Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Trastornos disociativos

Elaborado por
Especialistas en Psiquiatría

Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia

No. 167

Guía de Práctica Clínica Basada en Evidencia (GPC-BE) No. 167

Trastornos Disociativos

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Subgerencia de Prestaciones en Salud
Comisión de guías de práctica clínica
basadas en evidencia

Este documento debe citarse como:

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)
Subgerencia de prestaciones en salud
Comisión de guías de práctica clínica basadas en evidencia (GPC-BE)
GPC-BE No. 167 "Trastornos Disociativos"
Edición 2024, págs. 70
IGSS, Guatemala.

Elaboración revisada por:
Subgerencia de Prestaciones en Salud-IGSS
Oficio No. 5070 de 26 de abril, 2024

Revisión, diseño y diagramación:
Comisión de guías de práctica clínica basadas en evidencia;
Subgerencia de Prestaciones en Salud.

IGSS- Guatemala 2024

ISBN: 978-9929-795-77-8

Derechos reservados- IGSS-2024

Se autoriza la reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio, siempre que su propósito sea para ines docentes y sin inalidad de lucro a todas las instituciones del sector salud, públicas o privadas.

MSc. Licenciado Edson Javier Rivera Méndez
Gerente

Doctor Francisco Javier Gódinez Jerez
Subgerente de Prestaciones en Salud

Grupo de desarrollo

Dr. Dennis Roberto Cuevas Morales
Psiquiatra coordinador local de guías
Centro de Atención Integral de Salud Mental

Dra. Christa Amir Menéndez Cifuentes
Residente IV EPS-EM
Centro de Atención Integral de Salud Mental

Dr. Christian Moll Fetzer
Residente III
Centro de Atención Integral de Salud Mental

Dr. Luis Pedro Monzón Martínez
Residente III
Centro de Atención Integral de Salud Mental

Dr. Juan Miguel Arce Leonardo
Residente II
Centro de Atención Integral de Salud Mental

Dr. Gabriel Giorgis
Residente II
Centro de Atención Integral de Salud Mental

Dra. Vilma Martínez
Residente I
Centro de Atención Integral de Salud Mental

Comisión de guías de práctica clínica basadas en evidencia

Dr. Edwin Leslie Cambranes Morales
Jefe de Departamento
Departamento de Medicina Preventiva

Dr. Edgar Campos Reyes
Departamento de Medicina Preventiva
Subgerencia de Prestaciones en Salud

Dra. Erika López Castañeda
Departamento de Medicina Preventiva
Subgerencia de Prestaciones en Salud

Dra. Ana Cristina Arévalo Díaz
Departamento de Medicina Preventiva
Subgerencia de Prestaciones en Salud

Declaración de conflicto de interés

Se declara que ninguno de los participantes en el desarrollo de esta guía tiene intereses particulares, es decir: económicos, políticos, filosóficos o religiosos que influyan en los conceptos vertidos en la misma.

Prólogo

¿En qué consiste la medicina basada en evidencia?

Podría resumirse como la integración de la experiencia clínica individual de los profesionales de la salud con la mejor evidencia proveniente de la investigación científica, una vez asegurada la revisión crítica y exhaustiva de esta. Sin la experiencia clínica individual, la práctica clínica rápidamente se convertiría en una tiranía, pero sin la investigación científica quedaría inmediatamente caduca. En esencia, pretende aportar más ciencia al arte de la medicina y su objetivo consiste en contar con la mejor información científica disponible, **es decir, la evidencia**, para aplicarla a la práctica clínica.

Por lo tanto, se puede afirmar que las **guías de práctica clínica basadas en evidencia** son documentos en los cuales se plasman las evidencias para ponerlas al alcance de todos los usuarios, incluyendo médicos, paramédicos, pacientes y público en general.

Los grados de recomendación son criterios que surgen de la experiencia de expertos en conjunto con el **nivel de evidencia**, y determinan la calidad de una intervención y el beneficio neto en las condiciones locales. (Ver Tabla 1)

El nivel de evidencia clínica es un sistema jerarquizado que valora la fortaleza o solidez de la evidencia asociada con los resultados obtenidos de una intervención en salud. Se aplica a las pruebas o estudios de investigación, como puede verse en la tabla publicada por la Universidad de Oxford (Ver Tabla 2).

Tabla 1. Significado de los grados de recomendación

Grado de recomendación	Significado
A	Extremadamente recomendable.
B	Recomendable favorable.
C	Recomendación favorable, pero no concluyente.
D	Corresponde a consenso de expertos, sin evidencia adecuada de investigación.
√	Indica un consejo de buena práctica clínica sobre el cual el grupo de desarrollo acuerda.

Nota. Adaptado de Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J., & Uceda Carrascosa, P. (2012). Niveles de evidencia clínica y grados de recomendación. Revista de la Sociedad Andaluz de Traumatología y Ortopedia, 20(1/2), 59- 72. Obtenido de https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella_Niveles.pd

Tabla 2. Niveles de evidencia*

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios.
	1b	Ensayo clínico aleatorio individual.
	1c	Eficacia demostrada por los estudios. de práctica clínica y no por la experimentación. (All or none**)
B	2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes.
	2b	Estudio de cohorte individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad.
	2c	Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos.
	3a	Revisión sistémica de estudios caso-control, con homogeneidad.
	3b	Estudios de caso control individuales.
C	4	Series de casos, estudios de cohortes y caso-control de baja calidad.
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

Nota. Adaptado de Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J., & UcedaCarrascosa, P. (2012). Niveles de evidencia clínica y grados de recomendación. Revista de la Sociedad Andaluz de Traumatología y ortopedia, 20(1/2), 59- 72. Obtenido de https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella_Niveles.pdf

* Centro de Medicina basada en la evidencia de Oxford.

****All or none (Todos o ninguno):** Se cumple cuando todos los pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero algunos ahora sobreviven; o cuando algunos pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero ahora ninguno muere con el medicamento.

1a

A

En las **Guías de Práctica Clínica** publicadas por el IGSS, el lector encontrará, al margen izquierdo de los contenidos, el **nivel de evidencia** (**1a hasta 5**, en números y letras minúsculas) de los resultados de los estudios que sustentan el **grado de recomendación de buena práctica clínica,** anotado en el lado derecho del texto (**letras A, B, C, D y √,** siempre en letras mayúsculas) basado en la tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford sobre los aspectos evaluados.

Las guías desarrollan cada temática seleccionada con el contenido de las mejores evidencias documentadas, obtenidas luego de revisiones sistemáticas exhaustivas en lo que concierne a estudios sanitarios, diagnósticos, terapéuticas farmacológicas y otros.

Las guías de práctica clínica no pretenden describir un protocolo de atención donde todos los puntos deban estar incorporados, sino mostrar un ideal para referencia y flexibilidad, establecido de acuerdo con la mejor evidencia existente.

Las guías de práctica clínica basadas en evidencia que se revisaron para la elaboración de esta guía fueron analizadas mediante el instrumento AGREE (por las siglas en inglés de Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe), el cual evalúa tanto la calidad de la información aportada en el documento como la idoneidad de algunos aspectos de las recomendaciones, lo que permite ofrecer una valoración de los criterios de validez aceptados

en lo que hoy es conocido como **“los elementos esenciales de las buenas guías”,** incluyendo credibilidad, aplicabilidad clínica, flexibilidad clínica, claridad, multidisciplinariedad del proceso, actualización programada y documentación.

En el IGSS, el programa de elaboración de guías de práctica clínica se crea con el propósito de ser una herramienta de ayuda en el momento de tomar decisiones clínicas. En una guía de práctica clínica (GPC) no existen respuestas para todas las cuestiones que se plantean en la práctica diaria. La decisión final acerca de un particular procedimiento clínico, diagnóstico o tratamiento dependerá de cada paciente en concreto y de las circunstancias y valores que estén en juego. **De ahí, la importancia del propio juicio clínico.**

Este programa también pretende disminuir la variabilidad de la práctica clínica y ofrecer tanto a los profesionales de los equipos de atención primaria como a los del nivel especializado un referente en su práctica clínica con el cual poder compararse.

Para el desarrollo de cada tema, se ha contado con el esfuerzo de los profesionales -especialistas y médicos residentes- que a diario realizan una labor tesonera en las diversas unidades de atención médica de esta institución, bajo la coordinación de la **Comisión de Guías de Práctica Clínica (GPC-BE)** que pertenece a los proyectos educativos de la **Subgerencia de Prestaciones en Salud**, con el invaluable apoyo de las autoridades del Instituto.

La inversión de tiempo y recursos es considerable, pues involucra muchas horas de investigación y trabajo con el fin de plasmar con sencillez y claridad los diversos conceptos, evidencias y recomendaciones que se dejan disponibles en cada uno de los ejemplares publicados.

Este esfuerzo demuestra la filosofía de servicio de esta institución, que se fortalece al poner al alcance de los lectores un producto elaborado con esmero y alta calidad científica, aplicable, práctico y de fácil revisión.

El IGSS tiene el privilegio de poner al alcance de sus profesionales, personal paramédico y de todos los servicios de apoyo, esta guía con el propósito de colaborar en los procesos de atención a nuestros pacientes, en la formación académica de nuevas generaciones y de contribuir a la investigación científica y docente que se desarrolla en el diario vivir de esta Institución.

Comisión de guías de práctica clínica, IGSS,
Guatemala, 2024

Abreviaturas

AD	Amnesia Disociativa
AP2G	Antipsicóticos de segunda generación
CAISM	Centro de Atención Integral de Salud Mental
EMDR	Desensibilización y procesamiento del movimiento ocular
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
IMAO	Inhibidores de la monoamino oxidasa
ISRS	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
TEPT	Trastorno de Estrés Postraumático
TD	Trastornos Disociativos
TDP/DR	Trastorno de Despersonalización / Desrealización
TID	Trastorno de identidad disociativa

Índice

1. Introducción 1
2. Objetivos 5
3. Metodología 7
4. Contenido 11
5. Anexo 39
6. Glosario de términos 41
7. Referencias bibliográficas 43

1. Introducción

Los trastornos disociativos (TD) son un conjunto de trastornos mentales caracterizados por un estado de disociación en el que la persona experimenta una desconexión entre su pensamiento, memoria, identidad, emoción y/o percepción. En otras palabras, la persona se siente separada de sí misma, como si estuviera observando su vida desde fuera de su cuerpo. Esta desconexión puede ser temporal o permanente y afecta la vida cotidiana de la persona, así como su capacidad para trabajar, estudiar y relacionarse con los demás.

El trastorno de identidad disociativo (TID) también conocido como trastorno de personalidad múltiple, es el más conocido de los trastornos disociativos. En este trastorno, la persona experimenta dos o más identidades o personalidades distintas, cada una con características y patrones de comportamiento únicos. Estas identidades pueden tener recuerdos, habilidades, intereses e incluso géneros diferentes. Es un trastorno poco frecuente, con una prevalencia estimada de alrededor del 1% de la población general.

La amnesia disociativa (AD) es otro trastorno disociativo en el que la persona experimenta una pérdida total o parcial de la memoria de eventos importantes de su vida, generalmente debido a una experiencia traumática. La persona puede olvidar detalles específicos, como su nombre o dirección, o eventos más amplios, como un período de tiempo completo. La AD es más común en

mujeres que en hombres, y a menudo, está asociada con el estrés postraumático.

El trastorno de despersonalización (TP) es un trastorno disociativo en el que la persona experimenta una sensación de extrañeza o desconexión de sí misma. La persona puede sentir que su cuerpo, pensamientos y emociones no son suyos, como si estuviera en un sueño o en una película. Es más común en personas que han sufrido una experiencia traumática, pero también puede estar asociado con trastornos de ansiedad y depresión.

El diagnóstico de los trastornos disociativos puede ser difícil, ya que los síntomas pueden ser similares a los de otros trastornos mentales, como la depresión y la ansiedad. Los médicos deben tomar en cuenta la historia clínica completa del paciente y realizar pruebas para descartar otras afecciones médicas. El *DSM-5*, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, establece criterios específicos para el diagnóstico de los TD.

El tratamiento de los TD se basa en una combinación de psicoterapia y medicación. La terapia cognitivo-conductual es uno de los enfoques más utilizados para tratar los trastornos disociativos y puede ayudar a las personas a entender y gestionar sus síntomas. Los medicamentos, como los antidepresivos y los antipsicóticos, también pueden ser útiles para tratar los síntomas asociados con los trastornos disociativos, como la ansiedad y la depresión.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que no existe un tratamiento único que sea efectivo para todos los pacientes con TD. La terapia y el tratamiento deben personalizarse para cada individuo y su situación particular.

Es fundamental destacar la importancia del apoyo emocional y psicológico para las personas que sufren de TD. La terapia de grupo puede ser útil para proporcionar un entorno de apoyo y comprensión, y para ayudar a las personas a conectarse con otras que están pasando por situaciones similares.

En cuanto a la prevención de los TD, es importante tener en cuenta que muchos casos están asociados con experiencias traumáticas, como abuso infantil, violencia, accidentes graves o desastres naturales. Es importante que las personas reciban apoyo y tratamiento después de experiencias traumáticas para minimizar el riesgo de desarrollar trastornos disociativos.

En resumen, los TD son un conjunto de trastornos mentales que se caracterizan por una desconexión entre diferentes aspectos de la personalidad del individuo. El trastorno de identidad disociativo, la amnesia disociativa y el trastorno de despersonalización son tres tipos. El diagnóstico y tratamiento puede ser complicado, pero la terapia cognitivo-conductual y los medicamentos pueden ser útiles. La prevención de los TD puede involucrar la atención adecuada y el tratamiento después de experiencias traumáticas.

2. Objetivos

General

Describir los trastornos disociativos respecto a su etiología, epidemiología, diagnóstico, evolución, pronóstico y tratamiento

Específicos

1. Describir el trastorno de identidad disociativo respecto a su etiología, epidemiología, diagnóstico, evolución, pronóstico y tratamiento

2. Describir la amnesia disociativa respecto a su etiología, epidemiología, diagnóstico, evolución, pronóstico y tratamiento

3. Describir el trastorno de despersonalización respecto a su etiología, epidemiología, diagnóstico, evolución, pronóstico y tratamiento

3. Metodología

Pregunta general

¿Cuál es la etiología, epidemiología, diagnóstico, evolución, pronóstico y tratamiento de los trastornos disociativos?

Preguntas específicas

1. ¿Cuál es la etiología, epidemiología, diagnóstico, evolución, pronóstico y tratamiento del **Trastorno de Identidad Disociativo**?

2. ¿Cuál es la etiología, epidemiología, diagnóstico, evolución, pronóstico y tratamiento de la **Amnesia Disociativa**?

3. ¿Cuál es la etiología, epidemiología, diagnóstico, evolución, pronóstico y tratamiento del **Trastorno de Despersonalización**?

Criterios de inclusión de los estudios

Artículos y publicaciones en español e inglés
Artículos, publicaciones y libros de mínimo de 5 años de antigüedad o más en caso de tratarse de historia o definiciones que aún se encuentran vigentes

Criterios de exclusión de los estudios

Artículos y publicaciones previas al año 2018
Artículos y publicaciones con acceso mediante pago

Estrategia de búsqueda

Se realizaron consultas electrónicas de guías clínicas, revistas de Medicina Interna, revistas de Psiquiatría, Google académico

Se consultaron las siguientes páginas: http//: www.scielo.org

http//: www.elsevier.es, http//: www.pubmed.com

Palabras clave utilizadas

Trastornos Disociativos, Trastorno de Identidad Disociativo, Amnesia Disociativa, Trastorno de Despersonalización

Otras bibliografías:

Libros de texto de salud mental.

Población diana

Pacientes beneficiarios y derechohabientes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), que atienden en los centros de atención médica del IGSS.

Usuarios de la guía

Profesionales médicos generales y especialistas, médicos residentes, personal de enfermería y paramédico.

Implicaciones para la práctica

Aspectos en los que se quiere influir mediante el uso de esta GPC

- Realizar una revisión bibliográfica exhaustiva y actualizada de los trastornos disociativos principales: Trastorno de Identidad Disociativa, Amnesia Disociativa y Trastorno de Despersonalización.
- Contribuir al conocimiento actualizado sobre la etiología, epidemiología, diagnóstico, evolución, pronóstico y tratamiento de los trastornos disociativos ya mencionados.
- Establecer bases teóricas para el adecuado abordaje de los trastornos disociativos.

Limitaciones en la revisión de la literatura

Se evidenciaron estudios realizados en poblaciones con perfil sociodemográfico diferente al de nuestro país. No se encuentran estudios realizados en Guatemala para el fin de esta guía práctica, por lo que es necesario adaptar las referencias bibliográficas encontradas a nuestro contexto.

Fecha de la elaboración, revisión y año de publicación de esta guía

Elaboración durante febrero a agosto de 2023
Revisión agosto 2023
Publicación año 2024

4. Contenido

Trastorno de Identidad Disociativo

Definición

El TID ha sido reconocido como un trastorno psiquiátrico desde la década de 1980. Sin embargo, ha habido un intenso debate sobre la naturaleza del trastorno y su relación con otros TD, como la amnesia disociativa y el trastorno de despersonalización. (APA, 2013)

En la actualidad, el TID se define como la presencia de dos o más identidades o personalidades distintas en una persona, cada una con su propio conjunto de características, pensamientos, sentimientos y comportamientos. Estas identidades pueden tomar el control del comportamiento de una persona de manera impredecible, lo que puede llevar a la pérdida de memoria y otros síntomas disociativos. (Brand, BL 2012)

Historia

2a

Los trastornos disociativos poseen un largo contenido histórico. A pesar de ser un trastorno poco escuchado a nivel mundial, sus orígenes se remontan a Europa. El primer caso estudiado y documentado se llevó a cabo por el médico alemán Eberhardt Gmelin en 1971. El Dr. Gmelin descubrió este singular caso en una paciente de origen alemán que cursaba su segunda década de vida, quien súbitamente intercalaba idiomas entre el francés y el alemán, esto con un acento francés nativo, sin que la paciente

B

estuviese consciente de lo que estaba sucediendo. Identificó, así, dos personalidades en la paciente. Esta segunda personalidad utilizaba sus recuerdos y los expresaba libremente, sin que la paciente (como personalidad primaria) recordara algo posterior a lo sucedido. (Spiegel, D. 2021)

2a

B

Durante el año de 1816 Samuel Lotham Mitchell (médico estadounidense y abogado) documentó el caso de una paciente de nombre Mary Reynolds, quien para muchos médicos especialistas sería este el primer caso documentado en la literatura médica. La paciente de origen inglés migró hacia Estados Unidos.

Durante las evaluaciones se describe a la joven como una persona solitaria, introvertida y con una tendencia a cuadros melancólicos recurrentes.

Sin conocer el motivo sufrió un cuadro de pérdida de visión y audición durante seis semanas y al despertar de este episodio, se mostró como una persona extrovertida, con buen sentido del humor y vivaz. Era como ver a una niña recién empezando a vivir. No sabía leer o escribir, no tenía conocimiento de sus familiares. Pasó así durante cinco semanas y posteriormente regresó de nuevo la Mary de siempre, la que todos conocían sin recordar algo sobre lo que había sucedido.

Este intercambio entre las personalidades primaria y secundaria se daría durante 15 años, la cual previo a manifestarse cada una se antecede por periodos

largos de sueño. Después de 30 años, la personalidad secundaria se hizo cada vez más predominante y así fue como Mary continuó viviendo durante el resto de sus días. (Spiegel, D. 2021)

Durante el siglo XIX se documentaron varios casos de trastorno disociativo. Entre ellos, se menciona el caso documentado por el psicoterapeuta de origen francés Eugene Azam.

2a

La paciente Félida X fue descrita como una persona introvertida y tímida que alternaba con una personalidad de características muy opuestas a las de la personalidad primaria. La personalidad primaria no tenía conocimiento de la existencia de la personalidad secundaria, pero su yo secundario usualmente se burlaba del carácter del yo primario.

En muchas ocasiones la personalidad primaria debió enfrentar varias situaciones vergonzosas provocadas por su otro yo. Treinta años después, la personalidad primaria fue quedando en el olvido hasta que la personalidad secundaria se instauró por completo. (Spiegel, D. 2021)

B

Durante el año 1905, el psicólogo Morton Prince describió en el Journal de la Psicología Anormal el caso de Miss Beauchamp. La paciente consultó inicialmente por fatiga y cansancio mental. Durante las sesiones de hipnosis que se llevaron a cabo, se hicieron presentes tres personalidades más. La segunda era una personalidad llena de vida y la tercera era irritable y obsesiva. Entre los

relatos el psicólogo mencionaba que mantenía correspondencia de manera separada con cada una de las personalidades cuando Mary tomaba vacaciones. Posteriormente se logró integrar a estas personalidades en una sola, pero se perdió toda memoria de la tercera personalidad. (Spiegel, D. 2021)

2a

El parapsicólogo Walter F. Prince llevó a cabo en 1917 la presentación del caso de Doris Fisher. Esta paciente desarrolló cinco personalidades diferentes. La personalidad primaria era la más débil de todas, puesto que podría estar presente durante cinco minutos al día, mientras que el resto del tiempo sus demás personalidades se presentaban de manera aleatoria.

B

Una de estas personalidades, apodada Margaret, era violenta y traviesa. Llegaba a autolesionarse para que la personalidad primaria sintiera dolor. Escuchaba conversaciones a larga distancia y podía ver en la oscuridad. Pasaron 20 años de terapia para que Doris pudiera recuperar su personalidad primaria. (Spiegel, D. 2021)

2a

Entre los casos más emblemáticos, el cual haría su debut como el Trastorno de Identidad Disociativa, se menciona el de Chris Costner. En 1957 este paciente consultó con los especialistas Thigpen y Cleckey, refiriendo en la consulta dolor de cabeza sin causa aparente.

B

El joven durante las sesiones presentaba dos personalidades más. De este paciente surge el libro

de *Las tres caras de Eva*, mismo que posteriormente fue llevado a la gran pantalla. (Spiegel, D. 2021)

2a

En 1973 la psiquiatra Flora Rheta publicó el libro titulado *Sybil* en donde expuso a una paciente con 16 personalidades diferentes. (Spiegel, D. 2021)

B

Epidemiología

La prevalencia de los trastornos disociativos según un estudio realizado por Johnson et al., 2006, en Şar, 2011, es del 1.5% en la población general. La relación de prevalencia del TID según el sexo es de cinco mujeres por cada hombre (5:1) e incluso puede llegar a ser de 9:1.

Fisiopatología

La información sugiere que el trauma en edades tempranas, sobre todo por abuso sostenido o abuso sexual, tiene una influencia en el TID comparado con otros trastornos clínicos. Sin embargo, la mayoría de los expertos están de acuerdo que el trauma por sí solo no es suficiente. Por ello, se ha propuesto una teoría de etiología de cuatro factores:

1. La capacidad de disociarse defensivamente frente al trauma
2. Las experiencias de vida traumáticamente abrumadoras
3. La formación de alteraciones, es decir, las formas disociativas tomadas se generan a partir de las experiencias vividas o disponibles.

4. La ausencia de contacto calmante y restaurador por parte de los cuidadores u otras personas significativas, lo que lleva al niño a experimentar una profunda insuficiencia en las protecciones frente a estímulos.

Diagnóstico

El TID es aquel que en años previos se conocía con el nombre de trastorno de personalidad múltiple, el cual tiene un desarrollo complejo que inicia en la infancia, sobre todo con singularidades de perturbaciones en la memoria y la identidad. De forma característica, se observa la presencia de dos o más estados de la personalidad con actitudes distintas entre sí. Estas identidades pueden ser llamadas alternativas o estados de identidad alternantes. Pueden presentarse síntomas como amnesia, fuga, despersonalización, entre otros. Tales estados de identidad en tiempos pasados eran llamados “estados de posesión”.

Los TID son un conjunto de síntomas que afectan aspectos como la memoria, la identidad, las funciones de la consciencia y la percepción del entorno. Generalmente se diagnostican en la adolescencia o en la adultez temprana. En ocasiones tiende a ser relacionado con otras comorbilidades como el Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT) y la depresión, incluso relacionados con casos de abuso sexual en la infancia, abuso físico, emocional o negligencia, asociándolo con una persona con la cual exista un vínculo.

Criterios diagnósticos

Según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* en su quinta edición se clasifican criterios diagnósticos para el trastorno de identidad disocia identidad disociativo divididos en 5 literales, las cuales son las siguientes:

A. Perturbación de la identidad que se caracteriza por dos o más estados de la personalidad bien definidos, 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 la 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 parte de otras personas o comunicados por el individuo.

B. Lapsos recurrentes en la memoria de acontecimientos cotidianos, información personal importante y/o sucesos traumáticos, que son incompatibles con el olvido ordinario.

C. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. La alteración no forma parte de una práctica cultural o religiosa ampliamente aceptada. Nota: En los niños, los síntomas no deben confundirse

con la presencia de amigos imaginarios u otros juegos de fantasía.

E. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, laguna mental o comportamiento caótico, durante la intoxicación alcohólica) ni a otra afección médica (por ejemplo, epilepsia parcial compleja).

Evolución y pronóstico

El pronóstico del TID varía dependiendo del nivel de funcionamiento psicosocial del paciente, la duración del trastorno y la presencia de comorbilidades. Los estudios indican que los pacientes con este trastorno tienen una mayor tasa de suicidio y autolesiones en comparación a la población general. Las complicaciones incluyen pérdida de memoria, disfunción social y ocupacional. El seguimiento del paciente con TID es crucial para prevenir la recaída y la aparición de nuevos síntomas disociativos (Sar, V., & Ross, C. A. (2019).

Tratamiento

Psicoterapia

Fases del tratamiento:

3a

1. Establecimiento de seguridad y control de síntomas: Al comienzo se deben negociar todos los aspectos del tratamiento para ir formando una relación sólida entre el médico y el paciente. Se debe priorizar la funcionalidad y la salud del paciente.

B

2. Enfoque en la atención al trauma: Tras la culminación de la fase previa, se lleva a cabo el proceso psicoterapéutico enfocado en explorar las experiencias del paciente y su significado. El trabajo de la psicoterapia únicamente debe llevarse a cabo después de que el paciente sea capaz de manejar sus síntomas de forma independiente. El paciente debe poder dar su consentimiento informado al tener la capacidad de comprender los riesgos y beneficios del abordaje terapéutico y su enfoque intenso al trauma. Durante la terapia, el paciente no debe estar en una crisis aguda y previamente se debe estabilizar las comorbilidades.

3. Integración o reintegración: A lo largo de la terapia se van unificando los procesos mentales disociativos. En este momento el paciente obtiene una comprensión más completa de sí mismo. Algunos no logran obtener una comprensión completa, pero sí obtienen una resolución terapéutica. (Romero-López, M. J, 2016).

1a Se ha observado que, para reducir los signos físicos, las terapias con efectos positivos estadísticamente significativos incluyen la hipnosis, la terapia cognitivo-conductual con seguimiento hospitalario, los programas de seguimiento psicoeducativo, la intervención basada en terapia cognitivo conductual basadas en fisioterapia y terapias con entrevista motivacional previa. (Ganslev CA, et al, 2020). **A**

Hipnosis

1a

Las terapias que utilizan la hipnosis pueden ser beneficiosas como parte de un enfoque terapéutico. La hipnosis puede resultar útil para acceder a estados particulares de personalidad alterada, así como a recuerdos y emociones que han sido reprimidos. Este enfoque terapéutico busca inducir un estado mental relajado para enfrentar de manera efectiva situaciones que generan ansiedad extrema. Antes de emplear la hipnosis, es esencial comprender a fondo sus ventajas y desventajas, además de obtener el consentimiento informado del paciente. (Ganslev CA, et al, 2020).

A

Terapia de grupo

2c

Al llevar a cabo sesiones terapéuticas en grupo, es fundamental que los participantes sean exclusivamente individuos con TID. Este enfoque se adopta con el propósito de prevenir posibles efectos negativos en otros pacientes. El enfoque terapéutico se centra en ayudar a los participantes a afrontar y adaptarse a los acontecimientos actuales. (Boland, R., & Verduin, M.L., 2022).

B

Terapia familiar o de pareja

2c

Esta intervención puede ser crucial a largo plazo. Se busca tratar los procesos familiares y maritales patológicos, así como ayudar a las demás personas a sobrellevar de mejor manera el trastorno del pariente. La terapia sexual también se recomienda como parte del tratamiento. (Boland, R., & Verduin, M.L., 2022).

B

2c	**Grupos de autoayuda** Los pacientes con TID suelen tener resultados negativos en grupos de autoayuda. En ocasiones la sintomatología se intensifica. Asociado a esto no se suele contar con el apoyo de un experto en la salud mental. (Boland, R., & Verduin, M.L., 2022). **Terapias expresivas y ocupacionales** Las terapias, como la terapia asociada al movimiento y al arte son útiles. La terapia con arte ayuda a contener y estructurar la identidad, aumenta la seguridad a la hora de expresar sus sentimientos y pensamientos. La terapia con el movimiento ayuda a la normalización del sentido e imagen corporal. **Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares** Este tratamiento se utiliza para el TEPT, pero no existe evidencia clara que demuestre su utilidad para el TID. **Terapia dialéctica conductual** Es una terapia desarrollada para el trastorno de la personalidad emocionalmente inestable. Se enfoca en estrategias para regular las emociones, lidiar con la angustia, aumentar la tolerancia y practicar la aceptación, pero no se enfoca en el manejo de síntomas disociativos. (Boland, R., & Verduin, M.L., 2022)	B

Farmacoterapia

1a

Al seleccionar medicamentos para trastornos disociativos, es importante no centrarse en tratar el trastorno en sí, sino en identificar los síntomas que responden a la medicación. Los medicamentos deben reducir los síntomas para facilitar la terapia y los pacientes deben comprender que solo se busca un alivio parcial. Dado que los síntomas varían rápidamente, no se debe cambiar la medicación en respuesta a cada síntoma. (Ganslev CA., Storebo OJ, Callesen HE, Ruddy R, Sogaard, U., 2020).

Por ejemplo, el Prazosin en dosis que van entre 1mg y 15mg al día se puede utilizar para las pesadillas, iniciando con 1 a 2 mg cada noche e ir aumentando de 1 en 2 mg cada semana según respuesta clínica y tolerabilidad del mismo sin exceder de 15 mg cada noche. (Ganslev CA., Storebo OJ, Callesen HE, Ruddy R, Sogaard, U., 2020).

Los antidepresivos pueden mejorar los síntomas afectivos y obsesivo-compulsivos. Los anticonvulsivantes y benzodiacepinas también pueden reducir los síntomas de intrusión, hiperexcitación y ansiedad. (Sutar R., Sahu S., 2019)

La Naltrexona puede ayudar con conductas autolesivas, mientras que la Naloxona y la Paroxetina son los únicos fármacos con evidencia para tratar síntomas disociativos y de despersonalización. Neurolépticos atípicos como Risperidona, Quetiapina, Ziprasidona y Olanzapina pueden ser efectivos para síntomas ansiosos e intrusivos, considerando

A

sus posibles efectos adversos como el aumento de peso y síndrome metabólico. En casos de respuesta ineficaz, la Clozapina puede ser utilizada. (Sutar R., Sahu S., 2019).

Terapia electroconvulsiva

2c

Esta terapia puede ayudar a algunos pacientes a mejorar los síntomas afectivos, incluyendo la depresión con características melancólicas persistentes y resistentes. Sin embargo, el efecto de este tratamiento es parcial. (Boland, R., & Verduin, M.L., 2022).

B

Amnesia disociativa

Definición

La amnesia disociativa (AD) es un trastorno disociativo caracterizado por la incapacidad de recordar información personal importante que no se puede explicar por un problema médico o neurológico. Aunque ha sido descrita en la literatura médica durante más de un siglo, todavía hay debate sobre la causa del trastorno. (American Psychiatric Association. 2013)

Fisiopatología

Hay evidencia extensa empírica que sugiere que los trastornos disociativos ocurren como una defensa al trauma. En muchos casos, la AD aguda se da en un entorno psicosocial conflictivo, en donde el paciente experimenta emociones que son intolerables, como vergüenza, culpa, desesperación y rabia. En algunos casos, las experiencias traumáticas como el abuso físico o sexual pueden precipitar el trastorno. En

estudios realizados en veteranos de Vietnam con Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), se ha evidenciado en la resonancia magnética cerebral una reducción en el volumen del hipocampo derecho, a diferencia de los veteranos que no tienen TEPT. El hipocampo es importante para el almacenamiento y la recuperación de memoria, así que los investigadores sugieren que la disociación está vinculada con esa región. Otra teoría sugiere que el aumento de la respuesta del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal lleva a un aumento de glucocorticoides que tiene como resultado la atrofia hipocampal.

Epidemiología

La prevalencia de AD en la población general es de aproximadamente 2 a 6%. No se encuentra relación asociada al sexo, por lo que puede afectar tanto a hombres como a mujeres. La evolución del ciclo de vida de este trastorno permite ver que se presenta con mayor frecuencia en la época de la adolescencia y adultez temprana. Este tipo de trastorno disociativo puede ser de difícil evaluación en niños pre-adolescentes, tomando en cuenta la difícil toma de historia por la limitada capacidad de expresión.

Diagnóstico

La AD también es conocida como una pérdida de memoria generada por un suceso traumático que produce una incapacidad personal importante. Se presenta como una incapacidad de recuperar información personal importante y generalmente se

justifica como un olvido normal, lo cual influye en el comportamiento de la persona. También se puede presentar como lagunas de la memoria de diferente cantidad de duración, vacilando de horas a días, tomando en cuenta que la persona puede estar consciente de la pérdida del recuerdo en diferentes grados.

Criterios diagnósticos

Según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* en su quinta edición se clasifican criterios diagnósticos divididos en cuatro literales, los cuales se describen a continuación.

A. Incapacidad de recordar información autobiográfica importante, generalmente de naturaleza traumática o estresante, que es incompatible con el olvido ordinario. Nota: La amnesia disociativa consiste la mayoría de las veces en amnesia localizada o selectiva de un suceso o sucesos específicos, o amnesia generalizada de la identidad y la historia de vida.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo alcohol u otra droga, un medicamento) u otra afección neurológica o médica (por ejemplo epilepsia parcial compleja, amnesia general transitoria,

secuelas de una contusión craneal/traumatismo cerebral, otra afección neurológica).

D. La alteración no se explica mejor por un trastorno de identidad disociativo, un trastorno de estrés postraumático, un trastorno de estrés agudo, un trastorno de síntomas somáticos o un trastorno neurocognitivo importante o leve.

Herramientas diagnósticas

2b

En la actualidad, existen diversas escalas que pueden ser de apoyo diagnóstico para evaluar experiencias disociativas. Entre ellas se encuentra la *Escala de Experiencias Disociativas en Adolescentes*, la cual es un cuestionario que autoevalúa los síntomas disociativos por medio de treinta preguntas que, según el resultado, evalúa cuatro áreas: 1: involucración imaginaria de 6 puntos; 2: amnesia disociativa de 7 puntos; 3: influencia pasiva de 5 puntos; 4: despersonalización y desrealización de 12 puntos (esta incluye disociación de la identidad de 4 puntos y disociación en las relaciones de 3 puntos). (Anexo escala de A-DES).

B

Similar a esta escala, se encuentra la escala de DES, que consta de 28 preguntas, las cuales se responden por medio de un porcentaje, según la frecuencia de experiencias descritas en las preguntas.

Asimismo, se encuentra una variedad de escalas como:

- Lista de comprobación de disociación en niños de Putnam con 20 preguntas de verdadero y falso.
- Cuestionario de Steinberg que evalúa la frecuencia de vivencia experiencias disociativas, evaluando el consumo de alcohol. Se evalúan síntomas como la amnesia, despersonalización con desrealización, confusión de identidad y la percepción de alteración de la identidad. (Durán Martínez, I. 2019)

Evolución y pronóstico de la Amnesia Disociativa

El pronóstico de la amnesia disociativa es variable y depende de la duración y la gravedad de los síntomas. La psicoterapia, especialmente la terapia cognitivo-conductual y la terapia de exposición, ha demostrado ser efectiva en el tratamiento. En algunos casos, puede ser necesaria la medicación para tratar la ansiedad y otros síntomas asociados. (Sierra-Siegert, M 2020)

Las complicaciones de la AD incluyen la pérdida de memoria y la disfunción social y ocupacional. El seguimiento del paciente es importante para prevenir la aparición de nuevos síntomas disociativos. (Simeon, D. (2004)

Tratamiento

2c

El tratamiento de la AD se basa principalmente en la psicoterapia y va orientado a dos aspectos principales: recuperar la memoria en un entorno de apoyo y contención. El otro aspecto en el manejo de los problemas asociados con las memorias

B

recuperadas que suelen ser de índole estresante. Para la recuperación de la memoria se pueden utilizar entrevistas facilitadas con fármacos sedativos.

El llenar los vacíos de la memoria suele ser terapéutico, útil para reestablecer la identidad del paciente y su sentido del yo. No obstante, esto solo es el primer paso, ya que posteriormente se debe dar un significado al evento olvidado y resolver los problemas que el período amnésico conllevó. Además, es importante desarrollar mecanismos de respuesta más maduros para prevenir recaídas o futuras amnesias disociativas secundarias a otros eventos estresantes. (Spiegel, D. 2021)

2b

B

Por otro lado, cabe destacar la importancia de procurar que la persona se aleje de las situaciones que pueden ser precipitantes de la amnesia disociativa. Considerando que muchos pacientes con este trastorno tienden a aislarse, las técnicas de reinserción social también pueden ser útiles en el manejo, tanto de la sintomatología, como de la funcionalidad. (Tipan R.S. 2020)

Psicoterapia

3b

B

- **Tratamiento orientado a fases:** Es uno de los tratamientos estándar para la amnesia disociativa, a pesar de que no hay estudios sistemáticos. Corresponde a un tratamiento de tres fases, el cual fue desarrollado para el tratamiento de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPS) y Trastorno de Identidad

Disociativa. Se enfoca en la recuperación de la memoria, considerando que la pérdida de memoria es uno de los síntomas que causa más disfuncionalidad en el paciente, requiriendo una intervención rápida. (Boland, R., & Verduin, M.L., 2022).

2b

- **Terapia cognitiva:** Esta terapia es útil para identificar distorsiones cognitivas específicas relacionadas con el trauma, para proveer una entrada hacia la memoria autobiográfica de la cual el paciente experimenta amnesia. Con ello, el paciente puede recordar más detalles de algunos eventos traumáticos que pudieron haber sucedido. (Boland, R., & Verduin, M.L., 2022).

B

La terapia cognitiva aborda, en primera instancia, los pensamientos más superficiales (llamados pensamientos automáticos), principalmente aquellos que se encuentran errados y procede a brindar sentido a los mismos por medio de la reestructuración cognitiva, mejorando así el malestar.

Posteriormente, aborda las creencias intermedias y centrales, a manera de identificar las ideas que subyacen dichos pensamientos y que causan los síntomas de la amnesia disociativa como mecanismo de defensa. (Tipan R.S. 2020)

4

- **Hipnosis:** Ayuda a contener y modular la intensidad de los síntomas, facilita la recuperación de la memoria de manera controlada, proporciona soporte yoico hacia el paciente y ayuda a integrar

C

el material que se encuentra disociado. Al aplicar técnicas de contención y relajación en la vida diaria del paciente, puede aumentar su propio control sobre la alternancia entre síntomas intrusivos y amnesia. (Boland, R., & Verduin, M.L., 2022).

Si se utilizan técnicas hipnóticas, el terapeuta debe ser cauteloso de no sugerir la existencia de un evento, ya que existe el riesgo de crear falsos recuerdos. (Spiegel, D. 2021) Además, el uso de hipnosis no debe ser exclusivamente para evocar recuerdos dolorosos, sino que también puede utilizarse para evocar recuerdos placenteros que ayuden a mejorar la adquisición de habilidades de afrontamiento. (Tipan R.S. 2020)

3b

- **Terapia grupal:** Las sesiones grupales proporcionan un espacio seguro y controlado en el cual el paciente puede recordar algunas memorias e integrar material disociado. (Boland, R., & Verduin, M.L., 2022).

B

- **Psicoterapia individual**: Se orienta a manejar los recuerdos evocados por medio de las técnicas anteriores, a manera de comprender su origen, tomar consciencia del evento causante y desarrollar herramientas nuevas para afrontar asertivamente. (Tipan R.S. 2020)

2b

- **Otras terapias:** Los abordajes psicoterapéuticos como el modelo humanista, la terapia Gestalt y la terapia ocupacional ayudan a tratar al paciente de manera integral. Permiten el

B

autodescubrimiento, el afrontamiento de la situación que produjo el trastorno en primera instancia y el aumentar situaciones que produzcan placer y ocio para disminuir el impacto del trastorno. (Tipan R.S. 2020)

Farmacoterapia

1a

El uso de fármacos en la amnesia disociativa solo está indicado para tratar comorbilidades o bien para facilitar entrevistas que ayuden a la recuperación de la memoria, como se menciona a continuación.

B

- **Entrevistas facilitadas con fármacos:** Este tipo de entrevistas se realiza para trabajar con amnesias agudas o reacciones conversivas, aunque también se puede utilizar en casos de amnesia crónica refractaria a tratamiento. Puede ser útil para la recuperación de memorias en los casos urgentes como, por ejemplo, situaciones legales. (Spiegel, D. 2021)

  Se realiza en un ambiente hospitalario psiquiátrico y requiere del apoyo de un anestesiólogo, ya que se utilizan fármacos sedativos como amobarbital sódico, tiopental, benzodiacepinas orales o anfetaminas. El propósito es causar una “sedación consciente” para obtener información de la memoria la cual posteriormente debe ser trabajada con el paciente en un estado consciente. (Boland, R., & Verduin, M.L., 2022).

Desensibilización y procesamiento del movimiento ocular (EMDR)

3b

El EMDR (por sus siglas en inglés “Eye movement desensitization and processing”) se ha utilizado en el tratamiento de trastornos con etiología traumática tanto Trastorno de Estrés Postraumático como Amnesia Disociativa. Sin embargo, esto ha sido aplicado en casos únicos que han sido reportados en la literatura. Una tesis doctoral realizó una revisión sistemática de dichos reportes de caso y evidenció que este método causa mejoría de los síntomas, incluyendo: reducción de los síntomas somáticos, disminución en las puntuaciones de instrumentos utilizados, cambios en la activación cerebral, disminución de la frecuencia cardiaca, mejora de funciones ejecutivas. Si bien este método resulta prometedor, los estudios realizados carecían frecuentemente de especificaciones, como el tiempo de duración de las terapias, número de terapias, intervalo entre las mismas, tiempo transcurrido entre el evento traumático hasta el inicio del tratamiento, entre otros. Aún así, se ha demostrado que el EMDR es bien tolerado por los pacientes. (Zorrilla, I. 2018)

C

Trastorno de Despersonalización / Desrealización

Definición

3b

El TDP/DR es un trastorno disociativo que se caracteriza por la experiencia de sentirse separado de sí mismo o del mundo que lo rodea. Se basa en varios componentes que se asocian a las sensaciones

B

como los cambios corporales, la dualidad del yo como una persona observadora externa e interna, una sensación persistente de aislamiento de su entorno e inclusive de sus propias emociones. Debido a las recurrentes experiencias, se dificulta la expresión de los sentimientos. Usualmente, los pacientes con TDP/DR utilizan frases como “me siento muerto”, “nada es real”, “estoy fuera de mí mismo”, lo cual dificulta el manejo de la angustia, generando disfuncionalidad. (Mayo Clinic Health. 2023)

Tomando en cuenta lo anterior, existen otros trastornos que pueden cursar con síntomas similares. Sin embargo, se analiza desde las enfermedades que se pueden asociar a esta condición, como las enfermedades neurológicas, intoxicación, abstinencia por cualquier tipo de drogas ilícitas, efectos secundarios de medicamentos, crisis de angustia, fobias específicas, Trastorno de Estrés Postraumático, esquizofrenia o asociado a otro tipo de trastorno disociativo. Se fundamenta realizar la exploración por parte de un equipo médico integral.

Fisiopatología

La teoría psicodinámica clásica enfatiza la desintegración del ego como el mecanismo principal del TDP/DR. En otras palabras, lo describe como una respuesta afectiva en defensa del yo. Otras teorías sugieren que es una respuesta al trauma o fatiga que pueden evocar síntomas de despersonalización o desrealización.

Epidemiología

El TDP/DR se puede observar en personas con otras comorbilidades y tiene una prevalencia del 19% en la población general.

En ocasiones se asocia con pacientes con crisis epilépticas, migraña, consumo de drogas (principalmente marihuana y dietilamida del ácido lisérgico - LSD). En algunas prácticas de meditación, hipnosis profunda, vista hacia espejos prolongada o deprivación sensitiva, han ocurrido episodios de despersonalización. Inclusive en traumas craneoencefálicos con pérdida de conciencia de más de 30 minutos. Los sucesos de despersonalización son más comunes en las mujeres que en los hombres.

Diagnóstico

Los criterios diagnósticos del DSM-5 se establecen en cinco literales.

A. Presencia de experiencias persistentes o recurrentes de despersonalización, desrealización o ambas:

   - **Despersonalización:** Experiencias de irrealidad, distanciamiento o de ser un observador externo respecto a los pensamientos, los sentimientos, las sensaciones, el cuerpo o las acciones de uno mismo (ejemplo, alteraciones de la percepción, sentido distorsionado del

tiempo, irrealidad o ausencia del yo y embotamiento emocional y físico.

- **Desrealización:** Experiencias de irrealidad o distanciamiento respecto al entorno (ejemplo, las personas o los objetos se experimentan como irreales, como en un sueño, nebulosos, sin vida o visualmente distorsionados).

B. Durante las experiencias de despersonalización o desrealización, las pruebas de realidad se mantienen intactas.

C. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (como droga, medicamento) u otra afección médica (ejemplo, epilepsia).

E. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como la esquizofrenia, el trastorno de pánico, el trastorno de depresión mayor, el trastorno de estrés agudo, el trastorno de estrés postraumático u otro trastorno disociativo.

Evolución y pronóstico

El TDP/DR ha sido objeto de una mayor atención e investigación en las últimas décadas, lo que ha llevado a una mejor comprensión de su evolución y pronóstico. Sin embargo, la gravedad de los síntomas

puede variar significativamente de un individuo a otro y el curso clínico puede ser fluctuante. Algunas personas pueden experimentar períodos de remisión, en los que los síntomas disminuyen o desaparecen por completo, mientras que otros pueden tener una sintomatología continua. (Brand, B. L., Lanius, R. A. 2012)

El pronóstico del TDP/DR también está influenciado por la presencia de comorbilidades psiquiátricas, como trastornos de ansiedad, depresión o trastornos de estrés postraumático. Estas comorbilidades pueden complicar el tratamiento y prolongar la duración de los síntomas. Es importante tener en cuenta que cada individuo es único y puede responder de manera diferente al tratamiento. Algunas personas pueden experimentar una mejoría significativa con la terapia y el manejo adecuado de los factores desencadenantes, mientras que otras pueden necesitar un enfoque más intensivo y prolongado. (Sar, V., & Ross, C. A. 2019)

Tratamiento

1a Los médicos que tratan a pacientes con TDP/DR a menudo se encuentran con un grupo clínico resistente. Algunos presentan una respuesta parcial a los fármacos habituales, ya sea administrados de modo único o combinados: antidepresivos, eutimizantes, antipsicóticos típicos y atípicos, antiepilépticos, etcétera. En dos ensayos abiertos de naltrexona en pacientes con TDP/DR se observó una mejoría significativa en los síntomas disociativos, lo que sugiere la participación del sistema opiáceo **A**

en la manifestación de los síntomas. En un ensayo cruzado doblemente ciego de 16 semanas, se encontró que la clomipramina era ligeramente mejor que la desipramina, existiendo evidencia modesta para la naloxona. (Sutar R., Sahu S.2019)

1a

Se han utilizado distintos tipos de psicoterapia. Entre estas se pueden encontrar: psicoanálisis, terapia cognitiva, terapia cognitivo-conductual, terapia de hipnosis y terapia de apoyo. En muchos casos no se logra obtener una respuesta completa, por lo que se recomienda su combinación con otras terapias como la neuromodulación o la farmacoterapia. Además, se suele recomendar utilizar herramientas para el manejo del estrés, técnicas de distracción, reducción de la estimulación sensorial, ejercicios de relajación y actividad física. (Wang S, et al, 2023)

A

5. Anexo

Herramientas diagnósticas para evaluar experiencias disociativas y trastornos de despersonalización:

- DES: Escala de Experiencias Disociativas de Bernstein y Putnam
- CDC: Lista de Comprobación de Disociación en Niños de Putnam
- A-DES: Escala de Experiencias Disociativas para Adolescentes de Armstrong, Putnam, Carlson, Libero y Smith
- SDQ: Cuestionario de Disociación Somatoforme de Ellert Nijenhuis
- Cuestionarios Steinberg
- Escalas diagnósticas autoadministradas
- MID: Inventario Multidimensional de Disociación de Paul Dell.

6. Glosario de términos

Amnesia disociativa: Trastorno disociativo en el que se producen lagunas de memoria por eventos o períodos de tiempo específicos.

Despersonalización: Experiencia de sentirse desconectado de sí mismo, como si uno estuviera observando su vida desde fuera de su cuerpo.

Disociación: Desconexión entre diferentes aspectos de la personalidad, pensamiento o memoria.

Parapsicología: Es un campo de estudio que investiga fenómenos paranormales o “psíquicos”, incluidas supuestas habilidades mentales como telepatía y telequinesia.

Terapia cognitivo-conductual: Tipo de terapia psicológica que se enfoca en cambiar los patrones de pensamiento y comportamiento negativos.

Trastorno de identidad disociativo: Trastorno disociativo caracterizado por la presencia de dos o más identidades distintas en una misma persona.

7. Referencias bibliográficas

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). doi: 10.1176/appi.books.9780890425596

Boland, R., & Verduin, M.L. (2022). Trastornos disociativos. En Ruiz, P., & Shah, A. (12ª Ed.), Kaplan & Sadocks Sinopsis de Psiquiatría (páginas 1402-1441). Ubicación: Wolters Kluwer Editorial.

Brand, B. L., Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Spiegel, D., McNally, R. J., ... & Dell, P. F. (2012). Where are we going? An update on assessment, treatment, and neurobiological research in dissociative disorders as we move toward the DSM-5. Journal of Trauma & Dissociation, 13(1), 9-31. https://doi.org/10.1080/15299732.2012.626738

Dell, P. F., & O'Neil, J. A. (2009). Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond. doi: 10.4324/9780203874776

Durán Martínez, I. (2019). Comprensión psicoanalítica del trastorno de identidad disociativo. Facultad de Psicología Universidad Pontificia Comillas, España. Recuperado el 27 abril 2023 de: https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/31862

Foote, B., Smolin, Y., Kaplan, M., Legatt, M. E., & Lipschitz, D. (2006). Prevalence of dissociative

disorders in psychiatric outpatients. The American Journal of Psychiatry, 163(4), 623-629. doi: 10.1176/ajp.2006.163.4.623

Ganslev CA., Storebo OJ, Callesen HE, Ruddy R, Sogaard, U. (2020). Psychosocial interventions for conversion and dissociative disorders in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews, (7). Recuperado el 05 de mayo de 2023 de: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi¿9¡i710.1002/14651858.CD005331.pub3/full

Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. S. (2006). Dissociative disorders among adults in the community, impaired functioning, and axis I and II comorbidity. The Journal of Nervous and Mental Disease, 194(10), 761-767. doi: 10.1097/01.nmd.0000235786.93784.9b

Mayo Clinic Health. (13 Dic 2022) Trastornos disociativos. 5ed. Recuperado el 27 abril 2023 de: https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/dissociative-disorders/symptoms-causes/syc-20355215

Romero-López, M. J. (2016). Una revisión de los trastornos disociativos; de la personalidad múltiple al estrés postraumático. Anales De Psicología/Annals of Psychology, 32(2), 448-456. Vista de Una revisión de los trastornos disociativos; de la personalidad múltiple al estrés postraumático.

Sar, V., & Ross, C. A. (2019). Dissociative disorders as a confounding factor in psychiatric research. Asian Journal of Psychiatry, 44, 199-201. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.07.017

Sierra-Siegert, M., David, A. S., & Derubeis, R. J. (2020). Dissociative disorders: Recent advances in diagnosis and treatment. Current Opinion in Psychiatry, 33(6), 555-563. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000641

Simeon, D. (2004). Depersonalization disorder: A contemporary overview. CNS Drugs, 18(6), 343-354. https://doi.org/10.2165/00023210-200418060-00001

Spiegel, D. (2021). Amnesia disociativa. Manual MSD. Stanford University School of Medicine. Recuperado el 24 abril 2023 de: https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-disociativos/amnesia-disociativa

Spiegel, D., Loewenstein, R. J., Lewis-Fernández, R., Sar, V., Simeon, D., Vermetten, E., ... & Dell, P. F. (2011). Dissociative disorders in DSM-5. Depression and Anxiety, 28(9), 824-852. doi: 10.1002/da.20874

Sutar R., Sahu S. (2019). Pharmacotherapy for dissociative disorders: A systematic review. Psychiatry research, 281, 112529. Recuperado el 05 de mayo de 2023 de: https://www.

sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178119311874

Tipan R.S. (2020). Proceso de evaluación del diagnóstico psicológico de un caso clínico en relación a la amnesia disociativa. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Técnica de Machala, Ecuador. Recuperado el 25 abril 2023 de: http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/16075/1/ECFCS-2020-PSC-DE00029.pdf

Wang, S., Zheng, S., Zhang, X., Ma, R., Feng, S., Song, M., ... & Jia, H. (2023). The Treatment of Depersonalization-Derealization Disorder: A Systematic Review. Journal of Trauma & Dissociation, 1-24.The Treatment of Depersonalization-Derealization Disorder: A Systematic Review: Journal of Trauma & Dissociation: Vol 0, No 0 (tandfonline.com)

Zorrilla, I. (2018). Tratamiento de la sintomatología traumática con EMDR: Diseños de caso único. Tesis doctoral Facultad de Psicología Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), Madrid, España. Recuperado el 24 abril 2023 de: https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=222841

7a. Avenida 22-72 Zona 1
Centro Cívico, Ciudad de Guatemala
Guatemala, Centroamérica
PBX: 2412-1224
www.igssgt.org

ISBN: 978-9929-795-77-8

9 789929 795778