

VALORACIÓN MÉDICO FORENSE DEL TRASTORNO DISOCIATIVO.

PASTOR BRAVO M.¹, RODES LLORET F.²

RESUMEN.

Los trastornos disociativos son cuadros que no aparecen con frecuencia en la práctica forense. Suelen ser secundarios a acontecimientos traumáticos, y lo que habitualmente se pide al médico forense es que valore el estado clínico del individuo, para determinar la existencia de posibles secuelas. Pero como cualquier otro trastorno mental, puede requerirse su estudio para valorar otras cuestiones médico legales como imputabilidad.

En este trabajo se hace un breve recordatorio del concepto del trastorno disociativo, así como de las distintas formas clínicas y se exponen cuatro casos, en los que se confirmó la existencia de este cuadro clínico.

PALABRAS CLAVE: abuso sexual, imputabilidad, secuela, trastorno disociativo.

INTRODUCCIÓN.

Los trastornos disociativos se caracterizan por alteraciones en la organización integrada de la identidad, la memoria, la percepción, o la conciencia[1]. Situaciones que normalmente se experimentan como una sucesión continua, se aíslan del resto de procesos mentales con los que normalmente se asocian.

Estos trastornos, son más una alteración en la organización y estructura de la mente, que en su contenido.

Lo habitual es que la vida psíquica normal constituya una unidad, como resultado de la integración de las distintas funciones. Si esta unidad resulta alterada, se produce una ruptura de los procesos psíquicos y nos encontramos ante un fenómeno común a todos estos trastornos: la disociación.

Según Vallejo et al[2], la disociación se puede entender como un proceso psicobiológico que subyace en una variedad de fenómenos psicológicos normales y patológicos merced al cual se disgregan, y en su caso, manifiestan separadamente, diversas funciones mentales y físicas habitualmente integradas en la experiencia humana.

En la génesis de estos trastornos se ha evidenciado la relación existente entre trauma y disociación. La disociación surge como un mecanismo de defensa ante un acontecimiento traumático. Así por ejemplo, el trastorno por estrés postraumático está clasificado en el DSM-IV-TR[3] dentro de los trastornos de ansiedad, pero hay que tener en cuenta que más de la mitad de los síntomas que presenta este trastorno son de naturaleza disociativa[1]. Ante situaciones traumáticas altamente estresantes y como medio defensivo para adaptarse a la situación puede aparecer

1 Médico Forense. Instituto de Medicina Legal de Alicante.
Profesora Asociada de Psicología de la Salud. Universidad de Alicante.

2 Médico Forense. Instituto de Medicina Legal de Alicante.
Profesor Asociado de Psicología de la Salud. Universidad de Alicante.
Profesor Asociado de Medicina Legal y Forense. Universidad Miguel Hernández.

sintomatología disociativa. Si este mecanismo de defensa dura demasiado e interfiere el proceso normal de olvido del acontecimiento traumático puede favorecer la aparición de un trastorno de estrés postraumático tardío.

Los trastornos disociativos según el DSM-IV-TR son los siguientes:

AMNESIA DISOCIATIVA.

Se caracteriza por dificultad para recuperar componentes concretos de la memoria episódica, no implica dificultad en el almacenamiento de la memoria y es de carácter reversible[1]. La pérdida de la memoria es típicamente retrógrada y afecta a un acontecimiento traumático, estresante o displacentero.

Quienes han padecido un episodio de amnesia disociativa pueden presentar una mayor predisposición a sufrir más episodios después de vivir acontecimientos traumáticos. La amnesia de tipo agudo desaparece a veces espontáneamente después de apartar al individuo de la situación que ha originado el trastorno. Quienes padecen una amnesia crónica recobran en ocasiones la memoria gradualmente.

Criterios diagnósticos de amnesia disociativa (DSM-IV-TR).

A. La alteración predominante consiste en uno o más episodios de incapacidad para recordar información personal importante, generalmente un acontecimiento de naturaleza traumática o estresante, que es demasiado amplia para ser explicada a partir del olvido ordinario.

B. La alteración no aparece exclusivamente en el trastorno de identidad disociativo, en la fuga disociativa, en el trastorno por estrés postraumático, en el trastorno por estrés agudo o en el trastorno de somatización, y no es debida a los efectos fisiológicos directos de una

sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o a una enfermedad médica o neurológica (p. ej., trastorno amnésico por traumatismo craneal).

C. Los síntomas producen malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

FUGA DISOCIATIVA.

En este cuadro clínico, una persona aparentemente bien integrada hasta ese momento, desaparece repentinamente de su hogar o lugar de trabajo, y sin saber adónde o por qué, se dirige a otro lugar en el cual, permanece meses o años[2]. En este caso hay una combinación de varios factores; fallo en la integración de ciertos aspectos de la memoria personal, pérdida de la identidad personal y de los automatismos de la conducta motora. Suele tener su origen en una experiencia traumática o una pérdida.

Criterios para el diagnóstico de la fuga disociativa (DSM-IV-TR).

A. La alteración esencial de este trastorno consiste en viajes repentinos e inesperados lejos del hogar o del puesto de trabajo, con incapacidad para recordar el pasado del individuo.

B. Confusión sobre la identidad personal, o asunción de una nueva identidad (parcial o completa).

C. El trastorno no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de identidad disociativo y no es debido a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o de una enfermedad médica (p. ej., epilepsia del lóbulo temporal).

D. Los síntomas producen malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

TRASTORNO DE DESPERSONALIZACIÓN.

Se caracteriza por sentimientos persistentes de irrealidad, distanciamiento o enajenación de uno mismo o del propio cuerpo[1]. Se tiene la sensación de que uno es un observador externo del proceso mental que se produce dentro de sí mismo. Es un trastorno en la integración de las experiencias que se perciben. Estos sujetos reconocen que hay cierta distorsión en sus experiencias perceptivas y suelen desarrollar un elevado componente de ansiedad, tiene miedo a "volverse locos". Es frecuente que junto con la despersonalización coexista una percepción alterada del entorno, lo que da lugar a una sensación de que las situaciones que vive el sujeto son irreales o que se está viviendo un sueño.

Criterios para el diagnóstico de trastorno de despersonalización (DSM-IV-TR).

A. Experiencias persistentes o recurrentes de distanciamiento o de ser un observador externo de los propios procesos mentales o del cuerpo (p. ej., sentirse como si se estuviera en un sueño).

B. Durante el episodio de despersonalización, el sentido de la realidad permanece intacto.

C. La despersonalización provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. El episodio de despersonalización aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental como la esquizofrenia, los trastornos de ansiedad, el trastorno por estrés agudo u otro trastorno disociativo, y no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., epilepsia del lóbulo temporal).

TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO.

Se trata de un estado disociativo patológico, crónico y complejo que cursa con alteraciones de la memoria y de la identidad, y que se caracteriza por la existencia, en un mismo sujeto, de diferentes identidades, que se expresan de modo independiente, alternativo y consistente, con amnesia completa o casi completa[2].

El elemento clínico característico de este trastorno es la presencia de distintas identidades. Cada una de ellas tiene una existencia y un curso independiente, se expresa en un estado de conciencia distinto, organizado en torno a un afecto o percepción de uno mismo y tiene su propio repertorio de conducta y de memoria asociadas.

Criterios para el diagnóstico de trastorno de identidad disociativo (DSM-IV-TR).

A. Presencia de dos o más identidades o estados de personalidad (cada una con un patrón propio y relativamente persistente de percepción, interacción y concepción del entorno y de sí mismo).

B. Al menos dos de estas identidades o estados de personalidad controlan de forma recurrente el comportamiento del individuo.

C. Incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario.

D. El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., comportamiento automático o caótico por intoxicación alcohólica) o a una enfermedad médica (p. ej., crisis parciales complejas).

Nota: En los niños los síntomas no deben confundirse con juego fantasiosos o compañeros de juego imaginarios.

TRASTORNOS DISOCIATIVOS NO ESPECIFICADOS.

El DSM-IV-TR, incluye en esta categoría aquellos trastornos en los que predomina un síntoma disociativo, que no cumple los criterios para el diagnóstico de un trastorno disociativo concreto.

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS.

CASO 1.

Motivo del reconocimiento: determinar la existencia de daños psíquicos y secuelas psíquicas en la paciente como consecuencia de un maltrato familiar (por parte de su marido).

Se trata de una mujer de 58 años de edad, casada con un hombre de nacionalidad cubana desde hacía 4 años. Trabajaba como administrativa, siendo la persona que sustenta económicamente la familia, ya que su marido no tiene ingresos. Se encontraba en situación de baja laboral por enfermedad.

Entre la documentación médica aportada había un informe de una unidad de hospitalización psiquiátrica del sistema público de salud, según el cual la paciente fue hospitalizada el mismo día en el que se denuncian los hechos que han motivado este procedimiento. El motivo del ingreso fue conflictos personales y con su marido de larga evolución. Durante el ingreso se diagnostica un trastorno disociativo.

También se aportó un informe del psiquiatra, que a la fecha del reconocimiento hacía el seguimiento de la paciente, según el cual fue tratada por primera vez una semana después de que le dieran el alta en el hospital anteriormente citado. En este informe consta que no hay antecedentes psiquiátricos en la paciente. En las primeras consultas manifestaba temores en relación a su marido, con miedo al hecho de que

a pesar de que éste se encuentra en una ciudad distinta pudiera perjudicarla. Presentaba apatía, falta de energía, insomnio, tristeza y deseos de morirse, diagnosticándose un trastorno de estrés agudo.

En la entrevista médico forense la paciente relató que durante sus 5 años de matrimonio su marido ha ido apartándola de sus amigos, hasta que últimamente solo se relacionaba con él, se hizo dependiente, necesitando a su marido para todo. Manifiesta haber sido insultada, menospreciada y vejada verbalmente en múltiples ocasiones. Refiere que en la fecha en la que fue ingresada, no sabe que ocurrió pero "perdió la cabeza". Dice que estaba como loca, que hacía cosas raras, que aporreaba la casa de las vecinas, y que no era ella. No recuerda muchas cosas del ingreso psiquiátrico que presentó, y que algunas de las vivencias que tuvo no las considera como propias, que a veces piensa que es "como si hubiesen sido dos personas, una era yo y la otra no".

Refiere que ha sufrido una mejoría importante, tras 9 meses alejada de su marido, residiendo en otra ciudad en compañía de una hermana.

CASO 2.

Motivo del reconocimiento: Valoración de posibles secuelas psíquicas, tras un presunto delito de abuso sexual. Los hechos denunciados son un delito de abuso sexual por un familiar de segundo grado.

Se trata de una mujer de 14 años de edad, que 18 meses antes del reconocimiento, fue ingresada en la unidad de psiquiatría de un hospital del servicio público de salud, por presentar "un cuadro disociativo, con despersonalización, desrealización, intensa angustia y anorexia". Hay otro informe de la misma unidad, 5 meses después del primero, según el cual la paciente debido a un encuentro ocasional en la calle con el supuesto agresor,

sufrió un nuevo cuadro disociativo, que requirió de ingreso hospitalario. Presentó síntomas de despersonalización y desrealización. Con posterioridad se ha diagnosticado a la niña de trastorno de estrés postraumático y se le ha recomendado que la niña acuda al colegio solo una hora al día y a días alternos.

También se aportó un informe psicológico sobre veracidad del testimonio, que concluye que el testimonio de la menor es fiable.

Al reconocimiento la niña mostró en muchas ocasiones dispersión, y cierto grado de ausencia.

CASO 3.

Motivo del reconocimiento: valoración de la imputabilidad.

Delitos imputados: falta de lesiones, falsificación de documento público, tenencia de explosivos.

Se trata de una mujer de 30 años de edad, con estudios superiores, que tras 12 años de relación con su pareja, sufrió una ruptura sentimental por voluntad de ésta. Según manifiesta desde que ésta separación se produjo comenzó a aislarse y unos meses después presentó ideas de suicidio. Refiere que todo su mundo giraba en torno a terminar la jornada laboral para idear la forma de quitarse la vida. Así falsificó un documento de identidad, para conseguir un arma y se hizo con distintos compuestos legales con que confeccionó explosivos, todo lo cual fue acumulando en su vehículo, hasta que en un control policial rutinario fueron descubiertos. Tras su detención fue valorada por el médico forense de guardia, quien determinó que el estado de la paciente requería de ingreso hospitalario. En este ingreso se diagnosticó un trastorno de identidad disociativo.

En la entrevista médico forense, la paciente relata no saber como ha podido hacer todo lo que se le imputa, que sabe que es cierto porque personas de su confianza, así se lo han manifestado, pero que no se reconoce en esos hechos.

Entre los acontecimientos biográficos de la paciente figuran dos episodios disociativos, ante dos situaciones estresantes que vivió en su adolescencia.

CASO CLÍNICO 4.

Motivo del reconocimiento: informar sobre la enfermedad que padece la paciente e imputabilidad.

Se trata de una mujer de 27 años de edad, a la que se le imputa un delito de estafa con tarjetas de crédito. Según manifestaciones de la paciente, ésta fue sometida a un elevado estrés por parte de un grupo organizado que utilizaba el datáfono de su negocio para extraer distintas sumas de dinero. Fue amenazada verbalmente en reiteradas ocasiones. Las amenazas iban dirigidas tanto hacia ella como hacia su familia. Tras ser detenida por la policía e iniciarse el procedimiento judicial empezó a presentar distinta sintomatología psiquiátrica, que tras pasar por varios diagnósticos, acabó con un ingreso psiquiátrico en el que se estableció como diagnóstico definitivo un trastorno disociativo. La paciente inventó un personaje que le acompañaba en situaciones difíciles, ante las que presentaba temor y desconfianza. Durante la entrevista presenta una actitud normal, hasta que se le pregunta por este personaje, en ese momento se queda totalmente ausente, abstraída y con la mirada hacia abajo, haciendo un gesto con la mano derecha, a modo de acariciar algo. Ante un golpe dado de manera brusca en la mesa, vuelve a la conversación. Finalmente manifiesta que en ese momento le acompaña su personaje imaginario.

CONSIDERACIONES MEDICO FORENSES.

Los cuatro casos tiene en común que se diagnosticó un trastorno disociativo ante una situación estresante.

En el caso 1 se consideró que la paciente había sufrido un trastorno disociativo como consecuencia de un trauma psíquico mantenido durante varios años en el contexto de un síndrome de mujer maltratada. Este cuadro había remitido, dejando paso a un trastorno de estrés postraumático.

En el caso 2 se concluyó que la menor había presentado varios episodios disociativos en torno a la situación de abuso sexual vivida y que tras superar éstos, presentaba un trastorno de estrés postraumático.

En el caso 3, se determinó que la paciente llevó a cabo los actos que motivaron el procedimiento bajo un trastorno disociativo, y que su conducta estuvo totalmente mediatizada por el mismo. Tras la resolución del cuadro, presentaba un cuadro depresivo moderado.

En el caso 4 las conclusiones a las que se llegaron fueron, por un lado que la paciente presentaba un trastorno disociativo como consecuencia de la situación de amenazas y de estrés que había vivido, y que continuaba cuando se realizó el reconocimiento, pero que este no cuadro no existía cuando sucedieron los hechos imputados, y por lo tanto no modificaban su imputabilidad.

BIBLIOGRAFIA.

- 1- Hales RE, Yudofsky S, Talbott JA. Tratado de psiquiatría, 3ª ed. Barcelona: Masson; 2000.
- 2- Vallejo Ruiloba J, Leal C. Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Ars Médica; 2005.
- 3- Asociación Psiquiátrica Americana. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2002.