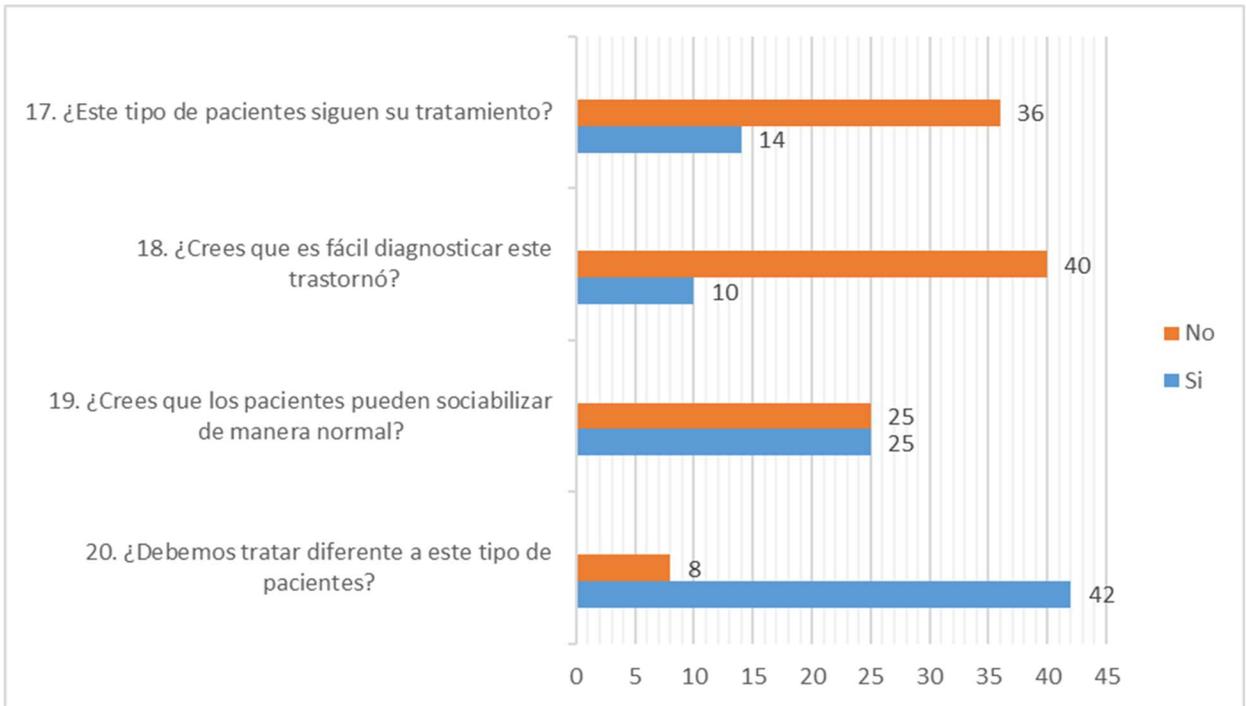
27. ¿Crees que es importante saber si sufrió maltrato físico, sexual o emocional?	50%	0%
28. ¿Es importante conocer el entorno cotidiano del paciente?	46%	4%
29. ¿Es común que este tipo de pacientes presenten amnesia?	30%	20%
30. El doctor y la enfermera deben trabajar en conjunto por la salud del paciente	50%	0%
31. La enfermera no solo debe relacionarse con el paciente, si no con la familia.	43%	7%
32. ¿Considera este tipo de pacientes son más propensos a auto mutilarse, abuso de sustancias?	50%	0%
33. ¿Cree que este tipo de pacientes son peligrosos?	35%	15%
34. ¿Usted ha pensado en tratar con este tipo de pacientes?	29%	21%
35. ¿Cree que es capaz de brindar cuidados a este tipo de pacientes?	19%	31%
36. ¿Cree que pueda reconocer a simple vista a este tipo de pacientes?	0%	50%
37. ¿Cree importante conocer lo que piensa y siente el paciente?	50%	0%
38. ¿Opina que es fácil diagnosticar a este tipo de pacientes?	45%	5%
39. ¿Es poco frecuente este trastorno?	50%	0%
40. ¿Le teme a este tipo de pacientes?	40%	10%
41. ¿Considera este tema común en su área laboral?	25%	25%
42. ¿Cree que estos pacientes no puedan recuperarse?	24%	26%
43. ¿Considera correcto el tratamiento de estos pacientes?	45%	5%
44. ¿Cree que todos los pacientes psiquiátricos son agresivos?	25%	25%
45. ¿Considera que el país se encuentra bien informado del tema?	45%	5%
46. ¿Conoce algún tratamiento efectivo para este tipo de pacientes?	0%	50%
47. ¿Cree que esto afecte a la familia del paciente?	44%	6%
48. ¿Cree que estos pacientes son altamente sugestionables?	45%	5%
49. ¿Considera común esta patología?	0%	50%
50. ¿La enfermera debe estar consciente y seguir la guía de práctica clínica?	50%	0%

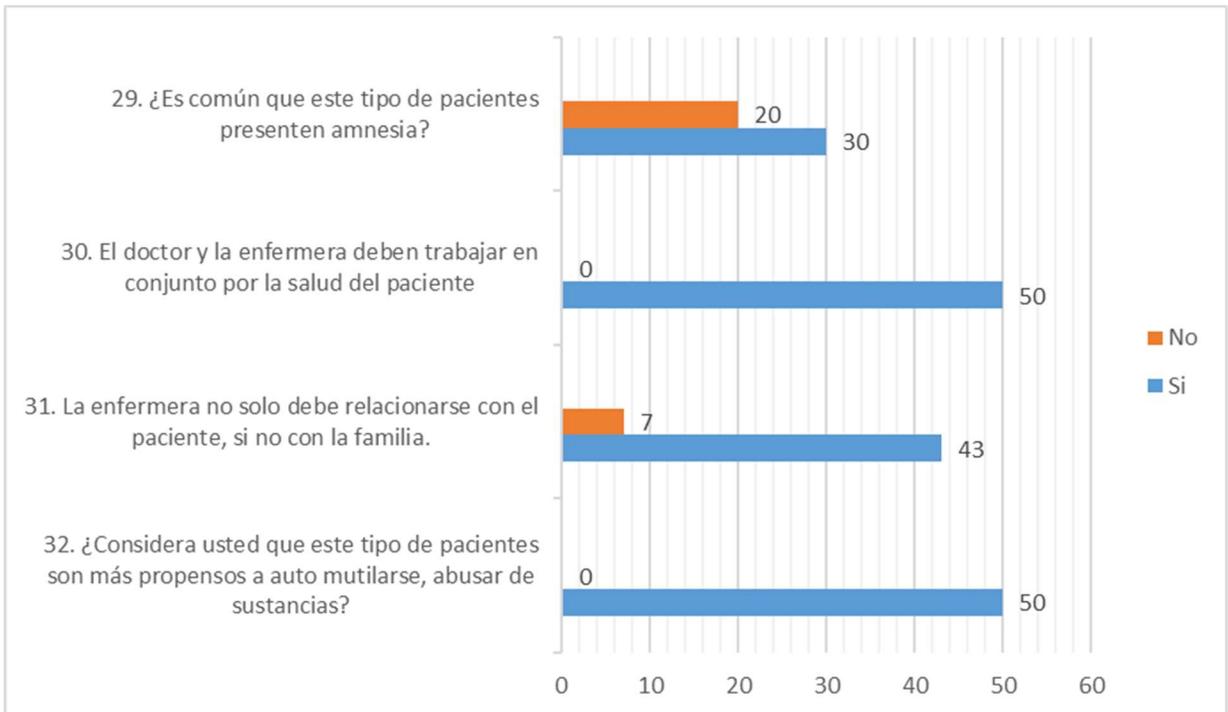
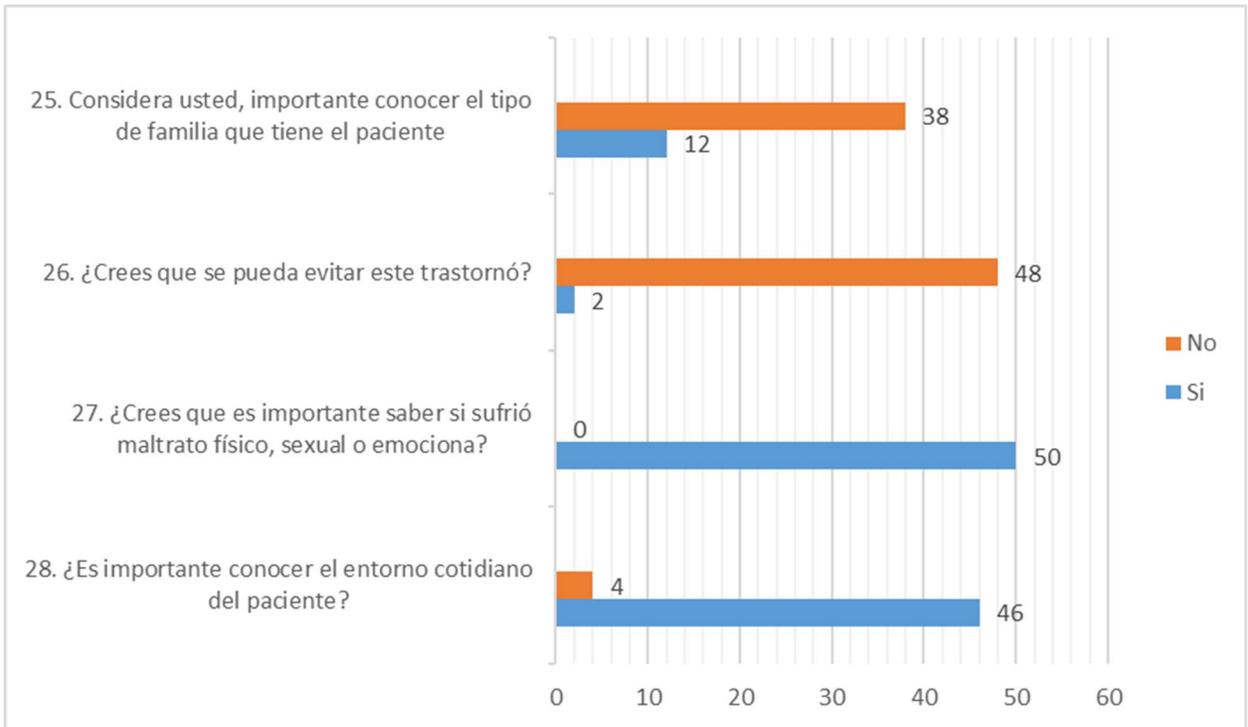
2.10 Graficado

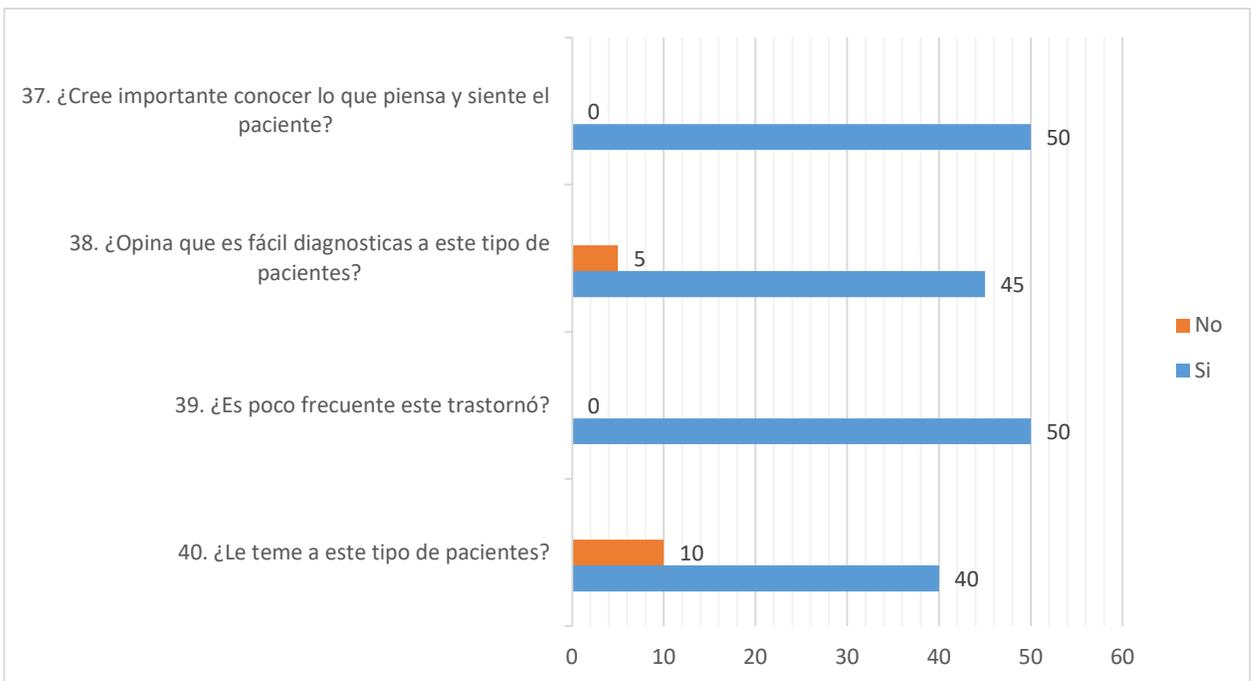
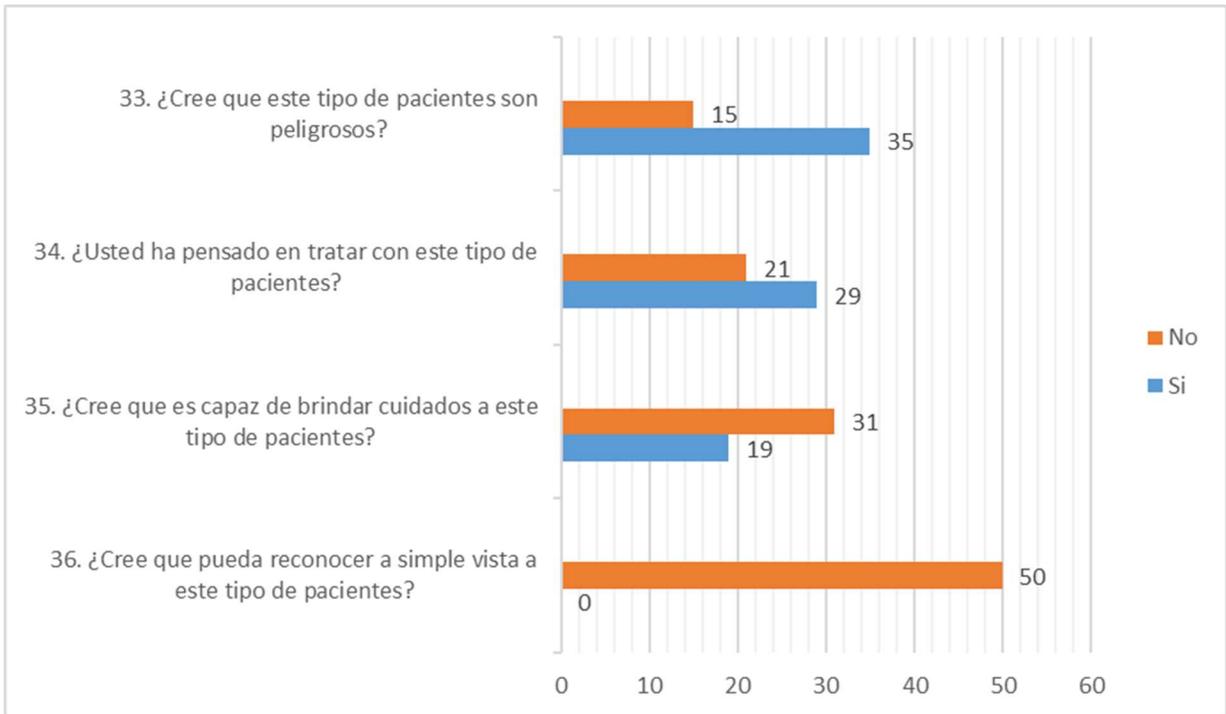
Esta encuesta estuvo dirigida al personal médico, como lo son enfermería y médicos. De ahí se hicieron las respectivas preguntas planteadas.

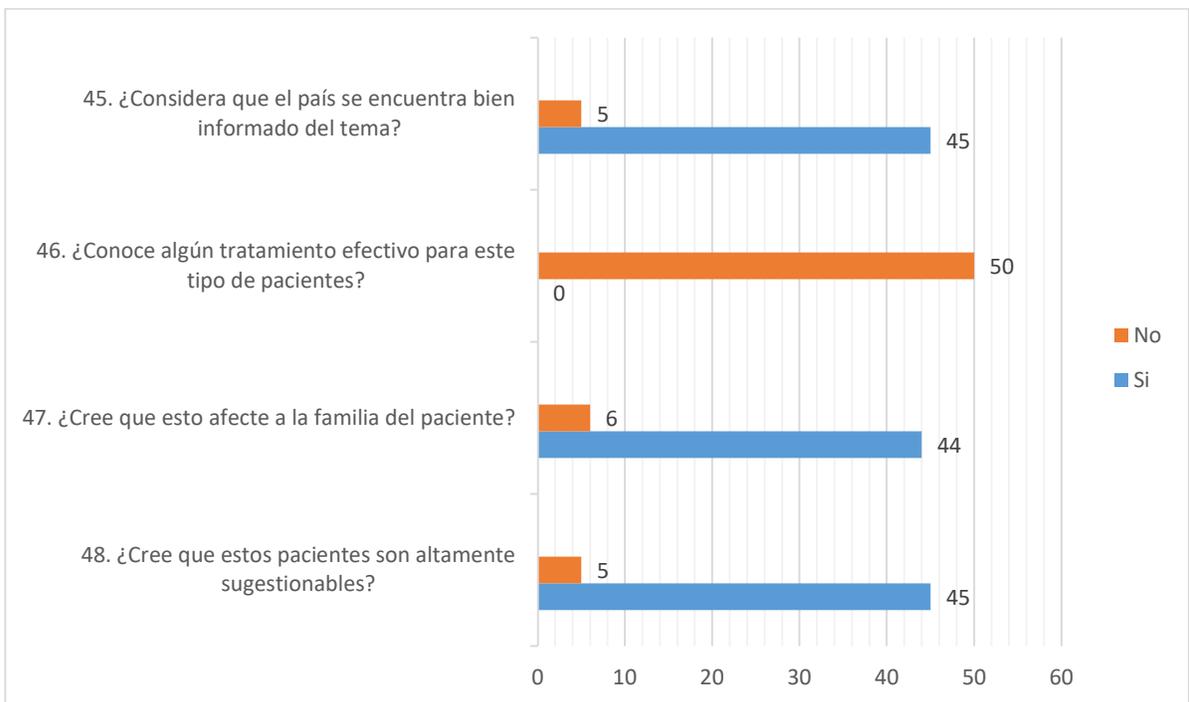
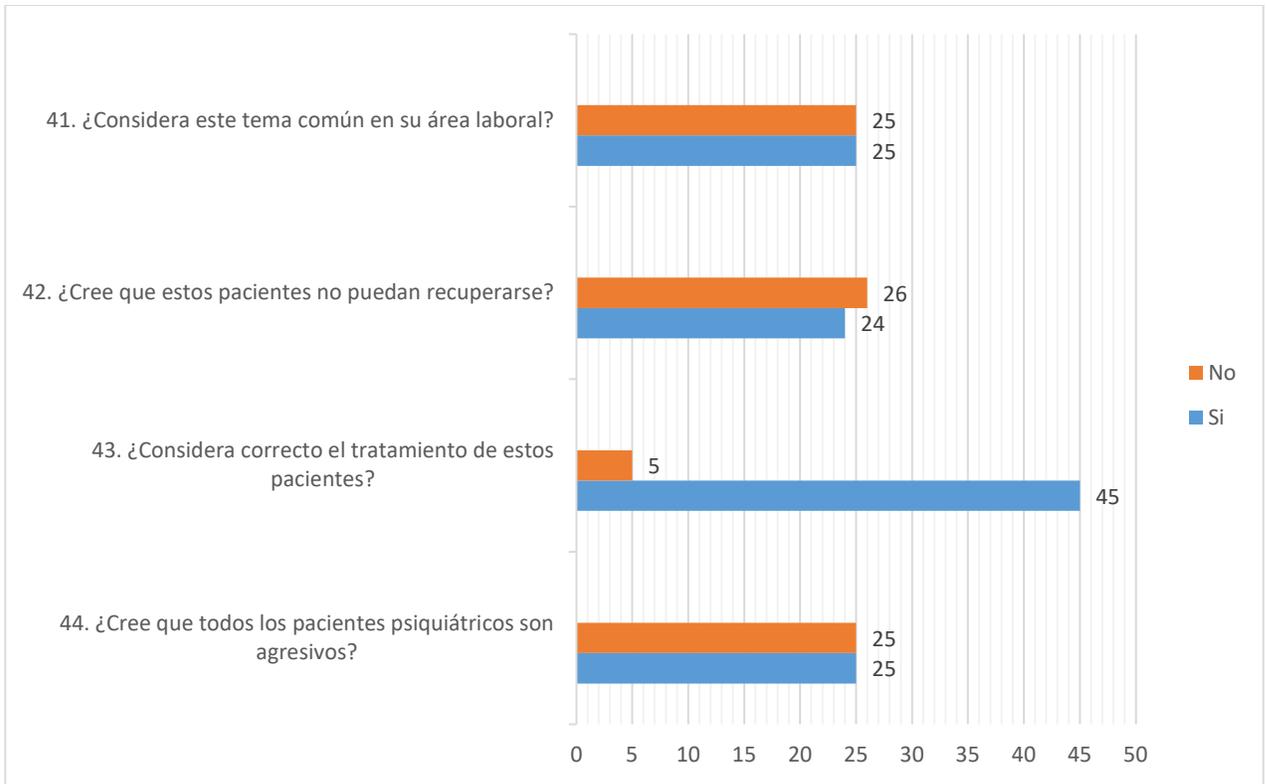


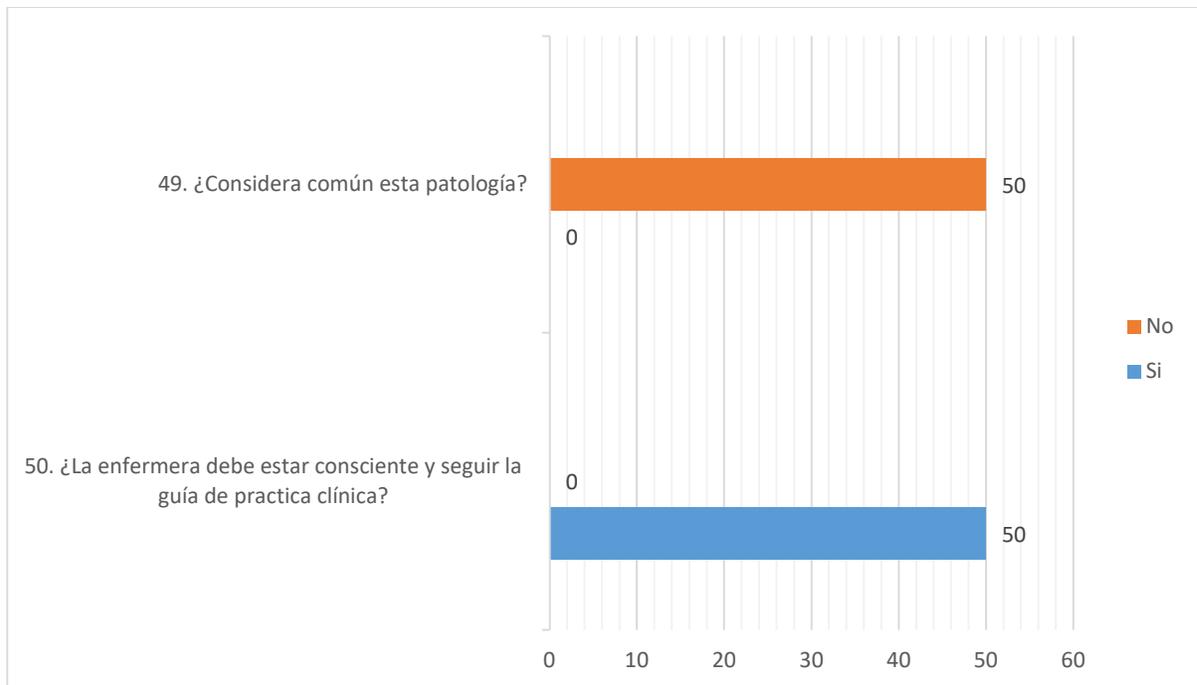












3. Generalidades

3.1 Antecedentes

En un estado de salud mental, una persona posee un sentido del Yo unitario, como un individuo único con una única personalidad. Pues bien la principal característica de los trastornos disociativos es la pérdida de este estado unitario de la conciencia. La persona nota que:

- Ha perdido su identidad,
- Se siente confundida respecto a ella,
- Tiene múltiples identidades.

La experiencia unificadora del yo consiste en una integración de los pensamientos, sentimientos y acciones dentro de una única personalidad. Aunque esta experiencia unificadora está perturbada en los trastornos disociativo, estos pacientes exhiben diferentes grados de disociación que van de lo normal a lo patológico.

Los trastornos disociativo se caracterizan por alteraciones en la organización integrada de:

- La identidad,
- La memoria,

- La percepción,
- La conciencia.

Son situaciones que normalmente se experimentan como una sucesión continua, se aíslan de los otros procesos mentales con los cuales normalmente se asocian. De esta manera:

—Cuando los recuerdos están mal integrados, el trastorno resultante será una amnesia disociativo.

—La fragmentación de la identidad produce:

- Una fuga disociativo,
- Un trastorno de identidad disociativo (personalidad múltiple).

—Una percepción alterada conduce a un trastorno de despersonalización.

—La disociación de aspectos de la conciencia produce un trastorno por estrés agudo y varios estadios disociativo por trance y posesión.

Los trastornos disociativo poseen una larga historia en la psicopatología clásica, pero hasta hace poco han sido bastante ignorados. De todos modos, el fenómeno es lo suficientemente conocido tanto para profesionales como para el público.

Los trastornos disociativo son fascinantes por ellos mismos, pertenecen a un área de la psicopatología en la cual el mejor tratamiento es la psicoterapia. Como trastornos, tienen mucho que enseñarnos sobre la vía por la cual los humanos se adaptan al estrés traumático y sobre la información que procesa el cerebro.

El primer autor que describió la disociación fue Pierre Janet y posteriormente S. Freud, definiéndolo como un mecanismo de defensa (aunque Freud se dedicó más al mecanismo defensivo de la represión).

La disociación se desencadena especialmente como defensa después de algún episodio traumático.

Los modelos y mecanismos de la disociación son:

—Disociación y procesamiento de la información.

—Disociación y sistemas de memoria.

—Disociación y trauma.

3.2 Historia

En 1791, Eberhard Gmelin (1751-1809) era el médico municipal de la entonces ciudad libre imperial de Heilbronn, en la actual Alemania. Fue el primero en publicar el caso de una muchacha de 20 años vecina de Stuttgart que podía hablar perfectamente en francés sin nunca antes haber conocido o estudiado dicho idioma. Incluso al departir en alemán, lo hacía con cierto acento afrancesado¹³. En aquel tiempo, las explicaciones más plausibles para semejante trastorno pasaban por una parasitación por el espíritu de un difunto o directamente por una posesión diabólica.

Si bien es verdad que al desatarse la Revolución Francesa (1789) muchos nobles y aristócratas huyeron del terror para refugiarse en Stuttgart, Gmelin rechazó cualquier hipótesis sobrenatural y planteó aquella sintomatología como característica de una personalidad múltiple, dado que el nuevo yo afrancesado de la joven conocía la existencia de su yo original, conservando intactos sus propios recuerdos, mientras ésta no era consciente de la nueva personalidad. Gmelin describió que la joven alternaba una y otra identidad con un simple movimiento de manos.

Además, fue un gran conocedor del mesmerismo, intentando explicar los fenómenos del magnetismo animal apelando a la existencia de un fluido vital (*Lebensflüssigkeit*) dependiente de la acción del sistema nervioso.

En aquellos años, Benjamín Rush (1746-1813), médico y cirujano firmante de la Declaración de Independencia y de la Constitución de los Estados Unidos, recopilaba diversos historiales clínicos sobre disociaciones y personalidades múltiples, a la vez que teorizaba sobre las posibles causas de duplicación de la conciencia y su relación con la desconexión de los hemisferios cerebrales¹⁴.

A finales del siglo XIX nos encontramos con el caso de Félida X, una joven tímida e introvertida tratada por el cirujano, psicoterapeuta e hipnotizador francés Étienne Eugène Azam (1822- 1889). Su personalidad primaria desconocía la existencia de su identidad secundaria, mientras su yo secundario se burlaba de la pasividad de su yo primario, que con

frecuencia debía enfrentarse a situaciones muy embarazosas provocadas por su otra personalidad. En 1877 Azam escribió *Hypnotisme, double conscience et altérations de la personnalité*. Le cas Félicité X. Félicité X había nacido en 1843. Huérfana de padre precozmente, padeció una infancia colmada de malos tratos. Exhibió tres personalidades diferentes. A los 13 años se manifestó su segunda personalidad, tras sufrir una cefalea temporal y un sueño breve y profundo que duró solamente 3 minutos. Cada 25 - 30 días ocurría un cambio que duraba apenas unas horas. La tercera personalidad desarrollaba ataques de ansiedad y alucinaciones. Cuando la primera personalidad se quedó encinta, la segunda asumió todas sus responsabilidades. Transcurridas varias décadas, la identidad secundaria de Félicité X permaneció instaurada definitivamente.

De 1840 data también el caso de Estelle, una muchachita suiza de apenas 11 años que padecía una parálisis junto a una extremada sensibilidad al táctil. Desarrolló una segunda identidad que conseguía caminar y jugar, pero que a su vez no podía tolerar la presencia de su propia madre. Probablemente sufriera un trastorno somato morfo que se encarnaba en su alter ego, desencadenado por las agresiones maternas y que su extraordinaria sensibilidad al tacto se hubiera desarrollado tras los abusos paternos.

El psicólogo y neurólogo francés Pierre-Marie- Félix Janet (1859-1947) fue uno de los principales teóricos en el campo de los trastornos de la identidad disociativos. Sus mayores aportaciones pertenecen al campo de la hipnosis y el inconsciente. Pensaba que la hipnosis demostraba un tipo de consciente dividido en lugar de tratarse de alguien inconsciente bajo dicha técnica. Para este científico, los diferentes estados de la consciencia siempre estaban presentes, pero aparentando personalidades diferentes.

Entre finales del siglo XIX y principios del XX, Pierre Janet describió cinco famosos casos: Leonie, Lucie, Rose, Marie y Marceline. La primera tenía tres personalidades, incluyendo la de una niña llamada Nichette. Lucie también poseía tres personalidades, una de ellas llamada Adrienne, que experimentaba flashbacks de los acontecimientos traumáticos en su infancia. Rose padecía sonambulismo, alternando estados de parálisis con otros normales. Con frecuencia estos síntomas fueron catalogados de trastornos somatomorfos, entendidos como diagnósticos de comorbilidad.

Otro de los pioneros fue el psicólogo estadounidense Morton Henry Prince (1854-1929), que intentó relacionar los trastornos de personalidad múltiples con la histeria. Firme defensor de los postulados de Pierre Janet, Morton Prince entendía que la información podía ser registrada pero no percibida por el estado consciente, pero sí por otro estado del subconsciente.

Morton Prince publicó en 1906 el caso de Christine Beauchamp en *The Dissociation of a Personality*. Esta mujer tenía tres estados de personalidad, uno de ellos infantil llamado Sally. La joven llegó a su consulta aquejada de astenia física y mental. En las sesiones de hipnosis apareció una segunda personalidad completamente antagónica, vivaz e irresponsable. Una tercera identidad se mostró irritable, colérica y obsesiva, identificándose con un espíritu que se había adueñado de Christine y cuya existencia servía de hilo conductor de las diferentes personalidades.

Durante las vacaciones de esta paciente, el Doctor Prince llegó a intercambiar correspondencia con cuatro de sus personalidades diferentes. Tras varios años de terapia, consiguió integrar la personalidad de la joven, aunque los recuerdos de la tercera identidad jamás se recuperaron¹⁵.

Otra de sus pacientes, Doris Fisher, llegó a desarrollar cinco personalidades distintas. En algunos momentos, la verdadera Doris se presentaba durante 5 breves minutos, quedando el resto del día presentes sus otras identidades. Una de ellas llegaba incluso a autolesionarse intentando hacer padecer a la verdadera personalidad.

Boris Sidis (1867-1923) fue el último gran teórico en este tipo de trastornos. Su enfoque se centró más en la biología y en cómo las neuronas intervenían en la idea de la conciencia. Fue el padre del controvertido William James Sidis (1898-1944), un niño prodigio dotado con extraordinarias dotes y del que se dice poseedor del coeficiente intelectual más alto de la historia, un personaje por cierto con un elevado potencial cinematográfico.

3.3 Trastorno de identidad disociativo versus esquizofrenia

Existen grandes diferencias entre el pasado y el presente de los trastornos disociativos. Los avances en el conocimiento de esta patología vinieron de la mano de un diagnóstico más afinado. El papel del trauma original como desencadenante de estos procesos solía obviarse

o pasarse por alto. Además, hoy en día se han identificado más alteraciones concurrentes en este tipo de pacientes.

David Spiegel y colaboradores han revisado recientemente los criterios diagnósticos de los trastornos disociativos para el DSM-V. Desde un punto de vista estrictamente técnico analizaron datos clínicos, fenomenológicos, epidemiológicos, culturales y neurobiológicos, para finalmente realizar una serie de recomendaciones¹⁶:

1ª. El trastorno de despersonalización debe ser también el de los síntomas de desrealización.

2ª. La fuga disociativa debe convertirse en un tipo de amnesia disociativa.

3ª. Los criterios diagnósticos para los trastornos de identidad disociativos deberían cambiarse para enfatizar la naturaleza disruptiva de la disociación y la amnesia para cada día, así como los eventos traumáticos.

4ª. El caso de trastorno disociativo debe ser incluido en la categoría de trastorno disociativo no especificado.

En determinados registros Spider (2002) de David Cronenberg se considera una cinta relacionada con los trastornos de identidad disociativos. Sin embargo, tras su análisis pormenorizado, probablemente su protagonista (Ralph Fiennes) se encuentre más vinculado con el padecimiento de una esquizofrenia.

3.4 Histeria y Personalidad Múltiple

La histeria se entiende como una manifestación heterogénea, en la cual se diferencian básicamente tres trastornos o estados: la personalidad histérica (no necesariamente patológica), la conversión histérica y la histeria crónica. Este término fue retirado del DSM-III, conociéndose en las modernas clasificaciones psiquiátricas como trastorno disociativo (de conversión) en la CIE-10 y, como trastornos disociativo y trastornos de conversión, en los trastornos somatomorfos del DSM-IV. Algunos autores sugirieron la revisión y reclasificación del este grupo de trastornos de conversión en el grupo de trastornos disociativos (Brown, Cardeña, Nijenhuis, Sar y van der Hart, 2007).

Están recogidos en la categoría diagnóstica de trastornos relacionados con traumas y factores de estrés en el DSM-5.

La histeria se ha relacionado tradicionalmente con disfunción el hemisferio cerebral derecho. La histeria crónica y el MPD se diferencian por una activación electroencefalográfica hemisférica cerebral opuesta que se manifiesta por una supresión del ritmo alfa. Esta relativa activación cerebral, derecha en la histeria e izquierda en el MPD, podría explicar estos trastornos (Flor-Henry, 1994). Bajo esta premisa, la experiencia consciente se entiende como una función dependiente de un sistema neural crítico conocido como eje de la conciencia.

La personalidad múltiple se explica como un estado dependiente del aprendizaje donde la amnesia actúa aislando estados afectivos particulares, supuestamente mediados por el hemisferio derecho, e impidiendo la experiencia consciente, supuestamente mediada por el hemisferio izquierdo (Flor-Henry, Tomer, Kumpula, Koles, y Yeudall, 1990).

En estudios experimentales con animales se observa que el prolongado estrés lleva a necrosis del hipocampo como resultado del exceso de glucocorticosteroides adrenales. El estrés severo prolongado, por tortura física o abuso sexual observado en los antecedentes de mujeres con síndrome de personalidad múltiple, podría ocasionar una disfunción inhibitoria del hipocampo.

Bajo estas condiciones estresantes se produce un desequilibrio del eje hipotalámico hipofisiario adrenal que provoca alteraciones somestésicas, gastrointestinales y del sistema autónomo, que de darse de una manera continuada pueden dar lugar a un conjunto de síntomas físicos asociados a trastornos emocionales, que se conoce como histeria.

La amígdala y el hipotálamo regulan las conductas emocionales de miedo. Ambos núcleos están sexualmente diferenciados afectando de forma diferente a mujeres y hombres.

La histeria crónica afecta predominantemente a mujeres. Éstas muestran, en estudios neuropsicológicos, una disfunción cerebral bilateral (fronto-temporal) con mayor disfunción del hemisferio derecho cuando se comparan con sujetos controles sanos (Flor-Henry, Fromm-Auch, Tapper y Schopflocher, 1981).

En estudios de sugestionabilidad se dan diferencias significativas entre sexos, obteniendo las mujeres puntuaciones medias más altas que los varones (González-Ordi y Miguel- Tobar, 1999).

3.5 Teorías sobre el trastorno

Las teorías explicativas del trastorno de personalidad múltiple (MPD) han ido en sincronía con las teorías “psicológicas” de la época. Desde las que atendían a sucesos sobrenaturales, posesiones o reencarnaciones hasta las que incluyen el síndrome de desconexión hemisférica cerebral. Las formulaciones teóricas del MPD se inician en el siglo XIX, con Charcot y Janet y las elaboraciones posteriores de Prince, Freud y Breuer.

Se contempló en el DSM-I en la sección de histeria y se describieron sus características esenciales en el DSM-III-R. En un intento de adecuar la información disponible sobre el MPD a las necesidades clínicas, Kluf (1987) propuso un modelo etiológico de cuatro factores: unos factores predisponentes, una experiencia traumática, unos procesos cognitivos implicados y unas inadecuadas experiencias retroactivas que, inhabilitan una experiencia integrada. Desde sus formulaciones iniciales, las teorías sobre MPD llevan asociadas la hipnosis y la experiencia de un trauma (Putnam, 2009).

Sin embargo, ni los estudios fisiológicos, ni los psicológicos, explican de una forma clara y definitiva el trastorno.

La variada sintomatología característica de MPD conlleva a errores en el diagnóstico y en la elección de los tratamientos en numerosas ocasiones. Con este panorama, no es de extrañar que exista una corriente escéptica sobre el MPD apoyada en los conceptos de falsas memorias y personalidad.

Se señalan como más aceptables aquellas explicaciones que enfatizan en distintos grados de integración e identidad implícitos en el término personalidad. Así, es posible que los pacientes con MPD presenten marcadas diferencias en los estados mentales más que personalidades íntegras e independientes (Kirsch y Lynn, 1998).

Características distintivas clásicas del MPD frente a otros trastornos disociativos son: inicio anterior a los 12 años, trauma por abusos asociado, predominio en la mujer y curso crónico (Doan y Bryson, 1994). Aunque hay cierta evidencia que sugiere que las capacidades disociativas pueden estar, al menos en parte, biológicamente determinadas, no se disponen de modelos de referencias para evaluación de los mecanismos biológicos que pudieran estar implicados.

En general, se consideran necesarias determinadas condiciones biológicas y ambientales para desarrollar una experiencia disociativa

como los abusos físicos y psíquicos, así como disciplina y castigos extremos en la infancia. Entre los factores desencadenantes más citados en la literatura se encuentra el trauma, entendido como causante de daño psíquico, siendo el más frecuente el ocasionado por el abuso sexual y el incesto.

Respecto a los factores de mantenimiento en el MPD, dada la heterogeneidad del trastorno, encontramos las mismas lagunas que al referirnos a su etiología. Entendida la disociación como recurso instrumental, parece que ésta no va a cambiar las circunstancias del paciente. Ahora bien, influencias ambientales, actitudes, los propios esfuerzos por ocultar el trastorno, junto a otros síntomas, pueden actuar como factores de mantenimiento. Puede que el principal factor sea la capacidad disociativa por sí misma (Kluft, 1987).

Hay relativamente pocos estudios sobre el tratamiento y seguimiento de pacientes con MPD, aunque existen algunas guías basadas en la experiencia clínica. En general, se basan en psicoterapia individual intensiva y en conseguir una firme alianza terapéutica con cada una de las múltiples personalidades.

En cuanto a la asistencia, es opinión generalizada entre los profesionales, que los pacientes con MPD deben ser tratados en régimen ambulatorio (Putnam y Loewenstein, 1993).

La larga duración de los tratamientos y la limitación de los recursos hospitalarios, hacen que el tratamiento de los pacientes en régimen de residencia sea casi imposible en los momentos actuales. Sin embargo, estos pacientes tienen una gran probabilidad de ser hospitalizados por presentar a lo largo de su proceso impulsos e intentos suicidas, depresión y conducta violenta. La inestabilidad y vulnerabilidad alternando

con una aparente normalidad caracterizan a estos pacientes (Irpati, Avasthi y Sharan, 2006). Estas oscilaciones en el comportamiento y los cambios de personalidades son características del MPD, de hecho es un indicador diagnóstico del trastorno. Para diseñar intervenciones adecuadas y estudiar las necesidades de la hospitalización es muy importante la certeza diagnóstica.

Los pacientes, en las crisis agudas, pueden experimentar durante el tratamiento inseguridad y sensación de peligro, por lo que es muy posible que no se sientan asistidos o ayudados durante la terapia. Esa asistencia y cuidados lo puede proporcionar el contexto hospitalario.

De ahí, la necesidad de la especialización de los servicios para estos pacientes (Kluft, 1991). Una vez efectuado el ingreso se inicia un proceso de atención continuada que debería proporcionar seguridad y apoyo al paciente. No obstante, el ingreso suele conllevar una serie de problemas tanto para el paciente como al personal clínico y a otros pacientes. Entre los más habituales están que el paciente se crea poseído, busque privilegios hospitalarios y coaccione a otros pacientes (Kluft, 2001). El tratamiento suele constar de una serie de fases en función de los objetivos.

3.6 Panorama actual

Los trastornos disociativos consisten en un grupo de síndromes cuyo factor común es un trastorno de la conciencia manifestado en alteraciones en la memoria y en la identidad (Kihlstrom et al., 1994). Considerada la conciencia como un continuo, la línea que separa la disociación entre normal y patológica es difusa. La información o procesos disociados pueden interferir y provocar un efecto priming en la realización de diferentes tareas (Kihlstrom y Hoyt, 1990). En estos casos, aunque la información disociada no esté disponible a la conciencia, puede ejercer influencia en la realización de la conducta consciente alterándola. Parece, por tanto, que el concepto de disociación no precisa de la completa independencia de los procesos implicados (Spiegel y Cardeña, 1991).

Las experiencias traumáticas extremas pueden anular una parte de la conciencia y permitir al individuo continuar funcionando con otras (Ludwig, 1990). A esto se añade que la disociación presenta cualidades diferentes en distintos sujetos (Stolovy, Lev-Wiesel y Witzum, 2014).

La idea de disociación sigue presentando diferencias conceptuales que se reflejan parcialmente en la clasificación de estos trastornos en la CIE-10 y el DSM-5. Ciertos enfoques tienden a subdividir cualitativamente la disociación en distintos tipos como, por ejemplo, en patológica y no patológica (Holmes et al., 2005; Spitzer, Barnow, Freyberger y Grabe, 2006), aunque no todos los estudios apuntan en esa dirección (Browns et al., 2007; Espirito-Santo y Pio-Abreu, 2009). Habrá que esperar a la clasificación de los síntomas de disociación y los trastornos de conversión en la CIE-11.

Aunque la disociación por definición implica a los procesos cognitivos, han sido escasos los estudios neuropsicológicos sobre la misma. Se ha estudiado la relación entre las funciones

ejecutivas y trastornos mentales como la esquizofrenia, el trastorno bipolar y la depresión (Elvevag y Goldberg, 2000; Quraishi, y Frangou, 2002; Sharma, y Antonova, 2003; Roger et al., 2004). En gran parte en estos estudios se establece que los pacientes con algunos de estos trastornos generalmente presentan alteraciones en la función ejecutiva. Sin embargo, la relación función ejecutiva y disociación ha sido prácticamente obviada y los resultados de los escasos estudios realizados recientemente son contradictorios (Bruce, Ray, Bruce, Arnett y Carlson, 2007). De una parte, parece que los déficits frontales contribuyen a desarrollar alteraciones disociativas (Cima et al, 2001) y se investiga cómo las alteraciones ejecutivas están asociadas a aspectos patológicos disociativos (Giesbrecht, Merckelbach, Geraert, y Smeets, 2004). De otra, no se encuentran diferencias en las medidas de función ejecutivas cuando se comparan sujetos con altas y bajas puntuaciones en disociación, aunque aquellos con puntuaciones altas en disociación informan de más problemas de control ejecutivo que los de bajas puntuaciones. Lo que sí parece disociado es la autopercepción del rendimiento y la actuación en los tests (Bruce et al., 2007).

Hay cierto consenso en considerar las alteraciones de memoria como síntomas básicos en la observación clínica de los procesos disociativos. Otros procesos cognitivos asociados son los relacionados con el procesamiento emocional o las funciones atencionales. Se han propuesto algunos modelos que intentan conjugar los procesos cognitivos con los sucesos traumáticos en el sentido que, fenómenos disociativos requieren procesos cognitivos de memoria y aprendizaje de alto nivel de elaboración.

Explican cómo en condiciones no patológicas, una persona puede beneficiarse de estas capacidades disociativas que pueden convertirse en patológicas por sucesos traumáticos (de Ruiter et al., 2006). Se postula que el enlentecimiento en la velocidad de procesamiento, medida en pruebas neuropsicológicas) en mujeres con PTSD como consecuencia de maltrato, está asociado a la gravedad de los síntomas y puede ser debido a la necesidad de reasignar recursos para hacer frente a las fuentes de estrés (Giesbrecht, Lynn, Lilienfeld y Merckelbach, 2008; Twamley et al., 2009).

Desde su aparición en 1980 el PTSD se entiende como respuesta mental a un trauma. Esto posiblemente lo ha relegado de la investigación con base biopatológica pero, sobre todo, ha ido en detrimento de la atención de los pacientes en este sentido (McHugh y Treisman, 2007). Sin embargo, el estudio de las bases neurobiológicas del PTSD está permitiendo un

mayor conocimiento del trastorno y potenciando la investigación de nuevos tratamientos especialmente farmacológicos (Maia y Costa-Oliveira, 2010; Lanius, Brand, Vermetten, Frewen y Spiegel, 2012). Esto sin obviar que el PTSD no se puede entender sin considerar el contexto social en el que este se da (Auxéméry, 2012). La característica esencial actual del trastorno es el desarrollo de síntomas específicos tras la exposición a uno o más eventos traumáticos. Pierde el papel preponderante las reacciones emocionales al suceso traumático y en la presentación clínica del PTSD puede primar, además, los síntomas cognitivos o conductuales, o combinaciones de ellos.

3.7 Modelos dimensionales de rasgos individuales

La búsqueda de rasgos personales que expliquen las diferencias intra e interindividuales se inicia con F. Galton a finales del s. XIX con el desarrollo de la psicología diferencial.

Desde los estudios de Allport durante la primera mitad del pasado siglo hasta los modelos de Eysenk y el modelo de cinco factores (FFM), se han constituido varios modelos con distintas dimensiones, que han partido de rasgos normales o anormales según el caso.

La mayoría de estos modelos entienden la personalidad como una estructura nomotética altamente generalizable entre individuos, además de suponerse interna, organizada y característica del individuo a través de las situaciones y el tiempo. Este modelo epistemológico se sirve de una metodología matemático-estadística para extraer los rasgos de la personalidad.

Los modelos dimensionales se sirven de un conjunto de procedimientos estadísticos que se conocen como análisis factoriales. Se trata de un tipo de análisis estadístico que, a grandes rasgos, reduce un conjunto amplio de variables a unos pocos factores o variables latentes, permitiendo así descubrir el mecanismo generador de los datos y hacer predicciones respecto a datos no observados pero generados en el mismo sistema. Mediante este procedimiento, se extraen dimensiones de orden superior a partir de factores de orden inferior (facetas), derivadas a su vez de conductas, cogniciones, afectos, funcionamiento interpersonal, regulación de la impulsividad, etc, descritos en la literatura relativa a rasgos de personalidad.

Se genera así la estructura, definida por la covariación de los elementos inferiores que generan variaciones de las dimensiones de orden superior. Lo que hacen en primer lugar es relacionar estadísticamente los factores entre ellos y generar jerarquías que después el

clínico o investigador deberá interpretar y dar sentido. Se reorganizan las conductas, cogniciones, afectos, funcionamiento interpersonal, de modo más comprensivo, además de permitir su estudio empírico más detallado.

Así, se ordenan relaciones conocidas entre factores dentro de la estructura, se integra información externa a la estructura con mayor sentido, se predicen nuevas relaciones, se generan dimensiones amplias que traspasan los límites entre facultades permitiendo reorganizar la nosología a través de las dimensiones generadas, además de generar nuevas explicaciones en el campo etiopatogénico.

Desde esta perspectiva, una parte de la comorbilidad se puede explicar mediante este modelo. Por ejemplo, las conductas incluidas en la evaluación de la disregulación emocional por la escala DAPP-BQ se pueden dar en distintos trastornos de personalidad (esquizotípico, evitativo, dependiente, límite), además de en trastornos ansiosos y afectivos en el Eje I.

Así, resulta más fácil entender que estos trastornos, tanto de eje I como de eje II, se den de forma comórbida con una frecuencia significativamente elevada si partimos de la disregulación emocional como dimensión subyacente más elemental.

Hasta el momento, y tras intensos debates, la propuesta para el DSM-5 en relación con los trastornos de personalidad pasa por un modelo mixto.

Un modelo con niveles jerárquicos distintos que permite un diagnóstico categorial y una aproximación al detalle dimensional. Si bien algunos autores habían impulsado una aproximación prototípica que trataba de englobar ambos modelos, acercándose más al funcionamiento cognitivo de los que van a aplicar la nueva nosotaxia, teniendo en cuenta tanto la investigación empírica como la práctica clínica y diferenciando niveles de aproximación al tipo ideal del trastorno en particular, esta propuesta parece desechada tras la revisión de criterios realizada en junio del 2011.

A destacar es la alternativa propuesta por Gunderson respecto del Trastorno de personalidad (TP) límite, que recoge una revisión de investigaciones relativas a sintomatología, análisis factoriales, estudios familiares, estudios sobre cognición y sobre tratamientos, para condensarlas en un modelo diagnóstico que recoge los tres fenotipos (hipersensibilidad personal, desregulación emocional/afectiva y descontrol conductual) que más se repiten en los análisis factoriales y le añade uno de carácter menos analítico pero más clínico, el de la alteración de la identidad.

Con los resultados de los tres factores inscritos en el ámbito de la psicopatología del TP límite se pretende entender mejor la elevada comorbilidad que se da en el trastorno en cuestión. El hecho de descomponer la categoría de TP límite en dimensiones permite estudiar las comorbilidades de cada una de ellas, para así obtener resultados más fiables con muestras más homogéneas.

No obstante, la propuesta de Gunderson, tras ser examinada empíricamente parece no mejorar la validez e incluso puede aumentar los diagnósticos de falsos negativos según el umbral diagnóstico que se elija.

Propuestas alternativas al margen, lo que sí parece claro es que las dimensiones obtenidas en las investigaciones empíricas con modelos factoriales serán incluidas y tendrán un papel destacable en el diagnóstico de trastorno de personalidad en el DSM-5.

Por ejemplo, el diagnóstico de TP límite deberá contener rasgos patológicos en las dimensiones de 'afectividad negativa', 'desinhibición' y 'antagonismo'. O el TP esquizotípico en 'psicoticismo', 'introversión' y 'afectividad negativa'. Cada dimensión posee una serie de facetas afectadas dependiendo del trastorno de personalidad.

3.8 Disociación y procesamiento de la información

Las teorías modernas basadas en el procesamiento de la información, incluyendo los modelos colectivistas y del procesamiento distribuido de forma paralela (PDP), se aproximan a la organización cognitiva desde abajo hacia arriba en vez de desde arriba hacia abajo.

Los modelos tradicionales destacan una organización super ordenada en la cual existen amplias categorías de información que estructuran el procesamiento de ejemplos específicos. En los modelos PDP más aristotélicos, las subunidades o redes neuronales procesan la información a través del cálculo de la concurrencia de la entrada de estímulos.

Los patrones de activación de estas redes neuronales permiten el reconocimiento de categorías. La categoría "cocina" se construye a partir de la frecuente concurrencia de los "utensilios de cocina", en lugar de ser ella misma la base para reconocer a sus componentes. La señal de salida de una serie de redes se convierte en la de entrada de otra red, por lo cual gradualmente se van construyendo patrones integrados y complejos de activación e inhibición. Estos modelos de procesamiento de abajo hacia arriba tienen la ventaja de que

permiten comprender cómo se procesan grandes cantidades de información y la capacidad humana para reconocer patrones a partir de una información aproximada.

Por otra parte, estos modelos hacen problemática la clasificación y la integración de la información. Según los modelos PDP, es teóricamente probable que se produzcan errores en la integración de los contenidos mentales. En este sentido, se han realizado intentos explicativos de la psicopatología a partir de dificultades de las redes neuronales para el procesamiento

de la información, como, por ejemplo, en la esquizofrenia y el trastorno bipolar (Hoffman, 1987), así como en los trastornos disociativos.

La idea es que cuando una red tiene dificultades para integrar el procesamiento de la información de entrada (como cuando el estímulo de entrada es traumático) es más difícil que se consiga un resultado unificado y equilibrado. Estas redes neuronales tienden a caer en una situación “disociada” según la cual van en una u otra dirección, pero no pueden conseguir una solución equilibrada óptima y por lo tanto son incapaces de procesar de un modo relajado toda la información que reciben.

Estos sistemas de procesamiento de abajo hacia arriba presentan más los problemas de una democracia que los de una monarquía. La dificultad estriba en conseguir una unidad de representación y de acción.

En estos modelos, la consciencia se contempla como un análogo a la tribuna en una legislatura donde diversas subunidades compiten por la atención y por la capacidad de transmitir al sistema la información que reciben como un elemento global.

3.9 Disociación y trauma

Un desarrollo importante de la comprensión moderna de los trastornos disociativos es la exploración de la relación existente entre el trauma y la disociación.

El “trauma” puede ser entendido como la experiencia de:

—ser convertido en un objeto o caso.

—ser la víctima de la rabia de alguna persona o de la indiferencia de la naturaleza.

El “trauma” es la experiencia externa del sentimiento de indefensión y de pérdida del control sobre el propio cuerpo.

La investigación actual señala que la disociación se produce sobre todo como defensa durante un suceso traumático (un intento de mantener el control mental durante el breve instante en que se ha perdido el control físico). Así una paciente con un trastorno de identidad disociativo (personalidad múltiple) explicó que “caminaba por una pradera llena de flores silvestres” mientras que su padre alcohólico abusaba sexualmente de ella.

El modo en que ella intentaba concentrarse en lo placentera y bella que era esta escena imaginaria, era una vía para desligarse de la experiencia inmediata de terror, dolor e importancia.

Estos individuos frecuentemente intentan conseguir un consuelo a partir de compañeros o protectores imaginarios o absorbiéndose ellos mismos dentro de una distracción perceptiva, como pueden ser los dibujos del papel de la pared.

Muchas víctimas de violación comentan que experimentan una distanciamiento de sus propios cuerpos, sintiendo tristeza por la persona que está siendo atacada.

Actualmente existen pruebas de que los niños expuestos a traumas múltiples utilizan con más frecuencia mecanismos de defensa disociativos, entre los que destacan los episodios espontáneos de trance y amnesia.

Múltiples estudios sugieren una conexión entre una historia de malos tratos y abusos sexuales durante la infancia y el desarrollo de síntomas disociativos (sobre todo de trastornos de identidad disociativos o personalidad múltiple).

Otra vía para examinar la conexión entre la disociación y el trauma, es la observación de la unión existente entre un trauma reciente y los síntomas disociativos; destacando lo siguiente:

—Si realmente es cierto que los fenómenos disociativos son consecuencia de sucesos traumáticos, este hecho debe ser observable durante las consecuencias inmediatas de los desastres naturales, las guerras y las agresiones físicas.

Los primeros estudios que examinaron las respuestas al trauma, aportaron pistas sobre los síntomas disociativos, pero estos síntomas no fueron siempre valorados de forma sistemática.

—En un artículo clásico sobre la sintomatología y el tratamiento de la aflicción aguda inmediatamente después del incendio de Coconut Grove, Lindemann observó que los

individuos que actuaron como si hubiera pasado muy poca cosa o no hubiera pasado nada, tenían un pronóstico muy malo.

Era el caso de los individuos que fueron heridos o que perdieron a seres queridos. De hecho, la ausencia de síntomas postraumáticos en este grupo comparada con la agitación, disforia e inquietud, que presentaron la mayoría

de supervivientes condujo a Lindemann a formular el proceso normal de la reacción de duelo aguda.

Varios investigadores más actuales han observado que la insensibilidad (es decir, la ausencia de respuesta durante el despertar de un trauma) es un predictor de sintomatología posterior de un trastorno por estrés postraumático (TEPT).

Ejemplo: aparición tardía de un TEPT en soldados de combate israelíes y en supervivientes de un gran incendio en Australia.

—De un modo similar, los estudios sobre rehenes y supervivientes de otras catástrofes, indican que más de la mitad experimentaron sensaciones de: irrealidad, movimientos automáticos, ausencia de emociones, sentimiento de imparcialidad y con frecuencia síntomas de despersonalización y de hipervigilancia.

Se observó que una tercera parte de los supervivientes del derrumbamiento del rascacielos Hyatt Regency (EE.UU.) presentaban: insensibilidad, falta de interés e incapacidad de pensar de forma profunda sobre cualquier cosa.

La misma proporción que los supervivientes del hundimiento de una plataforma petrolífera en el Mar del Norte (1993).

Esto coincide con los estudios en los supervivientes del terremoto de Loma Prieta, en el cual se observó que la cuarta parte de una muestra de estudiantes sanos presentaron síntomas de despersonalización importante durante e inmediatamente después del suceso.

Estas experiencias disociativas, especialmente la insensibilidad, se consideran importantes predictores de un trastorno por estrés postraumático (TEPT) tardío.

—Así parece ser que el trauma físico favorece la disociación o la compartimentación de la experiencia y se convierte en la matriz de una sintomatología postraumática tardía, como puede ser la amnesia disociativa tras el episodio traumático.

De este modo, los trastornos disociativos más extremos, como el trastorno de identidad disociativo (personalidad múltiple), han sido conceptualizados como trastornos crónicos por estrés postraumático.

El recuerdo del trauma tiende a producir una situación intermitente que conlleva unas veces la “intrusión” y otras la “evitación”, de forma que las víctimas, o bien reviven de forma intensa el trauma como si volviera a ocurrir (intrusión) o bien, tienen dificultades para recordarlo (evitación); en consecuencia, todo parece indicar que el trauma físico provoca respuestas disociativas.

Pero los fenómenos disociativos pueden ser normales y considerarse desde diferentes perspectivas:

—Muchos investigadores piensan que la “hipnotizabilidad” de una persona está relacionada con los trastornos disociativos. Se conoce que las personas normales presentan diferentes grados de hipnotizabilidad.

Los pacientes con un trastorno disociativo no necesariamente se hipnotizan con más facilidad que las personas normales, pero el fenómeno de la hipnosis es un ejemplo de un estado disociativo en personas normales.

—Existen fenómenos disociativos leves y comunes, como por ejemplo:

- Períodos de inatención durante conversaciones.
- Estados disociativos (amnésicos) de corta duración en adolescentes y adultos jóvenes.
- Experiencias disociativas relacionadas con el sueño:
- Parálisis de sueño.
- Hablar en sueños y sonambulismo (andar dormido).
- Eneuresis.
- Somnolencia o embriaguez de sueño.

4. Recomendaciones

4.1 Panorama actual

Los trastornos disociativos consisten en un grupo de síndromes cuyo factor común es un trastorno de la conciencia manifestado en alteraciones en la memoria y en la identidad (Kihlstrom et al., 1994). Considerada la conciencia como un continuo, la línea que separa la disociación entre normal y patológica es difusa.

La información o procesos disociados pueden interferir y provocar un efecto *priming* en la realización de diferentes tareas (Kihlstrom y Hoyt, 1990). En estos casos, aunque la información disociada no esté disponible a la conciencia, puede ejercer influencia en la realización de la conducta consciente alterándola. Parece, por tanto, que el concepto de disociación no precisa de la completa independencia de los procesos implicados (Spiegel y Cardeña, 1991).

Las experiencias traumáticas extremas pueden anular una parte de la conciencia y permitir al individuo continuar funcionando con otras (Ludwig, 1990). A esto se añade que la disociación presenta cualidades diferentes en distintos sujetos (Stolovy, Lev-Wiesel y Witzum, 2014).

La idea de disociación sigue presentando diferencias conceptuales que se reflejan parcialmente en la clasificación de estos trastornos en la CIE-10 y el DSM-5. Ciertos enfoques tienden a subdividir cualitativamente la disociación en distintos tipos como, por ejemplo, en patológica y no patológica (Holmes et al., 2005; Spitzer, Barnow, Freyberger y Grabe, 2006), aunque no todos los estudios apuntan en esa dirección (Browns et al., 2007; Espirito-Santo y Pio-Abreu, 2009). Habrá que esperar a la clasificación de los síntomas de disociación y los trastornos de conversión en la CIE-11.

Aunque la disociación por definición implica a los procesos cognitivos, han sido escasos los estudios neuropsicológicos sobre la misma. Se ha estudiado la relación entre las funciones ejecutivas y trastornos mentales como la esquizofrenia, el trastorno bipolar y la depresión (Elvevag y Goldberg, 2000; Quraishi, y Frangou, 2002; Sharma, y Antonova, 2003; Roger et al., 2004).

En gran parte en estos estudios se establece que los pacientes con algunos de estos trastornos generalmente presentan alteraciones en la función ejecutiva. Sin embargo, la relación función ejecutiva y disociación ha sido prácticamente obviada y los resultados de los escasos estudios realizados recientemente son contradictorios (Bruce, Ray, Bruce, Arnett y Carlson, 2007).

De una parte, parece que los déficits frontales contribuyen a desarrollar alteraciones disociativas (Cima et al, 2001) y se investiga cómo las alteraciones ejecutivas están

asociadas a aspectos patológicos disociativos (Giesbrecht, Merckelbach, Geraert, y Smeets, 2004).

De otra, no se encuentran diferencias en las medidas de función ejecutivas cuando se comparan sujetos con altas y bajas puntuaciones en disociación, aunque aquellos con puntuaciones altas en disociación informan de más problemas de control ejecutivo que los de bajas puntuaciones. Lo que sí parece disociado es la autopercepción del rendimiento y la actuación en los tests (Bruce et al., 2007).

Hay cierto consenso en considerar las alteraciones de memoria como síntomas básicos en la observación clínica de los procesos disociativos. Otros procesos cognitivos asociados son los relacionados con el procesamiento emocional o las funciones atencionales. Se han propuesto algunos modelos que intentan conjugar los procesos cognitivos con los sucesos traumáticos en el sentido que, fenómenos disociativos requieren procesos cognitivos de memoria y aprendizaje de alto nivel de elaboración.

Explican cómo en condiciones no patológicas, una persona puede beneficiarse de estas capacidades disociativas que pueden convertirse en patológicas por sucesos traumáticos (de Ruiter et al., 2006).

Se postula que el enlentecimiento en la velocidad de procesamiento, medida en pruebas neuropsicológicas) en mujeres con PTSD como consecuencia de maltrato, está asociado a la gravedad de los síntomas y puede ser debido a la necesidad de reasignar recursos para hacer frente a las fuentes de estrés (Giesbrecht, Lynn, Lilienfeld y Mereckelbach, 2008; Twamley et al., 2009).

Desde su aparición en 1980 el PTSD se entiende como respuesta mental a un trauma. Esto posiblemente lo ha relegado de la investigación con base biopatológica pero, sobre todo, ha ido en detrimento de la atención de los pacientes en este sentido (McHugh y Treisman, 2007).

Sin embargo, el estudio de las bases neurobiológicas del PTSD está permitiendo un mayor conocimiento del trastorno y potenciando la investigación de nuevos tratamientos especialmente farmacológicos (Maia y Costa-Oliveira, 2010; Lanius, Brand, Vermetten, Frewen y Spiegel, 2012).

Esto sin obviar que el PTSD no se puede entender sin considerar el contexto social en el que este se da (Auxéméry, 2012).

La característica esencial actual del trastorno es el desarrollo de síntomas específicos tras la exposición a uno o más eventos traumáticos. Pierde el papel preponderante las reacciones emocionales al suceso traumático y en la presentación clínica del PTSD puede primar, además, los síntomas cognitivos o conductuales, o combinaciones de ellos.

4.2 Manifestaciones clínicas

Amnesia disociativa

Dificultad para recuperar componentes concretos de la memoria episódica (experiencias personales), pero no implica una dificultad en el almacenamiento de la memoria (como sucede en algunos síndromes orgánicos) y es reversible.

La amnesia suele ser retrógrada en vez de anterógrada, con uno o más períodos discretos de incapacidad para recuperar informaciones anteriores.

Es decir, el síntoma clave es la incapacidad de recordar información almacenada en la memoria del sujeto.

La información no recordada, es decir la pérdida de memoria afecta a sucesos de naturaleza traumática o estresante, como:

—Abusos sufridos durante la infancia.

—Conductas de rechazo como son: los problemas conyugales, la actividad sexual, los intentos de suicidio, la conducta criminal y la muerte.

Una forma común de este trastorno implica la amnesia para la propia identidad, aunque se mantiene intacta la memoria para la información general.

Esta amnesia frecuentemente sólo afecta a un episodio, pero también son posibles las pérdidas de memoria de múltiples períodos. No obstante, los individuos con este trastorno pierden la capacidad de recordar qué pasó durante un período específico de tiempo.

No se observa un recuerdo vago o a pedazos, sino una pérdida de la memoria episódica durante un período finito de tiempo.

Es probable que estas personas de entrada no sean conscientes de la pérdida de la memoria; es decir, pueden no recordar lo que no recuerdan.

Por ejemplo, pueden encontrar nuevos objetos en sus casas pero no saben como los han obtenido. Explican que la gente les dice cosas que han hecho o dicho y que ellos no pueden recordar.

Lo más frecuente es que la amnesia disociativa se produzca tras un episodio traumático y el inicio puede ser brusco o gradual.

Algunos individuos sufren episodios de amnesia selectiva, normalmente causados por incidentes traumáticos específicos, que pueden estar entrelazados con períodos de memoria intacta. En estos casos la amnesia se produce más por un tipo de material recordado que durante un período discreto de tiempo.

A pesar del hecho de que la conciencia aparta determinada información durante la amnesia disociativa, esta información puede ejercer una influencia sobre la conciencia. Por ejemplo, una víctima de violación que no presente un recuerdo consciente del ataque tendrá un comportamiento similar al de una persona que haya sido agredida sexualmente (sufren distanciamiento, desmoralización, no disfrutan de las relaciones íntimas, etc.).

La esencia de la amnesia disociativa consiste en que el material que no está bajo el control del conocimiento consciente sigue siempre activo y puede influir de forma indirecta sobre la conciencia.

Es frecuente que los pacientes desarrollan síntomas depresivos, especialmente cuando la amnesia ocurre en el despertar de un episodio traumático.

4.3 Signos de multiplicidad

—Informes sobre distorsiones del tiempo, lapsus y discontinuidades.

—Los demás refieren conductas del paciente que este no consigue recordar.

—Ser reconocido por personas que el paciente dice no conocer, o ser llamado por otros.

—Cambios notables en la conducta del paciente detectados por un observador fiable; el paciente puede llamarse a sí mismo por otro nombre o referirse a sí mismo en tercera persona.

—Aparecen otras personalidades en situaciones de hipnosis o durante entrevistas con Amobarbital.

—Se utiliza la palabra “nosotros” en el curso de la entrevista.

—Descubrimiento de escritos, dibujos y otros objetos (tarjetas de identidad, vestidos) entre las pertenencias del paciente, que no son reconocidas por este.

—Dolores de cabeza.

—Se oyen voces que salen del interior y que no se identifican como algo separado.

—Historia de traumas emocionales o físicos graves durante la infancia (en general, antes de los 5 años).

La relativa frecuencia de síntomas específicos fue proporcionada por un estudio realizado con 102 pacientes que sufrían este trastorno. Entre los síntomas más frecuentes encontrados, se destacan los siguientes:

- Otras personas existen en el interior.
- Voces hablando.
- Voces que vienen de dentro.
- Otra persona toma el control.
- Amnesia para la infancia.
- Se refiere a sí mismo como “nosotros”.
- La persona del interior tiene otro nombre.
- Períodos en blanco.
- Flashbacks.
- Los demás le comentan cosas que el paciente no recuerda.
- Sensación de irrealidad.
- Personas extrañas conocen al paciente.
- Se da cuenta de que han desaparecido objetos.
- Se recupera de un período en blanco en un lugar extraño.
- Aparecen objetos que no se conocen.
- Diferentes escrituras.

A pesar de las historias que se cuentan en la prensa popular sobre pacientes con más de 20 personalidades, el número medio de personalidades que aparecen en estos pacientes oscila entre 5 y 10. A menudo, sólo dos o tres de las personalidades son evidentes en el diagnóstico; las otras se identifican en el curso del tratamiento.

4.4 Curso y pronóstico

El trastorno de identidad disociativo cada vez se diagnostica con mayor frecuencia durante la infancia, pero habitualmente emerge entre la adolescencia y la tercera década de la vida; raramente se presenta como un trastorno nuevo a partir de los 40 años, aunque existe un retraso considerable entre la presentación inicial de los síntomas y su diagnóstico, (entre 5-10 años).

La mayoría de estos pacientes son mujeres (las que reciben este diagnóstico) en un 90-100% de las muestras estudiadas. Se tiene poca información sobre los hombres, porque es más probable que éstos entren más en el sistema judicial que en el sistema de la salud mental.

Si no se trata, se convierte en un trastorno crónico y recurrente. Raramente remite de forma espontánea, aunque los síntomas pueden desaparecer durante largos períodos de tiempo. El trastorno de identidad disociativo se ha descrito como “La patología del encubrimiento”. La disociación impide por sí misma el autocontrol y la descripción precisa de los síntomas. Muchos pacientes que sufren este trastorno no son totalmente conscientes de la extensión de la sintomatología disociativa.

Estos pacientes no suelen querer contar sus síntomas debido a que frecuentemente hallan un escepticismo por parte de la gente.

Además, como la mayoría de los pacientes con un Trastorno de Identidad Disociativo presentan una historia de abusos físicos o sexuales, la vergüenza asociada con estas experiencias, así como el miedo al castigo, puede inhibir la información de los síntomas.

Las pruebas de evaluación psicológicas nos sirven para facilitar el diagnóstico; entre ellas podemos destacar:

—Rorchach: test proyectivo de personalidad.

—Medidas hipnotizabilidad: estos pacientes presentan puntuaciones mayores que los sujetos normales.

Los esquizofrénicos no pueden ser hipnotizados. Puntuaciones muy bajas.

—Escalas de rasgos de disociación: estos pacientes muestran puntuaciones extremadamente elevadas en comparación con la población normal y con otros grupos de pacientes.

4.5 Tratamiento

La despersonalización frecuentemente es transitoria y puede remitir sin que se realice un tratamiento formal.

Debe realizarse tratamiento cuando la despersonalización es recurrente o persistente, considerándola por tanto como un síntoma en sí mismo o bien como formando parte de otros síndromes que necesitan tratamiento, como los trastornos por ansiedad y la esquizofrenia.

El tratamiento de despersonalización se realizará mediante las siguientes técnicas:

—Autohipnosis. No es raro que la inducción hipnótica en estos individuos les induzca síntomas transitorios de despersonalización.

Este es un ejercicio útil, ya que al proporcionársele al individuo una estructura capaz de inducir los síntomas, se le provee de un contexto para comprender y controlar el síntoma.

Los síntomas se presentan como una forma espontánea de una disociación hipnótica que puede modificarse. A los individuos a los cuales es útil esta técnica, se les puede enseñar a inducir un sentimiento placentero de flotación corporal que sustituye a la separación somática relacionada con la ansiedad.

—Pantalla imaginaria. Con ella los pacientes son capaces de visualizar los problemas de un modo que los separe de las respuestas somáticas típicas.

—Relajación mediante la desensibilización sistemática.

—Relajación muscular progresiva.

—Relajación mediante biorretroalimentación.

—Psicoterapia.

Encaminada a elaborar las repuestas emocionales producidas por estresores traumáticos o de otro tipo que generan la despersonalización.

—Psicofarmacología. Las técnicas farmacológicas deben valorar la relación existente entre el beneficio terapéutico y el riesgo. Los fármacos ansiolíticos son los que se utilizan con más frecuencia y pueden ser útiles para reducir la amplificación de la despersonalización causada por la ansiedad.

No obstante, la despersonalización y la desrealización pueden ser efectos secundarios de los fármacos ansiolíticos, por lo cual su utilización debe ser controlada de forma muy cuidadosa.

El aumento de las dosis, una técnica habitual cuando no se observa una respuesta terapéutica, también puede aumentar la sintomatología.

No obstante, el tratamiento farmacológico apropiado para los trastornos comórbidos es una parte importante del tratamiento.

El empleo de fármacos ansiolíticos para el tratamiento de la ansiedad generalizada o los trastornos fóbicos y los fármacos antipsicóticos para la esquizofrenia, son útiles para el tratamiento de estos trastornos.

4.6 Características diagnósticas

La característica esencial de este trastorno es la existencia de dos o más identidades o estados de la personalidad (Criterio A) que controlan el comportamiento del individuo de modo recurrente (Criterio B).

Existe una incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado amplia para ser explicada a partir del olvido ordinario (Criterio C).

Esta alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a enfermedad médica (Criterio D).

En los niños, los síntomas deben diferenciarse de los juegos fantasiosos o de compañeros de juego imaginarios.

El trastorno de identidad disociativo refleja un fracaso en la integración de varios aspectos de la identidad, la memoria y la conciencia. Cada personalidad se vive como una historia personal, una imagen, una identidad e incluso un nombre distintos.

Generalmente hay una identidad primaria con el nombre del individuo, que es pasiva, dependiente, culpable y depresiva.

Las identidades alternantes poseen habitualmente diferentes nombres y rasgos que contrastan con la identidad primaria (p. ej., son hostiles, dominantes y autodestructivas). En circunstancias muy concretas el individuo puede asumir determinadas identidades que pueden diferir en la edad, el sexo, el vocabulario, los conocimientos generales y el estado de ánimo. Las identidades alternantes se presentan como si se controlaran secuencialmente, una a expensas de la otra, pudiendo negar el conocimiento entre ellas, ser críticas unas con otras e incluso entrar en conflicto abierto. Ocasionalmente, una o algunas de las identidades más poderosas pueden planificar el tiempo ocupado por las otras.

Algunas veces, las identidades hostiles o agresivas pueden interrumpir las actividades o colocar las otras en situaciones desagradables.

Los individuos con este trastorno presentan frecuentemente lapsos de memoria que afectan a su historia personal; estos lapsos pueden ser de memoria remota o de memoria reciente. La amnesia es habitualmente asimétrica.

Las identidades más pasivas tienden a mostrar recuerdos más limitados, mientras que las más hostiles controladoras y «protectoras» son capaces de recuerdos más completos.

Sin embargo, una identidad que no esté actuando puede llegar a la conciencia (mediante alucinaciones visuales y auditivas; p. ej., una voz que da instrucciones).

La amnesia del individuo puede constatarse por la explicación dada por sus familiares y amigos de los comportamientos observados o por los propios descubrimientos del individuo (p. ej., encontrar ropa que él no recuerda haber comprado).

Puede existir pérdida de memoria no sólo durante períodos de tiempo recurrentes, sino también una pérdida total de la memoria correspondiente a gran parte de la infancia.

A menudo, el estrés psicosocial produce la transición de una identidad a otra.

El tiempo que se requiere para pasar de una identidad a otra es normalmente de unos segundos, pero algunas veces esta transición se realiza gradualmente.

El número de identidades que se han podido registrar oscila entre 2 y más de 100. La mitad de los casos documentados hacen referencia a enfermos que presentan 10 o menos de 10 identidades.

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Las personas con trastorno de identidad disociativo por lo general refieren haber padecido abusos físicos y sexuales, sobre todo durante la infancia.

Sin embargo, la exactitud de estos actos es polémica, ya que los recuerdos de la niñez no son muy fiables y, además, los individuos con este trastorno tienden a ser hipnotizables y especialmente vulnerables a todo lo que puede provocar sugestión.

Por otro lado, las personas que han perpetrado los abusos físicos y sexuales tienden a negarlos o a dar una versión diferente.

La gente con este trastorno puede manifestar síntomas postraumáticos (p. ej., pesadillas, flashbacks, sobresaltos) o un claro trastorno por estrés postraumático. Asimismo, es posible

que haya automutilación y comportamiento suicida y agresivo. Algunos individuos presentan un patrón repetido de relaciones con abusos físicos y sexuales.

Algunas identidades manifiestan síntomas de conversión (p. ej., pseudoconvulsiones) o muestran capacidades poco habituales para soportar el dolor u otros síntomas físicos.

De igual modo, pueden manifestar síntomas que cumplan los criterios para los trastornos del estado de ánimo, los trastornos relacionados con sustancias, los trastornos sexuales, los trastornos del sueño y los trastornos de la conducta alimentaria.

La automutilación, la impulsividad y los cambios repentinos y aparatosos en las relaciones de estas personas pueden justificar el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad.

Hallazgos de laboratorio. Los individuos con trastorno de identidad disociativo obtienen puntuaciones altas en los tests de hipnotizabilidad y de capacidad disociativa.

En los diversos estados de identidad se han descrito alteraciones de las funciones fisiológicas (p. ej., diferencias en la agudeza visual y en la tolerancia al dolor, síntomas propios del asma, sensibilidad a los alérgenos y respuesta de la glucosa a la insulina).

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. Pueden existir cicatrices como consecuencia de las autolesiones y de los abusos físicos. Las personas con este trastorno pueden sufrir migraña u otro tipo de cefaleas, colon irritable y asma.

4.7 Trastornos con los que suele confundirse el TID

Es bastante habitual que se hable de estos tres trastornos mentales pero que no se sepa distinguir muy bien uno del otro. La esquizofrenia y el TID están muy relacionados entre sí, de hecho, un estudio ha encontrado relación genética entre la esquizofrenia, el trastorno bipolar y la depresión. A continuación, conoceremos las características de cada uno y al final una pequeña comparación y establecer sus diferencias:

Trastorno bipolar

El trastorno bipolar es más común y es una enfermedad mejor comprendida desde un punto de vista médico. Se caracteriza por episodios maníacos con alternancia con episodios depresivos. Durante los episodios maníacos, la persona se siente llena de energía, a menudo de forma desmesurada embarcándose en numerosas tareas. Al periodo maníaco le sigue una fase depresiva caracterizada por tristeza u la sensación de que hacer cualquier cosa es un sinsentido.

Esquizofrenia

La esquizofrenia es menos común que el trastorno bipolar, afecta más a hombres que a mujeres y se suele diagnosticar al final de la adolescencia y principio de la edad adulta. Se caracteriza principalmente por alucinaciones y delirios; pueden ver, escuchar y creer cosas, sin necesidad que sean personalidades en concreto.

Trastorno de identidad disociativo

la relación con los demás, lo que hace complicado que sigan el tratamiento e indicaciones terapéuticas, es una de las enfermedades mentales más estigmatizadas socialmente.

Trastorno de identidad disociativo

El TID se caracteriza por la coexistencia de una o más identidades o estados de personalidad en una misma persona. Cada identidad tiene su propio concepto del individuo y de su relación con el mundo y se alternan en el control del comportamiento de la persona. El TID no es una enfermedad bien comprendida y existe bastante discrepancia en su diagnóstico y tratamiento.

4.8 Casos presentes

A lo largo de los años de existencia de este trastorno, muchos casos de personas diagnosticadas han sobresalido, ya sea por la forma en que pudieron sobrellevar sus personalidades, o por como estas dominaron a la personalidad primaria.

Entre estos destacan:

El primer caso reconocido

Fue mencionado por el médico alemán Eberhardt Gmelin en el año 1791. Se trataba de una joven alemana que rondaba la veintena de años e improvisamente comenzó a hablar un francés perfecto e incluso su alemán adquirió un acento afrancesado.

Este nuevo yo conocía la personalidad primaria (como se le denomina a la personalidad original) y mantenía sus recuerdos mientras que su yo primario no llegó a conocer a esta nueva personalidad. El médico afirmaba que la joven podía asumir una personalidad u otra con un simple movimiento de manos.

Mary Reynolds

En 1816 Samuel Lotham Mitchell documenta el caso de Mary Reynolds, para muchos especialistas este es verdaderamente el primer caso seriamente comentado en la literatura médica. Mary nació en Inglaterra, pero posteriormente se trasladó a los EUA. Se la describe como una joven melancólica, introvertida y solitaria que, tras pasar seis semanas por un estado de ceguera y sordera total, despertó con una personalidad totalmente diferente (extrovertida, bromista, vivaz...).

Parecía una niña, sin ninguna memoria anterior ni lenguaje, no recordaba escribir, leer ni reconocía a su familia. Cinco semanas después la personalidad primaria volvió a aparecer tras un periodo de 20 horas de sueño. Volvía a ser la Mary de siempre pero no recordaba nada de lo acaecido. Esta alternancia de personalidades se sucedería por 15 años, siempre antecedida por periodos de largos sueños. Después de casi 30 años la personalidad secundaria (que para ese entonces ya había aprendido todo lo necesario) se hizo predominante y fue con estas características personalógicas que Mary continuó viviendo el resto de su vida.

Truddi Chase

- Número de personalidades: 92

Las personalidades de Truddi nunca chocaron entre ellas y eran bastante conscientes de su presencia en el cuerpo de Truddi. Ella los llamaba "the troops" (en castellano, escuadrón o

tropas) y no querían que se fusionaran porque habían pasado demasiadas experiencias juntos.

Truddi afirma que fue abusada física y sexualmente por su padrastro cuando tenía dos años, mientras que su madre abusó de ella emocionalmente durante 12 años. Se dedicaba a la inmobiliaria, pero era incapaz de trabajar bien.

Es cuando decidió ir a un psiquiatra y descubrieron que tenía trastorno de personalidad múltiple... ¡y tenía 92 personalidades diferentes! Su personalidad más joven tenía cinco años se llama *Lamb Chop* (en castellano, chuletas de cerdo) y el más viejo era *Ean*, un filósofo y poeta irlandés de 1000 años.

Lurancy Vennum, el Watseka Wonder

Número de personalidades: no especificada

Lurancy Vennum creyó que estaba siendo poseída por Mary Roff, una chica que murió unos años antes que ocurriera todo esto.

Vennum era de Watseka, Illinois y su caso fue llamado 'Watseska Wonder' porque sufrió ataques epilépticos que a veces la dejaban inconsciente; cuando se despertaba le decía a su familia que había ido al cielo y había visto los ángeles de sus hermanos fallecidos. Cuando empezó a sufrir más ataques epilépticos, los médicos recomendaron a la familia que la ingresaran en un psiquiátrico. Asa B. Roff, su vecino, convenció a la familia que sus experiencias eran reales y que no la ingresasen.

Lurancy estaba "poseída" por diferentes espíritus, pero más adelante decidió que solo estaba poseída por Mary Roff, la hija muerta de Asa Roff. Los Roffs acogieron a Vennum en su casa durante mucho tiempo. Los psicólogos descubrieron más adelante que "Mary" solo se manifestaba cuando estaban presentes los Roff.

Años más tarde, Lurancy volvió a su casa y se casó con un hombre que no creía en el espiritismo. A partir de entonces, "Mary" dejó su cuerpo y no se volvió a manifestar nunca más.

Billy Milligan

Número de personalidades: 24

Ohio State University se hizo famoso por tres secuestros que ocurrieron entre el 14 y 26 de octubre en 1977. Las mujeres fueron llevadas a una zona apartada donde fueron robadas y violadas. Las víctimas tenían diferentes testimonios sobre la personalidad del sospechoso. Una afirmó que tenía acento alemán. Otra dijo que el chico era realmente agradable. Físicamente, describieron al mismo chico, pero sexualmente, los 'sospechosos' no podrían ser más diferentes.

Todas las pruebas condujeron a la policía a Billy Milligan, un joven de 22 años. Le hicieron pruebas psicológicas y fue diagnosticado con TID de 24 personalidades diferentes. La defensa afirmó que dos de las personalidades fueron los que cometieron los crímenes: Ragen, un hombre de Yugoslavia y Adalana, una lesbiana. Billy fue el primer estadounidense en recibir un veredicto "no culpable" por un jurado debido a su trastorno. En lugar de encarcelarlo, fue confinado en un psiquiátrico hasta 1988. Dicen que todas sus personalidades se fusionaron en uno.

4.9 Factores genéticos y biológicos

Entender el papel de los aspectos ambientales en el desarrollo de la personalidad no es una negación de los factores constitucionales. El debate entre el origen constitucional y ambiental de los trastornos mentales no es el objetivo de este artículo. Entendemos que los aspectos genéticos influyen en los rasgos de carácter, y que el temperamento interactúa con los elementos ambientales de un modo complejo.

Algunos rasgos de carácter muy extremo (por ejemplo, una impulsividad extrema) pueden generar trastornos de personalidad con escasa contribución del entorno. Pero la mayoría de los casos están en la mitad del espectro, donde la relación con los cuidadores primarios y la presencia de situaciones traumatizantes pueden conducir a que el individuo desarrolle una personalidad borderline. De cara a elaborar una teoría verdaderamente explicativa, es importante incluir el rol de los factores genéticos. Pero existen diferentes datos en diferentes estudios. Plomin, DeFries, McClearn, and McGuffin (2001) afirman que los genes explican el 40–60% de la variabilidad en los rasgos normales de personalidad.

Estos rasgos normales de personalidad pueden evolucionar hacia un trastorno de personalidad cuando el individuo crece con un apego disfuncional o un entorno traumático. Las relaciones entre apego, genética y trastornos de personalidad son complejas y no han sido bien establecidas. Podemos considerar que el apego inseguro causa disregulación emocional. Pero tanto el apego inseguro como la disregulación emocional podrían estar mediadas por las mismas diferencias heredables en el temperamento o los rasgos de personalidad (Goldsmith & Harman, 1994). Recientemente se ha subrayado la influencia de los factores ambientales en el rango de expresión de los genes en el fenotipo (Lobo & Shaw, 2008).

Este aspecto necesita ser estudiado en referencia al apego temprano versus los factores genéticos en el desarrollo del TLP. Sin embargo, la interacción entre genética y ambiente probablemente es incluso más compleja de lo que se pensaba. Brussoni, Jang, Livesley y MacBeth (2000) encontraron que los genes dan cuenta del 43, 25 y 37% de la variabilidad en el apego temeroso, preocupado y seguro.

Se encontró, en contraste, que la variabilidad en el apego distanciante era atribuible enteramente a los efectos ambientales. Skodol et al. (2002) afirmaron que los aspectos de los trastornos de personalidad que era fácil que tuviesen correlatos biológicos eran aquellos que involucraban regulación de los afectos, patrones de impulso/acción, organización cognitiva y ansiedad/inhibición.

Para el TLP, los dominios psicobiológicos clave incluirían agresión impulsiva asociada con una actividad serotoninérgica en el cerebro reducida, e inestabilidad afectiva asociada con una alta respuesta de los sistemas colinérgicos. Siever et al. (2002) afirman que los estudios de agregación familiar sugieren que la heredabilidad, no para el TLP como diagnóstico sino la base genética de este trastorno, puede ser más fuerte para dimensiones como la impulsividad/agresión y la inestabilidad afectiva, que para los criterios diagnósticos en sí mismos.

Los factores ambientales y genéticos se diferencian mejor en estudios de gemelos, pero estas investigaciones son muy difíciles y caras de realizar. Algunos estudios de gemelos analizan los efectos heredables del apego en niños, sin encontrar efectos genéticos significativos. Los factores ambientales explican el 23-59% de la varianza (Bakermans-

Kranenburg, Van IJzendoorn, Schuengel, & Bokhorst, 2004; Bokhorst, Bakermans-Kranenburg, Fearon, Van IJzendoorn, Fonagy & Schuengel, 2003; O'Connor & Croft, 2001).

Otras investigaciones como la de Crawford et al (2007) encuentran que el apego ansioso y evitativo se relaciona con los trastornos de personalidad (TP). Relacionan el apego evitativo y la desregulación emocional, concluyendo de sus datos que el 40% de la varianza en el apego ansioso era heredable, y el 63% de su asociación con las dimensiones correspondientes del TP eran atribuibles a efectos genéticos comunes. El apego evitativo estaba influenciado por el entorno compartido en lugar de los genes.

La cuestión respecto a la posibilidad de que los cuidadores primarios compartan determinantes genéticos con el niño es más compleja que considerar esto una causación genética. Todos estos elementos (rasgos de carácter compartidos y estilos de apego) cuando ocurren eventos traumatizantes, pueden tener efectos multiplicativos. Por ejemplo, un padre impulsivo probablemente tendrá dificultades cuando tiene que regular conductas impulsivas en sus hijos, reaccionando con frecuencia de modo crítico o violento frente a la conducta del niño.

La presencia de un rasgo de personalidad no invalida el rol del cuidador al manejar este rasgo. Por el contrario, la existencia de un rasgo de carácter es un factor de vulnerabilidad para el niño, que probablemente se verá más afectado por la actitud del cuidador. La misma dinámica se produce con la desregulación emocional. Comentamos antes que la desregulación emocional y el apego inseguro pueden estar al menos parcialmente mediados por la herencia. Sería altamente probable que un niño con una tendencia genética a desregular sus emociones evolucionase mejor con un progenitor que pueda modular sus emociones. Cuando el progenitor no tiene habilidades de regulación emocional, porque tanto éste como su hijo comparten los mismos rasgos genéticos, probablemente potenciará la desregulación emocional del niño. El efecto de un estilo desregulado en un cuidador puede ser más intenso en un niño que tiene una capacidad de regulación emocional deficiente.

En resumen, la relación entre factores genéticos, rasgos de personalidad y estilos de apego es probablemente compleja, y no ha sido claramente confirmada o refutada. La situación más probable es que los factores genéticos como la desregulación emocional puedan

influenciar los rasgos de personalidad. Pero estos rasgos podrían ser modulados o exacerbados por la relación con el cuidador primario (Schoore, 2003 a, b).

Otro aspecto relacionado con los factores biológicos es el debate en torno a la comorbilidad y la confusión entre diagnósticos del eje I con una base más claramente genética o biológica y el TLP (Zanarini et al, 1998). Liebowitz (1979) argumenta que las personalidades borderline no están separadas claramente del antiguo concepto de esquizofrenia borderline, mientras que otros insisten en la separación entre ambos diagnósticos (Gunderson & Kolb, 1979; Kernberg, 1979; Spitzer & Endicott, 1979; Masterson, 1976). De modo similar algunos autores han considerado el TLP como una variante del trastorno bipolar (Akiskal et al, 1985) mientras que otros cuestionan esta idea (Paris, 2004). Probablemente, como comentaremos después, todas estas ideas contienen parte de verdad.

Algunos pacientes con TLP manifiestan presentaciones atípicas de trastorno bipolar, siendo la desregulación emocional un síntoma del trastorno subyacente. Nosotros proponemos considerar la posibilidad de que algunos borderlines podrían tener una base más biológica y otros una base más traumática, siendo el peso de estos factores diferentes en distintos pacientes.

5. Panorama

5.1 Problemas para manejar las emociones.

Uno de los problemas principales para la persona con un trastorno disociativo es la alteración de la regulación de las emociones; es decir, la dificultad para tolerar y manejar experiencias emocionales intensas. Este problema procede en parte de haber tenido pocas oportunidades de aprender a calmarse a sí mismos o modular sus emociones, debido al hecho de criarse en una familia abusiva o negligente, donde los padres no enseñaron estas habilidades. Los problemas en el manejo de las emociones se componen de la intrusión repentina de recuerdos traumáticos y de las emociones abrumadoras que los acompañan.

La incapacidad para manejar emociones intensas puede desencadenar un cambio en el estado del yo, desde un estado de ánimo a otro. La despersonalización, la desrealización, la amnesia y la confusión de la identidad pueden considerarse esfuerzos de autorregulación cuando la regulación de las emociones falla.

La despersonalización (o verse a sí mismo como si estuviera fuera de su propio cuerpo), por ejemplo, es un modo de no estar presente mientras se está siendo sometido a un acto de abuso o crueldad insoportable. Como última alternativa de una mente abrumada para escapar del miedo cuando no hay escapatoria, una persona puede, inconscientemente, adaptarse creyendo que es alguien diferente. Así, la experiencia traumática que la persona no se ve capaz de afrontar ni de admitir, queda en un compartimento aislado de su mente, desconectado del resto, y desarrollándose de un modo independiente con cada repetición del trauma hasta dar lugar a una personalidad diferente.

No es raro que una de las personalidades sea agresiva y sienta ira y desprecio hacia la personalidad víctima, a quien considera débil, cobarde y merecedora del castigo. Esta personalidad airada ha observado a la víctima desde fuera sin sentir nada hacia ella. Por eso, uno de los pasos principales para la integración de esta personalidad pasaría por lograr que sienta compasión por la víctima y empatía hacia ella. La aproximación terapéutica requiere ayudar a construir la confianza en la capacidad de una persona para tolerar sus emociones, aprender, y crecer como persona.

5.2 Simulación

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) celebró en septiembre de 2011 la Cumbre Mundial sobre Enfermedades Crónicas. Allí se reconoció que los trastornos mentales, entre otras enfermedades, suponen un desafío de “proporciones epidémicas”, con un grave impacto en el desarrollo socioeconómico de los países (World Health Organization). De ahí la necesidad de la correcta identificación de los casos de simulación de síntomas en las bajas laborales (o incapacidades), tanto temporales como permanentes, por enfermedades crónicas (Santamaría, Capilla y González Ordi, 2013).

Se debe reconocer que tanto la picaresca y el engaño~ como la simulación de síntomas de diversas enfermedades han sido estrategias ampliamente utilizadas por el ser humano a lo largo de la historia. Cabe destacar que la simulación ya aparece recogida en la Biblia, donde se narra el momento en que David, para escapar de la ira del rey de Gat, fingió padecer un trastorno mental.

Existen varias clasificaciones respecto a la simulación, ninguna de las cuales ha alcanzado un consenso clínico y/o académico generalizado. Antoine Porot propone una de las más conocidas en 1921, a fin de clasificar la simulación de síndromes mentales en tres tipos simulación mental: total o verdadera, sobresimulación y metasilulación. Posteriormente, el propio Porot (1977) amplió su clasificación en base a la personalidad y actitud del simulador, diferenciando entre:

- Simuladores pasivos, o aquellos que se centran en defectos funcionales.
- Simuladores activos, o aquellos en los que su sintomatología se manifiesta por medio de procesos psicomotores activos.
- Simuladores absurdos, esto es, los que manifiestan conductas extravagantes.

Asimismo, en función de la personalidad del simulador, VallejoNájera (1930) señalaba ~ dos tipos: por un lado, los simuladores ocasionales, dentro de los cuales diferenció entre simulador inculto, simulador sugestionable, simulador paranoide, simulador histérico, simulador mitómano o fabulador, simulador emotivo, simulador amoral y simulador profesional y por otro lado, habló de los simuladores permanentes, que habitualmente presentan más anomalías psicológicas.

Otra clasificación posterior es la que estableció Utitz (1950), diferenciando la autosimulación, donde el sujeto cree en la autenticidad de sus síntomas, de la disimulación, que consiste en el ocultamiento de forma consciente y voluntaria para conseguir un fin.

Por tanto, podemos definir la simulación como la producción intencional de síntomas físicos o psicológicos falsos o exagerados motivados por incentivos externos (Capilla Ramírez, González Ordi y Santamaría Fernández, 2008).

Pese a tratarse de un tema central en el ámbito del diagnóstico médico en general y del psicodiagnóstico en particular, se incorporó como entidad clínica diagnóstica de manera tardía en el DSM-III (1980). La simulación involucra la existencia de recompensas externas (cobro de seguros e indemnizaciones, recompensas penitenciarias o jurídicas, etc.), a

diferencia de los trastornos facticios, y se realiza consciente y premeditadamente, a diferencia de los trastornos somatomorfos.

Numerosos estudios han tratado de establecer la incidencia de la simulación, aunque ciertamente resulta difícil aportar datos precisos, debido a que existe una gran variabilidad en función del campo de estudio o de la patología que se aborde (González Ordi, Capilla Ramírez y Matalobos Veiga, 2008).

Asimismo, las investigaciones realizadas hasta la fecha parecen indicar que los seres humanos no somos mejores detectores de la mentira que lo explicable por el azar y ni siquiera los profesionales vinculados a contextos de simulación, como los psicólogos, los policías o los jueces, mostrarían una especial habilidad a este respecto (Aamodt y Custer, 2006; Faust y Ackley, 1998).

Aun así parece existir una mayor tasa de incidencia de simulación en el ámbito médico-legal relacionado con la valoración de la discapacidad, y en consecuencia con los posibles beneficios laborales, jurídicos, penitenciarios y socioeconómicos asociados (Mittenberg, Patton, Canyock y Condit, 2002).

Un principio fundamental en la detección de simulación es que cuantas más inconsistencias presente un paciente en las diferentes pruebas y dimensiones relativamente independientes, más plausible resultará pensar que su rendimiento refleja un esfuerzo deliberado por dar una imagen irreal de sus capacidades o de su sintomatología (Bianchini, Greve y Glynn, 2005). De ahí que la convergencia de datos provenientes de diferentes fuentes de información sea crucial para asegurar el diagnóstico de simulación (Capilla Ramírez et al., 2008).

Sin embargo, diferentes estudios han mostrado cómo al registrar pruebas de procesamiento cognitivo de la memoria tanto los simuladores como las personas con el trastorno ofrecieron niveles similares en recuerdo, reconocimiento y primado entre las diferentes identidades (Allen y Movius, 2000; Eich, Macaulay, Loewenstein y Dihle, 1997; Huntjens, Peters et al., 2005; Huntjens et al., 2006; Huntjens, Peters, Woertman, Van der Hart y Postma, 2007; Huntjens et al., 2002; Kong, Allen y Glisky, 2008; Silberman, Putnam, Weingartner, Braun y

Post, 1985). Del mismo modo, las personas diagnosticadas con el trastorno mostraron un procesamiento de la información menos eficaz que personas simuladoras del trastorno (Dalenberg et al., 2012), así como tiempos de reacción significativamente más lentos que los simuladores.

5.3 Trastorno de identidad disociativo en México

En décadas anteriores los casos de este trastorno se consideraban muy bajo, gracias a que cada vez. A principios de la década de los 80's se consideraba una prevalencia muy baja, de alrededor del 0.01% de la población general, sin embargo, los estudios realizados posteriormente sugirieron una prevalencia mayor en la población.

A finales de la década de los 90's se consideraba una prevalencia del 1% en América del Norte. El mayor conocimiento y estudio de la enfermedad ha permitido una mejor diferenciación diagnóstica, por lo que se ha encontrado un aumento en la incidencia en los últimos años.

El número de personas que sufren este trastorno va en aumento en nuestro país y cada vez es mayor el número de personas que sufren de este en los hospitales psiquiátricos de toda la república, gracias a nuevas técnicas de diagnóstico es más fácil y rápido diagnosticar a personas con este tipo de problemas.

Los estudios al respecto documentan prevalencias en el último año que van de 5 a 10% en población general, y de 10.2 a 41.4% en pacientes psiquiátricos. Además, diversos autores sugieren que se trata de entidades frecuentemente infra diagnosticadas, incluso por profesionales de la salud mental. En este estado de cosas, resulta relevante su evaluación en México, con base en un método altamente confiable como las entrevistas psiquiátricas estructuradas y disponer de medidas de tamizaje válidas y confiables para evaluarles de forma breve y sencilla. La Escala de Experiencias Disociativas DES (de las siglas en inglés de Dissociative Experiences Scale) es uno de los instrumentos de auto aplicación más utilizados con este propósito en los estudios realizados en otros países de la orbe.

El TDI a aumentado, afirman los especialistas de nuestro país, gracias al incremento de la violencia en casi todas las regiones del país, especialmente por el incremento crímenes

violentos presenciados por niños y crímenes sexuales hacia niños (Fundación UNAM, 2015). Los estados con más pacientes de TDI son: Estado de México, Chihuahua y Michoacán. Aunque se piensa que muchos casos en otros estados no han sido diagnosticados gracias a la falta de clínicas, recursos y especialistas en el tema.

5.4 Como evitar el Trastorno de Identidad Disociativo

Los especialistas todavía no han encontrado una forma de evitar este trastorno, todavía está por verse si atención temprana a niños que sufrieron algún trauma y un mayor esfuerzo por evitar cualquier tipo de abusos hacia niños puede reducir el número de individuos con este trastorno psiquiátrico. Especialistas también recomiendan dar asistencia a las familias de los niños afectados y así que sepan cómo responder a este trastorno.

Diagnosticar tempranamente este trastorno es esencial para su cura, ya que pacientes con un diagnóstico temprano suelen curarse más rápidamente y volver a su vida normal con menos problemas.

Una de las mejores formas para los familiares o amigos de ayudar al paciente es entendiendo que es el TID y poder reconocer cuando el cambio de personalidades sucede. También debe de entender que cada paciente tiene personalidades diferentes y que las personas con este trastorno normalmente sufren también de ansiedad y depresión. Si la persona afectada es tu pareja o cónyuge, no es aconsejable presentarte como tal con algunos alters, por ejemplo si alguna de las personalidades es un niño, el sujeto puede quedar muy confundido, o si el alter es de una persona del otro sexo o homosexual, ya que estos alteres podrían empezar a pensar sobre su identidad sexual y deprimirse mucho.

Muchos familiares y amigos del paciente se distancian gracias al TID, la soledad puede hacer que el trastorno se acentúe, por esto se le recomienda a los familiares y amigos que estén en contacto frecuente con esta persona. Llevarla a grupos de apoyo ayuda a muchos pacientes ya que otras personas entienden por lo que están pasando y se les alienta a seguir asistiendo a su terapia. Si la persona acompañando al paciente nota mucha agresividad en uno de los alter es recomendable llamar a la policía ya que puede ser altamente golpeado o hasta matado, pero siempre hay que recordar que esta agresividad no proviene de la

persona en sí, si no de una de sus personalidades y la persona no tiene control sobre sí mismo.

Si la terapia psicológica no le resulta al paciente o si no ha sido constante con esta aconsejarle que hable con su terapeuta sobre otro tipo de terapias que lo puedan ayudar es de las mejores cosas que se pueden hacer.

5.5 ¿Cuáles son sus formas comunes de manifestación?

Desde el punto de vista del médico de familia, el indicador más frecuente es el paciente que tiene una hoja clínica "repleta" -- el que viene a la clínica con un problema tras otro, ninguno de los cuales parece resolverse, y que, cuando se le resuelve, regresa enseguida con uno nuevo.

Los médicos tienden a impacientarse con este tipo de paciente, el paciente percibe la impaciencia del médico y entonces aumenta sus quejas en lugar de reducirlas. A menudo estos casos se confunden con un trastorno de conversión.

La disfunción familiar es otro indicador. Por ejemplo, si aparece el uso excesivo del alcohol o el maltrato doméstico (incluyendo maltrato de palabra), la posibilidad de que haya uno o más miembros de la familia con sintomatología disociativa es mayor. (Nótese que esto es sólo una posibilidad.)

Los problemas en la escuela entran en este mismo rango de posibilidades, particularmente si el niño ha sido buen estudiante con anterioridad. Él o ella puede estar reflejando problemas familiares.

Los resultados de análisis de laboratorio inconsistentes o inesperados pueden frecuentemente aparecer con pacientes disociados. Si las pruebas tiroideas han sido siempre normales, pero ahora no lo son, o si el EEG inesperadamente muestra un foco epileptiforme sin antecedente, o la tensión arterial sube o baja a niveles no usuales para el paciente, u otros indicadores metabólicos se hacen inesperadamente anormales, entonces una de las posibilidades (de nuevo, señalo que es sólo una posibilidad) es que se trate de un trastorno disociativo.

El pánico o los ataques de ansiedad aparecen frecuentemente con la disociación. Se trata, usualmente, de un tipo de ansiedad "flotante".

Los ataques de pánico pueden ser súbitos, inesperados y sin causa aparente.

La depresión sin causa aparente, sin antecedentes familiares o a una edad poco usual, puede ser otro indicador, ya que casi todos los pacientes con disociación tienen por lo menos un estado de ego depresivo. De la misma forma, la ira inexplicable o descontrolada, al punto de rabiar, puede hacer su aparición.

La respuesta inusual o inconsistente a los medicamentos es otro indicador. Los pacientes disociativos pueden a veces tolerar enormes dosis sin efectos dañinos aparentes o, por el contrario, reaccionar a una dosis normal como excesiva o, en otros casos, responder positivamente a pequeñas dosis de hasta la cuarta parte de la normal.

Las tentativas de suicidio frecuentes, casi todas fallidas, constituyen también un indicador. Con frecuencia son correctamente clasificadas como "un grito de auxilio".

Los casos más corrientes, sin embargo, presentan dificultades emocionales o psicológicas, las cuales también parecen raras o inapropiadas: fallas de memoria; inesperadas explosiones de angustia; manifestaciones en conflicto como, por ejemplo, estar cariñoso y tierno y de pronto molesto e indiferente, lo que resulta difícil de comprender para un niño (¿por qué mami me grita y me dice que me vaya y enseguida me llama y me pide un beso?); respuesta sexual confusa, difícil de comprender para la pareja (¿por qué mi pareja se muestra sensual y provocador y al instante me dice que no lo toque?).

Otra situación confusa es el argumento ilógico defendido con fuerza pero sin que tenga mucho sentido, como si distintas personas estuvieran hablando de cosas totalmente diferentes.

Todas éstas y muchas otras dificultades se presentan, y en mayor grado y con más complicadas variantes, que en las presentaciones más frecuentes enumeradas al principio de la sección.

Los trastornos del apetito (anorexia o bulimia) son otras manifestaciones. La anorexia es más fácil de detectar, porque el paciente comienza a bajar evidentemente de peso. Además, el paciente lo niega y a veces no admite que está adelgazando.

Solía pensarse que la anorexia era un padecimiento femenino, pero un significativo número de pacientes pertenece al sexo masculino. Obviamente, hay que descartar toda causa física en estos casos. Estos trastornos generalmente aparecen aproximadamente en la pubertad o en edades cercanas a ella.

Un área que sólo ha recibido especial atención en los últimos cinco años, es la disociación somatoforme, en la que el paciente manifiesta síntomas en su físico en lugar de su psiquis. Este aspecto de los trastornos disociativos ha sido muy profundamente investigado, especialmente en los Países Bajos. (Ref: Nijenhuis), y esta es, naturalmente, base para la consideración especial de pacientes de "historia clínica repleta", y especialmente importante para el médico de familia.

Algunos pacientes se presentan con lo que parece ser un trastorno bipolar. Este es sólo un cambio de estado de ego, de uno muy feliz ---quizás un compartimiento de la niñez--- a otro compartimiento muy deprimido. Una cuidadosa observación descifrará la diferencia.

5.6 ¿Qué buscar en la historia clínica?

Disfunción familiar. Uno de los primeros síntomas de un problema disociativo es una manifestación de disfunción familiar. Esto puede suceder cuando, por ejemplo, un miembro de la familia súbitamente empieza a beber, o pierde su empleo, o surge un conflicto marital donde no la había antes.

Trauma. Cualquier historia de trauma, ya sea por violencia familiar, violación sexual, guerra, un serio accidente u otro trauma severo persistente constituye una señal de peligro y debe investigarse. Puede ser algo sucedido años antes, que se ha echado a un lado o descartado como de poca importancia. El trauma emocional es el más frecuentemente ignorado o subestimado.

Dificultades en el trabajo o en la escuela. A veces, las primeras indicaciones aparecen con un problema inesperado o sin explicación en el trabajo o en la escuela: falta de atención;

olvidos o equivocaciones que no concuerdan con el comportamiento usual de la persona. Estos son factores que deben explorarse detenidamente y precisar en qué momento y cómo comenzaron.

Insomnio. El insomnio en alguien que no lo ha sufrido en el pasado, particularmente si va acompañado de pesadillas, puede ser una indicación temprana de un problema disociativo.

"Tiempo extraviado". Si se comienza a sospechar la presencia de un problema disociativo, se le puede decir al paciente: "Le voy a hacer una pregunta extraña: "¿Alguna vez usted ha tenido dificultad en recordar cómo transcurrió su tiempo?".

Por ejemplo, una persona puede recordar haber salido del trabajo para ir a su casa y la próxima cosa que recuerda es estar sentado a la mesa de la cocina sin recordar qué pudo haber sucedido en el intervalo. El paciente casi siempre responderá que "Sí", sin alterarse y hasta mostrar alivio, aprovechando la oportunidad para comenzar a hablar de este extraño fenómeno. Si no lo padece, simplemente responderá que "No", o preguntará: "¿Qué quiere usted decir?".

Dolor de cabeza. Es importante preguntar si se padecen dolores de cabeza, y especialmente si parecen ser de más de un tipo. Existe un fenómeno llamado "dolor de cabeza de la disociación", que aparentemente resulta muy agudo y con frecuencia se diagnostica erróneamente como migraña. Las razones fisiológicas de este dolor de cabeza no se conocen bien, pero se sabe que no es un dolor vascular y que no está acompañado por otros síntomas de migraña como fotofobia, aura náusea, etc.

Flash-backs. (Visiones retrospectivas) y/o recuerdos súbitos de traumas pasados: Los flashbacks y los recuerdos son cosas distintas. El flash-back catapulta a la persona de nuevo a una situación en el pasado, como volver a estar en la guerra, o al momento de un ataque o asalto.

Todas las sensaciones se repiten: escenas, olores, sonidos. Los recuerdos, por otra parte, son diferentes. En ellos la persona sabe claramente que está en el presente y reconoce que está simplemente recordando -- aunque el recuerdo sea terrible.

Los recuerdos no tienen la falta de continuidad en el tiempo que tienen los flash-backs, y desde esa perspectiva son menos intrusivos. No reconocer a personas que nos saludan. Los pacientes describirán situaciones en las que alguien los detiene para saludarlos como si fuera un viejo amigo, pero no lo reconocen.

No recordar algo que uno dijo o hizo en el pasado. Que alguien le mencione algo que él o ella dijo o hizo en el pasado, pero no lo recuerda. Esto le resulta sumamente incómodo, y es posible que sea la razón que le induzca a consultar a un médico.

Un tono de voz claramente diferente o una expresión facial bien distinta o un estilo de vestuario de inusual en el paciente pueden considerarse señales de peligro. Todas esas manifestaciones y especialmente el cambio en el tono voz son indicios típicos de disociación.

Los incidentes mencionados deben investigarse con detenimiento. Las preguntas obvias (¿dónde?, ¿cómo?, ¿por qué?, ¿de qué modo?) deben hacerse en un tono de apoyo y simpatía, y las respuestas --que pudieran ser confusas o incomprensibles-- deben ser escuchadas sin ningún enjuiciamiento.

En esta etapa ya el terapeuta estará considerando que el paciente puede ser disociado en cierta medida. Hay varios cuestionarios excelentes para el diagnóstico que son específicos para los trastornos disociativos. Los hay para adultos, para adolescentes y para niños. (Esos cuestionarios pueden encontrarse íntegramente en el Apéndice.)

Todos los aspectos anteriores se analizan y se llega a un diagnóstico preliminar. Llegar a un diagnóstico definitivo requerirá mucha más interacción con el paciente.

TID Fenómenos más complejos, como "extraviar el tiempo" con frecuencia, visiones retrospectivas (flash-backs), notable cambio en la voz y una historia específica de trauma (cualquier tipo de trauma), especialmente si ocurrió en la infancia, nos hará sospechar que es un problema típico o atípico del TID.

TDNE Aunque nunca existe una línea de diagnóstico clara entre los distintos tipos de disociación, los fenómenos descritos anteriormente, tales como dificultades en el trabajo e

insomnio, probablemente indican una forma menos severa (pero no menos difícil de tratar) de trastornos disociativos.

5.7 Los enfoques terapéuticos usuales

Terapia del Estado de Ego

Uno de los métodos más útiles para el tratamiento de los trastornos disociativos se conoce como

Acceso al Estado de Ego. Este enfoque fue elaborado por John y Helen Watkins en los Estados Unidos, en 1970. Basándose en la suposición de que las distintas partes de la estructura de la personalidad tienen tareas específicas, y de que éstas, generalmente, tienen algún componente emocional, el ambiente terapéutico proporciona la oportunidad de dirigirse a cada una de estas partes individualmente y comprender su función, así como el papel que desempeñan en el desenvolvimiento de la vida del individuo.

Aunque al principio, los distintos estados son reacios a mostrarse, a medida que el proceso terapéutico avanza, poco a poco van aceptando la idea de hablar directamente con el terapeuta.

Es importante comprender lo que estas entidades realmente son. Aunque el paciente frecuentemente las percibe como entes individuales dentro de su cuerpo, en realidad son simplemente compartimentos de la estructura de su personalidad. Phillips y Frederick (1995) los han descrito como "unidades de energía", lo cual resulta una definición admirablemente adecuada.

Los Watkins han descrito, en numerosos libros, artículos y talleres, la utilidad de este concepto, el cual permite acceso a un amplio rango de emociones, sensaciones, conocimientos y conductas que de otra forma resultan difíciles de colocar en un patrón o marco. Este enfoque permite a los estados de ego tener un verdadero intercambio con el terapeuta. Durante el tratamiento, se estimula a cada estado a contar sus propias experiencias dentro del sistema, y se le reconoce su participación.

Para el médico de familia, la aceptación respetuosa de los varios estados de ego es sumamente importante, ya que alguno de ellos, por ejemplo, pudiera ofrecer las razones por las que el paciente siente dolores, sufre de náusea o algún otro tipo de molestia física. No resulta muy difícil comenzar a identificar estos estados de ego. Podrán tener pequeñas diferencias en el hablar, el vestir o la manera de sentarse o pararse que no sean inmediatamente evidentes para el no iniciado, pero sí reconocibles por el ojo del médico que conoce bien a su paciente. Generalmente, después de un período de ensayo y error, los estados se disponen a expresarse abiertamente.

Después de crear un ambiente de confianza, no es nada incorrecto hablar con uno de ellos específicamente y preguntarle, por ejemplo: "María, ¿podrías ayudarme a comprender por qué Marta tiene estos dolores de cabeza?"

Los estados de ego pueden ser masculinos, femeninos o neutros, viejos o jóvenes, verbales o noverbales. Pueden, inclusive, no ser humanos. Esto se puede comprender mejor en el contexto: quizás el niño tuvo que imaginar ser un extraño con la suficiente fortaleza para enfrentarse al trauma (algún personaje de "La guerra de las galaxias", por ejemplo). O un niño muy pequeño pudiera buscar apoyo en su oso de juguete, o su animal favorito, y asumir sus características para tranquilizarse.

Hipnosis clínica

La disociación es, por definición, un estado de conciencia alterado. No es difícil comprender, por lo tanto, que los estados hipnóticos -que son también estados alterados de conciencia- puedan resultar muy útiles. Sin embargo, es necesaria la siguiente advertencia: a veces, el estado hipnótico puede ser tan rememorativo de la reacción al trauma que altere al paciente. En ese caso, las técnicas formales de hipnosis pueden resultar de poca ayuda. Sin embargo, como tales pacientes entran y salen constantemente de estados de conciencia alterados, cuando cambian de un estado de ego a otro, el terapeuta tiene que observar y él o ella reconocerá cuando esto está ocurriendo. En ese caso, es fácil utilizar métodos informales de hipnosis, como preguntar, "¿recuerda qué pasó cuando ...?" y después utilizar el consecuente estado de conciencia alterado para hacer sugerencias hipnóticas, tales como, "... Usted ahora puede sentirse mejor."

Las técnicas hipnóticas pueden utilizarse para enseñar habilidades de enfrentamiento, fortalecer la autoestima (algo muy importante), mejorar patrones de sueño, aliviar el dolor, y para otros propósitos específicos. Pero NO se deben emplear para evocar recuerdos. En próximos capítulos trataremos de estos factores con más amplitud.

Psicoterapia

Una buena psicoterapia es la piedra fundamental para el tratamiento de pacientes disociativos. De hecho, la terapia del estado de ego y las técnicas hipnóticas siempre deben utilizarse en la psicoterapia de orientación.

El objetivo general de la terapia es ayudar a los pacientes a construirse una narración consistente y convincente de su vida y al hacerlo, llegar a comprender cómo y por qué llegaron al estado que los llevó a necesitar tratamiento. Esto pudiera conducir (y sucede con frecuencia) a la recuperación de recuerdos de hechos pasados que han permanecido escondidos, a veces durante años. No es función del terapeuta interpretar o verificar la veracidad de estos recuerdos, sino ayudar al paciente a lograr construir su propia verdad. Los recuerdos emocionales almacenados por mucho tiempo en el sistema límbico del lado derecho del cerebro serán gradualmente procesados por el hipocampo para ser codificados en la zona del lenguaje y la lógica del lado izquierdo del cerebro. En secciones subsiguientes se ofrecerá más información sobre la recuperación de la memoria.

Todos estos enfoques pueden utilizarse en cualquier grado de disociación.

El modelo CASC (en inglés BASK)

Este enfoque, desarrollado por primera vez por el Dr. Bennet Braun, en Chicago, es una fórmula para integrar fragmentos y facetas de la memoria y formar un todo coherente. Las iniciales se refieren a los cuatro componentes de la memoria: Conducta, Afecto (emoción), Sensación (es decir conciencia sensorial tal como sentir dolor o sentir frío) y Conocimiento.

Es frecuente, en las personas altamente disociadas, que los componentes de un recuerdo en particular se guarden dentro de varios estados de ego. Por tanto durante las sesiones de terapia se trabaja para convencer a esos estados de ego de que entreguen su parte de la

experiencia total. Esto suena fácil, y en cierto modo lo es, pero esto significa que cada estado de ego tiene que estar lo suficientemente preparado para hacer esta tarea, que a veces se percibe como una expectativa inalcanzable. En ocasiones, acometer esta tarea dentro del marco de la hipnosis puede facilitar las cosas. Ahora bien, el paciente debe sentirse cómodo con la hipnosis para poder participar enteramente.

También es importante que el paciente desee comprender el recuerdo más completamente. Tal vez parte del recuerdo ya haya salido a la superficie, pero parece incompleto. Uno se pregunta entonces, ¿Cuál es el componente que falta? Es acaso, cómo la persona se sintió emocionalmente, o lo que él o ella estaba haciendo, o si hubo alguna sensación física, o un conocimiento general de la situación; si alguno de estos componentes está difuso o falta de la situación, entonces uno tiene que buscar la manera de recolectar la información que falta.

Al mismo tiempo, es importante que tanto el paciente como el terapeuta comprendan la diferencia entre la memoria implícita y la memoria explícita. La memoria implícita está presente cuando nacemos. Es una memoria de la experiencia, la memoria de lo que experimentamos en ese momento, no los hechos de la cuestión, sino la experiencia de la situación. Nuestra experiencia es lo que percibimos que está pasando, no necesariamente lo que está pasando. Contiene todos los aspectos de la experiencia, a saber: la conducta, la percepción, la complejidad emocional y la conciencia somatosensorial.

Para codificar, o sea para almacenar, en la memoria implícita no se requiere la atención focalizada: no es necesario que estemos prestando atención al suceso o a la situación. Las experiencias de vínculo afectivo son experienciales, y por eso están codificadas y reforzadas profundamente dentro del cerebro.

La memoria explícita, por otra parte, se desarrolla mediante la atención consciente. Es semántica y autobiográfica, es nuestro conocimiento de lo que nos ha ocurrido. Uno debe prestar atención a la experiencia para almacenar este tipo de memoria, es decir, se requiere atención focalizada y la situación se procesa mediante el hipocampo para ser almacenada en las zonas del lenguaje y de la lógica del lado izquierdo del cerebro. Así los sucesos seleccionados, a los que hemos prestado atención, se convierten en parte de la memoria permanente, un proceso conocido como consolidación cortical. Es una memoria narrativa.

5.8 Cómo organizar un plan terapéutico

El concepto de "etapas"

Cuando se trata de diagnósticos complejos es conveniente, por lo general, concebir el plan terapéutico estructurado en una serie de etapas. Debemos tener en cuenta que estas etapas no aparecen siempre en el mismo orden y pueden, además, superponerse o entrelazarse. Lo que viene a continuación, por lo tanto, es un patrón general que no constituye en ningún sentido una fórmula absoluta.

Primera etapa: Seguridad y contención:

Ante todo, es necesario ayudar a nuestros pacientes a mantenerse seguros, dentro y fuera de nuestras consultas, en camino hacia éstas y después de salir de las mismas. También incluye seguridad para enfrentar acontecimientos, tales como, perder el empleo.

Para confirmar que se trata de un trastorno disociativo, hay que hacer una historia clínica cuidadosa y realizar las pruebas de evaluación y de diagnóstico pertinentes. Estos pasos son aplicables a todas las partes del espectro disociativo y también a muchos problemas emocionales y psicológicos que no son específicamente disociativos, pero que tienen muchas características en común.

Al estudiar la historia clínica del paciente, pueden detectarse algunos indicios potencialmente peligrosos, como cambios rápidos de un estado de ego a otro con poco control evidente; la existencia mantenida de situaciones de maltrato, traumáticas o que sean peligrosas para el paciente (tales como la permanencia en el mismo trabajo donde el maltrato o el trauma ocurrió, o un cuadro de familia altamente disfuncional, o la convivencia con un o una cónyuge, padre, madre o hermano abusador); múltiples remisiones para llegar a la consulta; un estado de ego altamente depresivo o evidencia de tendencias suicidas: tentativas anteriores de suicidio u otros indicios de inclinación a hacerse daño.

Estas preocupaciones deben explorarse abierta y específicamente con el paciente para observar su preocupación, o lo que es más difícil, su falta de ella. Una forma de acercamiento a este Segunda etapa: Trabajar con el trauma útil cuando, por ejemplo, un estado sabe

hacer algo que el otro no sabe. El primero le enseña al segundo cómo hacerlo, no importa lo que sea. Esta unión puede fácilmente explorarse en el ambiente protegido de la consulta, y más tarde en la casa, cuando ya se tenga cierta práctica. Por supuesto, cuando la conciencia es completa, la unión resulta fácil de lograr, y puede llegar, si el paciente está dispuesto, a una unión permanente. El problema es hacer que el paciente escriba su propio Plan de Seguridad y Protección, que sea muy explícito con respecto a aspectos que parecen requerir especial atención. Si el paciente es reacio a hacerlo (y algunos lo son), entonces las razones para ese rechazo deben convertirse en temas del discurso terapéutico.

Los estados de ego infantiles en un adulto son peligros potenciales inminentes. Para lidiar con ellos es conveniente designar, dentro del sistema de estados de ego, un cuidador para estas partes jóvenes del conjunto de la personalidad. Igualmente, cualesquiera de los estados de ego cuya función sea ocuparse del dolor pueden inadvertidamente verse envueltos en situaciones de peligro, porque esas sensaciones físicas son "normales" para esos estados de ego.

Más frecuente que el peligro físico es el factor emocional que con asiduidad agobia al paciente.

En los trastornos de estrés postraumático, por ejemplo, las visiones retrospectivas súbitas se adueñan de todas las respuestas emocionales y sensoriales del paciente, que queda a merced de estos fenómenos. No hay tiempo para prepararse cuando este fenómeno ya está sucediendo. Es necesario, por lo tanto, prepararse de antemano porque de alguna manera hay que tratar de detener estas reacciones involuntarias y a menudo horribles.

Esto no es siempre fácil, ya que su súbita aparición es totalmente inesperada y no le da oportunidad al paciente para prepararse.

Orientación en la realidad (tiempo, espacio, y persona). Enseñar al paciente a orientarse en la realidad y enseñarle técnicas de reorientación es una buena manera de comenzar: "Mira a tu alrededor. ¿Dónde estás?. ¿Dentro o fuera?. Mira a la ventana (o a los árboles, o a la calle).

Mírame a mí. Tú me conoces. ¿Quién soy yo?. Pon tus pies en el suelo (o en la tierra). ¿Qué tienes debajo de los pies?. Siente tus manos sobre los brazos del asiento." Ordenes sencillas como éstas empiezan a retrotraer al paciente al presente. Los pacientes pueden aprender a hacer esto por sí solos, especialmente si existe cooperación entre los estados de ego. Volveremos sobre este tema más adelante.

Contraseña. Frecuentemente se utiliza una contraseña para "ubicarse en la realidad". Puede establecerse como una sugerencia post-hipnótica. Es importante que sea el paciente y no el terapeuta quien escoja la palabra y cualquiera que ésta sea es aceptable. Las prácticas en el uso de la contraseña pueden hacerse en la consulta, aunque no necesariamente, durante una situación hipnótica.

Cantar. Cantando en voz alta, el paciente mismo puede a veces interrumpir una visión retrospectiva o evitar verse abrumado por la emoción.

Crear un recipiente para la emoción. Esto se logra con el uso de imágenes mentales, y la hipnosis es, frecuentemente, el ambiente adecuado para introducir el concepto del recipiente.

Naturalmente, no importa cual sea el recipiente o su aspecto. Lo importante es que sea aceptable para el paciente. El paciente, entonces, introduce inmediatamente la emoción en el recipiente, o la envuelve (imaginariamente) con un material apropiado como, por ejemplo, una lámina de plástico acolchado, o un pedazo de tela.

A pesar de su naturaleza tan bizarra, este recurso funciona generalmente muy bien. La persona comienza a sentir que tiene algún control sobre este huracán emocional, y se reduce su temor a cualquier forma de reacción o respuesta emotiva. Al percibir el paciente que ahora tiene más control, lo alcanza en realidad y por lo tanto, está más seguro.

Con respecto a detalles, como el camino hacia la consulta y el regreso de la misma, debe haber un acuerdo dentro del sistema de estados de ego para que un estado infantil no se apodere de la conducción del automóvil o mientras el paciente monta una bicicleta o se sube a un autobús; que la aparición de cualquier otro ego no le haga salir disparado de la consulta antes de terminar la sesión y haber logrado un grado de seguridad hasta donde sea posible.

Tales problemas de seguridad continuarán presentándose bien entrados en la segunda etapa de la terapia, y deben afrontarse cuando aparezcan.

Segunda etapa: Trabajar con el trauma

Esta etapa del proceso puede comenzar después de varios meses de terapia o aún antes, pero generalmente se produce al segundo año. Esta parte del proceso terapéutico tiene muchos aspectos.

Aprender a conocerse. Durante las primeras semanas o meses, nos vamos enterando de la historia (hasta donde el paciente la conoce o la recuerda), y sus distintos estados de ego nos van conociendo a nosotros, en la mayoría de los casos sin que podamos todavía identificarlos. Uno o dos de los estados de ego más obvios pudieran presentarse más temprano, pero la mayoría se mantiene observándonos detrás del telón.

En esta segunda etapa empezamos nosotros a conocerlos y, por ese camino, ellos también comienzan a conocerse entre sí. Pudiera haber ya algún conocimiento mutuo interno entre ellos, pero en un paciente altamente disociado esto puede variar mucho: A puede conocer a C y a B, pero B pudiera sólo conocer a A, y C pudiera no conocer a ninguno de los dos. Esto parece confuso, y en realidad lo es. Sucede debido a las paredes existentes entre ellos, conocidas como "barreras amnésicas". Estas barreras sirven de protección, por la creencia de que algunos de los estados de ego son demasiado frágiles para recordar el abuso, o el dolor, o las actividades de algunos de los otros estados de ego (por ejemplo las actividades del que es sexualmente promiscuo). Ustedes habrán notado que nos estamos refiriendo a los estados de ego como si fueran diferentes personas. Hacemos esto porque así es como los pacientes los perciben y, por lo tanto, respetamos esa percepción. Si no lo hacemos así, se dificulta o se hace imposible lograr el rapport con el paciente.

Las técnicas para "desmantelar las barreras amnésicas" serán tratadas en capítulos subsiguientes.

Llegar a conocer a estos estados de ego no es tan difícil como parece. Lo más importante es el tratamiento respetuoso. A medida que nos van conociendo, ellos empiezan a darse a

conocer, especialmente si simplemente les pedimos, respetuosamente, que se presenten y se identifiquen.

Sin embargo, esto puede llegar a tomar muchos meses, y a veces años, antes de que lleguemos a conocer todo el sistema (y ellos aprendan a conocerlo por sí mismos también).

En general, los estados de ego están asociados a situaciones emotivas, como hemos dicho anteriormente. También se relacionan con una experiencia física o sensorial, como el dolor. A medida que los vamos conociendo mejor y ellos se van manifestando, todos (paciente y terapeuta) van conociendo los vericuetos del mundo interior del paciente. Otras técnicas para lograr este supremo objetivo serán tratadas más adelante.

Enseñar la colaboración y la co-conciencia de los estados de ego. Esto ocupará la mayor parte de la segunda etapa. Los estados de ego están acostumbrados a actuar con independencia la mayor parte del tiempo, cada uno en el papel que tiene asignado. No están acostumbrados a trabajar en equipo --todo lo contrario-- y les resulta chocante cuando empiezan a verse entre sí.

Existe entre ellos un cierto grado de rivalidad como entre hermanos.

Hacer un mapa del sistema. Es conveniente hacer algún tipo de representación visual de la organización de los mundos interiores de nuestros pacientes disociados. Algunas representaciones se parecerán al organigrama de una empresa bastante grande; otras a un mapa de relieve; otras tendrán la forma de un árbol genealógico. Usualmente requerirán actualizaciones frecuentes, especialmente durante los primeros meses de esta etapa.

Recuperación de recuerdos. Este es, sin dudas, el más controvertido de los recursos psicoterapéuticos utilizados en el tratamiento de trastornos disociativos. La controversia ha surgido mayormente debido a que, en el pasado, algunos terapeutas bien intencionados trataron de forzar la recuperación de recuerdos y la hipnosis se consideraba el ambiente ideal para lograr la reaparición de estos recuerdos. En realidad ambos conceptos pueden despistar y provocaron la denuncia de "recuerdos falsos" que ha prevalecido en muchas áreas, especialmente en los Estados Unidos. Los recuerdos aparecerán en la conciencia cuando llegue el momento apropiado, y con frecuencia la hipnosis no es el marco ideal

donde conseguirlo con comodidad. El apoyo de una alianza terapeuta-paciente es requisito indispensable. Más adelante mencionaremos adaptaciones útiles de la hipnosis para este fin.

También hemos aprendido mucho respecto de la memoria en los últimos diez años, gracias a investigaciones muy sofisticadas y elegantes hechas en Europa, los Estados Unidos y Turquía.

Específicamente, sabemos que la memoria es infinitamente maleable y que nunca recordamos algo exactamente como ocurrió, pues el recuerdo de un hecho queda debajo de experiencias subsiguientes y sucesivas y, por lo tanto, cualquier recuerdo puede ser cercano a lo que pasó, similar a lo que pasó o completamente distinto a lo que realmente sucedió. Esto no es intencional en el paciente, es decir, no nos está mintiendo, sino que está describiendo lo que en ese momento recuerda y cree que es verdad.

Lo importante de la recuperación de recuerdos es lograr que el paciente comience a crearse un relato cohesionado, trasladando el enfoque del lado derecho al izquierdo de su cerebro, disminuyendo su impacto emocional y aumentando su comprensión del hecho.

Lograr confianza. Si, por una parte, la recuperación de recuerdos es lo más controvertido, ganarse la confianza de los estados de ego del paciente es lo más difícil para el terapeuta.

Nuestros pacientes traumatizados han aprendido una lección bien dolorosa: confiar es peligroso; confiar en los adultos es especialmente peligroso; y confiar en adultos que se supone te aman y les importas tú es lo más peligroso de todo, porque esos son los que te lastiman.

Etapas: Aprender las habilidades necesarias para vivir en esta nueva situación

Co-conciencia. Esta situación, tan común y familiar para nosotros, resulta temible para quien no lo haya experimentado antes. Generalmente ocurre durante una secuencia de hechos: "ver" a uno de los otros estados de ego; actuar en tándem con él; saber lo que el otro estado está haciendo o diciendo; y, finalmente, estar consciente del proceso mental del otro estado. En las personas no disociadas los estados de ego son siempre co-conscientes. Todos se

conocen entre sí. No hay ningún cisma de conciencia entre la parte que va a la oficina y la parte que es un buen amigo.

Hay sutiles diferencias en su comportamiento o actitud, pero no hay una brecha de conocimiento. Todo esto debe aprenderlo el paciente con una nueva conciencia.

La mejor forma de acometer el estado de co-conciencia es, posiblemente, ensayarlo en la consulta del médico o terapeuta, donde el paciente está más seguro y el terapeuta está a mano para asegurar que todo salga bien.

Cambios en la percepción. Los colores pudieran ser más brillantes, el sonido más intenso, existir un mayor grado de conciencia, sensibilidad o delicadeza sensorial (no siempre bienvenida). Aunque esto parece positivo, puede ser muy perturbador para quien no haya estado expuesto anteriormente a una carga sensorial de forma tan definitiva.

Nuevos enfoques de la solución de problemas. Debido a que ciertos estados de ego están acostumbrados a resolver problemas desde una sola perspectiva, les resulta difícil acostumbrarse a recibir señales y sugerencias de otros estados de ego que están igualmente convencidos de que su manera es la mejor. Todo el concepto de esfuerzo en cooperación les es ajeno y tienen que aprenderlo. Una forma de conseguirlo es utilizar la técnica de unión, en la cual un estado de ego se une temporalmente a otro, utilizando frecuentemente un cuadro hipnótico para facilitar la unión temporal. El hecho de que es temporal es el eje de la cuestión. Esta combinación puede ser muy útil cuando, por ejemplo, un estado sabe hacer algo que el otro no sabe. El primero le enseña al segundo cómo hacerlo, no importa lo que sea. Esta unión puede fácilmente explorarse en el ambiente protegido de la consulta, y más tarde en la casa, cuando ya se tenga cierta práctica. Por supuesto, cuando la co-conciencia es completa, la unión resulta fácil de lograr, y puede llegar, si el paciente está dispuesto, a una unión permanente. Esta, a su vez, conduce a aprender cómo vivir en un estado diferente de conciencia y experiencia.

5.9 El proceso terapéutico

Como en el amor verdadero, la terapia nunca funciona sin dificultades. ¿Cuáles son los principales obstáculos?

Expectativas del terapeuta

Como terapeuta todos quisiéramos que el tratamiento tropezara con un mínimo de interrupciones y dificultades, para beneficio, tanto del paciente como de nosotros mismos. Lamentablemente, esto puede llevarnos a expectativas irreales que subviertan todo el proceso. No podemos predecir lo que va a suceder, o cómo va a suceder, porque la psicoterapia está ella misma, por definición, en proceso y evolucionando.

El Dr. Richard Kluft, psiquiatra estadounidense y una de las internacionalmente conocidas autoridades en trastornos disociativos, se refiere frecuentemente a las Dimensiones del Movimiento Terapéutico, es decir, las cualidades específicas del progreso de la terapia, lo cual indica hasta que punto el paciente va bien o mal.

1. Alianza Terapéutica. La calidad de la relación profesional entre el terapeuta y su paciente es el factor más importante para la evaluación del adelanto en el tratamiento. Necesita atención y reevaluación constantes. Nos inclinamos a pensar que todo va bien cuando no aparecen dificultades. Esto, sin embargo, no siempre refleja la realidad. Puede significar, por ejemplo, que el paciente "se ha encerrado" porque teme ofendernos o molestarnos, o que nosotros pudiéramos rechazarlo porque no queremos ocuparnos más de él. Partes de la estructura de su personalidad pudieran no querer darle acceso al terapeuta a otros estados de ego, y esto puede impedir una satisfactoria alianza terapéutica.

2. Integración. El concepto de integración, o sea, la reunificación de la estructura de la personalidad, es considerada por los terapeutas como la meta fundamental de la terapia. Sin embargo, como he dicho anteriormente, otros (como yo) difieren en este punto. He encontrado que a algunos pacientes les asusta mucho la idea de la "integración" porque creen que se convertirán en una especie de viscosidad amorfa, o que uno quiere deshacerse de todos los estados de ego que no nos gustan (los estados de ego difíciles, gruñones o enojados) y mantener aquellos que nos gustan. Personalmente, encuentro más útil el término "resolución". La resolución significa que cada estado de ego conozca a los demás, que no queden secretos entre ellos, que no haya más sabotaje interno y/o autodaño y que todas las decisiones las tomen los adultos del sistema. En fin, es como una mancomunidad

en cooperación o una junta directiva. Por alguna razón, este concepto no produce la misma reacción negativa que parece provocar el de la "integración".

Es importante recordar que, en momentos negativos o difíciles, nuevos estados de ego pueden formarse para lidiar con nuevas situaciones tales como la alianza con el terapeuta: un estado de ego de "niña buena" que hace todo lo que el terapeuta le pide. Debemos estar muy atentos a esta posibilidad y muy firmes al tratarla. No resulta difícil disolver un estado de ego nuevo como éste en su etapa inicial, agradeciéndole que haya venido, explicándole que ha ayudado y diciéndole que ahora puede regresar por donde vino. (Nota: esto no se puede hacer con estados de ego que han existido por largo tiempo y ya constituyen parte integral del sistema).

3. Capacidad para el cambio adaptativo. La destreza del paciente para aprender nuevas estrategias de adaptación al adquirir habilidades de manejo y solución de problemas es sumamente importante. Constituye un indicio de que la percepción que tiene de sí mismo cambia: de percibirse como un ser inútil o incompetente a percibirse como un ser creativo o valioso. Sin embargo, debido a que las estrategias que el paciente usa en la vida están tan íntimamente relacionadas con sus estados de ego, el cambio de percepción no resulta de fácil comprensión para el paciente. Y comprende aún menos la necesidad de cooperar con este cambio, porque por muchos años han sido los diferentes estados de ego los que han manejado individualmente los diferentes asuntos.

4. Manejo de factores estresantes. El estrés nos afecta a todos, pero muchos sobrevivientes de trauma encuentran que lidiar con factores estresantes es muy difícil, aún aquellos que otras personas considerarían mínimos. Sin embargo, no importa lo que otros piensen al respecto. Si el paciente tiene dificultades con sucesos relacionados con el estrés, es importante establecer orientaciones y criterios que permitan manejar situaciones estresantes. Por otra parte, las estrategias para lidiar con estas situaciones están muy ligadas a los estados de ego, y podrían resultar menos útiles de lo que quisiéramos.

5. La responsabilidad de los "alternos" en la autogestión. El término "alterno" se refiere a partes estructurales de la personalidad que están compartimentadas en conductas y manifestaciones distinguibles. Actualmente, el término "estado de ego" se utiliza con más

frecuencia que el término alterno. A medida que la terapia avanza, una de las indicaciones de progreso es la capacidad de los distintos estados de ego para asumir la responsabilidad de administrar su propia casa dentro del sistema y, entonces, con el tiempo, cooperar con los demás estados para beneficio del sistema en general. A veces, el llegar a un acuerdo o contrato puede ser útil para ayudar a los estados de ego a mantenerse firmes en la autogestión sin utilizar apoyaturas contraproducentes, tales como el abuso de sustancias.

6. Control sobre la auto-agresión. Esto a menudo tiene que ver con el control de los impulsos y con el mantenerse emocional y físicamente seguro. Uno de los factores de complicación en este aspecto de la terapia es la creencia de algunos estados de ego de que otros estados de ego necesitan protegerse de ellos mismos. Esto se refiere particularmente a la idea de proteger al "anfitrión", o sea, a la parte que usualmente se presenta al terapeuta, o a la persona pública del paciente. Esto conduce al sabotaje dentro del sistema, que puede tomar la forma de auto-agresión (cortarse, etc.). Debemos recordar que ésta es una forma inversa de protección, por ejemplo: "si se corta, lo pondrán en un hospital y se sentirá seguro allí hasta que se le pase el estrés", o "le está contando demasiado al terapeuta, y éste pudiera lastimarlo, como le ha pasado en otras ocasiones al tratar de contarle a otras personas lo que le pasaba."

7. La calidad de las relaciones inter-personales. Para muchos (si no para la mayoría) de los sobrevivientes de traumas que han devenido disociados, las relaciones personales se han hecho virtualmente imposibles por mucho tiempo. Aún los casados la pasan muy mal, y muchos matrimonios se rompen bajo el estrés. Mucho tiene que ver con la necesidad de confianza que es necesaria en las relaciones serias, y la incapacidad de quien ha sufrido abuso de confiar en ninguna persona, aún en quienes aman. Una mejoría en la calidad de estas relaciones indica que la terapia está comenzando a abrir nuevas posibilidades (no importa lo vago y temible que parezcan) para una vida más exitosa y agradable.

8. Necesidad de medicamentos. En general, la mayor parte de los pacientes disociados evolucionan bien sin medicamentos. Es más, muchos, si no la mayoría, reaccionan mejor sin medicamentos por la forma idiosincrásica en que éstos son metabolizados en el paciente

disociado. Sin embargo, hay momentos en que hacen falta. Cuando su necesidad disminuye, y la persona lo está pasando bien sin los mismos, el pronóstico general mejora.

9. Necesidad de atención hospitalaria. En la misma forma en que disminuye la necesidad de medicamentos , también se reduce la necesidad de hospitalización.

10. Solución de fenómenos en la transferencia. La transferencia y la contra-transferencia están casi siempre presentes en la psicoterapia. El paciente transfiere al terapeuta un estado emocional o una reacción que ha sido parte de una relación en su vida, y a su vez el terapeuta tiene una contra-reacción a la transferencia. El terapeuta tiene que manejar su propia contratransferencia mientras, al mismo tiempo, ayuda al paciente a manejar la suya. Una discusión abierta es la única forma de resolver estas situaciones, y resulta exitosa en casi todos los casos.

Esto es difícil para el paciente, porque, como en otras situaciones, teme ser rechazado si habla con franqueza de sus emociones.

11. Contactos entre sesiones. Si el paciente solicita o no contactos entre una sesión programada y la siguiente indica su capacidad para atenderse a sí mismo hasta el momento de la próxima cita. Por supuesto, hay momentos en que el contacto entre sesiones puede ser apropiado y hasta indispensable.

Es importante dejar claros los límites de esta posibilidad, y hacerlo temprano en la terapia. Es necesario dar orientaciones claras en este sentido respecto de las horas y frecuencia de llamadas telefónicas, número de visitas por semana, renovación de recetas, etc. No podemos esperar que el paciente las sepa intuitivamente, ya que no son parte de sus experiencias en la vida. En las primeras sesiones de la terapia puede ser necesario explicar al paciente más de una vez la importancia de respetar limitaciones y barreras adecuadas.

12. Bienestar subjetivo. A medida que la terapia avanza, uno busca señales de mejoramiento en el bienestar del paciente. Se sienten mejor, duermen mejor, comen mejor; se hacen más sociables; sienten menos ansiedad o desesperación; se reducen los síntomas fisiológicos o comienzan a desaparecer. A menudo esto le parece al paciente demasiado bueno para ser verdad y no se atreve a creer que va a continuar. Tranquilizar al paciente en este sentido es

muy importante, aclarándole al mismo tiempo que el tratamiento continúa, y que es probable que aparezcan otros desafíos en el camino. Por el momento, sin embargo, debe disfrutar de la mejoría y esperar indicios todavía mejores en el futuro. Esto puede ser una maniobra de equilibrio difícil, ya que se trata de tranquilizar al mismo tiempo que de advertir en contra de un optimismo prematuro o falso. Recuérdese que los pacientes frecuentemente se sienten ansiosos o mal justamente antes, durante o después de las sesiones de terapia.

Una técnica útil es mantener al día un registro donde estas doce dimensiones se revisen a intervalos regulares, de manera que el patrón de los cambios se haga claramente visible.

6. Subtipos de trastornos de la personalidad

6.1 Trastorno paranoide de la personalidad

La característica esencial del trastorno paranoide de la personalidad es un patrón de desconfianza y suspicacia general hacia los otros, de forma que las intenciones de éstos son interpretadas como maliciosas.

Este patrón empieza al principio de la edad adulta y aparece en diversos contextos.

Los individuos con este trastorno dan por hecho que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño o les van a engañar, aunque no tengan prueba alguna que apoye estas previsiones.

Con pocas o ninguna prueba, tienen base suficiente para sospechar que los demás están urdiendo algún complot en su contra y que pueden ser atacados en cualquier momento, de repente y sin ninguna razón.

Frecuentemente, sin que haya prueba objetiva de ello, sienten que han sido ofendidos profunda e irreversiblemente por otra persona o personas. Están preocupados por dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de sus amigos y socios, cuyos actos son escrutados minuciosamente en busca de pruebas de intenciones hostiles.

Son reacios a confiar o intimar con los demás, porque temen que la información que compartan sea utilizada en su contra. Pueden negarse a contestar preguntas personales diciendo que esa información «no es asunto de los demás». En las observaciones o los hechos más inocentes vislumbran significados ocultos que son degradantes o amenazantes. Por ejemplo, un sujeto con este trastorno puede malinterpretar un error legítimo de un

dependiente de una tienda como un intento deliberado de no dar bien el cambio o puede ver una observación humorística de un compañero de trabajo como si fuera un ataque en toda regla.

Los halagos son frecuentemente malinterpretados (por ejemplo: un elogio de algo que acaban de comprar puede malinterpretarse como una crítica por ser egoísta; un halago por algún logro se malinterpreta como un intento de coartar una actuación mejor).

Los individuos con este trastorno suelen albergar rencores y son incapaces de olvidar los insultos, injurias o desprecios de que creen haber sido objeto. El menor desprecio provoca una gran hostilidad, que persiste durante mucho tiempo. Los sujetos con este trastorno pueden ser patológicamente celosos, sospechando a menudo que su cónyuge o su pareja les es infiel sin tener una justificación adecuada.

Síntomas y trastornos asociados

Los sujetos con trastorno paranoide de la personalidad son personas con las que generalmente es difícil llevarse bien y suelen tener problemas en las relaciones personales. Su suspicacia y hostilidad excesivas pueden expresarse mediante las protestas directas, las quejas recurrentes o por un distanciamiento silencioso claramente hostil.

Como los individuos con trastorno paranoide de la personalidad no confían en los demás, tienen una necesidad excesiva de ser autosuficientes y un fuerte sentido de autonomía. También necesitan contar con un alto grado de control sobre quienes les rodean. A menudo son rígidos, críticos con los demás e incapaces de colaborar, aunque tienen muchas dificultades para aceptar las críticas. Son capaces de culpar a los demás de sus propios errores.

El trastorno paranoide de la personalidad puede manifestarse por primera vez en la infancia o la adolescencia a través de actitudes y comportamientos solitarias, relaciones escasas con los compañeros, ansiedad social, bajo rendimiento escolar, hipersensibilidad, pensamiento y lenguaje peculiares y fantasías idiosincrásicas. Estos niños pueden parecer «raros» o «excéntricos» y atraer las burlas de los otros. En la población clínica parece que se diagnostica con más frecuencia en varones.

Prevalencia. Es del 0,5-2,5% en la población general, del 10-20% en los hospitales psiquiátricos y del 2-

10% en los pacientes psiquiátricos ambulatorios.

Patrón familiar. Existen algunos datos que apuntan hacia un aumento de la prevalencia del trastorno paranoide de la personalidad en los familiares con esquizofrenia crónica y hacia una relación familiar más específica con el trastorno delirante, tipo persecutorio.

6.2 Trastorno esquizoide de la personalidad

La característica esencial del trastorno esquizoide de la personalidad es un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal.

Este patrón comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos. Los sujetos con trastorno esquizoide de la personalidad no demuestran tener deseos de intimidad, parecen indiferentes a las oportunidades de establecer relaciones personales y no parece que les satisfaga demasiado formar parte de una familia o de un grupo social.

Prefieren emplear el tiempo en sí mismos, más que estar con otras personas. Suelen estar socialmente aislados o ser «solitarios» y casi siempre escogen actividades solitarias o aficiones que no requieran interacciones con otras personas.

Los sujetos con trastorno esquizoide de la personalidad suelen parecer indiferentes a la aprobación o la crítica de los demás y no muestran preocupación alguna por lo que los demás puedan pensar de ellos.

Pueden abstraerse de las sutilezas normales en la interacción social y a menudo no responden adecuadamente a las normas sociales, de forma que parecen socialmente ineptos o superficiales y enfrascados en sí mismos.

Sin embargo, en las raras ocasiones en que estos individuos se sienten, aunque sea temporalmente, cómodo hablando de sí mismos, pueden reconocer que tienen sentimientos desagradables, en especial en lo que se relaciona con las interacciones sociales.

Síntomas y trastornos asociados

Los sujetos con trastorno esquizoide de la personalidad pueden tener dificultades especiales para expresar la ira, incluso en respuesta a la provocación directa, lo que contribuye a la impresión de que no tienen emociones. A veces, sus vidas parecen no ir a ninguna parte y dejan sus objetivos a merced del azar.

Estos individuos suelen reaccionar pasivamente ante las circunstancias adversas y tienen dificultades en responder adecuadamente a los acontecimientos vitales importantes. La actividad laboral puede estar deteriorada, sobre todo si se requiere una implicación interpersonal, aunque los sujetos con este trastorno pueden desenvolverse bien cuando trabajan en condiciones de aislamiento social. Los individuos con este trastorno pueden experimentar episodios psicóticos muy breves (que duran minutos u horas), especialmente, en respuesta al estrés.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Sujetos de varios tipos de entornos culturales pueden mostrar comportamientos defensivos y estilos interpersonales que pueden ser calificados erróneamente como esquizoides.

Por ejemplo, las personas que han cambiado de un entorno rural a uno urbano pueden reaccionar con un «enfriamiento emocional» que puede durar varios meses y manifestarse por actividades solitarias, afectividad restringida y otros déficits en la comunicación. Los inmigrantes de otros países son vistos a veces erróneamente como fríos, hostiles o indiferentes.

Prevalencia. El trastorno esquizoide de la personalidad es poco frecuente en el entorno clínico.

Patrón familiar. El trastorno esquizoide de la personalidad puede ser más prevalente en los familiares de los sujetos con esquizofrenia o con trastorno esquizotípico de la personalidad.

6.3 Trastorno esquizotípico de la personalidad

La característica esencial del trastorno esquizotípico de la personalidad es un patrón general de déficit sociales e interpersonales caracterizados por un malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como por distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento.

Este patrón comienza al inicio de la edad adulta y se observa en diversos contextos.

Los individuos con trastorno esquizotípico de la personalidad suelen tener ideas de referencia (por ejemplo, interpretaciones incorrectas de incidentes casuales y acontecimientos externos como poseedores de un significado especial e inhabitual específico para esa persona). Pueden sentir que tienen poderes especiales para notar los hechos antes de que sucedan o para leer los pensamientos de los demás.

Pueden creer que tienen un control mágico sobre los demás, que puede ser utilizado directamente (por ejemplo, creer que el que la esposa saque el perro a pasear es el resultado directo de que uno pensase que debía hacerlo una hora antes) o indirectamente a través de realizar rituales mágicos (por ejemplo, pasar tres veces por encima de un determinado objeto para evitar que ocurra alguna desgracia). Pueden presentarse alteraciones perceptivas (por ejemplo, sentir que otra persona está presente u oír una voz murmurar su nombre).

Los individuos con este trastorno suelen ser recelosos y pueden presentar ideación paranoide (por ejemplo, creer que sus colegas en el trabajo están tratando de manchar su reputación ante su jefe).

Estos sujetos son considerados frecuentemente raros o excéntricos a causa de sus manierismos poco corrientes, una forma tosca de vestir que «no se lleva» y una falta de atención a las convenciones sociales habituales (por ejemplo, la persona puede evitar el contacto visual, vestir ropas teñidas y mal hechas y ser incapaz de participar en las bromas con los compañeros del trabajo).

Los sujetos con trastorno esquizotípico de la personalidad interpretan como problemáticas las relaciones interpersonales y no se encuentran cómodos relacionándose con otras personas.

Como resultado, acostumbran a tener pocos o ningún amigo íntimo o persona de confianza aparte de los familiares de primer grado.

Síntomas y trastornos asociados

Los individuos con trastorno esquizotípico de la personalidad suelen buscar tratamiento para los síntomas asociados de ansiedad, depresión u otros estados de ánimo disfóricos, más

que para las características del trastorno de la personalidad per se. Más de la mitad tienen historia de al menos un episodio depresivo mayor.

Entre el 30 y el 50% de las personas diagnosticadas de este trastorno reciben un diagnóstico concurrente de trastorno depresivo mayor cuando son admitidos en un centro clínico.

El trastorno esquizotípico de la personalidad se presenta con más frecuencia simultáneamente con los trastornos de la personalidad esquizoide, paranoide, por evitación y límite.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

El trastorno esquizotípico de la personalidad puede hacerse patente por primera vez en la infancia o la adolescencia a través de actividades y comportamientos solitarios, una pobre relación con los compañeros, ansiedad social, bajo rendimiento escolar, hipersensibilidad, pensamiento y lenguaje peculiares y fantasías extrañas.

Prevalencia. Se observa aproximadamente en el 3% de la población general.

Curso. El trastorno esquizotípico de la personalidad tiene un curso relativamente estable y únicamente un pequeño número de sujetos desarrollan una esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

Patrón familiar. Es de incidencia familiar y más prevalente en los familiares de primer grado de los individuos con esquizofrenia que en la población general.

6.4 Trastorno antisocial de la personalidad

La característica esencial del trastorno antisocial de la personalidad es un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás, que comienza en la infancia o el principio de la adolescencia y continúa en la edad adulta.

Este patrón también ha sido denominado psicopatía, sociopatía o trastorno disocial de la personalidad.

Puesto que el engaño y la manipulación son características centrales del trastorno antisocial de la personalidad, puede ser especialmente útil integrar la información obtenida en la evaluación clínica sistemática con la información recogida de fuentes colaterales.

Para que se pueda establecer este diagnóstico el sujeto debe tener al menos 18 años y tener historia de algunos síntomas de un trastorno disocial antes de los 15 años.

El trastorno disocial implica un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de los demás o las principales reglas o normas sociales apropiadas para la edad.

Los comportamientos característicos específicos del trastorno disocial forman parte de una de estas cuatro categorías: agresión a la gente o los animales, destrucción de la propiedad, fraudes o hurtos, o violación grave de las normas.

El patrón de comportamiento antisocial persiste hasta la edad adulta. No logran adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal.

Pueden perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención (que puede o no producirse) como la destrucción de una propiedad, hostigar o robar a otros, o dedicarse a actividades ilegales. Desprecian los deseos, derechos o sentimientos de los demás.

Frecuentemente, engañan y manipulan con tal de conseguir provecho o placer. Pueden mentir

repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros o simular una enfermedad. Se puede poner de manifiesto un patrón de impulsividad mediante la incapacidad para planificar el futuro.

Los actos agresivos necesarios para defenderse a uno mismo o a otra persona no se consideran indicadores de este ítem.

Estos individuos también muestran una despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás. Esto puede demostrarse en su forma de conducir (repetidos excesos de velocidad, conducir estando intoxicado, accidentes múltiples).

Pueden involucrarse en comportamientos sexuales o consumo de sustancias que tengan un alto riesgo de producir consecuencias perjudiciales.

Pueden descuidar o abandonar el cuidado de un niño de forma que puede poner a ese niño en peligro.

El comportamiento irresponsable en el trabajo puede indicarse por períodos significativos de desempleo aun teniendo oportunidades de trabajar, o por el abandono de varios trabajos sin tener planes realistas para conseguir otro trabajo. La irresponsabilidad económica viene indicada por actos como morosidad en las deudas y falta de mantenimiento de los hijos o de otras personas que dependen de ellos de forma habitual.

Los individuos con trastorno antisocial de la personalidad tienen pocos remordimientos por las consecuencias de sus actos. Pueden ser indiferentes o dar justificaciones superficiales por haber ofendido, maltratado o robado a alguien (por ejemplo, «la vida es dura», «el que es perdedor es porque lo merece» o «de todas formas le hubiese ocurrido».

Síntomas y trastornos asociados

Los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad frecuentemente carecen de empatía y tienden a ser insensibles, cínicos y a menospreciar los sentimientos, derechos y penalidades de los demás.

Pueden tener un concepto de sí mismos engreído y arrogante (pensar que el trabajo normal no está a su altura, o no tener una preocupación realista por sus problemas actuales o futuros) y pueden ser excesivamente tercos, autosuficientes o fanfarrones.

Pueden mostrar labia y encanto superficial y ser muy volubles y de verbo fácil (por ejemplo, utilizan términos técnicos o una jerga que puede impresionar a alguien que no esté familiarizado con el tema.

Pueden ser irresponsables como padres, como lo demuestra la malnutrición de un hijo, una enfermedad de un hijo a consecuencia de una falta de higiene mínima, el que la alimentación o el amparo de un hijo dependa de vecinos o familiares, el no procurar que alguna persona cuide del niño pequeño cuando el sujeto está fuera de casa o el derroche reiterado del dinero que se requiere para las necesidades domésticas.

Pueden no ser autosuficientes, empobrecerse e incluso llegar a vivir en la calle o pueden pasar muchos años en prisión.

Los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad tienen más probabilidades que la población general de morir prematuramente por causas violentas (por ejemplo: suicidio, accidentes y homicidios).

Los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad también tienen frecuentemente rasgos de personalidad que cumplen los criterios para otros trastornos de la personalidad, en especial los trastornos límite, histriónico y narcisista.

Las probabilidades de desarrollar un trastorno antisocial de la personalidad en la vida adulta aumentan si el sujeto presenta un trastorno temprano disocial (antes de los 10 años) y un trastorno por déficit de atención con hiperactividad asociado.

El maltrato o el abandono en la infancia, el comportamiento inestable o variable de los padres o la inconsistencia en la disciplina por parte de los padres aumentan las probabilidades de que un trastorno disocial evolucione hasta un trastorno antisocial de la personalidad.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

El trastorno antisocial de la personalidad se presenta asociado a un bajo status socioeconómico y al medio urbano.

Se ha llamado la atención acerca de que, a veces, el diagnóstico puede ser aplicado erróneamente a sujetos de un medio en el que un comportamiento del tipo antisocial forma parte de una estrategia protectora de supervivencia. Al evaluar los rasgos antisociales, al clínico le será útil tener en cuenta el contexto social y económico en el que ocurren estos comportamientos.

Por definición, la personalidad antisocial no se puede diagnosticar antes de los 18 años. El trastorno antisocial de la personalidad es mucho más frecuente en los varones que en las mujeres.

Prevalencia En la población general es aproximadamente del 3% en los varones y del 1% en las mujeres.

Curso

El trastorno antisocial de la personalidad tiene un curso crónico, pero puede hacerse menos manifiesto o remitir a medida que el sujeto se va haciendo mayor, especialmente hacia la cuarta década de la vida.

Patrón familiar

El trastorno antisocial de la personalidad es más frecuente en los familiares de primer grado de quienes tienen el trastorno que en la población general.

El riesgo de los parientes biológicos de las mujeres con el trastorno tiende a ser superior al riesgo de los parientes biológicos de los varones con el trastorno.

Los niños adoptados se parecen a sus padres biológicos más que a sus padres adoptivos, aunque el entorno de la familia de adopción influye en el riesgo de presentar un trastorno de la personalidad y la psicopatología relacionada..

6.5 Trastorno límite de la personalidad

La característica esencial del trastorno límite de la personalidad es un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos.

Los sujetos con un trastorno límite de la personalidad realizan frenéticos esfuerzos para evitar un abandono real o imaginado. La percepción de una inminente separación o rechazo, o la pérdida de la estructura externa, pueden ocasionar cambios profundos en la autoimagen, afectividad, cognición y comportamiento.

Estos sujetos son muy sensibles a las circunstancias ambientales. Los individuos con un trastorno límite de la personalidad presentan un patrón de relaciones inestables e intensas.

Pueden idealizar a quienes se ocupan de ellos o a sus amantes las primeras veces que se tratan, pedirles que estén mucho tiempo a su lado y compartir muy pronto los detalles más íntimos.

Sin embargo, cambian rápidamente de idealizar a los demás a devaluarlos, pensando que no les prestan suficiente atención, no les dan demasiado o no «están» lo suficiente.

Estos sujetos pueden empatizar y ofrecer algo a los demás, pero sólo con la expectativa de que la otra persona «esté allí» para corresponderles satisfaciendo sus propias necesidades

o demandas. Son propensos asimismo a los cambios dramáticos en su opinión sobre los demás, que pueden ser vistos alternativamente como apoyos beneficiosos o cruelmente punitivos.

Puede haber una alteración de la identidad caracterizada por una notable y persistente inestabilidad en la autoimagen o en el sentido de uno mismo. Se presentan cambios bruscos y dramáticos de la autoimagen, caracterizados por cambios de objetivos, valores y aspiraciones profesionales.

Pueden producirse cambios bruscos de las opiniones y los planes sobre el futuro de los estudios, la identidad sexual, la escala de valores y el tipo de amistades.

Las personas con este trastorno demuestran impulsividad en al menos dos áreas potencialmente peligrosas para ellos mismas. Pueden apostar, gastar dinero irresponsablemente, darse atracones, abusar de sustancias, involucrarse en prácticas sexuales no seguras o conducir temerariamente.

Los sujetos con trastorno límite de la personalidad presentan comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de automutilación. El suicidio consumado se observa en un 8-10% de estos sujetos y los actos de automutilación (cortarse o quemarse) y las amenazas e intentos suicidas son muy frecuentes.

El intento de suicidio recurrente es con frecuencia uno de los motivos por los que estos sujetos acuden a tratamiento.

El estado de ánimo básico de tipo disfórico de los sujetos con un trastorno límite de la personalidad suele ser interrumpido por períodos de ira, angustia o desesperación, y son raras las ocasiones en las que un estado de bienestar o satisfacción llega a tomar el relevo. Pueden mostrar sarcasmo extremo, amargura persistente o explosiones verbales. Frecuentemente, la ira es desencadenada cuando consideran a una de las personas que se ocupa de ellos o a un amante negligente, represor, despreocupado o que le abandona.

Estas expresiones de ira suelen ir seguidas de pena y culpabilidad y contribuyen al sentimiento que tienen de ser malos.

Síntomas y trastornos asociados

Los sujetos con trastorno límite de la personalidad pueden presentar un patrón de infravaloración de sí mismos en el momento en que están a punto de lograr un objetivo (por ejemplo: dejar los estudios justo antes de graduarse, presentar una grave regresión después de haber estado hablando de los progresos de la terapia, destruir una buena relación en el momento en que parece claro que la relación podía tener continuidad).

Como resultado del comportamiento de autoinflingirse malos tratos o por los intentos de suicidio fallidos, se puede producir alguna minusvalía física. Son frecuentes las pérdidas repetidas de trabajo, las interrupciones de los estudios y las rupturas matrimoniales.

El trastorno límite de la personalidad también se da con frecuencia en simultaneidad con otros trastornos de la personalidad.

Prevalencia. Se diagnostica con preferencia en mujeres (alrededor del 75%). La prevalencia del trastorno límite de la personalidad es de alrededor del 2% de la población general, aproximadamente del 10% entre los sujetos vistos en los centros ambulatorios de salud mental y en torno al 20% entre los pacientes psiquiátricos ingresados.

Curso. El patrón más habitual es una inestabilidad crónica en el principio de la edad adulta, con episodios de grave descontrol afectivo e impulsivo y altos niveles de utilización de los recursos de salud mental y general. El deterioro causado por el trastorno y el riesgo de suicidio son mayores en los primeros años de la edad adulta y van desapareciendo gradualmente con la edad. Durante la cuarta y quinta décadas de la vida, la mayoría de los sujetos con este trastorno logran una mayor estabilidad en sus relaciones y su actividad profesional.

Patrón familiar. El trastorno límite de la personalidad es unas cinco veces más frecuente en los familiares de primer grado de quienes tienen el trastorno que en la población general

6.6 Trastorno histriónico de la personalidad

La característica esencial del trastorno histriónico de la personalidad es la emotividad generalizada y excesiva y el comportamiento de búsqueda de atención. Este patrón empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos.

Los sujetos con trastorno histriónico de la personalidad no están cómodos o se sienten despreciados cuando no son el centro de atención. En general son vivaces y dramáticos y

tienden a llamar la atención, pudiendo, al principio, seducir a sus nuevos conocidos por su entusiasmo, por ser aparentemente muy abiertos o por ser seductores.

Sin embargo, estas cualidades van atenuándose con el tiempo a medida que estos sujetos demandan continuamente ser el centro de atención. Hacen el papel de ser «el alma de la fiesta». Cuando no son el centro de atención pueden hacer algo dramático (por ejemplo: inventar historias, hacer un drama) para atraer la atención sobre sí mismos.

El aspecto y el comportamiento de los individuos con este trastorno suelen ser inapropiadamente provocadores y seductores desde el punto de vista sexual. Este comportamiento está dirigido no sólo a las personas por las que el sujeto tiene un interés sexual o romántico, sino que se da en una gran variedad de relaciones sociales, laborales y profesionales, más allá de lo que sería adecuado para ese contexto social.

La expresión emocional puede ser superficial y rápidamente cambiante. Parece que «busquen piropos» respecto a su aspecto y pueden trastornarse fácilmente ante un comentario crítico sobre su apariencia o ante una fotografía en la que les parece que no han quedado bien.

Estos sujetos tienen una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices. Expresan opiniones contundentes con un natural talento dramático, pero los argumentos subyacentes suelen ser vagos y difusos y no se apoyan en hechos ni pormenores.

Por ejemplo, un sujeto con trastorno histriónico de la personalidad puede comentar que tal persona es un excelente ser humano, aunque es incapaz de proporcionar ningún ejemplo específico de alguna buena cualidad para apoyar esta afirmación. Las personas con este trastorno se caracterizan por la autodramatización, la teatralidad y una expresión exagerada de la emoción.

Los sujetos con trastorno histriónico de la personalidad son altamente sugestionables. Los sujetos con este trastorno acostumbran a considerar las relaciones más íntimas de lo que lo son en realidad, describiendo a casi cualquier conocido como «mi querido amigo» o tuteando a los médicos después de haberles visto sólo una o dos veces en circunstancias profesionales. Son frecuentes las evasiones hacia las fantasías románticas.

Síntomas y trastornos asociados

Los sujetos con trastorno histriónico de la personalidad pueden tener dificultades para alcanzar la intimidad emocional en las relaciones románticas o sexuales. Sin ser conscientes de ello, frecuentemente están haciendo un papel (por ejemplo, de «víctima» o de «princesa») en sus relaciones con los demás. Pueden tratar de ejercer un control sobre su compañero mediante la manipulación emocional o la seducción, por una parte, en tanto que, por otra, demuestran una notable dependencia de él.

Los sujetos con este trastorno suelen tener unas relaciones deterioradas con los amigos de su mismo sexo debido a que su estilo interpersonal sexualmente provocativo puede ser visto como una amenaza para las relaciones de aquéllos. Buscan la novedad, la estimulación y la excitación, y tienen tendencia a aburrirse con su rutina habitual.

Algunos estudios que utilizan evaluaciones estructuradas refieren una prevalencia parecida en varones y en mujeres. La expresión comportamental del trastorno histriónico de la personalidad puede estar influida por las estereotipias en el rol sexual.

Por ejemplo, un varón con este trastorno puede vestirse y comportarse de una forma que suele identificarse como «a lo macho» y puede tratar de ser el centro de atención alardeando de sus capacidades atléticas, en tanto que una mujer, por ejemplo, puede escoger ropas muy femeninas y hablar sobre lo mucho que ha impresionado a su profesor de danza.

Prevalencia.

En la población general sugieren una prevalencia del trastorno histriónico de la personalidad aproximadamente del 2-3%.

6.7 Trastorno narcisista de la personalidad

La característica esencial del trastorno narcisista de la personalidad es un patrón general de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía que empieza al comienzo de la edad adulta y que se da en diversos contextos.

Los sujetos con este trastorno tienen un sentido grandioso de autoimportancia. Es habitual en ellos el sobrevalorar sus capacidades y exagerar sus conocimientos y cualidades, con lo que frecuentemente dan la impresión de ser jactanciosos y presuntuosos.

Los sujetos con trastorno narcisista de la personalidad creen que son superiores, especiales o únicos y esperan que los demás les reconozcan como tales. Piensan que sólo les pueden comprender o sólo pueden relacionarse con otras personas que son especiales o de alto status y atribuyen a aquellos con quienes tienen relación las cualidades de ser «únicos», «perfectos» o de tener «talento».

Su autoestima es casi siempre muy frágil. Pueden estar preocupados por si están haciendo las cosas suficientemente bien y por cómo son vistos por los demás. Esto suele manifestarse por una necesidad constante de atención y admiración.

Esperan que su llegada sea recibida con un toque de fanfarrias y se sorprenden si los demás no envidian lo que ellos poseen. Intentan recibir halagos constantemente, desplegando un gran encanto. Esperan que se les dé todo lo que deseen o crean necesitar, sin importarles lo que les pueda representar a los demás.

Tienden a hacer amistades o a tener relaciones románticas sólo si la otra persona parece dispuesta a plegarse a sus designios o a hacerle mejorar de alguna forma su autoestima. Con frecuencia usurpan privilegios especiales y recursos extras que piensan que merecen por ser tan especiales.

Generalmente, los sujetos con trastorno narcisista de la personalidad carecen de empatía y tienen dificultades para reconocer los deseos, las experiencias subjetivas y los sentimientos de los demás.

A menudo son desdeñosos e impacientes con los demás cuando éstos se refieren a sus propios problemas y preocupaciones. Estos individuos pueden ser ajenos al daño que pueden hacer sus comentarios (por ejemplo, explicar con gran alegría a un antiguo amante que «ahora tengo una relación para toda la vida» o presumir de salud delante de alguien que se encuentra enfermo).

Estos sujetos suelen envidiar a los demás o creen que los demás les envidian a ellos.

Pueden envidiar los éxitos y las propiedades ajenas, creyendo que ellos son más merecedores de aquellos logros, admiración o privilegios. Pueden devaluar con acritud las

aportaciones de los demás, en especial cuando aquellos sujetos han recibido el reconocimiento o las alabanzas por sus méritos.

Síntomas y trastornos asociados

La vulnerabilidad de la autoestima hace al sujeto con trastorno narcisista de la personalidad muy sensible al «ultraje» de la crítica o la frustración. Aunque tal vez no lo demuestren abiertamente, las críticas pueden obsesionar a estos sujetos y hacer que se sientan humillados, degradados, hundidos y vacíos.

Pueden reaccionar con desdén, rabia o contraatacando de forma desafiante. Estas experiencias suelen conducir al retraimiento social o a una apariencia de humildad que puede enmascarar y proteger la grandiosidad.

Sentimientos persistentes de vergüenza o humillación y la autocrítica inherente pueden estar asociados a retraimiento social, estado de ánimo depresivo y trastorno depresivo mayor o distímico.

El trastorno narcisista de la personalidad se asocia también con la anorexia nerviosa y los trastornos relacionados con sustancias (especialmente los relacionados con la cocaína).

Prevalencia. El 50-70% de los sujetos que reciben el diagnóstico de trastorno narcisista de la personalidad son varones

6.8 Trastorno de la personalidad por evitación

La característica esencial del trastorno de la personalidad por evitación es un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de inadecuación y una hipersensibilidad a la evaluación negativa que comienzan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos.

Los sujetos con trastorno de la personalidad por evitación evitan trabajos o actividades escolares que impliquen un contacto interpersonal importante, porque tienen miedo de las críticas, la desaprobación o el rechazo.

Estos individuos evitan hacer nuevos amigos a no ser que estén seguros de que van a ser apreciados y aceptados sin críticas. Las personas con este trastorno no participan en actividades de grupo a no ser que reciban ofertas repetidas y generosas de apoyo y

protección. La intimidad personal suele ser difícil para ellos, aunque son capaces de establecer relaciones íntimas cuando hay seguridad de una aceptación acrítica.

Los sujetos con este trastorno, puesto que les preocupa la posibilidad de ser criticados o rechazados en las situaciones sociales, tienen el umbral para detectar estas reacciones exageradamente bajo. Tienden a ser tímidos, callados, inhibidos e «invisibles» por temor a que la atención vaya a comportar la humillación o el rechazo.

Las dudas respecto a su aptitud social y su interés personal se hacen especialmente manifiestas en las situaciones que implican interacciones con extraños. Normalmente son reacios a asumir riesgos personales o a involucrarse en nuevas actividades, ya que esto puede ponerles en aprietos. Son propensos a exagerar el peligro potencial de las situaciones ordinarias, y de su necesidad de certeza y seguridad puede surgir un estilo de vida restrictivo.

Síntomas y trastornos asociados

Los mayores problemas asociados a este trastorno se presentan en la actividad social y laboral. La baja autoestima y la hipersensibilidad al rechazo están asociadas a la restricción de contactos interpersonales.

Desean afecto y aceptación y pueden tener fantasías sobre relaciones idealizadas con otros.

Otros trastornos que normalmente se diagnostican asociados al trastorno de la personalidad por evitación son los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad (especialmente la fobia social de tipo generalizado).

El trastorno de la personalidad por evitación se diagnostica a menudo junto con el trastorno de la personalidad por dependencia, porque los sujetos con trastorno de la personalidad por evitación acaban estando muy ligados y siendo muy dependientes de las personas de quienes son amigos.

Prevalencia.

El trastorno de la personalidad por evitación parece ser tan frecuente en varones como en mujeres. En la población general está entre el 0,5 y el 1%.

Curso

El comportamiento de evitación suele comenzar en la infancia o la niñez con vergüenza, aislamiento y temor a los extraños y a las situaciones nuevas. Aunque la vergüenza en la niñez sea un precursor habitual del trastorno de la personalidad por evitación, en muchos sujetos tiende a desaparecer gradualmente a medida que se hacen mayores.

Por el contrario, los individuos que van a desarrollar trastorno de la personalidad por evitación se vuelven cada vez más vergonzosos y evitadores a lo largo de la adolescencia y el principio de la edad adulta, cuando las relaciones sociales con gente nueva se hacen especialmente importantes.

Hay algunas pruebas de que el trastorno de la personalidad por evitación en los adultos tiende a hacerse menos evidente o a remitir con la edad.

6.9 Trastorno de la personalidad por dependencia

La característica esencial del trastorno de la personalidad por dependencia es una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación. Este patrón empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos. Los comportamientos dependientes y sumisos están destinados a provocar atenciones y surgen de una percepción de uno mismo como incapaz de funcionar adecuadamente sin la ayuda de los demás.

Los sujetos con trastorno de la personalidad por dependencia tienen grandes dificultades para tomar las decisiones cotidianas (por ejemplo, qué color de camisa escoger para ir a trabajar o si llevar paraguas o no), si no cuentan con un excesivo aconsejamiento y reafirmación por parte de los demás. Estos individuos tienden a ser pasivos y a permitir que los demás (frecuentemente una sola persona) tomen las iniciativas y asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida.

Es típico que los adultos con este trastorno dependan de un progenitor o del cónyuge para decidir dónde deben vivir, qué tipo de trabajo han de tener y de quién tienen que ser amigos. Los adolescentes con este trastorno permitirán que sus padres decidan qué ropa ponerse, con quién tienen que ir, cómo tienen que emplear su tiempo libre y a qué escuela o colegio han de ir.

El trastorno de la personalidad por dependencia puede darse en un sujeto con una enfermedad médica o una incapacidad grave, pero en estos casos la dificultad para asumir responsabilidades debe ir más lejos de lo que normalmente se asocia a esa enfermedad o incapacidad. A los sujetos con este trastorno les es difícil iniciar proyectos o hacer las cosas con independencia.

Estas personas están convencidas de que son incapaces de funcionar de forma independiente y se ven a sí mismos como ineptos y necesitados de ayuda constante. Sin embargo, pueden funcionar adecuadamente si se les da la seguridad de que alguien más les está supervisando y les aprueba.

Pueden hacer sacrificios extraordinarios o tolerar malos tratos verbales, físicos o sexuales. (debe tenerse en cuenta que este comportamiento sólo debe considerarse indicador de trastorno de la personalidad por dependencia cuando quede claramente demostrado que el sujeto dispone de otras posibilidades).

Se ven a sí mismos tan dependientes del consejo y la ayuda de otra persona importante, que les preocupa ser abandonados por dicha persona aunque no haya fundamento alguno que justifique esos temores. Para ser considerados indicadores de este criterio, los temores deben de ser excesivos y no realistas.

Síntomas y trastornos asociados

Los sujetos con trastorno de la personalidad por dependencia se caracterizan por el pesimismo y la inseguridad en sí mismos, tienden a minimizar sus capacidades y sus valores y pueden referirse constantemente a sí mismos como «estúpidos». Toman las críticas y la desaprobación como pruebas de su inutilidad y pierden la fe en sí mismos.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

El grado en que los comportamientos dependientes se consideran adecuados varía sustancialmente según la edad y los grupos socioculturales. El comportamiento dependiente sólo debe considerarse característico del trastorno cuando sea claramente excesivo para las normas culturales del sujeto o refleje preocupaciones no realistas. En algunas sociedades es característico poner énfasis en la pasividad, la cortesía y el trato respetuoso,

lo que puede ser malinterpretado como rasgos de trastorno de la personalidad por dependencia.

En el marco clínico, el trastorno se ha diagnosticado con mayor frecuencia en mujeres; sin embargo, la proporción según el sexo de este trastorno no es significativamente diferente que la proporción en el marco clínico. Por otra parte, algunos estudios que han utilizado evaluaciones estructuradas describen unas tasas de prevalencia similares en varones y mujeres.

Prevalencia.

El trastorno de la personalidad por dependencia está entre los trastornos de la personalidad encontrados con más frecuencia en las clínicas de salud mental.

6.10 Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo

La característica esencial del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad es una preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia. Este patrón empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos.

Los sujetos con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad intentan mantener la sensación de control mediante una atención esmerada a las reglas, los detalles triviales, los protocolos, las listas, los horarios o las formalidades hasta el punto de perder de vista el objetivo principal de la actividad. Son excesivamente cuidadosos y propensos a las repeticiones, a prestar una atención extraordinaria a los detalles y a comprobar repetidamente los posibles errores.

El tiempo se distribuye mal y las tareas más importantes se dejan para el último momento. El perfeccionismo y los altos niveles de rendimiento que se autoimponen causan a estos sujetos una disfunción y un malestar significativos. Pueden estar tan interesados en llevar a cabo con absoluta perfección cualquier detalle de un proyecto, que éste no se acabe nunca.

Por ejemplo, se retrasa la finalización de un informe escrito debido al tiempo que se pierde en reescribirlo repetidas veces hasta que todo quede prácticamente «perfecto».

Muestran una dedicación excesiva al trabajo y a la productividad, con exclusión de las actividades de ocio y las amistades. Este comportamiento no está motivado por necesidades económicas.

Piensan muy a menudo que no tienen tiempo para tomarse una tarde o un fin de semana para salir o simplemente relajarse. Van posponiendo una actividad placentera, como son unas vacaciones, de manera que nunca la llegan a realizar.

Los sujetos con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad pueden ser demasiado tercos, escrupulosos e inflexibles en temas de moral, ética o valores. Pueden forzarse a sí mismos y a los demás a seguir unos principios morales rígidos y unas normas de comportamiento muy estrictas.

También son críticos despiadados de sus propios errores. Los sujetos con este trastorno son rígidamente respetuosos con la autoridad y las normas, e insisten en su cumplimiento al pie de la letra, sin saltarse ninguna norma por circunstancias atenuantes.

Los sujetos con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad son reacios a delegar tareas o trabajo en otros. Insisten obstinada e irrazonablemente en que todo se haga a su manera y en que la gente se adapte a su forma de hacer las cosas.

Con frecuencia, dan instrucciones muy detalladas sobre cómo se tiene que hacer todo (por ejemplo, hay una única forma de segar el césped, de lavar los platos o de hacer una caseta para el perro) y se sorprenden e irritan si los demás sugieren otras alternativas posibles.

Los individuos con este trastorno pueden ser tacaños y avaros, y llevar un nivel de vida muy inferior al que pueden permitirse debido a su creencia de que los gastos tienen que controlarse mucho para prevenir catástrofes futuras.

Síntomas y trastornos asociados

Cuando las normas y los protocolos establecidos no dictan la respuesta correcta, la toma de decisiones se convierte en un proceso de larga duración y a menudo doloroso.

Los sujetos con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad tienen tantas dificultades para decidir qué tareas son prioritarias o cuál es la mejor forma de hacer alguna cosa concreta, que puede ser que nunca empiecen a hacer nada.

Los individuos con este trastorno suelen expresar afecto de forma muy controlada o muy ampulosa y se sienten muy incómodos en presencia de otras personas emocionalmente expresivas. Los sujetos con este trastorno pueden experimentar dificultades y malestar laborales, especialmente al enfrentarse a situaciones nuevas que exijan flexibilidad y transigencia.

Prevalencia.

Los estudios que han utilizado evaluaciones sistemáticas sugieren una prevalencia estimada del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad aproximadamente del 1% en las muestras de población general y del 3-10% en los individuos que acuden a clínicas de salud mental.

7. Intervenciones de salud

Plan terapéutico

El concepto de "etapas"

Cuando se trata de diagnósticos complejos es conveniente, por lo general, concebir el plan terapéutico estructurado en una serie de etapas. Debemos tener en cuenta que estas etapas no aparecen siempre en el mismo orden y pueden, además, superponerse o entrelazarse. Lo que viene a continuación, por lo tanto, es un patrón general que no constituye en ningún sentido una fórmula absoluta.

7.1 Primera etapa: Seguridad y contención:

Ante todo, es necesario ayudar a nuestros pacientes a mantenerse seguros, dentro y fuera de nuestras consultas, en camino hacia éstas y después de salir de las mismas. También incluye seguridad para enfrentar acontecimientos, tales como, perder el empleo.

Para confirmar que se trata de un trastorno disociativo, hay que hacer una historia clínica cuidadosa y realizar las pruebas de evaluación y de diagnóstico pertinentes. Estos pasos son aplicables a todas las partes del espectro disociativo y también a muchos problemas emocionales y psicológicos que no son específicamente disociativos, pero que tienen muchas características en común.

Al estudiar la historia clínica del paciente, pueden detectarse algunos indicios potencialmente peligrosos, como cambios rápidos de un estado de ego a otro con poco control evidente; la existencia mantenida de situaciones de maltrato, traumáticas o que sean peligrosas para el paciente (tales como la permanencia en el mismo trabajo donde el maltrato o el trauma ocurrió, o un cuadro de familia altamente disfuncional, o la convivencia con un o una cónyuge, padre, madre o hermano abusador); múltiples remisiones para llegar a la consulta; un estado de ego altamente depresivo o evidencia de tendencias suicidas: tentativas anteriores de suicidio u otros indicios de inclinación a hacerse daño.

Estas preocupaciones deben explorarse abierta y específicamente con el paciente para observar su preocupación, o lo que es más difícil, su falta de ella. Una forma de acercamiento a este problema es hacer que el paciente escriba su propio Plan de Seguridad y Protección, que sea muy explícito con respecto a aspectos que parecen requerir especial atención. Si el paciente es reacio a hacerlo (y algunos lo son), entonces las razones para ese rechazo deben convertirse en temas del discurso terapéutico.

Los estados de ego infantiles en un adulto son peligros potenciales inminentes. Para lidiar con ellos es conveniente designar, dentro del sistema de estados de ego, un cuidador para estas partes jóvenes del conjunto de la personalidad. Igualmente, cualesquiera de los estados de ego cuya función sea ocuparse del dolor pueden inadvertidamente verse envueltos en situaciones de peligro, porque esas sensaciones físicas son "normales" para esos estados de ego.

Más frecuente que el peligro físico es el factor emocional que con asiduidad agobia al paciente.

En los trastornos de estrés postraumático, por ejemplo, las visiones retrospectivas súbitas se adueñan de todas las respuestas emocionales y sensoriales del paciente, que queda a merced de estos fenómenos. No hay tiempo para prepararse cuando este fenómeno ya está sucediendo. Es necesario, por lo tanto, prepararse de antemano porque de alguna manera hay que tratar de detener estas reacciones involuntarias y a menudo horribles.

Esto no es siempre fácil, ya que su súbita aparición es totalmente inesperada y no le da oportunidad al paciente para prepararse.

Orientación en la realidad (tiempo, espacio, y persona). Enseñar al paciente a orientarse en la realidad y enseñarle técnicas de reorientación es una buena manera de comenzar: "Mira a tu alrededor. ¿Dónde estás?. ¿Dentro o fuera?. Mira a la ventana (o a los árboles, o a la calle).

Mírame a mí. Tú me conoces. ¿Quién soy yo?. Pon tus pies en el suelo (o en la tierra). ¿Qué tienes debajo de los pies?. Siente tus manos sobre los brazos del asiento." Ordenes sencillas como éstas empiezan a retrotraer al paciente al presente. Los pacientes pueden aprender a hacer esto por sí solos, especialmente si existe cooperación entre los estados de ego. Volveremos sobre este tema más adelante.

Contraseña. Frecuentemente se utiliza una contraseña para "ubicarse en la realidad". Puede establecerse como una sugerencia post-hipnótica. Es importante que sea el paciente y no el terapeuta quien escoja la palabra y cualquiera que ésta sea es aceptable. Las prácticas en el uso

de la contraseña pueden hacerse en la consulta, aunque no necesariamente, durante una situación hipnótica.

Cantar. Cantando en voz alta, el paciente mismo puede a veces interrumpir una visión retrospectiva o evitar verse abrumado por la emoción.

Crear un recipiente para la emoción. Esto se logra con el uso de imágenes mentales, y la hipnosis es, frecuentemente, el ambiente adecuado para introducir el concepto del recipiente.

Naturalmente, no importa cual sea el recipiente o su aspecto. Lo importante es que sea aceptable para el paciente. El paciente, entonces, introduce inmediatamente la emoción en el recipiente, o la envuelve (imaginariamente) con un material apropiado como, por ejemplo, una lámina de plástico acolchado, o un pedazo de tela.

A pesar de su naturaleza tan bizarra, este recurso funciona generalmente muy bien. La persona comienza a sentir que tiene algún control sobre este huracán emocional, y se reduce su temor a cualquier forma de reacción o respuesta emotiva. Al percibir el paciente que ahora tiene más control, lo alcanza en realidad y por lo tanto, está más seguro.

Con respecto a detalles, como el camino hacia la consulta y el regreso de la misma, debe haber un acuerdo dentro del sistema de estados de ego para que un estado infantil no se apodere de la conducción del automóvil o mientras el paciente monta una bicicleta o se sube a un autobús; que la aparición de cualquier otro ego no le haga salir disparado de la consulta antes de terminar la sesión y haber logrado un grado de seguridad hasta donde sea posible.

Tales problemas de seguridad continuarán presentándose bien entrados en la segunda etapa de la terapia, y deben afrontarse cuando aparezcan.

7.2 Segunda etapa: Trabajar con el trauma

Esta etapa del proceso puede comenzar después de varios meses de terapia o aún antes, pero generalmente se produce al segundo año. Esta parte del proceso terapéutico tiene muchos aspectos.

Aprender a conocerse. Durante las primeras semanas o meses, nos vamos enterando de la historia (hasta donde el paciente la conoce o la recuerda), y sus distintos estados de ego nos van conociendo a nosotros, en la mayoría de los casos sin que podamos todavía identificarlos. Uno o dos de los estados de ego más obvios pudieran presentarse más temprano, pero la mayoría se mantiene observándonos detrás del telón.

En esta segunda etapa empezamos nosotros a conocerlos y, por ese camino, ellos también comienzan a conocerse entre sí. Pudiera haber ya algún conocimiento mutuo interno entre ellos, pero en un paciente altamente disociado esto puede variar mucho: A puede conocer a C y a B, pero B pudiera sólo conocer a A, y C pudiera no conocer a ninguno de los dos. Esto parece confuso, y en realidad lo es. Sucede debido a las paredes existentes entre ellos, conocidas como "barreras amnésicas". Estas barreras sirven de protección, por la creencia de que algunos de los estados de ego son demasiado frágiles para recordar el abuso, o el dolor, o las actividades de algunos de los otros estados de ego (por ejemplo las actividades del que es sexualmente promiscuo).

Ustedes habrán notado que nos estamos refiriendo a los estados de ego como si fueran diferentes personas. Hacemos esto porque así es como los pacientes los perciben y, por lo tanto, respetamos esa percepción. Si no lo hacemos así, se dificulta o se hace imposible lograr el rapport con el paciente.

Las técnicas para "desmantelar las barreras amnésicas" serán tratadas en capítulos subsiguientes.

Llegar a conocer a estos estados de ego no es tan difícil como parece. Lo más importante es el tratamiento respetuoso. A medida que nos van conociendo, ellos empiezan a darse a conocer, especialmente si simplemente les pedimos, respetuosamente, que se presenten y se identifiquen.

Sin embargo, esto puede llegar a tomar muchos meses, y a veces años, antes de que lleguemos a conocer todo el sistema (y ellos aprendan a conocerlo por sí mismos también).

En general, los estados de ego están asociados a situaciones emotivas, como hemos dicho anteriormente. También se relacionan con una experiencia física o sensorial, como el dolor.

A medida que los vamos conociendo mejor y ellos se van manifestando, todos (paciente y terapeuta) van conociendo los vericuetos del mundo interior del paciente. Otras técnicas para lograr este supremo objetivo serán tratadas más adelante.

Enseñar la colaboración y la co-conciencia de los estados de ego. Esto ocupará la mayor parte de la segunda etapa. Los estados de ego están acostumbrados a actuar con independencia la mayor parte del tiempo, cada uno en el papel que tiene asignado. No están acostumbrados a trabajar en equipo --todo lo contrario-- y les resulta chocante cuando empiezan a verse entre sí.

Existe entre ellos un cierto grado de rivalidad como entre hermanos.

Hacer un mapa del sistema. Es conveniente hacer algún tipo de representación visual de la organización de los mundos interiores de nuestros pacientes disociados. Algunas representaciones se parecerán al organigrama de una empresa bastante grande; otras a un mapa de relieve; otras tendrán la forma de un árbol genealógico. Usualmente requerirán actualizaciones frecuentes, especialmente durante los primeros meses de esta etapa.

Recuperación de recuerdos. Este es, sin dudas, el más controvertido de los recursos psicoterapéuticos utilizados en el tratamiento de trastornos disociativos. La controversia ha surgido mayormente debido a que, en el pasado, algunos terapeutas bien intencionados

trataron de forzar la recuperación de recuerdos y la hipnosis se consideraba el ambiente ideal para lograr la reaparición de estos recuerdos.

En realidad ambos conceptos pueden despistar y provocaron la denuncia de "recuerdos falsos" que ha prevalecido en muchas áreas, especialmente en los Estados Unidos. Los recuerdos aparecerán en la conciencia cuando llegue el momento apropiado, y con frecuencia la hipnosis no es el marco ideal donde conseguirlo con comodidad. El apoyo de una alianza terapeuta-paciente es requisito indispensable. Más adelante mencionaremos adaptaciones útiles de la hipnosis para este fin.

También hemos aprendido mucho respecto de la memoria en los últimos diez años, gracias a investigaciones muy sofisticadas y elegantes hechas en Europa, los Estados Unidos y Turquía.

Específicamente, sabemos que la memoria es infinitamente maleable y que nunca recordamos algo exactamente como ocurrió, pues el recuerdo de un hecho queda debajo de experiencias subsiguientes y sucesivas y, por lo tanto, cualquier recuerdo puede ser cercano a lo que pasó, similar a lo que pasó o completamente distinto a lo que realmente sucedió. Esto no es intencional en el paciente, es decir, no nos está mintiendo, sino que está describiendo lo que en ese momento recuerda y cree que es verdad.

Lo importante de la recuperación de recuerdos es lograr que el paciente comience a crearse un relato cohesionado, trasladando el enfoque del lado derecho al izquierdo de su cerebro, disminuyendo su impacto emocional y aumentando su comprensión del hecho.

Lograr confianza. Si, por una parte, la recuperación de recuerdos es lo más controvertido, ganarse la confianza de los estados de ego del paciente es lo más difícil para el terapeuta.

Nuestros pacientes traumatizados han aprendido una lección bien dolorosa: confiar es peligroso; confiar en los adultos es especialmente peligroso; y confiar en adultos que se supone te aman y les importas tú es lo más peligroso de todo, porque esos son los que te lastiman.

7.3 Etapa tercera: Aprender las habilidades necesarias para vivir en esta nueva situación Co-conciencia. Esta situación, tan común y familiar para nosotros, resulta temible para quien no lo haya experimentado antes. Generalmente ocurre durante una secuencia de hechos: "ver" a uno de los otros estados de ego; actuar en tándem con él; saber lo que el otro estado está haciendo o diciendo; y, finalmente, estar consciente del proceso mental del otro estado.

En las personas no disociadas los estados de ego son siempre co-conscientes. Todos se conocen entre sí. No hay ningún cisma de conciencia entre la parte que va a la oficina y la parte que es un buen amigo.

Hay sutiles diferencias en su comportamiento o actitud, pero no hay una brecha de conocimiento.

Todo esto debe aprenderlo el paciente con una nueva conciencia.

La mejor forma de acometer el estado de co-conciencia es, posiblemente, ensayarlo en la consulta del médico o terapeuta, donde el paciente está más seguro y el terapeuta está a mano para asegurar que todo salga bien.

Cambios en la percepción. Los colores pudieran ser más brillantes, el sonido más intenso, existir un mayor grado de conciencia, sensibilidad o delicadeza sensorial (no siempre bienvenida).

Aunque esto parece positivo, puede ser muy perturbador para quien no haya estado expuesto anteriormente a una carga sensorial de forma tan definitiva.

Nuevos enfoques de la solución de problemas. Debido a que ciertos estados de ego están acostumbrados a resolver problemas desde una sola perspectiva, les resulta difícil acostumbrarse a recibir señales y sugerencias de otros estados de ego que están igualmente convencidos de que su manera es la mejor. Todo el concepto de esfuerzo en cooperación les es ajeno y tienen que aprenderlo.

Una forma de conseguirlo es utilizar la técnica de unión, en la cual un estado de ego se une temporalmente a otro, utilizando frecuentemente un cuadro hipnótico para facilitar la unión temporal. El hecho de que es temporal es el eje de la cuestión. Esta combinación puede ser muy útil cuando, por ejemplo, un estado sabe hacer algo que el otro no sabe.

El primero le enseña al segundo cómo hacerlo, no importa lo que sea. Esta unión puede fácilmente explorarse en el ambiente protegido de la consulta, y más tarde en la casa, cuando ya se tenga cierta práctica. Por supuesto, cuando la co-conciencia es completa, la unión resulta fácil de lograr, y puede llegar, si el paciente está dispuesto, a una unión permanente. Esta, a su vez, conduce a aprender cómo vivir en un estado diferente de conciencia y experiencia.

Trastorno disociativo no especificado (TDNE)

El proceso terapéutico con los casos de diagnóstico menos complejos, generalmente resulta tan largo, o más, que el del TID (Trastorno de identidad disociativo). Pero el plan terapéutico se enfoca por lo general más hacia la identificación de áreas de distorsión cognoscitiva, a tratar la deficiente comprobación de la realidad, a los factores que desatan ataques de pánico, a las habilidades de lidiar con problemas, etc., que hacia la necesidad de buscar y comunicarse con estados de ego que estaban, o todavía están, escondidos detrás de grandes barreras amnésicas.

La hipnosis puede resultar entonces más aceptable para el paciente, y menos reminiscente de un viejo trauma que con la persona que sufre del TID y, por lo tanto, puede ser el tratamiento a seleccionar. De todos modos, el enfoque terapéutico de las aproximaciones a los estados de ego es muy útil, al igual que lo es la buena psicoterapia básica.

El vínculo afectivo (la pertenencia), la memoria, el estrés y el cerebro

Para aclarar esto un poco más debe decirse que alcanzar lo que se conoce como “unidad de conciencia” no se logra de la nada. Es un complejo proceso de desarrollo que evoluciona a partir de los cinco estados originales. Ya a la edad de un año, los niños han desarrollado varios estados emocionales, y a la edad de dos años estos estados tempranos se han mezclado y creado nuevos estados que son emocionalmente expresivos, es decir, hay un estado de ira, un estado de tristeza, un estado de excitación, al igual que estados de actividad y estados de reposo y quietud.

Paralelamente a la formación de estos estados, el niño desarrolla la habilidad de pensar en formas más complejas, tales como la forma de lidiar con situaciones nuevas, los procesos

de pensamiento que permiten la acumulación de hechos y muchas otras capacidades intelectuales.

Por supuesto, estas capacidades aparecen en una etapa muy inmadura, pero ya están presentes aproximadamente a la edad de 24 meses.

La zona del cerebro en la que tiene lugar la mayor parte de esta actividad es la corteza orbito frontal, y el desarrollo de esta parte del cerebro se relaciona directamente con la calidad del proceso de vínculo.

Si nos fijamos en el desarrollo de los procesos disociativos, encontramos que hay cuatro dimensiones comunes, que se encuentran virtualmente en todos los grados de disociación en mayor o menor grado.

Estas cuatro dimensiones son: primero, disturbios en la regulación afectiva—una incapacidad de controlar la respuesta emotiva--; segundo, problemas con el control de los impulsos —una incapacidad de detenerse a pensar antes de hacer o decir algo que puede ser inapropiado--: tercero, somatización y desregulación —la respuesta al estrés emocional se expresa en síntomas somáticos--; cuarto, hay perturbaciones de la auto-representación —es como si la persona no supiera en realidad cómo es o quién es-.

En las familias donde hay un vínculo seguro, el niño aprende la regulación emocional por la forma en que se opera en la familia. Por ejemplo, la madre puede decirle al niño: “Parece que estás bravo. ¿Qué te pasa?. ¿Te puedo ayudar?” De esta forma, el niño recibe la explicación de su reacción emocional y al propio tiempo se educa sobre cómo responder a ella, todo hecho de una forma cálida y formativa.

El medio para desarrollar los trastornos disociativos es la familia en la que no ha habido la enseñanza de la Tolerancia del Afecto o de la Regulación del Afecto (por ejemplo, no decirle al niño, “¿Estás molesto? ¿Qué te pasa?”)

La Memoria

Reitero que hay dos tipos de memoria: implícita y explícita. Hay también subgrupos dentro de esos dos tipos, tales como memoria a corto plazo y memoria a largo plazo en las zonas

de memoria explícita del cerebro, y de memoria traumática en las zonas de memoria implícita del cerebro.

La memoria implícita está presente desde el nacimiento. (Algunas personas creen que está presente desde antes del nacimiento). Comprende los recuerdos conductuales, perceptuales, emocionales y somatosensoriales.

No se requiere atención focal para que estos recuerdos se fijen en el cerebro, es decir, uno no tiene que estar prestando atención para que estos recuerdos se almacenen en el cerebro. La memoria implícita se fija en el lado derecho del cerebro; es una memoria de la experiencia.

La memoria explícita se desarrolla mediante la actividad consciente. Sabemos lo que está pasando y le prestamos atención. Requiere atención, es decir, atención focal para que se almacene en el cerebro, y el almacenamiento depende del funcionamiento del hipocampo.

Si el recuerdo se refuerza de alguna forma, mediante varias exposiciones al evento o alguna otra conexión, entonces puede llegar a formar parte de la memoria permanente en la parte del lenguaje y de la lógica del cerebro, generalmente en el lado izquierdo. Es la memoria narrativa; la podemos verbalizar, es decir expresar en palabras.

Los recuerdos en el lado derecho, almacenados en el sistema límbico, no se expresan mediante palabras sino en reacciones emocionales. Cuando los recuerdos traumáticos se verbalizan se involucra el hipocampo en el proceso y gradualmente se disminuye la intensidad emocional del recuerdo. Esta es la fundamentación en que se basa el estimular a las víctimas de trauma a hablar de sus experiencias no solamente una vez, sino muchas veces (es decir, crear la narración) hasta que la intensidad de la emoción se atenúe.

El estrés y el cerebro: la sensibilización

La sensibilización de la función del cerebro requiere el uso de la función del cerebro. Los circuitos neuronales se crean al responder a las exigencias del entorno, es decir, a lo que sucede en el mundo del niño. La repetición de experiencias activa esos circuitos, los fortalece y los estabiliza.

Desgraciadamente el fortalecimiento ocurre tanto con las experiencias positivas como con las negativas. Los circuitos se pueden activar más y más fácilmente mientras más se sometan a la experiencia.

Naturalmente, las distintas partes del cerebro maduran en diferentes edades. Cómo esas partes trabajan en conjunto depende en gran medida de las experiencias en la vida del niño y, por lo tanto, también de las experiencias en la vida del adulto resultante.

El sistema cognoscitivo madura mucho más tarde que las partes experienciales y conductuales del cerebro. El estrés excesivo puede de hecho “cerrar” el cerebro pensante, especialmente las zonas del lenguaje en el hemisferio izquierdo. Esto pone al sistema cognoscitivo en corto circuito y la persona se queda con solamente las reacciones autonómicas de respuesta al estrés.

Es fácil comprender entonces por qué las experiencias tempranas en el niño, especialmente aquellas que tienen que ver con el proceso de vínculo familiar, pueden afectar al niño durante toda su vida para bien o para mal.

7.4 Peligros, dificultades y fracasos en el proceso terapéutico

Como en cualquier tarea terapéutica, hay peligros para los cuales debemos estar sobre aviso.

Transferencia y contratransferencia

La transferencia y la contratransferencia son muy comunes en el trabajo con pacientes disociados, lo cual ya mencionamos brevemente en la sección sobre el desarrollo de la terapia.

La transferencia aparece cuando el paciente asocia, muchas veces subconscientemente, algún parecido entre las características del terapeuta y uno de los abusadores. Quizás su voz o alguno de sus gestos le recuerda a su padre o a su madre; tal vez su peinado, una palabra, la forma de caminar o su postura, lo conectan (frecuentemente a nivel subliminal) con otra palabra o forma de caminar relacionados a un incidente penoso o una situación pasada o experiencia traumática.

Cuando esto sucede, el paciente comienza a asociar al terapeuta con el abusador. La simpatía empieza a debilitarse y puede llegar a desaparecer totalmente, y aflora el antagonismo o la ira.

Esa interferencia puede comenzar a perjudicar la alianza terapeuta-paciente y desviar el tratamiento. Esta asociación puede no estar clara para el paciente, quien siente que su relación con el terapeuta se debilita y se pregunta por qué. Entonces la irritación, la molestia y hasta la ira pueden surgir y a menudo surgen.

Por otra parte, el paciente puede darse cuenta de la conexión y decírselo al terapeuta. Puede existir un deseo explícito o implícito de que el terapeuta cambie su comportamiento para satisfacción del paciente y eliminar así la influencia que interfiere. Esta posibilidad puede no ser del agrado del terapeuta.

La contratransferencia es la reacción del terapeuta a esta situación y puede incluir un desagrado hacia el paciente debido a ese atrevimiento. Puede haber disgusto y pueden alzarse las voces. El riesgo es que el desarrollo de la terapia se vea afectado.

En estas situaciones la solución está clara: el terapeuta debe darse cuenta de su propia reacción y reconocer la transferencia por lo que realmente es --una interferencia potencial en el proceso terapéutico-- y manejarla profesionalmente y con compasión. No es culpa del paciente que la transferencia exista.

Es obligación del terapeuta reconocerla, traerla a la superficie y trabajar con el paciente para neutralizarla. No es tan difícil como parece. Una discusión clara puede ser lo único que haga falta. Alguna medida de seguridad, una contraseña que el paciente pudiera repetir silenciosamente, o unos minutos de pausa pueden ser muy útiles en estos casos.

Fronteras y límites

Estos temas también fueron tratados en la Sección 8 bajo el subtítulo "Acceso al terapeuta".

Fronteras y límites se refieren a la invasión de la vida y circunstancias de una persona de forma desventajosa para quien la sufre.

Lo más importante a tener en cuenta es que el paciente probablemente tiene una larga historia de este tipo de violación de sus propias fronteras personales, y no tiene modo de

identificar las fronteras y límites por lo que son, o sea, esas pequeñas cercas o vallas de respeto que deben existir para delimitar el territorio privado de cada uno en sus relaciones con otra persona.

Los límites usualmente se refieren a situaciones específicas, a menudo relativas a la organización del tiempo: el número de llamadas en horas no laborables; el tiempo que debe pasar antes de que una receta o prescripción deba renovarse; la duración de una sesión terapéutica salvo en circunstancias excepcionales, etc.

El terapeuta debe plantear muy claramente estos límites desde la primera sesión. Estos deben establecerse como reglas de juego. Deben ser planteados y definidos claramente, dándole oportunidad al paciente para hacer preguntas y ofrecer alternativas para aquéllas que él o ella considere inaceptables, injustas o demasiado restrictivas

Las fronteras son menos precisas que los límites, pero no menos importantes; todo el contrario, aún más importantes. A menudo incluyen la necesidad que siente el paciente de tener al terapeuta permanentemente a su alcance, incluyendo noches, fines de semana y días de fiesta.

La discusión probablemente incluya el tema de qué constituye una "crisis", y un acuerdo relativo al comportamiento a seguir en una situación de crisis

No es raro que el paciente quiera traerle pequeños regalos al terapeuta para expresar su aprecio.

Pudieran ser pasteles, flores o dulces que el terapeuta haya mencionado casualmente alguna vez.

Si el terapeuta los rehusara o vacilara en recibirlos el paciente se sentirá rechazado y se encerrará todavía más en sí mismo.

Terapeuta y paciente deben tener una clara discusión sobre estos temas. Muchos terapeutas aceptan muy bien estos pequeños regalos, pero a otros les resulta incómodo. Lo más importante es que el paciente no tenga la sensación de haber hecho algo malo, sino que sólo es un mal entendido de las reglas.

Existen también diferencias culturales que deben ser reconocidas. Lo que es apropiado en una cultura pudiera no serlo en otra.

Un aspecto importante de tener claras estas fronteras es la oportunidad que le ofrecen al paciente de descubrir sus propias fuerzas. Si, por ejemplo, el paciente reconoce que el domingo a las seis de la mañana no es adecuado telefonar al terapeuta a no ser por algo realmente crucial, y es capaz de poner su situación "en espera" por unas horas, o hasta el lunes, lidiando mientras tanto él solo con el problema, entonces podrá sentirse orgulloso de su logro.

Todo esto implica que tanto el paciente como el terapeuta deben trabajar de conjunto en la forma de manejar las situaciones difíciles y las medidas de seguridad. Debemos recordar siempre que, para que el paciente respete las fronteras, nuestro trabajo es enseñarle esas fronteras y darle ejemplos concretos.

Es posible, por ejemplo, que al paciente, durante toda la vida, otros miembros de la casa le hayan abierto la puerta de su habitación sin ninguna ceremonia o respeto a su privacidad. Ahora hay una oportunidad de enseñarle el respeto a nuestra privacidad y asegurarle al mismo tiempo que nosotros respetaremos la suya.

Los pacientes disociados son frecuentemente acusados de ser "manipuladores". Por supuesto que lo son, ya que es la única forma que han aprendido para manejar el mundo.

Pero esta "manipulación" se debe a que no comprenden o no respetan las fronteras, lo cual nunca han aprendido a hacer. Una parte significativa de la sesión terapéutica es la enseñanza, y los temas de fronteras y límites son lecciones a impartir si el paciente ha de reconocer la importancia de sus propias fronteras y a respetar las de los demás.

Confianza

Anteriormente hemos mencionado la incapacidad para confiar. Efectivamente, de la misma forma en que ésta siempre aparece en el intercambio que se desarrolla durante la terapia, suele asomarse en casi toda discusión de fenómenos disociativos.

La falta de confianza, como hemos dicho, no debe sorprendernos. Es más, lo sorprendente sería que el paciente mostrara una confianza implícita en el terapeuta y en el propio proceso

durante el tratamiento. El trauma infligido con premeditación implica que la confianza ha sido ignorada, desacreditada y/o burlada. Por lo tanto, no es razonable esperar que alguien con un trastorno de origen traumático muestre confianza, y mucho menos en un adulto con autoridad.

Debemos recordar que el subconsciente es muy protector y reacciona a la más mínima señal durante todas las interacciones, terapéuticas o no. Sucede lo mismo con los estados de ego protectores. La más mínima señal es suficiente para levantar las barreras. Este paciente es una persona que ha tenido que estar atenta a tales señales durante la mayor parte de su vida y es una verdadera experta en detectarlas y, por supuesto, muchas veces las sobreinterpreta. "Más vale precaver que tener que lamentar", dice el refrán.

Sin embargo, los fracasos pueden suceder cuando: (a) la posibilidad de falta de confianza existe en la mente del terapeuta, o (b) la contratransferencia del terapeuta interfiere con la alianza terapéutica.

Otra posibilidad, que no es realmente rara, es que el paciente desarrolle un nuevo estado de ego que puede tener y, de hecho, tiene confianza en el terapeuta. Aunque parezca una buena solución, esto simplemente refuerza la idea de que continuar disociando es la forma de resolver los problemas. Esto es contraproducente cuando estamos haciendo un esfuerzo especial para convencer al paciente de que disociar nuevos estados de ego no es la forma de resolver todos los problemas.

Se requiere paciencia de ambas partes (aunque no es fácil de encontrarla en alguien cuyas expectativas se han frustrado desde la infancia). Una discusión amplia y franca es vital en estos casos. El superviviente de un trauma también desconfía de esta clase de discusión; el antecedente es que esa franqueza históricamente le ha traído más castigo.

Este es un terreno en el que la terapia cognoscitiva --el dismantelamiento de conclusiones erróneas y su sustitución por nuevas capacidades para la reconstrucción cognoscitiva-- puede ser muy útil.

Precauciones para terapeutas y familiares

Esta sección es una continuación lógica de la sección anterior sobre los peligros y las dificultades del proceso terapéutico, porque uno de los mayores peligros es no protegernos y no proteger a nuestras familias.

El trabajo con pacientes altamente disociados es una tarea difícil y agotadora, tanto física como emocionalmente. Si permitimos que el agotamiento se establezca, va a ser muy difícil vencerlo.

Esta posibilidad es una de las principales razones por las que se deben establecer y mantener buenos límites y fronteras.

Aún más, sentirse cansado no es el único problema (¡aunque ciertamente es un problema!) pero existe la posibilidad de tomar malas decisiones, o de no pensar con claridad debido a la fatiga o el agotamiento.

Es, por lo tanto, muy importante que los terapeutas establezcan fronteras y límites para ellos mismos. Estos pueden incluir mejor administración de las horas de consulta, involucrar a colegas en la cobertura de fines de semana o de emergencias, y delinear con precisión el tiempo a dedicar a su familia y ser estrictos en su observancia.

Traumatismo secundario

Debido al carácter confidencial de los asuntos, vale la pena coordinar con otro profesional cuando sea necesaria una sesión de descarga de información. El traumatismo secundario es una posibilidad muy real. Puede incluso introducir una especie de respuesta disociada en el terapeuta.

Al igual que en muchas otras situaciones, las personas fuera del conflicto ven las cosas más claras que aquellas que están dentro. Alejarse de la terapia por un tiempo puede ser recomendable.

El traumatismo indirecto requiere tanta atención como el traumatismo primario. Un terapeuta emocionalmente involucrado, a punto de su propia respuesta de estrés postraumático, no va a ser de ninguna ayuda para el paciente.

Co-terapeutas

Tener un co-terapeuta, aunque sea a tiempo parcial, es frecuentemente una solución satisfactoria.

Es más, puede ser un buen ejemplo de que “dos cabezas piensan mejor que una” cuando se trata de técnicas terapéuticas innovadoras. Si cada uno de los co-terapeutas tiene su propia intervención preferida, tanto mejor. Esto no va a confundir al paciente cuando se le expliquen las ventajas.

Los pacientes necesitan estar bien preparados para la introducción de un co-terapeuta. Recuerde que tal situación puede llevar el tema de la confianza a su límite. Desde la perspectiva del paciente ya ha sido un gran esfuerzo llegar a tener confianza en un terapeuta; la imposición de otro terapeuta no va a ser recibida con alegría. Eso no significa que no vaya a funcionar; por lo

general, funciona extremadamente bien. Pero es esencial una buena preparación.

La co-terapia no significa “un tipo bueno y un tipo malo”. Por el contrario, ambos terapeutas deben estar trabajando por el bienestar del paciente y esto debe ser evidente; sin embargo, una de las mejores cosas de un co-terapeuta es que uno puede tener una perspectiva ligeramente diferente a la del otro y/o una forma ligeramente diferente de presentar algo. Estas posibilidades son altamente ventajosas para el paciente y de apoyo para el terapeuta.

Tener un co-terapeuta en el cual puedan confiar tanto el terapeuta como el paciente, da también la oportunidad de escuchar posibles errores en la interpretación, o intervenciones incorrectas. Por ejemplo, si el paciente se ve claramente descontento o no responde bien a alguna intervención o técnica terapéutica, el co-terapeuta por lo general es capaz de percibir la situación de modo diferente y hacer sugerencias útiles.

Los co-terapeutas necesitan tiempo, con regularidad y frecuencia, para conferenciar entre sí sin la presencia del paciente; y todos los terapeutas deben ser receptivos al escuchar una idea o perspectiva diferente.

Superación y actualización

Todos los terapeutas necesitan tener la oportunidad de cursos de actualización, tanto para mantenerse al día como para tener apoyo de sus homólogos. Tener la posibilidad de narrar

historias de desdichas a otros profesionales, y a su vez escuchar las de ellos, es muy estimulante.

Compartir de tal modo no implica necesariamente pedir respuestas o soluciones a los demás, sino simplemente ventilar sentimientos de frustración con alguien que en realidad los comprenda, o compartir un éxito con un colega y disfrutar de un elogio.

El espectro de los trastornos de traumas, como ahora se llaman (trastornos disociativos y trastornos de estrés postraumático, trastornos de despersonalización, temores o ansiedades recurrentes como resultado de traumas anteriores, etc.), cambia rápidamente en la medida en que más y mejores investigaciones y publicaciones están disponibles.

El conocimiento que tenemos actualmente, basado en nuevos estudios neurofisiológicos, explica muchas cosas que hace una década parecían contradictorias, intangibles o aparentemente imposibles de comprender.

Desgraciadamente, los cursos de superación y actualización no siempre son fáciles de encontrar.

Por lo tanto, los terapeutas deben apoyarse en la correspondencia y en los grupos de apoyo mutuo, en los cuales un tema diferente pero específico pueda ser discutido en cada reunión.

Descanso y relajamiento

Es de gran importancia tener con regularidad tiempo libre, siempre que sea posible. Es realmente importante. He aquí otra ventaja de tener un co-terapeuta que ya conozca al (a los) paciente(s) y pueda hacerse cargo de la terapia y continuarla sin que se produzcan baches. El paciente conoce al terapeuta y se garantiza la continuidad.

El tiempo libre significa, más que no ir a la consulta, utilizar el tiempo para dejar salir tensiones, disfrutar de tiempo con la familia y fortalecerse emocional y físicamente.

Estar quemado (Burn-out)

La frase “estar quemado” ha llegado a significar tener un nivel de estrés tal que interfiera con la ejecución de los deberes y las obligaciones profesionales, y debe reconocerse y tratarse como tal.

El reconocimiento generalmente proviene de otras personas y no del que lo padece. Los colegas y los miembros de la familia son, por lo general, los primeros en darse cuenta de que hay un problema creciente; también, el personal de la consulta, aún los propios pacientes, pueden percibir la paulatina incapacidad que le impide hacer el trabajo. Es triste pero cierto que lo que podamos reconocer en otros, seamos deliberadamente renuentes a reconocerlo en nosotros mismos.

Mal humor, impaciencia, sentirse torpe en la mañana, no desear salir de la cama y mucho menos ir a trabajar, irritación y altercados familiares, son señales de alarma.

Cuando los síntomas anteriores comienzan a degenerar en depresión, ansiedad, pérdida del apetito, dependencia del alcohol, insomnio, u otros trastornos psicológicos, entonces debe decirse al terapeuta con claridad y énfasis que necesita una licencia médica y que requiere ayuda profesional. Con frecuencia la situación --muy clara para el observador-- será rechazada con fuerza por el terapeuta que la esté padeciendo. Una confrontación en el equipo, de forma delicada, directa y muy objetiva, puede ser el mejor enfoque.

Una vez que se haya proporcionado la intervención psicológica y el tiempo de recuperación, es sabio tener una opinión de fuera sobre la programación adecuada para regresar al trabajo.

Recomendaciones para la familia de los pacientes

El núcleo familiar donde reside el paciente también tendrá que lidiar con elementos causantes de gran estrés. Todas las recomendaciones anteriores se aplican también a ellos. Sin embargo, aquí hay otro factor que complica las cosas: el paciente es un miembro de la familia –esposo o esposa, hijo o hija– y no es realista esperar una respuesta no personalizada. Las emociones se disparan y el péndulo va de la esperanza a la desesperación, de expresiones de amor y comprensión a expresiones de impaciencia o ira, de una lúgubre decisión de capear el temporal a una sensación de futilidad. Es un camino con obstáculos. Frecuentemente hace crisis cuando el paciente (miembro de la familia) ha estado en terapia por un año. El sentimiento de “¿Por qué no ha mejorado?, ¿Qué es lo que anda mal?”, se mantiene en las mentes de aquellos que sintiendo afecto; no pueden comprender al miembro de la familia que es disociado.

Tener sesiones con la familia, con una frecuencia razonable, con o sin la presencia del paciente según sea el consentimiento mutuo, es algo que ayuda. Tales sesiones no son para discutir el progreso del paciente; son más bien para discutir los factores estresantes de los miembros de la familia. El proceso terapéutico es entre el paciente y el terapeuta, y es absolutamente confidencial, tanto para la familia como lo sería para un extraño que pidiera información.

A veces, las habilidades de un buen terapeuta familiar o matrimonial ayudan a reparar o a fortalecer una relación, del mismo modo en que tales intervenciones son útiles cuando los miembros de la familia no son disociados pero hay cuestiones intrusivas que tratar. Es una tentación culpar a la disociación como causa de todos los problemas. Esto no es necesariamente así y utilizarla como el chivo expiatorio es injusto y poco realista. Más aún, el paciente con frecuencia lo percibe como un ejemplo más de que es una mala persona.

Los niños en las familias donde uno de los padres es disociado requieren atención especial.

Los niños son increíblemente intuitivos y sabrán desde muy temprana edad que, por ejemplo, hay diferentes "Mamis": la que se sienta en el suelo a jugar con ellos; la que se muestra iracunda con ellos; la que habla sola con frecuencia; la que es cariñosa con Papi; y la que no lo es, etc.

También se dan cuenta, cuando son un poquito mayores y van a la escuela, que su mamá tiene algo diferente a las mamás de los otros niños. Por lo general, el niño acepta esto; después de todo es lo único que él ha conocido, y lo toma bastante bien.

Sin embargo, en la misma medida en que el matrimonio frecuentemente se ve afectado de modo negativo según la terapia avanza, el niño encuentra la situación extraña; el hecho de que las cosas sean más difíciles cuando la madre está en terapia a como eran antes, puede parecer extraño; pero el hecho es que lo conocido se ha vuelto desconocido y esto atemoriza.

Los niños necesitan tener alguien con quien hablar, que les pueda explicar de manera sencilla qué es lo que está pasando y que les ofrezca la confianza de que Mami se va a poner bien. (No estamos tratando de ignorar el hecho de que puede ser el padre quien sea

disociativo, pero resulta incómodo en este texto estar escribiendo “madre o padre” todo el tiempo).

Los hijos de padres disociados corren un mayor riesgo de ser ellos también disociativos que los hijos de padres no disociados. Básicamente esto es probablemente porque la conducta del (de los) padre(s) disociado(s) es muy confusa y, por lo tanto, emocionalmente traumática para el niño.

También el padre afectado puede abusar física o sexualmente del niño, lo que frecuentemente es la raíz de los trastornos disociativos. Por eso, es muy importante estar muy al tanto de la salud psicológica de los miembros jóvenes de la familia y chequearlos con regularidad sin molestarlos.

Si el terapeuta llega a preocuparse, hay varios buenos cuestionarios para el diagnóstico que pueden indicar si hay algo de qué preocuparse o no. Esto nos lleva a la próxima sección.

7.5 Consideraciones sobre la familia de origen

La escuela para el entrenamiento de los trastornos disociativos es la familia.

¿Debe involucrarse a la familia de origen en la terapia?

La familia de origen está involucrada en la terapia quiéralo o no. El asunto es: ¿en qué forma y en qué medida debe ocurrir esto?, ¿Beneficia o interfiere en la terapia?

Historia

La historia de lo que ocurrió en la familia de origen comienza a verse claramente en la medida que el terapeuta escucha –y observa-- cuidadosamente mientras el paciente describe su situación actual. Preguntas tales como: ¿Cuándo cree Ud. que comenzaron estos problemas?, ¿Cuánto tiempo hace que está teniendo estas experiencias?, y ¿Dígame cómo fue su infancia?, alertarán al terapeuta sobre posibles problemas en el trasfondo familiar.

Estimular gentilmente y asegurar que es seguro hablar de estas cosas, generalmente tranquiliza la mente del paciente; pero es importante recordar que cuando ha habido trauma, invariablemente

ha habido secretos también. No era seguro hablar de ello durante la infancia, entonces ¿por qué ha de serlo ahora? Los secretos de familia ocupan un lugar muy específico en nuestra mente subconsciente, mucho más que en la mente consciente, y hay inevitablemente protección subconsciente interna en acción. Los terapeutas experimentados saben que la historia cambiará y cambiará y cambiará de nuevo según avance la terapia y los acontecimientos del pasado comienzan a aclararse y a caer en su lugar.

Participación de la familia de origen

Si la familia cercana conoce que su hijo o hija (o hermana o hermano) está en terapia, no es poco común que algún(os) miembro(s) de la familia piensen que tienen el derecho de participar y saber qué es lo que está pasando. De hecho, si el paciente es adulto, es enteramente la decisión del paciente si desea o no informar a los miembros de la familia.

No es una prerrogativa del terapeuta decirle nada a nadie sin la autorización específica del paciente. (Esto también incluye discutir el caso con el núcleo familiar --padre, madre, hijo, hijacomomencionamos anteriormente). Debido a que con frecuencia han sido precisamente circunstancias dentro de la familia de origen las que han contribuido sustancialmente a la disociación, las discusiones del caso entre ellos y el terapeuta no son una opción.

Puede ocurrir, sin embargo, que el paciente desee hablar de aspectos de su vida temprana con los padres, y pida ayuda al terapeuta. En ese caso, es por supuesto adecuado que el terapeuta discuta, total y abiertamente con el paciente, los pros y los contras de tal situación. Pero, ¿qué hacer cuando el paciente le pide al terapeuta que esté presente?.

Es muy arriesgado para todas las partes: para el terapeuta que va a ser visto como un traidor por ambas partes, para los padres que frecuentemente no van a entender a qué se debe tanto alboroto y van a estar molestos hasta el punto de acusar al terapeuta de haber creado la situación; y para el paciente que va a sentir una combinación de ira, deslealtad a los padres, deslealtad al terapeuta, desesperación y/o depresión y sentimiento de culpa.

Tal vez la mejor solución sea que los padres y/o hermanos discutan la situación con un terapeuta independiente, que les pueda aconsejar como proceder.

Acusaciones

Las acusaciones pueden provenir de la familia de origen, como explicamos antes, contra el paciente por inventarlo todo o por mentir flagrantemente, o contra el terapeuta por crear el problema para beneficio propio o por cualquier otra causa. Más común, sin embargo, es la situación en que el paciente –en algún momento a mitad del proceso terapéutico– decide que quiere enfrentar y acusar a los padres o hermanos. Es frecuentemente un deseo de justicia, pero puede encubrir un deseo de venganza.

Aunque esto a veces se considera útil –una limpieza emocional– raras veces funciona así. Puede ser útil más adelante, cuando el paciente esté mucho más seguro de su propia autoconfianza.

Ocurre con frecuencia que cuando se pospone el momento de la acusación hasta que el paciente esté mucho más estable emocionalmente, la necesidad de hacerlo disminuye bastante. Y como muchas veces han dicho varios terapeutas sabios y conocedores, la mejor “venganza” es ponerse bien. Durante esas largas horas de terapia, si todo evoluciona del mejor modo posible, aparecerán otras habilidades para lidiar con los problemas; y puede ser que el paciente, una vez bien, comprenda que el perpetrador no estaba bien y puede que todavía no esté bien. Darse cuenta de esto no exonera al perpetrador de sus actos. Solamente pone las acciones (y al perpetrador) en una perspectiva diferente.

Si el paciente continúa estando bajo la influencia del (de los) perpetrador(es) las dificultades de la terapia se hacen más agudas y pueden interferir, de forma muy perjudicial, con el progreso.

De ocurrir eso, tal vez sea sabio desviarse un poco en la ruta de la terapia y trabajar en el fortalecimiento de las técnicas de autoconfianza. Después de todo el paciente se encuentra en un dilema emocional, atrapado entre amar y honrar a los miembros de la familia y al propio tiempo, saber en un nivel de conciencia profundo que lo que ocurrió estaba mal. Lo más importante es apoyar y alimentar los propios recursos emocionales del paciente.

Negación

Es muy común que los miembros de la familia de origen nieguen haber hecho daño, o que alguna situación traumática o de abuso ocurriera en la familia. Esto es de hecho acusar al paciente de mentir, y aumenta la tensión emocional significativamente.

Uno debe recordar que el propio perpetrador puede bien haber sido, o ser todavía, disociativo y realmente no recordar los incidentes que el paciente está describiendo. Proseguir es un caso perdido, y es una de las razones por las que las acusaciones son más bien una interferencia que un beneficio. Explicarle esto al paciente puede ayudar a mitigar la ira y la sensación que siente de estar abandonado y traicionado.

Abuelos

Es necesario recordar que los abuelos también son parte de la familia de origen, y son frecuentemente muy importantes para la estabilidad de la familia. Determinar la participación o no de los abuelos en las situaciones traumáticas originales puede ser un tema por si mismo. Hay ocasiones en que un abuelo ha sido el perpetrador; ¿cuál es entonces la situación respecto de la relación de ese abuelo con los hijos del paciente?. ¿Y cuál es la situación de los padres del paciente que son los abuelos de los hijos del paciente?

Los parámetros de cada familia son diferentes y las respuestas a esas preguntas pueden darse solo sobre una base individual. Pero hay que dar respuestas, para evitar abusos transgeneracionales. Puede ser que monitorear las visitas de los abuelos sea importante. Sin embargo, uno siempre desea evitar crear más complicaciones de las que ya existen.

Evidencia de traumatismo criminal

La evidencia de intención criminal, victimización y traumatismo (es decir, abuso sexual o físico deliberado y crónico) lleva a niveles superiores la posibilidad de casos en los tribunales o a cuestiones legales.

De haber evidencia de intención criminal, es aconsejable que el terapeuta busque asesoría legal en asuntos tales como historias clínicas, grabación de las sesiones de terapia, acusaciones, etc.

Como cada país y cada jurisdicción tiene sus propias leyes y pueden ser diferentes de un lugar a otro, no vamos a profundizar más en este tema, pero debe considerarse dentro del contexto de la situación en particular.

Sumario

Esta sección ha tratado los aspectos relacionados con la familia de origen, que pueden interferir en la terapia de forma importante. Al considerar todos los factores, es importante discutir y explorar el cómo y el por qué del abuso, si los perpetradores en realidad hicieron lo que el paciente cree que hicieron, y la posibilidad de que esos perpetradores puedan ser disociados y, por lo tanto, creer en realidad que no actuaron como se les acusa de haberlo hecho.

La cuestión del perdón frecuentemente surge. Las personas tienen diferentes definiciones del perdón, por eso es tan importante determinar qué significa para el paciente (puede ser diferente de lo que signifique para el terapeuta) y qué entraña en cuanto a lo que se refiere a la reconciliación.

Con frecuencia, la solución más práctica y, en última instancia más cómoda, es desarrollar en el paciente una claridad y aceptación del pasado, al tiempo que haga lo que tiene que hacer para que esa sea una conclusión emocionalmente compatible.

7.6 Saboteadores internos

Lo primero a recordar respecto de los saboteadores es lo mismo que debemos recordar en cuanto a los estados de ego: cada uno de ellos, a su manera, ha venido a intervenir y sigue interviniendo con el propósito de ayudar.

Desgraciadamente, resulta a veces difícil percibir esa "ayuda", porque parece justamente lo contrario; pero podemos ilustrarlo con una anécdota.

Una paciente con quien se habían cometido maltratos severos siempre recordaba que parte del maltrato involucraba el uso de serpientes. Eso la hacía sentir que tenía serpientes recorriéndole el cuerpo. Podemos imaginarnos lo angustiante de esa sensación. Pasado mucho tiempo, el terapeuta logró establecer contacto personal con el estado de ego cuya tarea era ocuparse de las serpientes. Después de trabajar muchas semanas con este estado de ego, el terapeuta le preguntó al estado Cuidador de Serpientes si la paciente ya podía ser liberada de esa sensación y el Cuidador de Serpientes estuvo de acuerdo.

Todo marchó muy bien a partir de ese momento y se lograron adelantos importantes durante los meses siguientes. Un día, sin embargo, la paciente apareció en la consulta pálida y angustiada.

"¿Qué pasó?" le preguntó el terapeuta.

"¡Han vuelto las serpientes!", respondió la paciente.

El terapeuta pidió entonces hablar directamente con el Cuidador de Serpientes y le dijo: "Por favor, ayúdeme a comprender por qué ha sucedido esto." Y cuando el Cuidador de Serpientes se manifestó dijo: "Porque estaba hablando mucho, naturalmente,"

Cuando la paciente era muy niña, se empeñaba en explicar a otras personas lo que le pasaba, pero nadie la creía y como resultado recibía más castigo. Los que abusaban de ella la castigaban por decirlo y las otras personas la castigaban por mentirosa. Por lo tanto, el Cuidador trataba de proteger a la paciente de un castigo que el terapeuta le pudiera infligir por hablar mucho. En esta forma, extraña y torcida, todo adquirió sentido.

Otro saboteador interno puede ser uno de los estados de ego que están furiosos. El razonamiento es muy parecido al anterior. En este caso, la mera injusticia del maltrato, que es la causa de su furia (lo cual es correcto), afecta de tal modo al estado furioso que ante cualquier indicio de injusticia adicional, que pudiera incluir una mala interpretación del llanto de la paciente al contar los maltratos que ha sufrido, el estado de ego furioso levanta un alto muro de protección.

Estos muros pudieran consistir en convocar a los estados de ego infantiles, los cuales no pueden describir la situación, o a cualquier otro estado de ego no verbal, o a utilizar alguna estratagema para bloquear la percepción del paciente de lo que realmente está pasando, y de la intención de las acciones, afirmaciones o solicitudes del terapeuta, y/o la necesidad del trabajo cognoscitivo.

Frecuentemente, el sabotaje no es intencional. Por ejemplo, una paciente cuyo estado de ego anfitrión (el que ella usualmente presenta al mundo) puede estar tan temeroso de perder su último retazo de identidad que cree tener todavía, que se niega a reconocer a ninguno de sus estados de ego interiores. Nadie, ni el terapeuta ni ninguno de sus estados de ego interiores, pueden forzar a este paciente a aceptar un reconocimiento consciente de su mundo interior. El terapeuta, en este caso, tendrá que moverse en cámara lenta (muy, muy despacio), hasta lograr que la paciente le permita un ligero atisbo a las diferentes partes de la estructura de su personalidad, lo cual pudiera tomar meses o quizás años. Uno espera

que, a la larga, él o la paciente llegue a cansarse a tal grado de la situación que decida finalmente tomar alguna medida, usualmente sugiriéndole al terapeuta su disposición a continuar, aunque a pasos muy cortos.

Estrategias terapéuticas

Si el paciente es TID:

1. Identifique el problema. ¿Se trata realmente de un caso de sabotaje interno o sólo una comprensión incompleta por parte del paciente de cómo una cierta estrategia pudiera resultarle beneficiosa? En otras palabras, sea explícito en los por qué y para qué.

2. Involucre a otros estados de ego. Esta es posiblemente la estrategia más efectiva en la mayoría de los casos de estancamiento. Pone el sistema a trabajar en conjunto, lo cual es una ventaja.

3 Sea especialmente respetuoso con el saboteador identificado, pidiéndole que explique detalladamente la razón del sabotaje. Tranquilícelo explicándole que usted reconoce que ese sabotaje tiene una intención protectora.

4. Una técnica que usualmente da resultado es invitar al saboteador a observarlo a usted cuidadosamente y a que le llame la atención si considera peligrosa, irrespetuosa o difícil de comprender cualquier cosa que usted esté haciendo, para entonces discutirla.

5 Quizás el saboteador tenga sus propias ideas respecto a cómo manejar mejor la situación.

Tenga presente que aunque la solución propuesta le pueda parecer extraña, es posible que funcione con el paciente en cuestión.

Si el paciente es TDNE:

1 Los pacientes TDNE acostumbran tener también estados de ego bien identificados, sólo que sus barreras amnésicas son menos densas. Por lo tanto, cualquiera de las estrategias mencionadas más arriba pudiera funcionar bien con este tipo de paciente.

2 De igual forma que hay frecuente coincidencia en los síntomas de personalidades fronterizas en pacientes TDNE, pudiera haber también, desde el punto de vista del terapeuta, un considerable factor de manipulación.

Recuerde que esta es la vía por la que el paciente ha aprendido a manejar el mundo y a usar ese conocimiento constructivamente. Invitar a un paciente a ofrecer su propia solución puede ser lo mejor al final y el camino más fácil hacia el éxito. Lo que pudiera parecerle imposible al terapeuta puede resultarle fácil al paciente cuando él mismo lo propone.

7.7 Saboteadores externos

Cuando la posibilidad de un saboteador interno se haya descartado, quedan los posibles saboteadores externos, que pueden ser muchos, pero usualmente aparecen (uno o más) entre los siguientes:

-La familia de origen. Este es más probable si el paciente todavía vive en la casa de sus maltratadores. Esto puede parecer grotesco, pero sucede con frecuencia.

-El núcleo familiar actual. Esto supone un matrimonio, una pareja no casada o alguna forma de vida en común donde exista una relación emocional de importancia.

-Alguien con quien hubo una relación anterior y que está todavía emocionalmente ligado al paciente (o que desea seguirlo estando).

-Amigos con buenas intenciones.

-Otros miembros de un grupo de apoyo, también con las mejores intenciones.

-Alguien que se considera buen consejero, pero le faltan conocimientos o experiencia o no conoce el caso suficientemente bien para intervenir de forma útil o terapéutica.

Gran parte de la intervención o interferencia de un saboteador externo viene de la necesidad de controlar al paciente, controlar el proceso o controlar al terapeuta. Lidar con este saboteador, por lo tanto, puede resultar muy difícil. El proyecto y la necesidad provienen del saboteador, no del paciente. Esto debe discutirse abiertamente aunque con mucho cuidado.

Cualquier conflicto de propuestas debe también considerarse con mucho cuidado. Esto es especialmente importante si el saboteador procede de la familia de origen o de alguna relación previa. Generalmente, lo más sabio es evitar la confrontación. Discuta el asunto en forma neutral pero firme con el paciente y continúe el trabajo que ha venido haciendo con él. Si fuera necesario, elabore una estrategia aceptable para ambos con el objetivo de que haya un mínimo de interferencia en el proceso terapéutico.

Si el saboteador es un amigo o un miembro del núcleo familiar, aclare la situación con el paciente e indague si éste se sentiría bien en algún tipo de reunión paciente-terapeuta-influencia externa.

Suponiendo que el intruso interfiere con la terapia y altera al paciente y constituye otra forma de presión, es necesario entonces encontrar una solución aceptable para todos.

Si el saboteador es miembro de un grupo de apoyo, existe entonces la posibilidad de una discusión dentro del grupo, pudiendo tratarse como, por ejemplo, el tema de la semana, sin relacionarlo con el paciente y haciendo de ello una actividad educativa, en lugar de un problema.

Si el paciente es TID

Los pacientes de TID necesitan mucho apoyo en situaciones como ésta, especialmente si el saboteador es de la familia de origen. Cualquier intento de bloquear la interferencia es percibido y trasladado al paciente por esta persona como una indicación de que el terapeuta no tiene en cuenta los intereses del paciente. (Esta es una forma muy suave de expresarlo, pues, en realidad resulta en muchos casos muy peligroso para el paciente y algunas veces también para el terapeuta). La proposición del saboteador es casi siempre terminar inmediatamente el tratamiento. Hay que pensar en el dilema que esto representa para el paciente. Esta es la esencia del control: "Tu no puedes pensar por ti mismo. Nosotros tenemos que pensar por ti."

Este es un momento ideal para enseñar o reforzar la técnica de autoconfianza, invitando a todos los estados de ego a participar. La negociación puede ser un factor importante en estos casos, lo cual puede significar negociar con el saboteador interno o externo, con otros estados de ego, y aún el terapeuta con el paciente. Parte de esta negociación pudiera incluir una mezcla temporal de estados de ego, para darle mayor fuerza. El fenómeno de mezcla se describe más ampliamente en otra parte de este manual.

Si el paciente es TDNE

Generalmente, se puede trabajar con enfoques cognoscitivos o cognoscitivos conductuales en los pacientes TDNE. Puede ser importante enfatizar que el terapeuta y el paciente ya han

trabajado algún tiempo para llegar a un entendimiento sobre cuáles son las fronteras y los límites, y que en estos casos los del pacientes están siendo invadidos. Frecuentemente, cuando el paciente TDNE ya se ha alejado de su familia de origen, la cuestión se simplifica.

Una mejor relación se puede alcanzar invitando al paciente a realizar un papel importante en la toma de la decisión respecto de qué táctica se va a adoptar contra el sabotaje, si la discusión, el distanciamiento, el enfrentamiento, u otra cualquiera. Las primeras dos tienen mejores posibilidades de éxito.

Insisto: refuerce las técnicas de autoconfianza.

El sabotaje aparece por algún tiempo en virtualmente toda relación terapéutica. Si Ud. Tiene relativamente poca experiencia en este trabajo, es importante que lo reconozca y que acepte este hecho, también que Ud. se proteja a sí mismo y al paciente, consultando a un colega más experimentado. Es posible que esta situación cree una cierta incomodidad, por evidenciar vulnerabilidades no identificadas, cuyo origen está todavía latente en la experiencia del terapeuta.

Esto sólo quiere decir que Ud. necesita algún auto-reforzamiento, pero no que Ud. no pueda continuar su trabajo. Casi todos los terapeutas tropiezan con estas situaciones alguna vez en su vida profesional.

La consulta con el colega más experimentado podría incluir al paciente también. En estos casos, el terapeuta más experimentado conduce la sesión mientras el consultante observa, escucha y aprende, quizás añadiendo detalles importantes de vez en cuando, durante la consulta.

Naturalmente, el paciente debe aprobar esta idea antes de que se coordine la consulta.

Trabajar abiertamente con el sabotaje, casi siempre fortalece al final la terapia. Esto produce el mismo efecto que, después de haber apretado los dientes y enfrentado todas las dificultades en una faceta de la vida, terminamos más fortalecidos y estables por haber enfrentado y vencido el desafío. Así sucede también con el proceso terapéutico. Identifique el problema, planifique la estrategia y haga lo que haya que hacer para llevar la situación de nuevo a un equilibrio.

Entonces podrá dar un suspiro de alivio por haber vencido el obstáculo más inmediato, para entonces poder seguir adelante.

7.8 Recomendaciones especiales para médicos de atención primaria y trabajadores de la salud

La consulta del médico de la familia es el lugar ideal para identificar los síntomas de disociación.

Como mencionamos en la Sección 2, el paciente de "hoja clínica repleta" puede estar sufriendo de algún grado de disociación y por eso visita al médico de familia con una frecuencia mayor de la normal. Una abundancia de síntomas físicos o somáticos, que van sustituyendo a los anteriores una vez que éstos han sido resueltos, es una señal reveladora.

En años recientes todo el campo de lo que ahora llamamos Disociación Somatoforme ha llegado a comprenderse gracias a excelentes investigaciones. Gran parte de estas investigaciones han sido realizadas por Nijenhuis y colaboradores, en los Países Bajos, quienes diseñaron un excelente cuestionario basado en los veinte problemas físicos más comunes asociados a los fenómenos disociativos.

Estos síntomas son:

- dificultad para orinar (para empezar a orinar)
- rechazo a sabores que usualmente le gustan
- oír ruidos cercanos como si vinieran de lejos
- disuria
- falta de sensación en el cuerpo o partes del cuerpo
- ver a la gente y a las cosas anormalmente grandes
- ataques pseudo-epilépticos
- insensibilidad al dolor en el cuerpo o partes del cuerpo
- rechazo a olores generalmente agradables
- dolor en los genitales (no asociados con la actividad sexual)

- sordera temporal
- ceguera temporal
- ver distintas las cosas a su alrededor (por ejemplo, como si se vieran a través de un túnel)
- aumento o disminución del sentido del olfato
- sentir que se le desaparece parte del cuerpo
- dificultad para tragar
- insomnio; sin embargo, puede mantenerse muy activo durante el día
- dificultad temporal para hablar
- parálisis temporal
- sentirse el cuerpo rígido por un tiempo

El Cuestionario de la Disociación Somatoforme (CDS-20) completo y cómo utilizarlo, puede encontrarse en el Apéndice. También se encuentra el CDS-5, que contiene los cinco problemas más significativos de la lista: dolor, disuria, desaparición temporal del cuerpo (o parte de él), "ver por un túnel" y dificultad para hablar. Las investigaciones de Nijenhuis indican que si un paciente tiene cuatro de estos cinco síntomas, tiene un 80 por ciento de probabilidad de sufrir de una disociación significativa.

Por supuesto, esto no quiere decir que un solo episodio de uno de estos síntomas indique un grado patológico de disociación, pero si el problema es recurrente, puede pensarse en una disociación.

Otros indicadores, que se describen en la Sección 2, son:

- evidencia de disfunción familiar
- resultados de laboratorio inconsistentes
- ataques de pánico o ansiedad
- depresión, especialmente la que es refractaria a los medicamentos
- aparente trastorno bipolar, que no confirman las pruebas

- respuesta idiosincrásica a los medicamentos
- frecuentes tentativas de suicidio

Éste identifica otros tres trastornos que no cumplen el criterio general para el Trastorno de Somatización y que pudieran, en algunos casos, indicar disociatividad.

Algunos de estos trastornos merecen mención particular.

Los trastornos del apetito son de naturaleza muy disociativa. Los anoréxicos, por ejemplo, tienen voces en sus mentes que les dicen que son malos, que son feos, que no merecen vivir y que por lo tanto, no merecen comer. Esta es una situación muy disociativa.

De igual forma, las personas muy obesas pueden estar recibiendo iguales mensajes sobre su fealdad y falta de valía. Es un mensaje tan desalentador que la persona puede comer para reconfortarse. O, en otro caso, alguien muy vulnerable emocionalmente, que no puede enfrentarse a la idea de cualquier clase de relación íntima, pudiera ponerse obeso debido a una idea subconsciente de que la obesidad le va a dar cierta protección.

Los resultados de análisis de laboratorio confusos o inconsistentes pueden indicar disociación, pues es posible, por ejemplo, que un día se le haya sacado sangre a un estado de ego y otro día a un estado de ego diferente.

Esto produciría diferencias estadísticas notables. La investigación de este fenómeno la han hecho en el pasado Hunter, Triggiano et al. Diferentes e inconsistentes encefalogramas son también un ejemplo.

Una respuesta variable a los medicamentos puede indicar a veces que un estado de ego diferente está respondiendo a una dosis de un medicamento que hasta entonces daba resultado.

Por supuesto, existen también otras posibilidades, como fiebre, o pérdida de peso significativa, o hasta un estado de estrés extremo.

Los dolores de cabeza severos mal diagnosticados, como migraña, son frecuente queja de pacientes disociados. Es necesaria una historia clínica cuidadosa para determinar si ese

dolor de cabeza es o no vascular. Una duración mucho más corta que la de la migraña, la ausencia de fotofobia, de aura, o de náusea, puede ayudar a aclarar la situación.

Algunos síndromes de dolor crónico se han asociado a trastornos disociativos. Estos casi siempre se limitan a uno o dos estados de ego y no a todo el sistema. Recoger una historia clínica cuidadosa suele dar la clave. Tenga en cuenta que esto no disminuye la realidad del dolor en las partes donde se está sufriendo.

Las anteriores sugerencias tienen el propósito de alertar al médico de la familia de que vale la pena tener en cuenta la disociación cuando los dolores devienen crónicos o demasiado frecuentes sin otra explicación.

Las lastimaduras o lesiones en un niño, o en niños, en la familia, cuya causa no tenga explicación, deben ser considerados como un indicio de alerta. Cuando el niño es llevado a la consulta de un médico de la familia o a un cuerpo de guardia con traumas físicos, tales como quemaduras, fracturas o golpes fuertes, cuya causa es desconocida por la persona (los padres o otra persona) que lo trae, puede sospecharse la posibilidad de maltrato infligido.

7.9 Ayuda

Al principio, los que están comenzando a trabajar con trastornos disociativos tienden a pedir ayuda muy pronto, por temor a equivocarse, a no estar haciendo su trabajo correctamente, a no tener suficiente experiencia o por otras preocupaciones.

Por otra parte, cuando tienen ya alguna experiencia (pero posiblemente no la suficiente), piden ayuda demasiado tarde.

Ninguna de estas situaciones es necesariamente fatal para la terapia, pero siempre es mejor evitarlas.

Cómo pedir ayuda

La solución obvia es incorporarse, desde muy al principio, a un grupo profesional que se reúna regularmente para discutir casos problemáticos. Un grupo de esa naturaleza debe ser dirigido por un terapeuta experimentado, para facilitar la discusión y detectar cuando alguno de ellos está afrontando un problema serio.

Desgraciadamente, este tipo de grupo no es fácil de encontrar.

La alternativa sería: (1) asistir a un taller de profesionales cuando haya alguno disponible, (2) adquirir libros y videos sobre el tema, (3) estar en comunicación, por correo electrónico, por ejemplo, con un terapeuta de experiencia. Si ninguna de estas alternativas es posible, por lo menos discutir los casos con otro terapeuta con pacientes disociados es una ayuda. Lo que a uno no se le ha ocurrido, podría ocurrírsele al otro.

Los obstáculos más frecuentes

- Discusión abierta con el paciente. De los problemas más comunes para un terapeuta con poca experiencia, hablar francamente de la situación con el paciente es frecuentemente el más difícil. Nos inclinamos a olvidar que el paciente es el único experto sobre su caso. Es él quien ha vivido con el problema durante años. El secreto está en encontrar el estado de ego que puede ayudar, que comprende el dilema en cuestión, cualquiera que éste sea. ¿Cómo hacerlo?

Simplemente preguntándole al paciente en la forma siguiente: "Necesito comprender esto mejor.

¿Puede alguna parte de usted ayudarme?"

Pero existen posibles complicaciones. Un saboteador interior, por ejemplo, puede estar tratando de proteger el sistema de la única manera que sabe hacerlo: cortar toda comunicación con el terapeuta.

Pero se puede insistir amablemente. "Tenemos que trabajar juntos en esto, y sin duda Ud. lo entiende mejor que yo, así que, por favor, ayúdeme." Esta forma de proceder es útil en la mayoría de los casos.

Lo importante es ser sincero. Haciéndolo así, estimula la autoestima del paciente, De lo contrario, contribuye a un sentimiento de vergüenza, ira, bochorno y otras auto-estimaciones negativas en el paciente.

- Ideas suicidas o de autodestrucción. Cuando el paciente amenaza con suicidarse o da indicios de estar pensándolo, la consulta con un terapeuta de experiencia es obligatoria. No importa si se trata de un simple grito de auxilio, haga la consulta de todas maneras.

Medicamentación u hospitalización pueden ser necesarias. Lo peor que puede pasar en el caso de que solamente sea un grito de auxilio es que el terapeuta se sienta un poco avergonzado, pero esto es insignificante comparado con una verdadera tentativa de suicidio.

- El trabajo con estados de ego coléricos. Con frecuencia, esto se resuelve solo, ya que los estados de ego coléricos se mantienen ocultos hasta que la terapia haya avanzado. Normalmente, uno trabaja con estados de ego que son irritables o majaderos, pero no están molestos al extremo de estar furiosos.

El terapeuta sin experiencia, naturalmente, se sentirá perturbado con estos estados de ego cuando empiecen a aparecer. Algunos estarán en total desacuerdo con el terapeuta y expresarán su discrepancia, sabotando el tratamiento de alguna forma, por ejemplo, haciendo que el paciente no asista a la consulta.

Una de las técnicas más útiles es decirle al estado de ego en particular: "Está claro que usted no tiene que simpatizar conmigo, pero tenemos que ayudarnos mutuamente, así que obsérveme cuidadosamente, y si Ud. cree que estoy haciendo algo equivocado, llámeme la atención.

Yo puedo no estar de acuerdo con su opinión, pero podemos discutirlo. ¿Está bien?" Esta actitud casi siempre resuelve la situación.

Recuerde que las cuatro fuentes de la ira son: el temor, la frustración, la intrusión y la injusticia, y que el paciente las ha experimentado todas muchas veces. No debe sorprenderle que esté molesto.

- Un niño o adolescente en un ambiente traumático: Este es el momento de involucrar al personal de servicio social en el problema para proteger al niño.

Recuerde que ver u oír pelear a adultos miembros de la familia es muy traumático para un niño y puede, por sí solo, conducir a episodios disociativos resultantes de los esfuerzos del niño por escapar de la situación.

¿Qué hacer para enfrentar los obstáculos?

Un sentimiento de incompetencia es muy común, aún para un terapeuta experimentado. El mejor plan es ir a lo básico: revisar el mapa del sistema, pedir más historia, enseñar técnicas para fortalecer el ego.

Sin embargo, cuando tanto el terapeuta como el paciente no se soportan mutuamente, es hora de pedir ayuda. La situación anterior es generalmente debida a dificultades en la transferencia y contra-transferencia.

Puede ser que el propio terapeuta necesite algún consejo. No hay nada malo en ello; pudiera darle una nueva visión de su propia personalidad que le sería útil. Lo que ayude al terapeuta también ayudará al paciente.

Es mejor para ambos, paciente y terapeuta, pedir ayuda temprano antes que tarde. De esa forma, pequeños problemas se pueden resolver antes de que se conviertan en grandes problemas.

Resumiendo: La mejor manera de evitar sentirse abrumado es incorporarse a un grupo de terapeutas que, de ser posible, también tengan pacientes disociativos o con trastorno de estrés postraumático (TEPT). Poder discutir el caso con otro terapeuta es usualmente suficiente para renovar la capacidad de decisión y mejorar el nivel de confianza.

La consulta obligada es necesaria cuando:

- El paciente da señales de ideas suicidas o hay evidencia de daño auto infligido
- Un niño o adolescente está en una situación traumática.
- El terapeuta se siente agobiado o "quemado".

8. Intervenciones de enfermería.

8.1 Primeras intervenciones.

Cuando el paciente se siente estabilizado, las intervenciones de enfermería se realizarán mediante las visitas individuales y la terapia de grupo. En primer lugar el objetivo será identificar las necesidades del paciente, establecer un clima de confianza que permita crear un vínculo terapéutico y priorizar intervenciones. De esta manera las visitas irán dirigidas a trabajar el malestar y los conflictos que el paciente aporte en cada visita, intentando detectar y analizar las causas y buscando estrategias de afrontamiento saludables.

Podemos decir que la ansiedad es un síntoma que siempre está presente en mayor o menor intensidad, por lo que requiere de un abordaje principal. La ansiedad grave puede generar conductas y situaciones altamente lesivas como la automutilación, y también conductas disruptivas como el consumo de tóxicos, trastornos de la alimentación, conductas sexuales de riesgo, etc. Por ello se hace imprescindible tratar la ansiedad de base con diferentes intervenciones. Para ello, realizaremos educación sanitaria, dando información sobre este síntoma y su tratamiento; crearemos un espacio de confianza en que pueda verbalizar su malestar y preocupaciones; facilitaremos la reflexión sobre las posibles causas; propondremos estrategias de distracción, aprendizaje de relajación muscular progresiva y mindfulness.

El Afrontamiento ineficaz, es el diagnóstico que recoge con mayor amplitud las necesidades con más manifestaciones de dependencia en estos pacientes, y que requiere de intervenciones específicas. A partir de este diagnóstico, podremos proponer resultados e intervenciones que se ajusten con precisión a cada caso buscando las actividades más adecuadas, según la clínica que presente el paciente.

La Baja autoestima crónica también es un diagnóstico presente en muchas de estas personas, y está estrechamente ligado al diagnóstico afrontamiento ineficaz. Con las intervenciones propuestas en el anterior cuadro, podemos ayudar al paciente a realizar un trabajo de auto observación de la conducta lesiva, y permitirle reflexionar y comprender su mundo emocional, tanto como motivarlo para el cambio hacia la salud.

La terapia de grupo será la intervención de elección para los pacientes que acepten participar, que tengan cierto grado de conciencia de su trastorno, y cierta motivación para el

cambio. El grupo terapéutico propone la psicoeducación sobre el manejo de la ansiedad, las estrategias de control de la impulsividad, la instrucción en ejercicios de relajación para mejorar la ansiedad e inducción al sueño, y el mindfulness como intervención de mejora de la ansiedad, autoconocimiento y conciencia emocional. Este espacio les permitirá la expresión emocional sin ser juzgados, con ayuda de la contención grupal. Los temas que se tratan en la terapia grupal quedan recogidos en los diagnósticos propuestos, y se irán trabajando en las sesiones de manera que puedan ser explicados detenidamente, a la vez que se ponen en práctica con el grupo. El grupo requiere de dos conductores, terapeuta y co-terapeuta, con experiencia y formación específica sobre la técnica en cuestión, el tratamiento grupal y el trastorno límite de la personalidad.

Por otro lado, también debemos tener en cuenta a la familia, que son las personas con quienes conviven, que influyen directamente en su día a día, y en quienes repercute su malestar. A las familias las podemos invitar a participar en el tratamiento, siempre que la persona que tratamos de su consentimiento. El trabajo familiar se hará en las visitas individuales y también en terapia de grupo para familiares. El diagnóstico Afrontamiento familiar comprometido nos permitirá identificar resultados e intervenciones para trabajar con la familia.

8.2 Enfermería de salud mental

En la actividad profesional de la Enfermería de salud mental se encuentra frecuentemente que las personas con enfermedad mental tienen verdaderas dificultades para seguir las prescripciones médicas, los cuidados de enfermería, la asistencia a citas programadas, la toma correcta de los fármacos.

Es habitual una sobrevaloración de los efectos secundarios de la medicación, siendo utilizado como justificación de los abandonos. Se objetivan necesidades de apoyo para establecer balances positivos aun contando con los problemas que supone la necesidad de tomar medicación por largos periodos o incluso de por vida.

En muchas ocasiones los pacientes se desinteresan por su propia salud y no acuden cuando corresponde a su centro de atención primaria, incluso en situaciones comunes no se cuidan adecuadamente, entendiendo en muchos casos estas situaciones de manera distorsionada.

Es común la presencia de hábitos poco saludables: consumo de tóxicos, alcohol, tabaco. En ocasiones presentan falta de interés en conductas preventivas que los hace más vulnerables a accidentes y problemas de salud.

Habitualmente hay falta de conocimientos en relación con su enfermedad, dificultades para identificar elementos prodrómicos y de pedir ayuda.

Presencia de impedimentos para mantener una dieta equilibrada adaptada a su situación, concepciones erróneas sobre la nutrición, desorden y desequilibrio en las comidas, problemas nutricionales por exceso o por defecto. Desinterés y abandono en las consecuencias de la mala nutrición: estado de piel, uñas, cuidado de la boca, estado de las mucosas. Pueden existir problemas de excreción (estreñimiento, etc.), percibidos en muchas ocasiones erróneamente y que disminuyen su calidad de vida.

Los pacientes están, con frecuencia, lejos de integrar en su vida diaria actividades físicas saludables o de ocupación de su tiempo: higiene personal, cuidado de la casa, cocinar, comprar, vestuario adecuado, establecer y mantener actividades formativas, ocupacionales, laborales.

Diariamente se encuentran desajustes en el patrón del sueño, que llevan a los pacientes a un consumo, excesivo a veces, de hipnóticos, o a una vivencia angustiosa y desequilibrante de sus problemas de sueño y descanso.

También se constituyen en problemas generalizados la inadecuada interpretación de los elementos de realidad, la disminución de la capacidad de aprendizaje, de resolución de problemas, de integrar las crisis como elementos de crecimiento personal, o directamente problemas de los sentidos.

La mayoría de los pacientes que acuden a los centros de salud mental se sienten poco valiosos o con dificultades de mantener su autoestima. Tienen creencias sobre sí mismos que dificultan o interfieren en su calidad de vida.

Las relaciones tanto en el núcleo familiar como en el de pertenencia, se afectan notablemente. Las familias se constituyen en el principal cuidador y necesitan intervenciones

de los profesionales tanto en los aspectos relativos al aumento de conocimientos sobre la enfermedad como estrategias para aumentar la capacidad de contención. Aparecen sensaciones de soledad, dificultades de establecer y mantener relaciones, participar en colectivos sociales, asistir a programas formativos, mantener o buscar empleo y manejar del dinero.

En este ámbito, destacan a su vez, las opiniones y creencias de las comunidades de pertenencia de los pacientes sobre las enfermedades mentales y cómo tratarlas.

La educación sanitaria de las poblaciones en materia de salud mental, el seguimiento de los problemas de convivencia de los pacientes en su entorno y las intervenciones de cuidados, van a determinar en muchos casos el que los pacientes y sus familias convivan con relativa tranquilidad sin necesidad de separar a las personas con enfermedad mental de su medio habitual.

Es también frecuente la afectación de la sexualidad en los pacientes, pocos recursos para afrontar situaciones estresantes de la vida cotidiana, escasas habilidades sociales, respuestas desorganizadas ante acontecimientos de la realidad, o simplemente, incapacidad de controlar y manejar situaciones

8.3 Valoración

El médico o el psiquiatra debe hacer el diagnóstico médico de un trastorno de la personalidad.

La función del profesional de enfermería es ayudar a los pacientes a afrontar los efectos del trastorno. La personalidad se desarrolla a lo largo de años de aprendizaje para afrontar los retos de la vida. Por tanto, la propia personalidad del paciente es muy resistente al cambio.

Como parte del plan terapéutico, los profesionales de enfermería animan a los pacientes a comenzar o mantener la psicoterapia (con un profesional de enfermería practicante, un psicólogo, un psiquiatra, un trabajador social clínico u otro terapeuta, de forma ambulatoria).

Los profesionales de enfermería también evalúan las necesidades a corto plazo de los pacientes en relación con los trastornos de la personalidad. Estas necesidades se hacen evidentes cuando el profesional de enfermería valora la capacidad funcional, el estado mental y las relaciones interpersonales del paciente.

El profesional de enfermería con frecuencia obtiene información sobre la personalidad de los pacientes de otras personas importantes.

Como la personalidad está tan integrada en la identidad propia de la persona, los pacientes habitualmente no ven alteraciones en su propia personalidad. Sin embargo, los trastornos de la personalidad que se abordan en este capítulo son evidentes para los que están cerca del paciente.

Un amigo o familiar puede ser de mucha ayuda para el profesional de enfermería para identificar cómo se comporta un paciente o cómo afronta los problemas en su hogar.

8.4 Diagnóstico, planificación y aplicación

Los diagnósticos de enfermería pertinentes para un paciente manipulador incluyen afrontamiento ineficaz, afrontamiento defensivo y deterioro de la interacción social. Los resultados deseados son que el paciente:

- Expresará directamente sus sentimientos y necesidades.
- Cumplirá los límites establecidos por el personal.
- Interactuará con los demás sin racionalizar las conductas, sin culpar a los demás y sin manipular a los demás.

Para alcanzar estos resultados deseados, el profesional de enfermería puede elegir entre las siguientes intervenciones:

- Hablar con el paciente en un tono de voz normal (no elevado).

Utilizar un abordaje asertivo (no pasivo ni agresivo). Tener confianza en sí mismo. Los pacientes manipuladores se pueden beneficiar del modelo de rol positivo de una comunicación asertiva adecuada. La confianza del personal de enfermería instila confianza y respeto en los clientes.

- Establecer límites (como no proferir obscenidades ni gritos, ni interferir con la asistencia de otros pacientes, cumplir las órdenes del médico, comunicar todas las solicitudes a un solo miembro del personal en cada turno, etc.).

Elegir sólo los problemas más importantes para el individuo. Hablar al paciente sobre ellos. Notificar a todo el personal los límites y aplicarlos de forma homogénea.

El paciente debe comprender las reglas para seguirlas. La homogeneidad es la clave del cumplimiento. Tener demasiadas reglas fomenta la resistencia del paciente. Establezca prioridades.

- Ser firme, pero también atento. El proceso de enfermería establece límites como parte del tratamiento del paciente, no como castigo.

- No permitir que el paciente dé regalos al personal, y que alabe o manipule a algunos miembros para que tengan la sensación de que deben favores al paciente. Se debe tratar a este paciente como a todos los demás pacientes, y se espera que sea tan responsable como los demás pacientes.

- Si el paciente se queja a un miembro del personal sobre otro, derivarle a la persona sobre la que se queja. La aceptación de quejas sobre otros miembros del personal es el comienzo de la división del personal.

- Animar al paciente a que exprese sus sentimientos y necesidades de forma directa y adecuada. Reforzar los intentos positivos de una conducta deseada. La comunicación directa es un resultado deseado para este paciente.

La conducta se refuerza con refuerzo positivo.

- Enfrentarse al paciente cuando intente poner en práctica una comunicación o una conducta de afrontamiento poco saludable. Nombrar verbalmente la conducta fomenta la introspección del paciente sobre la conducta.

- Asignar el personal de forma constante. La asignación del mismo personal puede reducir la probabilidad de manipulación y división del personal. También puede ofrecer la base para que el paciente desarrolle confianza en otra persona, su profesional de enfermería habitual. La confianza es difícil para esta persona.

8.5 Planes de acción de las líneas estratégicas

Línea estratégica 1: Desarrollar la organización del Área de Enfermería de salud mental.

- Comisión consultiva de cuidados de Enfermería en la Oficina Regional de coordinación de Salud Mental. Reuniones mensuales
- Creación de grupos de trabajo como consultores y expertos que realicen guías de actuaciones y generen documentos unificados. Grupos de mejora. Reuniones bimensuales
- Reuniones de coordinación con diferentes niveles, profesionales y asociaciones. Reuniones mensuales
- Incentivar figura de enfermera gestora de cuidados y enlace en la Continuidad de los mismos.
- Presencia de Enfermería de salud mental en las comisiones de planificación/gestión de servicios sanitarios
- Encuentros de Directores de Enfermería de salud mental y supervisores de Psiquiatría en áreas de hospitalización de Madrid. Frecuencia anual
- Realización de comunicados oficiales sobre los consensos establecidos en las reuniones de los grupos de trabajo.

Línea estratégica 2: Mejorar la calidad asistencial

- Cumplimiento de los protocolos de Enfermería establecidos.
- Encuesta de satisfacción con los servicios de enfermería de los CSMs.
- Elaboración de Procedimientos en patologías más frecuentes, implementación y evaluación de los Planes de Cuidados Enfermería.
- Implementación del Plan de Cuidados de Enfermería Integrado de coordinación entre niveles asistenciales y la red social que garantice la continuidad de cuidados.
- Seguimiento de protocolos de actuación sobre la base de criterios de enfermería basada en la evidencia.

8.6 Atención domiciliaria

El modelo de atención domiciliaria pretende ser un proceso de atención continuada, integral y multidisciplinario que solventa la necesidad asistencial temporal o permanente cuando la persona presente una incapacidad física y/o funcional o presente algún factor psicosocial que dificulte su accesibilidad para desplazarse al centro de salud mental.

Para desarrollar este tipo de asistencia es fundamental la elaboración de protocolos concretos que perfilen las funciones y tareas a desarrollar por los distintos profesionales que intervienen, así como criterios de inclusión y exclusión, detección de casos y el circuito de demanda, así como los sistemas de coordinación con Atención Primaria.

Intervenciones de enfermería en la atención domiciliaria

- Recepción y/o acogida del paciente y/o familia.
- Valoración funcional del paciente (Patrones Funcionales de Salud)
- Valoración de autocuidados (hábitos alimenticios, higiene, eliminación, etc.)
- Valoración de signos vitales
- Valoración de la actitud del paciente y /familia ante el proceso salud/enfermedad
- Recogida de síntomas positivos y negativos. Detectar pródromos.
- Valorar ocupaciones (actividades) y empleo del tiempo libre
- Valorar el nivel de socialización
- Valorar el uso que hace el paciente y familia de los recursos/servicios sanitarios y sociales
- Elaboración de los planes de cuidados
- Contemplar la necesidad permanente de la educación para la salud
- Procedimientos técnicos: analíticas, protocolos médicos
- Administrar tratamientos farmacológicos
- Proveer medicación de largo tratamiento

8.7 Guía de actuación en el tratamiento con clozapina (leponex) Neuroléptico administrado por vía oral.

Objetivo General:

Disminución de los síntomas tanto positivos como negativos del paciente a través de seguimiento correcto del tratamiento con neuroléptico oral Clozapina.

Objetivos Específicos:

- Fomentar la adherencia al tratamiento con seguimiento analítico según protocolo del fármaco
- Valoración de los efectos secundarios (hipotensión transitoria, aumento de peso, sialorrea, somnolencia y sedación, estreñimiento, taquicardia...)
- Evaluar la respuesta al tratamiento.
- Educación del paciente y la familia sobre el tratamiento.

Metodología

A) Derivación a este programa

- El terapeuta responsable pondrá por escrito la indicación del tratamiento requerido a enfermería.
- Presentación del paciente por parte del terapeuta al enfermero responsable del protocolo de seguimiento.

B) Valoración de Enfermería

Se realizará la valoración protocolaria por patrones funcionales.

D) Intervención concreta para el Programa del Tratamiento con Clozapina:

- Antes de instaurar el tratamiento farmacológico solicitar analítica (hemograma, bioquímica, función hepática) y E.C.G.
- Se tomarán las constantes vitales (T/A, pulso, temperatura, peso...)

- Una vez instaurado el tratamiento se hará la petición del hemograma semanal durante las 18 primeras semanas. Si no hay ninguna alteración se pasará al control mensual.
- Si el recuento leucocitario es inferior a 3500 ó el recuento de neutrófilos es inferior a 2000-1500 mm³ actuar según consta en las instrucciones del fármaco para la petición de los análisis que se requieren, comunicándolo al psiquiatra inmediatamente.
- Una vez al año se realizará petición de bioquímica y función hepática y E.C.G.

Instrucciones al paciente

- Al comienzo del tratamiento puede aparecer una hipotensión ortostática, vigilancia de la T/A. En especial durante la primera semana del tratamiento y primera hora de la mañana, advirtiéndolo sobre todo a los de edad más avanzada, que se levanten gradualmente.
- Indicaciones si apareciese un problema de estreñimiento, dieta adecuada, ejercicio, aumento de líquido.
- Vigilancia de aparición de fiebre, infección en general, dolores de garganta, informar inmediatamente.
- Regulación de las tomas de medicación. Si suspende bruscamente el tratamiento y no es superior a 48 horas, reiniciará el tratamiento con la misma dosis. Si el tiempo de interrupción es superior a 48 horas comunicar al psiquiatra para el reinicio paulatino del tratamiento.
- Si tuviese dificultad al tragar se pueden deshacer en agua o leche los comprimidos.

Algunas interacciones medicamentosas:

- Aumentan los efectos del antipsicótico: La cafeína, las benzodiazepinas, fluoxetina, risperidona, etc...
- Disminuyen los efectos del antipsicótico: El tabaco, carbamazepina.
- Aumentan los efectos de los anticolinérgicos e hipotensores.
- Precaución con: Litio, antiarrítmicos, carbamazepina.

D) Evaluación y Seguimiento

- Relación terapéutica para el conocimiento de su enfermedad y su tratamiento (efectos beneficiosos y adversos)
- Detectar su estado psicopatológico.
- Si no acudiese a las citas tratar de ponerse en contacto con el usuario.

Frecuencia:

Al comienzo semanal, coincidiendo con sus analíticas. Posteriormente si están estabilizados mensualmente.

Tiempo requerido

Con la Valoración y Plan de cuidados : 40 minutos

Seguimiento: 20 minutos

Protocolo o medicación : 15 minutos

Criterios de alta

- Incumplimiento del protocolo de clozapina.
- Posible cambio de tratamiento.
- Abandono del tratamiento.
- Efectos adversos que requieran la suspensión del tratamiento

8.8 Valoración de enfermería:

Patrón 1 Percepción / Mantenimiento de la salud

- Escasa conciencia de enfermedad.
- Rechazan cualquier intento de ayuda.
- Incumplimiento terapéutico.
- Uso de sustancias tóxicas (drogas).

Patrón 2: Nutricional-metabólico

Este patrón suele estar alterado, ya que en unos casos el trastorno de ansiedad produce aumento de apetito, por lo que produce un aumento de peso, mientras que en otros puede darse una ingesta disminuida.

En los trastornos de angustia o ansiedad grave, pueden producirse náuseas y vómitos.

Patrón 3: Eliminación

Generalmente, este patrón suele alterarse en el momento de las crisis de angustia, como una necesidad imperiosa de ir al WC.

Puede manifestarse estreñimiento o diarrea, dolor abdominal y dificultades en la micción.

Suele aparecer sudoración excesiva durante las crisis.

Patrón 4: Actividad-Ejercicio

No suele producirse alteraciones en este patrón.

Patrón 5: Sueño-descanso

Es muy común la verbalización de dificultad para conciliar y mantener el sueño, igual que la hipersomnia es habitual y referir no sentirse descansado.

Patrón 6 Cognitivo / perceptivo

Déficit de conocimientos sobre su problema, actitud y comportamientos frente al mismo

Patrón 7: Autopercepción-auto concepto

Manifiestan sentimientos de culpa, autoestima débil y baja tolerancia a la frustración. Sentimientos de fracaso y miedo.

Se suele culpar de los fracasos y problemas propios y ajenos.

Dudas respecto a su autoimagen.

Sentimiento crónico de vacío.

Inestabilidad anímica.

Patrón 8 Rol / Relaciones

- Inestabilidad de las relaciones interpersonales
- Anomalías en la comunicación en su relación con los demás
- Alteraciones conductuales que derivan en disfunción familiar.

Patrón 9 Sexualidad/ Reproducción.

- Conductas sexuales inapropiadas.
- Riesgo de embarazos no deseados.
- Riesgo de padecer ETS.

Patrón 10 Adaptación / tolerancia al estrés.

- Explosiones de ira, que pueden llegar a la rotura de objetos o amenazas, y en general, pequeñas agresiones a los cuidadores.
- Actos auto lesivos, desde pequeñas heridas a intentos de autolisis repetidos.
- Habilidades sociales deficientes.
- Falta de control sobre la situación actual.
- Patrones de conducta discordantes con expectativas.

8.9 Diagnósticos, objetivos e intervenciones en pacientes con trastornos de personalidad

I. Diagnóstico: Gestión ineficaz de la propia salud

Se define como, el patrón de regulación que mide la adherencia en la vida cotidiana de un paciente a su régimen terapéutico para el tratamiento de su enfermedad y de sus secuelas que es insatisfactorio para alcanzar los objetivos relacionados con la salud.

II. Resultados

- Conducta de cumplimiento
- Conocimiento: régimen terapéutico

III. Intervención

- Establecimiento de objetivos comunes
 - Enseñanza procedimiento/tratamiento
 - Escucha activa
 - Enseñanza procedimiento/tratamiento
- IV. Actividades
- No interrumpir el tratamiento.
 - Realizar Psicoeducación basada en conciencia de enfermedad, tratamiento, y auto-observación de signos y síntomas.
 - Identifique las prácticas de salud que hay que cambiar y mantenga las que sean adecuadas.
- I. Diagnóstico: Conocimientos deficientes: enfermedad, tratamiento y evolución
Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico. Alteración de la interpretación o respuesta a los estímulos.
- II. Resultados
- Conocimiento: medicación
 - Conocimiento: proceso de la enfermedad
 - Conocimiento: régimen sanitario
- III. Intervención
- Potenciación de la disposición de aprendizaje.
 - Enseñanza: medicamentos prescritos
 - Enseñanza: proceso de la enfermedad
- IV. Actividades
- Mejorar la capacidad y disposición de recibir información.
 - Preparación de un paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos.
 - Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con su proceso de enfermedad (en este caso con las manifestaciones típicas del TLP).

- I. Diagnóstico: Baja autoestima situacional.
- II. Resultados
 - Autoestima
 - Modificación psicosocial: cambio de vida
 - Equilibrio emocional
- III. Intervención
 - Apoyo emocional.
 - Mejorar la autoestima
 - Potenciación de la socialización
 - Potenciación de la autoestima
- IV. Actividades
 - Ayudar a identificar lo bueno y positivo que tiene.
 - Ayudar a confiar en su capacidad para controlar la situación.
 - Ayudar a realizar una lista de valores que guíen la conducta en distintos ambientes y situaciones.
 - Ayudar a realizar una lista de lo que es y no es importante en la vida y del tiempo que ocupa en cada aspecto.
 - Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con otros.
 - Ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía.

- I. Diagnóstico: Ansiedad
Preocupación y miedo intensos, excesivos y continuos ante situaciones cotidianas.
- II. Resultados
 - Autocontrol de la ansiedad
 - Afrontamiento de problemas
- III. Intervención
 - Disminución de la ansiedad
 - Manejo ambiental: prevención de la violencia
 - Fomentar la adaptación

IV. Actividades

- Reconocer de antemano los factores que le producen estrés/ansiedad evitándolos en la medida de lo posible y desarrollar poco a poco habilidades para poder superarlos.
- Conocer métodos para identificar y disminuir la ansiedad una vez que ha aparecido
- Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
- Instruir al paciente sobre técnicas de relajación
- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si procede.
- Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.

I. Diagnóstico: Riesgo de violencia dirigida a otros

Situación en la que existe el peligro de que el individuo adopte conductas que puedan ser física, emocional o sexualmente lesivas para otras personas.

II. Resultados

- Autocontrol de la agresión

III. Intervención

- Manejo ambiental: prevención de la violencia
- Asesoramiento
- Entrenamiento de la asertividad
- Intervención en caso de crisis
- Manejo de la medicación
- Técnica de relajación
- Acuerdo con el paciente

IV. Actividades

- Eliminar las armas potenciales del ambiente
- Controlar de forma rutinaria el ambiente para mantenerlo libre de peligros.
- Establecer relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.

- Enseñar al paciente a “detenerse y pensar” antes de comportarse impulsivamente
 - Ayudar a la identificación de factores desencadenantes y dinámica de crisis.
 - Vigilar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación.
 - Favorecer una respiración lenta, profunda, intencionadamente
 - Animar al paciente a que determine sus virtudes y habilidades
- I. Diagnóstico: Riesgo de violencia auto dirigida
Situación en que existe el peligro de que el individuo adopte conductas que puedan ser física, emocional o sexualmente lesivas para sí mismo.
- II. Resultados
- Autocontrol de los impulsos
- III. Intervención
- Ayuda para el control del enfado.
 - Establecer límites.
 - Manejo ambiental:
 - Manejo de la conducta: autolesión
- IV. Actividades
- Establecer una compenetración y relación de confianza básicas con el paciente.
 - Determinar las expectativas de comportamiento adecuadas para la expresión del enfado, dado el nivel de funcionamiento cognitivo y físico del paciente.
 - Discutir las preocupaciones con el paciente acerca de su conducta.
 - Identificar (con la participación del paciente, cuando corresponda) la conducta indeseable del paciente.
 - Identificar los riesgos respecto de la seguridad en el ambiente. Y eliminar los factores de peligro.
 - Determinar el motivo/razón de la(s) conducta(s).
 - Comunicar las expectativas y consecuencias de la conducta del paciente.

9. Conclusión

Este tipo de trastornos son un poco diferentes e inusuales en nuestra sociedad. Los trastornos de la personalidad se destacan principalmente en estos tres grupos A, B, C. Los cuales comparten diversas características. Por ello el personal médico y de enfermería deben estar preparados para cualquier caso de este tipo, ya que los individuos con dichas características pueden presentar dos tipos de trastornos en común.

Es importante que el personal de enfermería se capacite para poder atender a los pacientes con este trastorno, poder saber cómo manejarlos si existe una crisis, como los elementos que podrían servir para controlarlos. Es importante que la enfermera se relacione con el paciente y conozca su entorno y línea de vida. Al igual que el médico y enfermera deben trabajar en equipo para poder llevar una mejor atención a este tipo de pacientes, no solamente intentando llevar el tratamiento, si no conociendo un poco más al paciente como a su familia.

El otro elemento importante que la enfermera debe estar consiente es que la familia juega un papel esencial e importante en la recuperación, tratamiento y evolución de la patología, ya que estos pueden servir como una ayuda extra para la pronta recuperación y estabilidad del paciente a su vida cotidiana. Debes saber cómo relacionarnos con ellos, como la enfermera también realizara un papel de docente, orientando, enseñando y mostrándoles las técnicas esenciales a los familiares, para poder controlar y estabilidad al paciente. La enfermera cumple una principal labor de apoyo no solo a los familiares, sino también al paciente y al médico encargado.

Este tipo de trastornos se presentan principalmente en la infancia, ya sea por violencia o algún trauma que haya presentado el paciente. Debemos conocer no solo el entorno en el cual se va desarrollando el paciente, también es necesario conocer su historia familiar y personal, para poder descartar algunos elementos que nos lleven a un mejor diagnóstico y tratamiento óptimo, oportuno y seguro del paciente.

Es importante conocer que este tipo de pacientes normalmente son difíciles de diagnosticar, muchos de ellos suelen ser diagnosticados erróneamente, al compartir signología o características similares a otras patologías, por ello normalmente se confunden entre sí, creando un mal diagnóstico y que el tratamiento no sea correctamente elaborado.

Otro de los elementos para una mala evolución es la falta de apoyo e interés de los mismos familiares, incluso del paciente al dejar de lado su tratamiento considerándole que no sea necesario o incluso le cueste llevar una rutina. Por ello la enfermera debe encargarse de enseñar, educar y explicar la importancia que se debe llevar durante el tratamiento, destacando lo que no es correcto y lo que se encuentra negado.

Este tipo de pacientes no se encuentran conscientes de sus actos, inclusive presentan cuadros de amnesia, lo cual no les permite recordar sus propias acciones. Por ello se consideran peligrosos e incluso, riesgosos para su propia salud. Este tipo de pacientes tienen como factor de riesgo o son más propensos a sufrir depresión, auto mutilación u otros factores que agraven su evolución y atente contra su estado físico. Por ello se necesita tener en vigilancia continua, ya sea del personal de enfermería o de los mismos familiares, que deben estar apoyando y al pendiente del paciente, trabajando en conjunto con el personal de salud.

Los pacientes con este tipo de trastornos gracias a los estudios nos muestran que presentan generalmente alteraciones en la función ejecutiva, asociándose la autopercepción del rendimiento y la actuación. Otro de los aspectos asociados son los relacionados con el procesamiento emocional o las funciones de atención. Se han propuesto modelos que crean sentido a los procesos traumáticos en el sentido, requiriendo procesos cognitivos de memoria y aprendizaje.

Debemos recordar aquellas manifestaciones clínicas importantes en nuestros pacientes, como la amnesia suele ser retrógrada, es decir que es un síntoma importante en la incapacidad de recordar memorias afectada durante el suceso o desencadenamiento de las actividades. Se debe considerar que, a pesar de manifestar este síntoma en este tipo de pacientes, debemos entender que la memoria como tal se mantiene intacta para la información general.

Generalmente la amnesia solo afecta al episodio, pero si es posible la pérdida de memoria de múltiples sucesos desarrollados. Los pacientes pierden la capacidad de recordar lo que sucedió durante un periodo de tiempo específico, creando lagunas mentales que puedan ralentizar y mal diagnosticar. Pero puede que presenten un recuerdo indefinido, pero lo común es que no presenten señales de haber perdido recuerdo alguno, estando conscientes.

A raíz de esto es común que este tipo de pacientes desarrollen síntomas depresivos, especialmente cuando la amnesia despierta un episodio traumático como tal.

Tenemos que tener en cuenta que este tipo de patologías normalmente logran diagnosticarse en la infancia gracias a los diferentes síntomas que se presenta, ya sea amnesia, violencia, entre otros. Este tipo de pacientes y patología en general tiene tendencia al género femenino, se tiene poca información de pacientes masculinos, debido a que es probable que estos entre más en el sistema judicial que en el mental.

Si no se trata a tiempo, se convierte en un trastorno crónico y recurrente, los síntomas pueden desaparecer durante un periodo de tiempo. Los pacientes no suelen ser abiertos en cuanto a los síntomas o consientes de ellos, creando un escepticismo en ellos gracias a la sociedad. Además de que este tipo de pacientes presentan rasgos de abuso físico o sexual, asociando la vergüenza con la experiencia vivida, como el miedo al castigo o las críticas.

Es común que este tipo de trastornos se confundan con facilidad entre ellos. La esquizofrenia y el TID se relacionan entre sí. El trastorno bipolar es muy común desde el punto de vista médico. Caracterizándose por alteración de episodios depresivos. La persona siente energía, de manera descontrolada enfocándose en diversas tareas. La siguiente fase conocida como el periodo maniaco se caracteriza por tristeza y la sensación de hacer cualquier cosa sin sentido.

Un principal problema para este tipo de trastornos es el manejo de las emociones como tal. La alteración de la regulación de emociones dificulta la tolerancia y de poder manejar con experiencias emocionales intensas. Este problema da origen en parte de haber tenido poca oportunidad de aprender a calmarse a sí mismos, debido al hecho del entorno en el cuál fue desarrollándose el paciente. Los problemas que se presentan al no poder manejar las emociones como tal se componen de la intrusión repentina de recuerdos traumáticos y de las emociones abrumadoras que los acompañan.

La incapacidad de manejar este tipo de emociones fuerte puede desencadenar un cambio del estado del yo, animo u otro. La despersonalización, la des realización, la amnesia y la

confusión de la identidad suelen considerarse un esfuerzo del consiente para autorregular las emociones fallidas.

La despersonalización es el modo en que se presenta mientras es sometido a un acto de abuso o crueldad difícil de lidiar, escapa del miedo cuando hay escapatoria, gracias a esto la experiencia traumática se desconecta del resto, desarrollándose un modo independiente con cada repetición del trauma hasta dar lugar a una personalidad diferente.

No es raro que se presente una personalidad agresiva, esta personalidad observa a la víctima dese fuera sin sentir nada hacia ella. Por ello al momento del tratamiento se busca que la persona pueda tolerar sus emociones, aprenda y crezca como persona.

No se puede evitar este tipo de trastornos, pero si se recomienda dar asistencia a las familias de los niños que son afectados por traumas como los que ya hemos hablando con anterioridad, así como responder a este tipo de trastornos. Diagnosticar este tipo de patología es la principal arma para poder controlar este trastornó. Es esencial para su cura, los pacientes con un diagnóstico temprano suelen curarse más rápidamente y volver a su vida normal con menos problemas, que los contrarios. Una de las mejores formas que los familiares o amigos pueden ayudar es entendiendo este tipo de patologías y pode reconocer cuando el cambio se realiza, así como saber manejarlo con precisión y calma. Se recomienda que tanto los familiares, como los amigos estén en contacto frecuente con el paciente. Es necesario que los familiares y amigos estén conscientes que el pánico o los ataques de ansiedad suelen aparecer frecuéntenme con la disociación, usualmente en un tipo de ansiedad flotante. Los ataques de pánico suelen ser súbitos, inesperados y sin causa aparente.

La depresión puede ser otro de los indicadores de que algo anda mal, ya que casi todo el paciente con disociación tiene por lo menos un estado de ego depresivo. La ira inexplicable, puede hacer su aparición en conjunto con alguno de estos síntomas previos. La respuesta inusual o inconsciente a los medicamentos es otro indicador, puede que tolere enormes dosis sin efecto dañino aparente.

10. Bibliografía

Barahona, D. J. (s.f.). *BVS*. Obtenido de BVS: <http://www.bvs.hn/RHPP/pdf/2010/pdf/Vol4-1-2010.pdf>

Baz, M. G. (2009). *Aperturas*. Obtenido de Aperturas:

<http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000599>

Caballo, V. E. (2001). *serproductivo*. Obtenido de serproductivo: https://serproductivo.org/wp-content/uploads/2018/05/TRATAMIENTOS_COGNITIVO-CONDUCTUALES_PARA.pdf

David Spiegel, D. (Julio de 2017). *Msdmanuals*. Obtenido de Msdmanuals: msdmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-psiquiaticos/trastornos-disociativos/trastorno-disociativo-de-la-identidad

Eby, L. (2010). *Cuidados_de_Enfermeria_en_Salud_Menta*. Obtenido de

[Cuidados_de_Enfermeria_en_Salud_Menta: Cuidados_de_Enfermeria_en_Salud_Mental.pdf](http://Cuidados_de_Enfermeria_en_Salud_Menta:Cuidados_de_Enfermeria_en_Salud_Mental.pdf)

Echeburúa. (s.f.). *psi.uba*. Obtenido de psi.uba:

http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/820_clinica_tr_personalidad_psicosis/material/esbec.pdf

Enferlic. (4 de Enero de 2014). *Enferlic*. Obtenido de Enferlic:

<https://enferlic.blogspot.com/2014/01/evolucion-de-los-diagnosticos-de.html>

Gallardo-Pujo, D. (2011). *amazonaws*. Obtenido de amazonaws:

https://s3.amazonaws.com/academia.edu/documents/2105945/Pereda__Gallardo-Pujol__Jimenez_Padilla__2011_.AEP.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DPersonality_disorders_in_child_sexual_ab.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Creden

GORDON, M. (2000). *Rua.ua.es*. Obtenido de Rua.ua.es:

https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5116/1/CC_07-08_16.pdf

Jiménez, D. E. (Febrero de 2016). *Vinculacion.dgire*. Obtenido de Vinculacion.dgire:

<http://vinculacion.dgire.unam.mx/vinculacion-1/Memoria-Congreso-2016/trabajos-ciencias-biologicas/psicologia/10.pdf>

John M. Oldham, M. (2013). *Psychiatryonline*. Obtenido de Psychiatryonline:

https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/journals/International_Editions/Spanish/FOCUS_2013-4%20Trastornos%20de%20la%20personalidad%20%28I%29.pdf

Karla González. (13 de Septiembre de 2005). *slideshare*. Obtenido de slideshare:
<https://es.slideshare.net/kgonzlez3/conceptos-psiquiatria>

Ledesma, R., & Montes, S. (3 de Diciembre de 2008). *.redalyc*. Obtenido de .redalyc:
<https://www.redalyc.org/pdf/3350/335027185002.pdf>

Linares, J. L. (Diciembre de 2007). *scielo*. Obtenido de scielo: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742007000300008&script=sci_arttext&tlng=pt

López, M. J. (2 de Mayo de 2016). *Mayor clinic*. Obtenido de Mayor clinic: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/dissociative-disorders/symptoms-causes/syc-20355215>

López, M. T. (Junio de 2010). *scielo*. Obtenido de scielo: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352010000200005&script=sci_arttext&tlng=pt

LUNA., P. C. (2010). *aeesme*. Obtenido de aeesme.: <http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/11/Manual-Enfermeria-Salud-Mental-C-Madrid-2010-2011.pdf>

M. E. Ruiz Fernández, J. R. (s.f.). *Psiquiatria*. Obtenido de Psiquiatria:
https://psiquiatria.com/tratado/cap_24.pdf

Marisol Barrera Escudero, I. D. (4 de Junio de 2019). *ciberindex*. Obtenido de ciberindex:
<http://ciberindex.com/index.php/lc/article/view/e12457/e12457>

Moro2, L. F. (2 de Diciembre de 2002). *Scielo*. Obtenido de Scielo:
<http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn/n31/Art01.pdf>

Rullán, M. M. (2013). *Masterforense*. Obtenido de Masterforense:
<https://www.masterforense.com/pdf/2013/2013art5.pdf>

Serrano, I. C. (27 de Enero de 2017). *Psicociencias*. Obtenido de Psicociencias:
https://psicociencias.org/pdf_noticias/SesionCOP_27-01-2015.pdf

UNAM. (2020). *psiquiatria.facmed.unam*. Obtenido de psiquiatria.facmed.unam.:
<http://psiquiatria.facmed.unam.mx/docs/ism/unidad2.pdf>

VILA, M. A. (8 de Marzo de 2017). *Semanticscholar*. Obtenido de Semanticscholar:
<https://pdfs.semanticscholar.org/8bec/53e22bd9fc498b78290669405d92007ae95b.pdf>

11. Glosario

- **Transtorno:** es una alteración en las condiciones consideradas normales en un objeto, proceso u organismo.
- **Personalidad:** es la diferencia individual que distingue una persona de otra. Como tal, la personalidad es el término que describe y permite dar una explicación teórica del conjunto de peculiaridades que posee un individuo que lo caracteriza y lo diferencia de los otros.
- **Signo:** observación o dato objetivo descubierto por el clínico.
- **Síntoma:** experiencia subjetiva descrita por el paciente.
- **Síndrome:** grupo de signos y síntomas que en conjunto componen un trastorno reconocible.
- **Conciencia:** estado de percepción de la realidad/sensorio/alteraciones de la conciencia
- **Desorientación:** alteración en la orientación de tiempo, espacio, persona.
- **Obnubilación:** alteración de la percepción y actitudes con mente no despejada
- **Estupor:** falta de reacción y percepción del entorno.
- **Delirium:** reacción de desconcierto, agitación, confusión, asociada a miedo/alucinaciones.
- **Coma:** grado profundo de inconciencia.
- **Coma vigil:** paciente parece dormido, pero despierta fácilmente/ mutismo a cinético.
- **Estado crepuscular:** alteración de la conciencia con alucinaciones.
- **Estado de ensueño:** crisis parciales, completa de epilepsia psicomotora.
- **Somnolencia:** adormecimiento anormal.
- **Confusión:** reacción inadecuada a estímulos ambientales manifestada por trastorno de orientación.
- **Adormecimiento:** alteración de la percepción del entorno asociado a deseo/inclinación a dormir.
- **Agitación vespertina:** síndrome de las personas mayores, consecuencia excesiva de la medicación, ocurre de noche confusión, ataxia, adormecimiento y caídas

- **Distraibilidad:** incapacidad para centrar la atención, atención a estímulos externos irrelevantes.
- **Inatención selectiva:** bloqueo exclusivo de estímulos que generan ansiedad
- **Hipervigilancia:** atención y enfoque excesivos de todos los estímulos internos y externos
- **Trance:** atención concentrada y alteración de la conciencia (hipnosis, trastorno disociativo, experiencia religiosa éxtasis)
- **Sugestionabilidad:** respuesta sumisa y acrítica de una idea o influencia Trastornos de la sugestionabilidad
- **Hipnosis:** modificación de la conciencia, inducida de manera artificial con mayor sugestionabilidad.
- **Emoción:** estado sensorial completo con elementos psico-somático- conductuales relacionados al afecto y ánimo.
- **Afecto:** expresión observada de la emoción.
- **Afecto apropiado:** tono emocional en armonía con la idea, se describe como afecto amplio/lleño, gama de emociones expresadas adecuadamente.
- **Restricción o constricción del afecto:** disminución en la intensidad del tono sensorial (menos grave que el abolido)
- **Estado de ánimo:** emoción penetrante y sostenida, experimentada subjetivamente y observada por otros (ej. Enfado)
- **Disforia:** estado de ánimo desagradable.
- **Eutimia:** estado normal de ánimo (ausencia de depresión o exaltación)
- **Estado de ánimo expansivo:** expresión de los sentimientos propio sin restricción, sobre valorando su importancia.
- **Irritabilidad:** personase enoja y torna iracunda con facilidad
- **Cambio humor (labilidad del humor)** oscila entre euforia y depresión o ansiedad.
- **Elevación del ánimo:** aire de confianza y gozo, más alegre de lo habitual
- **Euforia:** alegría intensa con sentimiento de grandeza estasis sentimiento intenso de arrebatamiento, depresión, sentimiento psicopatológico de tristeza
- **Alexitimia:** incapacidad o dificultad de la persona para describir o percibir emociones o estado de ánimo.

- **Ideación suicida:** pensamiento de querer acabar con la vida propia.
- **Exaltación:** sentimiento de alegría, euforia, triunfo.
- **Hipomanía:** anomalía estado de ánimo caracterizada por una especie de manía menos intensa.
- **Manía:** estado de ánimo caracterizado por exaltación agitación e hiperactividad, hipersexualidad, pensamiento y habla apresurados.
- **Melancolía:** estado depresivo, grave, melancolía involutiva de carácter descriptivo como para mencionar la intensidad de la depresión.
- **Ansiedad:** sentimiento de aprensión causado por la anticipación del peligro (interno o externo)
- **Miedo:** ansiedad generada por un peligro real, detectado de manera consciente.
- **Agitación:** ansiedad asociada a inquietud motora, excitabilidad excesiva con facilidad para enojarse/disgustarse.
- **Tensión:** incremento desagradable de la actividad motora y psíquica.
- **Angustia:** crisis aguda, intensa asociada a descarga vegetativa y sentimientos sobrecogedores de terror
- **Apatía:** tono emocional anodino, asociado a despegamiento o indiferencia.
- **Culpa:** emoción secundaria a una acción percibida como equivocada.
- **Control de los impulsos:** capacidad para resistir un impulso, instinto o tentación de ejecutar una acción