



Mi Universidad

infografia

Luis Angel Vasquez Rueda

Infografia

Tercer parcial

Psiquiatría

Dr. Cristian Jonathan Aguilar Ocampo

Licenciatura En Medicina Humana

5to Semestre Grupo "C"

Comitan De Dominguez, Chiapas, 11 de Noviembre del 2023

La disociación se define como un mecanismo de defensa inconsciente que incluye la segregación de cualquier grupo de procesos mentales o comportamentales del resto de las actividades psíquicas de la persona, El trastorno puede mostrar una aparición súbita o gradual, ser transitorio o crónico, y los signos y síntomas suelen aparecer como resultado de traumas psicológicos, En general, la disociación se presenta en respuesta a un evento traumático. Existen cuatro trastornos disociativos específicos: amnesia disociativa, fuga disociativa, trastorno de identidad disociativo y trastorno de despersonalización/desrealización, así como otros trastornos disociativos especificados o no especificados.

AMNESIA DISOCIATIVA

El fenómeno disociativo es específicamente amnésico en el sentido de que el paciente no puede evocar un recuerdo importante, por lo general traumático o estresante, pero conserva la capacidad de aprender nuevas cosas. El trastorno no es resultado de una afección médica general, ni se relaciona con el consumo de drogas, El inicio de la amnesia disociativa a menudo es abrupto y los antecedentes muestran un trauma emocional precipitante cargado de emociones dolorosas y conflicto psicológico,

TIPOS DE AMNESIA DISOCIATIVA

- Amnesia localizada: incapacidad para recordar acontecimientos relativos a un período circunscrito.
- Amnesia selectiva: capacidad para recordar algunos, pero no todos, los acontecimientos relativos a un período circunscrito.
- Amnesia generalizada: incapacidad para recordar toda la vida del propio individuo.
- Amnesia continua: incapacidad para recordar acontecimientos sucesivos a medida que acontecen.
- Amnesia sistematizada: amnesia para determinadas categorías de memoria, como, por ejemplo, todos los recuerdos relativos a la propia familia o a una persona concreta.

1. Trastorno disociativo más frecuente (2-6%)
2. Más habitual en mujeres
3. Más frecuente en adolescentes y adultos jóvenes que en adultos mayores
4. Aumento de la incidencia durante las épocas de guerra y de catástrofes
5. Las defensas incluyen la represión, la negación y la disociación.
6. La pérdida de la memoria es secundaria al conflicto psicológico doloroso.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Demencia

Delirium

Olvido ordinario y formas no patológicas de amnesia

Trastorno amnésico debido a una afección médica

Amnesia anóxica

TRATAMIENTO

1. Psicológico. Ayuda a los pacientes a incorporar los recuerdos en su estado consciente. La hipnosis se utiliza sobre todo como un medio para relajar al paciente lo suficiente como para recordar información olvidada.

2. Farmacológico. Las entrevistas asistidas por fármacos, como barbitúricos de acción corta (tiopental y amobarbital sódico administrado por vía intravenosa), así como las benzodiazepinas, pueden emplearse para ayudar a los pacientes a recuperar los recuerdos olvidados.

FUGA DISOCIATIVA

Se caracteriza por un viaje impulsivo y repentino fuera del hogar y la incapacidad para recordar el pasado, parcial o totalmente, lo anterior acompañado de confusión sobre la identidad y, a menudo, la asunción de otra completamente nueva.

1. Rara, con una tasa de prevalencia del 0.2% en la población general.

2. Tiene lugar en situaciones de guerra, durante las catástrofes naturales y como consecuencia de crisis personales con intenso conflicto interno.

3. Las entrevistas psiquiátricas, las entrevistas asistidas con medicamentos y la hipnosis ayudan a revelar al clínico y al paciente los elementos psíquicos estresantes que precipitaron el episodio de fuga. La psicoterapia permite al paciente incorporar a su conciencia, de una manera sana e integrada, los elementos que produjeron el estrés y que precipitaron el trastorno.

TRASTORNO DE IDENTIDADES DISOCIATIVA

Antes llamado trastorno de personalidad múltiple, el trastorno de identidad disociativo suele implicar un acontecimiento traumático, a menudo de un abuso físico o sexual en la infancia. Los pacientes manifiestan dos o más personalidades o identidades diferentes que dominan, cuando están presentes, las actitudes y la conducta de la persona como si no existiera ninguna otra personalidad

1. Se observa en un 5% de los pacientes psiquiátricos.
2. Es más frecuente en las mujeres.
3. Ocurre con más frecuencia al final de la adolescencia y principios de la vida adulta, aunque los síntomas pueden manifestarse durante 5-10 años antes del diagnóstico.
4. Hasta 2/3 de los pacientes intentan suicidarse
5. El abuso psicológico y físico intenso obliga a tomar una distancia profunda del horror y del dolor. Cada personalidad expresa alguna emoción o estado (p. ej., rabia, sexualidad, extravagancia, competencia) que la personalidad original no se atreve a expresar. Durante el abuso, el niño trata de protegerse del trauma disociándolo de los actos que le aterrorizan, convirtiéndose en esencia en otra persona o personas que no sufren el abuso y que no pueden ser sometidas a él

CUADRO CLINICO

1. Notificaciones de distorsiones, lapsos o discontinuidades temporales.
2. Por lo menos dos estados distintos de la personalidad
3. Lagunas persistentes en la memoria y la información personal.
4. Bajo la hipnosis o durante entrevistas con amobarbital surgen otras personalidades.
5. El uso de la palabra “nosotros” en el curso de una entrevista

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

1. Esquizofrenia
2. Trastorno de personalidad limite
3. Trastorno bipolar con ciclos rapidos
4. Trastornos neurologicos

TRATAMIENTO

Psicológico. La psicoterapia orientada a la introspección, combinada con la hipnoterapia o la entrevista asistida con medicamentos, es la modalidad más eficaz. La hipnoterapia ayuda a revelar los antecedentes adicionales, permite identificar las identidades no reconocidas y fomenta la abreacción.

Farmacológico. La entrevista asistida con medicamentos ayuda a obtener antecedentes adicionales y a reconocer a las demás identidades. Los antidepresivos y los ansiolíticos son útiles como complemento de la psicoterapia. Algunos pacientes mejoran con medicamentos antiepilépticos, como la carbamazepina

Referencia bibliográfica: manual de bolsillo de psiquiatría clínica Kaplan y Sadock