

**Revista de
Neuro - Psiquiatría**

Revista de Neuro-Psiquiatría

ISSN: 0034-8597

revista.neuro.psiquiatria@oficinas-
upch.pe

Universidad Peruana Cayetano Heredia
Perú

Cruzado, Lizardo; Núñez-Moscoso, Patricia; Rojas-Rojas, Galia
Despersonalización: más que síntoma, un síndrome.

Revista de Neuro-Psiquiatría, vol. 76, núm. 2, 2013, pp. 120-125

Universidad Peruana Cayetano Heredia

Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372036944009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Despersonalización: más que síntoma, un síndrome.

Depersonalization: more than a symptom, a syndrome.

Lizardo Cruzado¹, Patricia Núñez-Moscoso², Galia Rojas-Rojas³.

RESUMEN

La despersonalización es un fenómeno psicopatológico consuetudinariamente soslayado, considerado un simple elemento sintomático unidimensional formando parte de otros síndromes de mayor complejidad. En los últimos años la investigación psicopatológica y neurobiológica ha permitido identificar diversos componentes de la despersonalización que permitirían caracterizarla más propiamente como un síndrome con correlatos funcionales de desconexión córtico-subcortical. Sobre la base de cuatro casos de despersonalización primaria o comórbidos con cuadros de ansiedad, depresión y consumo de sustancias psicoactivas, se procede a una razonable revisión de la literatura y se enfatiza la necesidad de su detección clínica sistemática, abordaje pertinente y manejo combinado, al tiempo que se plantea la necesidad de investigación transcultural de este trastorno en nuestro medio.

PALABRAS CLAVE: Despersonalización, trastornos disociativos, psicopatología.

SUMMARY

Depersonalization is a psychopathological phenomenon customarily ignored, treated as a mere companion of other syndromes and understood in a one-dimensional fashion. In recent years, psychopathological and neurobiological research has discriminated various components of depersonalization, with which it would properly constitute a syndrome, and has found a functional correlate of cortex-subcortex disconnection. From selected cases of primary depersonalization or comorbid depersonalization with anxiety, depression and psychoactive substance use, we review the literature and emphasize the need for screening, a convenient approach to this phenomenon and cross-cultural research of depersonalization in our context.

KEY WORDS: Depersonalization, dissociative disorders, psychopathology.

INTRODUCCIÓN

La despersonalización es un cuadro frecuente en la práctica psiquiátrica y neurológica sin embargo una gran proporción de individuos normales puede experimentarla en situaciones ordinarias de

agotamiento físico o emocional, estrés o privación de sueño (1). La despersonalización ha sido definida como una alteración de la conciencia del yo, de índole tal que el individuo despersonalizado se siente a sí mismo como extraño y distante, mero observador de sus procesos mentales y su ámbito corporal; es

¹ Médico psiquiatra. Facultad de Medicina Alberto Hurtado. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Departamento de Emergencia. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi. Lima, Perú.

² Médica psiquiatra. Departamento de Emergencia. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi. Lima, Perú.

³ Médica residente de Psiquiatría. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi. Lima, Perú.

frecuente enfatizar en las definiciones usuales la sensación de irre realidad que el paciente experimenta y la comparación que hace de sus experiencias usando la expresión “como si”, por la dificultad inherente a la descripción de ellas, y que además denota la claridad que el sujeto despersonalizado mantiene sobre la naturaleza anormal de su estado (2).

Se atribuye a Dugas en 1894 el empleo del vocablo “despersonalización” para nominar al fenómeno; desde entonces, y pese a los diferentes enfoques teóricos acerca de ella, la fenomenología de la despersonalización se ha mantenido relativamente estable (3).

Jaspers expresaba: “Es experimentada en toda vida psíquica una *actividad originaria, incomparable*. Si lo psíquico, sea como percepción, sensación del cuerpo, recuerdo, representación, pensamiento, sentimiento, recibe ese tono especial de la acción “mía”, del “yo”, “personal”, se llama *personalización*. Cuando esos elementos psíquicos aparecen realizados con la conciencia de no pertenecerme, de ser extraños a mí, de ser automáticos, de surgir desde otra parte, se les llama fenómenos de *despersonalización*” (4). Honorio Delgado apuntaló esta definición subrayando: “La falta o la mengua de la cualidad de la conciencia del yo experimentada como sentimiento de plenitud presente vivida constituye la despersonalización. Es un estado en el que el sujeto tiene la impresión de su vida anímica como si no fuera propia sin ser ajena, impresión negativa, de vacío” (5).

Motivados por recientes avances en el esclarecimiento psicopatológico y neurobiológico de la despersonalización, hemos seleccionado algunos casos para ilustrar la diversa presentación del fenómeno y presentar un resumen actualizado de la literatura.

CASO CLÍNICO 1

Mujer de 28 años, con antecedente de asma bronquial que amainó en la adolescencia. Desde los 20 años de edad presentó crisis de pánico donde predominaban síntomas cardíacos: opresión precordial, taquicardia y sensación ominosa de palpitaciones, el cuadro cedió tras dos años de tratamiento con inhibidores selectivos de recaptación de serotonina y benzodiazepinas. A los 25 años de edad experimentó recaída de sus crisis de pánico pero esta vez fueron a predominio de molestias respiratorias: sensación de atragantamiento, asfixia, sequedad de mucosas

orofaríngeas e impresión de desvanecimiento y muerte inminente. Pese a la reinstauración de su tratamiento, su evolución fue discreta y fueron instalándose en ella síntomas de despersonalización y desrealización: sensación de no ser ella misma, de sentirse como un robot, de no reconocerse en su propia actividad mental y, adicionalmente, inmenso temor a perder la razón.

A medida que predominaban estos síntomas, fueron presentándose incluso en ausencia de las crisis de pánico y se apropiaron del cuadro clínico: atemorizada por creer que estaba enloqueciendo acudía a consulta pero no se atrevía a mencionar su vivencia, la que además no sabía expresar bien; esto retardó la intervención apropiada. No presentaba síntoma alguno de índole psicótica y no hubo anomalías en sus exámenes auxiliares; dado que cumplía criterios de trastorno de despersonalización, se le inició tratamiento con antidepresivos (sertralina) y su evolución fue paulatinamente favorable, no obstante luego de unos meses desertó del seguimiento.

CASO CLÍNICO 2

Mujer de 21 años, soltera, instrucción superior técnica, desde niña fue tímida, nerviosa y colérica, se arañaba el rostro si las cosas no salían según su deseo, era muy perfeccionista; no tenía antecedentes familiares o personales de importancia. Hace un año sucedió el fallecimiento de un familiar cercano y desde entonces empezó a sentirse rara, no se reconocía a sí misma por momentos: afirmaba que era como si su cuerpo pesara 200 kilos y no fuese suyo o como si se tocara con guantes a sí misma. Decía no tener noción del tiempo, como si nada existiera en el pasado, como si su cabeza estuviera vacía y a la vez sentía enorme angustia. Llegaba a preguntarse: “¿realmente existo? No sé si estoy muerta.” Progresivamente fue experimentando profunda pesadumbre, abulia, hiporexia, sueño no reparador, ideas suicidas sin plan, se sentía indigna de afecto, prefería estar en cama dormitando y entonces le parecía escuchar la voz de su abuela muerta diciéndole: “ya falta poco” y también le parecía ver “sombras”.

En su examen mental no se hallaron ideas delusivas ni alteraciones del pensamiento de tipo esquizofrénico, tampoco antecedentes de manía. Todos sus exámenes auxiliares resultaron normales. Fue diagnosticada como depresión mayor severa (a descartar depresión bipolar en el seguimiento) y se inició tratamiento con un antidepresivo, un antipsicótico atípico y una benzodiazepina, la evolución fue favorable tanto del

ánimo como de los síntomas de despersonalización.

CASO CLÍNICO 3

Varón de 20 años, estudiante universitario, posee un tío esquizofrénico por la rama materna. Hace cuatro años consumió hachís y experimentó una intensa crisis de pánico, por lo que no volvió a emplearlo. Refiere que desde esa fecha él quedó “distinto en sus sentimientos, como si no sintiese el control de sus propios pensamientos aunque él sabía que sí los controlaba”. No acudió a consulta por el temor de no ser comprendido y la aprensión de que pudiese confirmársele que se estaba volviendo loco. Puntualiza: “desde entonces he sentido extrañeza ante mis propias emociones, incluso no puedo sentir familiaridad con mis pensamientos más íntimos; cuando recién me pasó, sentía con desesperación como si yo mismo no fuese quien escogía las propias palabras que pronunciaba”. Tras dos años de padecimiento continuo llegó a experimentar ánimo deprimido e ideas tanáticas, se preguntaba a sí mismo sin hallar respuesta satisfactoria: “¿qué es lo que estoy sintiendo?” y muchas veces sentía que si no monitorizaba su mente permanentemente, ésta “se ponía en blanco”, asimismo sentía incertidumbre, desánimo, desesperanza y afirmaba: “pienso que ya nunca voy a ser el mismo de antes”. Pese a esto, el paciente podía seguir sus estudios universitarios y sus relaciones interpersonales con pareja y amigos.

Se le diagnosticó trastorno de despersonalización y depresión; se le brindó amplia psicoeducación sobre su trastorno y se le prescribió sertralina y clonazepam, lográndose mejoría progresiva de sus síntomas depresivos y ansiosos, a la vez que sus episodios de despersonalización se fueron tornando más leves e infrecuentes.

CASO CLÍNICO 4

Adolescente de 17 años, con instrucción secundaria, sin antecedentes de importancia. Hace tres años, luego de un accidente casero de la madre y que no revistió mayor severidad, se quedó sobresaltada y ansiosa, en sus propias palabras: “se quedó asustada”, no podía evadir la sensación de inseguridad y temor, sentía “como si no estuviera en el lugar donde estaba, como si nada fuese real o estuviese en medio de un sueño”. Los primeros meses estas vivencias de despersonalización fueron autónomas, se repetían casi a diario y duraban varias horas, pero progresivamente fue abatiéndose su ánimo, tornándose hipobúlica y

pesimista, presentaba ideas de minusvalía y lloraba con frecuencia, se quejaba: “todo lo que me pasa me parece extraño, me confunde, veo la hora y parece que esa no fuera realmente la hora, siento que el tiempo no se mueve, que estamos como inmóviles aunque sé que no es así.” En esas situaciones se sentía desesperada y se infería cortes superficiales en el antebrazo o se golpeaba la cabeza para “sentir el dolor real y poder darse cuenta que no era solamente su imaginación”, así su angustia se calmaba parcialmente. Se le diagnosticó trastorno de despersonalización y depresión mayor e inició tratamiento con antidepresivos pero defecionó de la consulta.

DISCUSIÓN

Aunque se ha señalado que, luego de la ansiedad y la depresión, la despersonalización es el síndrome más frecuente en la psiquiatría clínica y asimismo que la despersonalización constituye uno de los problemas nucleares de la psicología y la psicopatología (2), usualmente no se la detecta, discurre largo tiempo hasta su adecuado diagnóstico y se la concibe trivialmente como mero síntoma secundario en el seno de otros síndromes.

Si bien ya se intuía la naturaleza sindrómica y compleja de la despersonalización, estudios recientes definen cuatro dimensiones subyacentes a la psicopatología de la despersonalización (2,6): a) experiencias corporales anómalas, b) anestesia emocional, c) experiencias anormales del recordar, y d) desrealización.

El rubro de experiencias corporales anómalas abarca fenómenos diversos y el primero es la falta de sentimientos de pertenencia del propio cuerpo que vivencia el individuo despersonalizado. La sensación de pérdida de agencia, por su parte, es no experimentar a la conducta y los distintos procesos mentales como propios del yo del sujeto (y se diferencia de las experiencias de pasividad esquizofrénica pues en esta anomalía no se hace atribución de agencia a fuerzas externas y el juicio de realidad permanece indemne). Jaspers hablaba de alteración de la conciencia de ejecución, dentro de las anomalías de la actividad del yo, y ello es equivalente a la sensación de pérdida de agencia. Las sensaciones de descorporización aluden a la inefable vivencia de no sentirse presente uno en su propio cuerpo (y se asocian al afán de autoobservación incrementada, característico de la despersonalización) aunque la autoscopia es rara. Finalmente en este acápite destacan las distorsiones somatosensoriales

(vivencias de cambio en el tamaño o forma de partes del cuerpo o del peso corporal), pero estos síntomas no son específicos de la despersonalización (y plantean el diagnóstico diferencial con epilepsia, migraña y esquizofrenia, donde son relativamente frecuentes). Estos cambios en la imagen corporal tampoco son acompañados por alteraciones en el esquema corporal.

El entumecimiento o anestesia emocional, síntoma frecuentísimo entre aquellos que sufren despersonalización, es la atenuación de la vivencia emocional subjetiva (7); pero más que únicamente una incapacidad para sentir amor, miedo, placer, rabia, o todo el rango afectivo, es la imposibilidad de infundir un trasfondo emocional basal a los objetos percibidos o las circunstancias de la experiencia, asimismo involucra una mengua de la reactividad emocional: así las emociones parecen carecer de espontaneidad y validez subjetiva. Es necesario destacar que a diferencia del afecto plano de la esquizofrenia, los pacientes con despersonalización poseen intacta su expresión afectiva (en resumen, este fenómeno es análogo al “sentimiento de anafectividad” de Honorio Delgado) (5). Asimismo, se ha verificado incremento en el umbral al dolor en pacientes despersonalizados. Las experiencias anómalas del recordar (aunque de hecho estas experiencias abarcan otros territorios cognitivos), consisten en las quejas del paciente despersonalizado de no poder tener acceso subjetivo a contenidos como pensamientos, recuerdos e imágenes, aunque paradójicamente su desempeño cognitivo en pruebas neuropsicológicas es siempre normal; es decir, los eventos individuales parecen carecer de significado personal para el mismo sujeto. A esto se asocian cambios prominentes en la vivencia del tiempo anímico y desasosegantes sensaciones de vacío mental.

El término desrealización fue acuñado en 1935 por Mapother (8) (la despersonalización solía diferenciarse en autopsíquica, somatopsíquica y alopsíquica, esta última coincidía con la desrealización) (5). Se la ha descrito como la sensación de desvinculación o alienación del observador respecto a su entorno, cual si las cosas en rededor no fueran reales. Para la mayoría de autores no hay distinción conceptual y clínica evidente entre despersonalización y desrealización, la presentación de esta última aislada es rarísima y, como ya advirtió Dugas, la diferencia entre una y otra radicaría en el ángulo que adopta quien describe el fenómeno: “En la despersonalización, el individuo se siente un extraño entre las cosas o, si uno prefiere, las cosas resultan extrañas para él” (9).

El síndrome de despersonalización puede coexistir con cualquier patología psiquiátrica, sobre todo con trastornos de ansiedad (68%) y depresión (52%), además de esquizofrenia y distintas psicosis, aunque no se ha descrito en la manía (10). Las personalidades anancástica, evitativa y limítrofe son las más asociadas al diagnóstico. En otras especialidades médicas se la halla asociada a epilepsia (preferentemente del lóbulo temporal), traumatismos encéfalo-craneanos y migraña, además de disturbios del aparato vestibular (1,2). El síndrome de despersonalización asimismo puede ser causado por consumo de marihuana, LSD, éxtasis y ketamina (2,6). Sin embargo, si los síntomas de despersonalización ocurren de manera independiente y espontánea, se establece el diagnóstico de trastorno de despersonalización que se clasifica entre los trastornos disociativos en el DSM-IV, -lo que resulta discutible pues disociación y despersonalización son experiencias distintas y la despersonalización se asocia más a ansiedad y depresión que a cuadros disociativos-. El trastorno de despersonalización no es una patología rara pues su prevalencia oscila entre 0,8 y 2% de la población, no hay diferente prevalencia entre sexos, su curso usual es crónico y se inicia entre el final de la adolescencia y el inicio de la juventud. Hay datos que señalan como antecedente del síndrome de despersonalización a las experiencias de abuso emocional infantil (2,6,8).

A nivel neurobiológico, se postula que la despersonalización sería una respuesta cerebral inespecífica y preformada, análoga al delirium o las convulsiones. Ha llamado la atención que los pacientes con despersonalización presenten una respuesta autonómica aminorada; las neuroimágenes muestran hipoactividad de las estructuras ligadas a los fenómenos emocionales (amígdala e ínsula) secundaria a un mecanismo inhibitorio fronto-límbico. En base a esto se asume que la despersonalización sería una respuesta vestigial del sistema nervioso que se desarrolló a fin de preservar conductas adaptativas ante situaciones de estrés intenso: en semejantes situaciones la despersonalización produciría la inhibición de respuestas emocionales sin valor funcional pero conservando un estado elevado de alerta. Patológicamente, esta respuesta vestigial podría volverse persistente y disfuncional (1,2).

Otro hallazgo de gran valor pues refleja la interacción entre naturaleza y cultura es que los problemas de despersonalización son más frecuentes en sociedades occidentales, caracterizadas por su individualismo, en comparación con sociedades

menos industrializadas y más colectivistas (Asia y Latinoamérica). Es factible pues que las influencias culturales moldeadoras del concepto y vivencia de uno mismo operen directamente sobre esta vulnerabilidad psicopatológica (6,8).

En cuanto al tratamiento del síndrome de despersonalización, dado que hay evidencia de implicación serotoninérgica, glutamatérgica y de opioides endógenos en su neurobiología, se han ensayado antidepresivos, lamotrigina y antagonistas de opioides, con resultados dispares: al parecer los antidepresivos tienen efectividad sobre todo en aquellos cuadros de despersonalización con correlato importante de ansiedad o depresión. Los antagonistas de endocannabinoides asoman prometedores pero a la distancia aún (11). En cuanto a abordajes psicoterapéuticos, el psicodinámico y técnicas abreactivas (centrados en el manejo de las vivencias disociativas, de pérdida de control y de amenaza al *self*) además del cognitivo-conductual (enfocado en las cogniciones ansiogénicas); no son mutuamente incompatibles y plantean una línea abierta de investigación (2,12).

En los casos presentados apreciamos que el primero constituye un típico trastorno de pánico donde progresivamente la despersonalización se emancipó hasta devenir en lo predominante de los síntomas: recuérdese que el paciente usualmente rehúsa hablar de su despersonalización por lo inefable de sus experiencias y el temor de estar “volviéndose loco”, y ello dificulta su oportuno manejo, como en la viñeta que aludimos. Sims recomienda (13): “siempre que la descripción de los síntomas por parte del paciente se vea interrumpida por su desconcierto e indecisión, se le debería preguntar por probables síntomas de despersonalización”. La viñeta 2 representa un cuadro depresivo severo con síntomas de despersonalización que erróneamente llevaron a un diagnóstico inicial de psicosis por la inadecuada comprensión de las expresiones de la paciente y lo peculiar de sus experiencias corporales anómalas. La viñeta 3 es un caso paradigmático de despersonalización que fue inducida por marihuana (hachís) y luego progresó a trastorno independiente, no hubo indicio alguno de psicosis y por el tiempo de seguimiento la probabilidad de que sea un *trema* se desvanece. En este caso, como en la viñeta 4 se aprecia lo descrito acerca de que varios fenómenos de despersonalización principian con un episodio de ansiedad pero luego la misma despersonalización constituye un estímulo ansiogénico y se establece así un círculo vicioso que va

generando mayor ansiedad progresivamente (6). Aquí se impone igualmente lo apuntado por Sims: “el alivio que siente el paciente al encontrar a alguien dispuesto a escucharle, y quizás incluso a comprenderle es, a menudo, enorme” (13). Ninguno de nuestros casos fue abordado de modo prioritariamente psicoterapéutico.

En el ámbito de la investigación básica, la despersonalización, como síndrome o trastorno, provee campo para el estudio de la naturaleza de las vivencias emocionales y de la conciencia del yo, a la vez que abre una perspectiva para la más amplia comprensión de la condición humana (2,8). En el área de la praxis psiquiátrica, la detección y abordaje adecuados de la despersonalización son trascendentes pues este síndrome constituye un marcador de severidad y pobre pronóstico y no detectar su presencia abona a una pobre relación médico-paciente e incumplimiento de tratamiento (2) además de que, tal como lo sugieren nuestros casos, ello propende al empeoramiento del cuadro clínico, con eventual desarrollo de cuadros depresivos y riesgo autolesivo. El subdiagnóstico se ha registrado en diversas latitudes pero en nuestro medio se desconoce su frecuencia. Es posible que detrás de la elevada prevalencia en nuestro país del síndrome sociocultural del “susto” existan también síntomas semejantes a los de la despersonalización; la debida investigación psicopatológica transcultural se halla pendiente (14, 15).

En conclusión, la despersonalización no es un cuadro infrecuente en la praxis médica y en virtud de su compleja estructura cabe hablar de un síndrome más que de un síntoma. Reconocerla tiene connotaciones diagnósticas y terapéuticas de primer orden y escudriñar su existencia en los ámbitos epidemiológicos y clínicos de latitudes como la latinoamericana, es una tarea que se avizora fructífera.

Correspondencia:

Lizardo Cruzado
Departamento de Emergencia.
Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado
– Hideyo Noguchi.
Av. Eloy Espinoza 709. San Martín de Porres. Lima
31. Lima, Perú.
Correo electrónico: lizardo_cruzado@yahoo.com
Teléfono: 614 9200 (anexo 1044)

Conflictos de interés:

Los autores manifiestan no tener ninguno por declarar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Simeon D, Abugel J. Feeling unreal. Depersonalization disorder and the loss of the self. New York: Oxford University Press; 2006.
2. Sierra M. Depersonalization: a new look at a neglected syndrome. New York: Cambridge University Press; 2009.
3. Sierra M, Berrios GE. Depersonalization: a conceptual history. *Hist Psychiatry*. 1997; 8: 213-229.
4. Jaspers K. *Psicopatología general*. México: Fondo de Cultura Económica; 2001.
5. Delgado H. *Curso de Psiquiatría*. 6ta. ed. Lima: UPCH; 1993.
6. Sierra-Siebert M. La despersonalización: aspectos clínicos y neurobiológicos. *Rev Colomb Psiquiat*. 2008; 37: 40-55.
7. Medford N. Emotion and the unreal self: depersonalization disorder and de-affectualization. *Emot Rev*. 2012; 4: 139-144.
8. Sierra-Siebert M. Despersonalización: aspectos psicopatológicos. En: Luque R, Villagrán JM (eds.) *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias*. Madrid: Trotta; 2000. pp. 249-263.
9. Dugas L, Sierra M, Berrios GE. A case of depersonalization. *Hist Psychiatry*. 1996; 7: 455-461.
10. Gonzales-Torres MA, Inchausti L, Aristegui M, Ibañez B, Díez L, Fernandez-Rivas A, Bustamante S, Haidar K, Rodríguez Zabaleta M, Mingo A. Depersonalization in patients with schizophrenia spectrum disorders, first-degree relatives and normal controls. *Psychopathology*. 2010; 43: 141-149.
11. Sierra M. Depersonalization disorder: pharmacological approaches. *Expert Rev Neurother*. 2008; 8: 19-26.
12. Mendoza L, Navinés R, Crippa JA, Fagundo AB, Gutierrez F, Nardi AE, Bulbena A, Valdés M, Martín-Santos R. Depersonalization and personality in panic disorder. *Compr Psychiatry*. 2011; 52: 413-419.
13. Sims A. *Síntomas mentales*. Madrid: Triacastela; 2008.
14. Bernal-García E. Síndromes folklóricos en cuatro ciudades de la sierra del Perú: prevalencia de vida, asociación con tres síndromes psiquiátricos y sistemas de atención. *Anales de Salud Mental*. 2010; 26: 39-48.
15. Bernal-García E. Estudio epidemiológico y síndromes folklóricos en cinco ciudades de la selva peruana: prevalencia de vida, asociación con tres síndromes psiquiátricos. *Anales de Salud Mental*. 2010; 26: 49-57.

Recibido: 24/03/2013

Aceptado: 04/06/2013