

# A PROPOSITO DE UN CASO TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVA (PERSONALIDAD MULTIPLE)

*Dra. Jessica Barahona, Dr. Jesús Américo Reyes*

---

## INTRODUCCION

Los trastornos disociativos (TID) son un grupo de síndromes psiquiátricos que se caracterizan por perturbaciones en algunos aspectos de la conciencia, identidad, memoria, conducta motora. La mayor parte de los estudios han encontrado relación entre los trastornos de disociación y la experiencia de un trauma psicológico. Todos los tipos de estados disociativos tienden a remitir al cabo de unas pocas semanas o meses, en especial si su comienzo tuvo relación con un acontecimiento biográfico traumático. Dentro de los trastornos disociativos encontramos la amnesia disociativa, la fuga disociativa, el trastorno de identidad disociativo, denominado anteriormente como trastorno de personalidad múltiple, se caracteriza por la existencia de dos o más identidades o estados de la personalidad que controlan el comportamiento del individuo de modo recurrente. Algunos clínicos opinan que el TID tiende a infravalorarse ya que se puede confundir con otras patologías mentales, pero los factores que pueden facilitar el diagnóstico son una clara sintomatología disociativa, con cambios de identidad repentinos, amnesia reversible y puntuaciones elevadas en los tests de disociación e hipnotizabilidad en individuos que no manifiestan síntomas propios de otro trastorno mental.<sup>1</sup>

---

1. Lippincott williams and wilkins. wolters kluwer health, Manual de Psiquiatría de Kaplan & Sadock, 4ta Edicion 2008.

## CASO CLINICO

Se trata de paciente masculino de 23 años de edad, soltero, alfabeto, albañil, raza mestiza, sin religión, procedente, San Pedro Sula, Cortes, se encuentra privado de libertad desde Julio del 2008 en Penitenciaría Nacional de San Pedro Sula. Es ingresado al HPMM por orden del tribunal de sentencia, ya que se le supone responsable de los delitos de asesinato, violación y robo agravado, en perjuicio de G.L.E y D.I.E. ambas primas del acusado.

Al momento de su ingreso el paciente manifiesta sintomatología de características depresivas: insomnio inicial, hiporexia, ánimo triste, llanto fácil, disminución de la concentración, alucinaciones visuales, auditivas incompletas y táctiles, alteración de memoria cortical, cefalea, holocraneana, presente de forma episódica, intensa, la cual se exacerba en momentos de estrés. Paciente que no coopera con la entrevista, por lo que no especifica la evolución de sus síntomas. Niega ideas delirantes, consumo de sustancias, TCE, infecciones, fiebre, convulsiones.

Procede de hogar desintegrado, funcional. Padre biológico, vive en EUA, mantiene una relación distante, nunca fue reconocido por el padre. Madre de 39 años de edad, ama de casa, alfabeto, mantiene una buena relación con el paciente, niega antecedentes de enfermedad física o mental. Ambos padres se separaron cuando el paciente tenía 11 meses, ya que este emigró a los EUA. Es hijo único de esta unión. Posee cuatro hermanos de edades (dos varones de 21 y 14 años de edad y dos mujeres de 11 y 6 años), mantiene buenas relaciones con todos ellos, niega antecedentes de enfermedad física o mental. Niega vida marital al momento de la entrevista.

Dentro de sus antecedentes personales manifiesta antecedentes de abuso sexual a la

edad de 6 años, por un desconocido, nunca se lo ha comentado a su familia, niega otros antecedentes personales. Madre lo describe en su infancia como tranquilo, tímido producto de violencia por parte de sus compañeros de la escuela.

Fue expulsado del Colegio a la edad de 13 años ya que mencionó “le habían metido drogas en la camisa, armó un alboroto en el colegio y decía que iban llegar unos hombres a realizar una gran matanza de personas”. A los 16 años inicia con comportamiento rebelde, ideas de minusvalía, su padre adoptivo no es su padre biológico. Actualmente lo describe como serio, mujeriego, trabajador, niega antecedente de abuso a los animales en la niñez, irrespeto a la autoridad, antecedentes de actos de estafa o engaño hacia terceros.

Estudio hasta primero de ciclo común, no repitió grados, pero si se retiró en varias ocasiones.. Consumo de alcohol de forma ocasional, sin llegar a la embriaguez, niega consumo de otras sustancias.

Antecedentes médicos no psiquiátricos: familiares: manifiesta además que desde niño padeció de constantes cefaleas. A los 18 años inicia con alucinaciones visuales “miraba a un niño con cara de calavera y sombras que lo perseguían”, alteraciones que continuaron hasta los 20 años, momento en el que presentó un síncope por aproximadamente 45 min, fue llevado al Instituto Hondureño de seguridad social donde se le realizó un electroencefalograma aparentemente normal.

**Examen Físico y neurológico:** no presenta ninguna alteración.

**Examen mental:** Al momento de llevar a cabo la evaluación permanece sentado en la silla con las manos juntas entre las piernas, en un principio mira en todas direcciones, con expresión de miedo y mirada llorosa, rehúsa comunicarse verbalmente, luego saca de su bolsa una biblia, pide por señas un lápiz

prestado y escribe en ella: “ayúdame”, al preguntársele como le podemos ayudar escribe: “alguien me dijo que no le hable”, se le pregunta quién? Responde: “cuando quiero hablar me duele la cabeza”. Posteriormente, tras mucha insistencia y después de asegurarle que aquí nadie le haría daño comienza a cooperar. Habla en voz baja por lo que es necesario repetirle varias veces las mismas preguntas y permanece con la cabeza agachada la mayor parte del tiempo. No establece contacto visual. No se encuentran alteraciones en consciencia, distráctil (no sigue el hilo de la conversación), orientado en persona y espacio corporal, desorientado en tiempo, espacio y geográficamente, memoria límbica conservada, memoria cortical con amnesia lacunar “no recuerdo el hecho por el cual se me acusa”, no se observa conducta alucinatoria al momento de la entrevista, hipoactivo, se sobresalta con facilidad, en el afecto se observa restringido, pensamiento coherente, curso lento, sin ideación delirante, en su discurso, niega control o difusión del pensamiento, insight pobre, juicio conservado.

#### **Evolución en sala:**

En su primera evaluación el paciente mantiene la cabeza baja, con el cuerpo desmadejado, se le observa abatido, acongojado, quejumbroso, manifestando cefalea mientras se realizó interrogatorio. Al preguntársele sobre el acto que se le acusa, se desploma, tapa su rostro, busca la posición fetal, no observa al interlocutor, responde con voz suave “no recuerdo nada de lo sucedido, no mate ni viole a mis primas, no sé como una persona pudo haberlo hecho”. En la entrevista refiere que los culpables fueron dos vecinos que pertenecen a una pandilla, estos intentaron asaltar la casa, manifiesta que el llegó a la casa cuando estos ya habían matado a su prima mayor, posteriormente mataron a

su prima menor, los pandilleros fueron asesinados días después que sucedió el hecho. Paciente que refiere además que se ha visto en los sueños realizando el acto, por lo que no puede asegurar que fueron ellos. Una semana después es presentado al médico de guardia ya que presenta sintomatología ansiosa característica de ataque de pánico, en ese momento presenta además cambio de personalidad a J.A.H.A, de 20 años de edad, desconoce quién es E.M.H.A manifiesta no recordar nada días después de haber sido privado de libertad en el 2008, confiesa haber realizado el acto de homicidio de sus dos primas. En su última entrevista realizada el paciente habla de forma lógica, coherente, bien orientado en espacio y tiempo, reconoce a la personas que se relacionan con él. frecuentemente su historia en lo referente al asesinato. Evaluación neuropsicología lo reporta como simulador. Paciente se fuga de la sala de hospitalización 25 días posterior a su ingreso, después de haber permanecido aislado los primeros días en su ingreso, se torna sociable y hasta líder de los pacientes, quienes le ayudan en su fuga.

#### **Exámenes de laboratorio y Gabinete:**

Hemograma, orina, química sanguínea, pruebas de funcionamiento hepático y renal normales, electrolitos normales, Electroencefalograma: normal. Tomografía axial computarizada (TAC cerebral) no realizado.

---

## TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVA (TID)

El trastorno de identidad disociativa (TID) se define por la existencia de dos o más identidades o estados de la personalidad que controlan el comportamiento del individuo de modo recurrente, junto con la incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado amplia para ser explicada a partir de un olvido ordinario.<sup>1</sup>

La perspectiva actual es que el TID es un trastorno del desarrollo con una base postraumática, que generalmente comienza después de los 6 años de edad<sup>2</sup>. Se caracteriza por la presencia de alteraciones que incluyen dificultades en la regulación del afecto que se reflejan en: grave desregulación emocional, depresión, tendencias suicidas e irritabilidad generalizada. El control de impulsos suele estar afectado, dando lugar a conductas de riesgo, abuso de sustancias, y comportamientos inapropiados o autodestructivos.

Un estudio reciente con población en general encontró que 1% a 3% satisfacía los criterios diagnósticos de TID, aunque una frecuencia más real sería cercana a 0.5% de la población total. Una proporción mujer: varón desde 5:1 hasta 9:1 para los casos diagnosticados.

Partiendo de la base el antecedente de un trauma se le puede considerar como una forma de supervivencia para ciertos individuos que son capaces de disociarse como respuesta a un abuso infantil severo, hay con frecuencia una relación entre ciertos tipos de abusos y personalidades alternativas específicas. Cada personalidad alternativa se relaciona usualmente con un grupo o tipo de

conflictos y afectos específicos. Alternancias o cambios pueden ocurrir cuando como resultado de los abusos aparecen sensaciones y conflictos abrumadores. Por ello, situaciones análogas a las abusivas (que causan el temor de que el abuso o un peligro o amenaza relacionada con él puedan ocurrir), pueden dar lugar al cambio de personalidad. Estas respuestas disociativas permiten apartar las experiencias traumáticas para permitir el desarrollo de otras áreas vitales, como académicas o sociales. La disociación y la creación de entidades alternas que pueden utilizarse para enfrentar circunstancias vitales más rutinarias y no traumáticas. El resultado es una persona que engloba varios estados de sí mismo, relativamente concretos e independientes y que entran en conflicto constantemente. Las personalidades alternativas pueden originarse también para preservar una cualidad que se siente amenazada por el agresor.<sup>3</sup>

Dentro de la sintomatología encontrada en este trastorno encontramos los síntomas pseudopsicóticos: podemos mencionar las voces alucinadas, imágenes visuales de las identidades alternantes y fenómenos alucinatorios complejos.

Las alteraciones disociativas de la memoria se manifiestan de diferentes formas básicas y se observan con frecuencia en los entornos clínicos. Al realizar la exploración general del estado mentales. Se debe interrogar por posibles experiencias de pérdidas de tiempo, desvanecimientos y lagunas importantes de la continuidad de los recuerdos referentes a la información personal. Las experiencias de pérdidas de tiempo disociativo son demasiado amplias para ser explicadas por el olvido ordinario y típicamente tienen inicios y finales claramente delimitados.<sup>1</sup>

---

<sup>2</sup> Richard J. Loewenstein, Psychopharmacological treatment for Dissociative Identity Disorder. *Psychiatric Annals* 35:8. Agosto 2005.

---

<sup>3</sup> Armstrong JG. Characteristics of patients with multiple personality and dissociative disorder on psychological testing J New Men Dis

En el tratamiento del TID las intervenciones psicofarmacológicas son primariamente coadyuvantes y de naturaleza empírica. No existen estudios doble-ciego controlados con placebo para estudiar algún agente psicofarmacológico o régimen farmacológico para el TID. El paciente con TID puede presentar síntomas aparentemente encapsulados dentro de una o unas pocas identidades alternantes, mientras que otras identidades niegan los síntomas o muestran síntomas diferentes. Esta evaluación produce confusión en la evaluación de las medicaciones y en la valoración de la eficacia y de los efectos secundarios.

El psiquiatra debe intentar tratar síntomas que se encuentran a lo largo de la mayoría o de todas las identidades alternantes. Los estudios epidemiológicos han identificado el TEPT y los trastornos depresivos como las evoluciones más comunes del trauma psicológico.<sup>4</sup> Los estudios clínicos han encontrado que entre un 80 y un 100% de los pacientes con TID reúnen criterios diagnósticos para un trastorno depresivo mayor, TEPT o ambos en algún momento del curso clínico. De acuerdo con esto, estos son habitualmente los síntomas más destacables que pueden abordarse con medicaciones psicótropas en el TID.

Los pacientes con TID a menudo tienen una respuesta notable aunque parcial a las medicaciones antidepresivas, frecuentemente inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o antidepresivos tricíclicos (ATC). Más que una respuesta lenta los pacientes con TID suelen referir una respuesta muy temprana a los antidepresivos, a menudo en días en lugar de semanas, cuando van a tener una buena respuesta a la medicación. Frecuentemente el humor mejora primero en el TID, no los síntomas

vegetativos. Los síntomas vegetativos (alteraciones del sueño, baja energía, mala concentración) permanecen por lo general relativamente poco modificados debido al TEPT intercurrente. Los síntomas pseudopsicóticos raramente mejoran con fármacos antipsicóticos, incluso en dosis altas, aunque unos pocos de estos pacientes pueden referir alguna disminución de los fenómenos alucinatorios con antipsicóticos. Estos tipos de síntomas responden mejor a intervenciones psicoterapéuticas. No hay datos sistemáticos que orienten al clínico para elegir un neuroléptico atípico frente a otro, excepto la respuesta del paciente y el perfil de efectos secundarios. Los pacientes con TID manifiestan una hiperactivación extrema, pánico y ataques de ansiedad. Los ISRS, estabilizadores del humor, antipsicóticos atípicos y benzodiacepinas son eficaces para tratar estos síntomas en estos pacientes. Muchos pacientes pueden precisar tratamientos prolongados con benzodiacepinas, como loracepam o clonacepam, para el manejo de los estados de ansiedad. Algunos pacientes no responden más que a altas dosis de benzodiacepinas. Estos pacientes frecuentemente toleran dosis altas sin somnolencia. Los síntomas obsesivo-compulsivos encontrados de forma sorprendentemente frecuente en el TID responden preferentemente a antidepresivos con eficacia anti obsesiva, como la fluvoxamina y la clorimipramina. El psiquiatra debe preguntar rutinariamente sobre esta sintomatología.

La mayoría de los pacientes refieren trastornos graves de sueño, con insomnio de conciliación y de mantenimiento. Los problemas de sueño son complejos en la mayor parte de estos pacientes y responden

---

<sup>4</sup> Kessler RC. Posttraumatic stress disorder: the Burden to the individual and to society. *J Clin Psychiatry* 2000.

pocas veces a las intervenciones farmacológicas solas.<sup>5</sup>

Los pacientes con TID van desde individuos con enfermedad psiquiátrica crónica y con deficiente funcionamiento psicosocial hasta personas con alto funcionamiento que pueden ser exitosas en sentido profesional y social. Este trastorno debe diferenciarse de los síntomas debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica por lo que es necesario basarse en la historia clínica, los hallazgos de laboratorio y la exploración física.

Las crisis parciales complejas, a pesar de que los dos trastornos pueden manifestarse al mismo tiempo, suelen ser generalmente breves (desde 30 seg hasta 5 min) y no presentan la estructura compleja y resistente de las identidades y del comportamiento que se observa en el TID.

Los síntomas debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia pueden diferenciarse del trastorno de identidad disociativo por el hecho de que la sustancia (p. ej., drogas o fármacos) se considera etiológicamente relacionada con la alteración. Algunos clínicos opinan que el TID tiende a infravalorarse (p. ej. la presencia de más de una personalidad de tipo disociativo puede confundirse con un delirio y la comunicación de una personalidad con otra puede confundirse con una alucinación auditiva, llevando así a realizar un diagnóstico erróneo de trastorno psicótico; los cambios de identidad pueden confundirse con fluctuaciones cíclicas del estado de ánimo y con el trastorno bipolar). Por el contrario, hay quien piensa que el TID se tiende a diagnosticar exageradamente debido al interés de los medios de comunicación por la enfermedad y la naturaleza altamente

sugestionable de estos individuos. Los factores que pueden facilitar el diagnóstico son una clara sintomatología disociativa, con cambios de identidad repentinos, amnesia reversible y puntuaciones elevadas en los tests de disociación e hipnotizabilidad en individuos que no manifiestan síntomas propios de otro trastorno mental.

El TID debe diferenciarse de la simulación en las situaciones en las que puede obtenerse un beneficio económico o legal y de los trastornos facticios (en los que se puede observar un comportamiento de búsqueda de ayuda).

## BIBLIOGRAFIA

1. Lippincott williams and wilkins. wolters kluwer health, Manual de Psiquiatría de Kaplan & Sadock, 4ta Edicion 2008.
2. Richard J. Loewenstein, Psychopharmacological treatment for Dissociative Identity Disorder. *Psychiatric Annals* 35:8. Agosto 2005.
3. Armstrong JG. Characteristics of patients with multiple personality abd dissociativa disorder on psychological testing J New Men Dis.
4. Kessler RC. Posttraumatic stress disorder: the Burden to the individual and to society. J Clin Psychiatry 2000.
5. Foa EB, Treatments for PTSD: Practice Guildelines from the International Society for Traumatic Stress. Study. The Guilford Press 2000.

---

<sup>5</sup> Foa EB, Treatments for PTSD: Practice Guildelines from the International Society for Traumatic Stress. Study. The Guilford Press 2000.