

La fuga disociativa. A propósito de un caso y una breve revisión bibliográfica.

Dissociative fugue. A case report and a brief review of the literature.

Livia De Rezende Borges ^a, Ángel Ramos Muñoz ^b, Juan Carlos González ^c.

^aMIR Psiquiatría. Centro de salud Mental de Getafe y Hospital Universitario de Getafe, ^bFEA Psiquiatría. Centro de salud Mental de Getafe y Hospital Universitario de Getafe, ^cJefe de Sección de Psiquiatría. Centro de salud Mental de Getafe y Hospital Universitario de Getafe.

Correspondencia: Dra. Livia De Rezende Borges (rezendelivia@hotmail.com)

Recibido: 02/05/2011; aceptado: 12/06/2011

RESUMEN: La fuga disociativa se caracteriza por un viaje repentino lejos del hogar o del trabajo, con incapacidad para recordar el pasado y con confusión acerca de la identidad previa. Presentamos el caso de un paciente con diagnóstico de fuga disociativa derivado a nuestro servicio desde Neurología, por un cuadro de amnesia retrógrada autobiográfica, tras haber desaparecido durante días al salir de su puesto laboral. El paciente tenía conservada la memoria inmediata sin otras alteraciones en las funciones cognitivas. Inicialmente presentaba escasos recuerdos generales y tenía gran dificultad de plantear su situación previa. Posteriormente se aclaran numerosos aspectos conflictivos: consumo de drogas reciente, problemática de pareja crónica, además de dificultades económicas y laborales importantes. En nuestro artículo comentamos aspectos de la etiopatogenia, del diagnóstico diferencial y del tratamiento de esta enfermedad, en forma de una breve revisión bibliográfica y se relacionan estos datos con el caso de nuestro paciente en concreto.

PALABRAS CLAVE: Fuga disociativa, amnesia disociativa, trastorno disociativo, reacción de fuga.

ABSTRACT: Dissociative Fugue is characterized by a sudden trip away from home or work, with inability to recall the past and confusion about the previous identity. We report the case of a patient diagnosed to be sufferer from dissociative fugue referred to our department from Neurology. The patient presented with amnesia for autobiographical memories, having disappeared for days after leaving his workplace. mediate recall was preserved, and other alterations in cognitive functions were not identified. Initially general memories were preserved, however the patient had a great difficulty to explain his previous situation. Later, several conflictive aspects were clarified: a recent drug consumption, chronic family problems, as well as important economic and employment difficulties. This paper discusses the pathogenesis, differential diagnosis and treatment of this disease, with a brief literature review relating findings data within the patient's particular case.

KEY WORDS: Dissociative fugue, psychogenic amnesia, dissociative disorder, escape reaction.

Introducción

La disociación es un proceso psicobiológico que subyace en una variedad de fenómenos psicológicos normales y patológicos merced al cual se desagregan diversas funciones mentales habitualmente integradas (1). Según Spiegel (2), la disociación no es sólo una defensa contra los recuerdos traumáticos y los deseos inconscientes inaceptables, sino también contra la propia respuesta al trauma. La fuga disociativa se caracteriza por lesiones teóricamente reversibles de la memoria autobiográfica asociadas a experiencias abrumadoras presentes, anticipadas o temidas (3).

La fuga disociativa, también llamada fuga psicógena, se caracteriza por un viaje repentino e inesperado lejos del hogar o del puesto de trabajo, acompañado de incapacidad para recordar el pasado, de confusión sobre su identidad o asunción de otra nueva (4). Una persona aparentemente integrada desaparece repentinamente y se dirige a otro lugar sin saber explicar el porqué (5), aunque su conducta parece intencional (6) está adaptada. Durante la fuga no presentan psicopatología y no llaman la atención. Suele haber amnesia sin otras alteraciones cognitivas (4). En los casos donde se asume otra identidad, esta suele tener rasgos más desinhibidos que la previa, pudiendo darse un nuevo nombre, elegir nueva residencia y dedicarse a actividades sociales complejas que estén bien integradas y que no sugieren la presencia de trastorno mental (4), de modo que la recuperación de la memoria y el regreso a las circunstancias de partida suelen acompañarse de malestar (5). Los factores etiopatogénicos psicosociales incluirían las experiencias traumáticas y el abuso infantil (7,8), la personalidad y las variables culturales (5,7), con factores predisponentes como la angustia de separación, depresión, impulsividad, consumo de tóxicos, daño cerebral (9) y algunos fármacos (10). Los factores biológicos serían la participación de los sistemas opioides endógenos y determinados sistemas de neurotransmisión noradrenergicos y serotoninérgicos (11,12). En pruebas de imagen se han observado cambios en funciones límbico-corticales en pacientes con amnesia psicógena (13), probablemente porque las estructuras del sistema límbico se relacionan con los eventos autobiográficos

Es más frecuente en adultos y en episodios únicos, con una prevalencia del 0,2% (4). Existen 3 tipos de fuga (5): clásico (amnesia biográfica, cambio de identidad, asentamiento en lugar extraño), amnesia de identidad personal y regreso a un período anterior de la propia vida. El diagnóstico diferencial se realiza con el abuso de alcohol, episodios psicóticos, maníacos, enfermedades neurológicas y simulación, siendo a veces difícil diferenciar de la simulación ya que ambos tienen un componente de escape de una situación insoportable. Son necesarias varias pruebas para descartar organicidad. De manera comórbida, pueden aparecer depresión y abuso de sustancias (4).

Con respecto al tratamiento, no hay estudios controlados al respecto (14). Puede ocurrir recuperación espontánea una vez que el paciente es apartado de la situación que generó la amnesia (3), mientras narra su historia o cuando se le tranquiliza que la memoria regresará (3). El tratamiento farmacológico suele estar en relación con el tratamiento de la comorbilidad. Desde el punto de vista psicoterapéutico se han utilizado diferentes métodos, como la confrontación paulatina con la realidad tanto individual como familiar, además de otros métodos como la hipnosis clínica (14). El ritmo del tratamiento debe hacer tolerable la recuperación del material disociado (3,15), habiéndose considerado incluso que si se retiran las barreras amnésicas antes de la estabilización, existe el riesgo de suicidio (3,16).

Debido a la influencia de los problemas de relación en estos cuadros, se ha considerado importante la terapia familiar o de pareja asociada a la individual. El material disociado será procesado de forma repetida para reestructurar el significado de las experiencias disociadas, y el tratamiento se centraría en lograr la reintegración.

Caso clínico: Paciente varón de 45 años (J.) que ingresa en el Servicio de Neurología con un cuadro de amnesia retrógrada autobiográfica. Durante el ingreso solicitan valoración por parte de Psiquiatría y posterior control en Centro de Salud Mental (CSM).

Antecedentes personales: Ex-consumidor de cocaína y heroína endovenosa en abstinencia desde hace años, según refiere la familia. Depresión hace 17 años, tras separación de pareja. Padre diagnosticado de depresión, con 2 ingresos psiquiátricos y un intento autolítico previos hace varios años. Convive con su pareja desde hace 9 años, sin hijos. Separado de pareja anterior. Cocinero, lleva 2 meses en un nuevo trabajo.

El paciente desapareció durante 6 días sin noticias, siendo encontrado por la Policía en un pueblo cercano y llevado al hospital. No presentaba alteración de la memoria de lo ocurrido en los últimos días: comentaba que había paseado por el río, que siempre había vivido ahí. No recordaba nada anterior a esta semana.

Exploración neurológica al ingreso: Conciente, orientado. Nomina, repite y comprende. Obedece órdenes. Cálculo y memoria anterógrada conservada. Alteración de memoria retrógrada. No afasia, no agnosia, no aparente alteración de otras funciones superiores. Campimetría, pupilas y pares craneales normales. Fuerza y normal, reflejos osteotendinosos simétricos. Sensibilidad normal. No dismetría. Marcha normal. Romberg negativo.

Pruebas complementarias: Analítica de sangre completa normal, serología negativa, tóxicos en orina negativos, punción lumbar normal, Tomografía axial computarizada y resonancia magnética craneales normales.

En hospital se observó la pasividad del paciente, que vivía la situación con indiferencia afectiva y "belle indifférence". El núcleo fundamental de la amnesia era la biografía, tanto el contenido personal como laboral. Se diagnostica amnesia retrógrada de contenido autobiográfico y probable fuga disociativa. Desde ahí se le remite a CSM para seguir valoración. Acude a consulta acompañado por su mujer (R.), quién contesta las preguntas. J. permanece pasivo a la escucha "cuando vayan llegando las cosas, irán llegando". En la exploración destaca indiferencia afectiva, con poca implicación emocional en el relato de los hechos. Mantiene memoria procedimental para algunas acciones: vestir, caminar, leer, escribir. Refiere apraxia laboral: no sabe cocinar (es cocinero desde hace 30 años) ni conducir. No tiene clínica psicótica ni ideas autolíticas.

En esta entrevista inicial R. comenta “un día se fue, desapareció”, niega incidentes o discusiones, aunque llama la atención el hecho de que llevaba desaparecido 5 días antes de que R. contactase con los padres de él y con la Policía. El mes anterior un amigo de la familia le prestó a J. una suma alta de dinero y desconocen en que utilizó el dinero. Había pedido un adelanto de sueldo en el trabajo, donde al parecer tenía problemas con su jefe. Meses antes le vio agobiado, se quería ir de la ciudad porque había encontrado a “alguien con quién tenía una deuda importante de hace años”.

En entrevistas posteriores su mujer reconoce que cree que años atrás, J. volvió a consumir drogas. Llevan años con problemas de pareja y ella se estaba planteando la separación. Estuvieron conviviendo en la misma casa, aunque sin tener relación de pareja. El día previo a la fuga tuvieron una discusión “su manera de enfrentarse a los problemas es escapar”. Según palabras de su madre, J. es su “hijo preferido”. Sus padres no saben nada de los problemas de pareja ni económicos.

En las primeras entrevistas destaca gran dificultad de plantear la situación previa real tanto por parte de J., como por parte de su mujer y de sus padres. A lo largo de las citas hemos podido ir aclarando aspectos que inicialmente no se explicitaba, como el consumo de drogas reciente, importante conflictiva de pareja, dificultades económicas y laborales. J. es capaz de planear su miedo a “volver a ser como dicen que era...”. En este punto destaca una clínica depresiva, con anhedonia y apatía, baja autoestima y falta de deseo sexual, por lo que se inició tratamiento con bupropión 150mg/día. Inicialmente presentaba recuerdos generales (una canción, un sitio, un personaje público), siendo cada vez más biográficos, aunque sin recuerdos de su relación, del consumo ni del trabajo. No volvió a presentar fugas ni trastornos disociativos.

Revisión de la literatura:

Se realizó una búsqueda en PubMed combinando los términos “dissociative fugue and dissociative disorder”. Las referencias de los trabajos obtenidos fueron también analizadas para identificar otras fuentes de información potenciales.

Discusión:

A diferencia del DSM-IV, los criterios diagnósticos para la fuga disociativa de la CIE-10 exigen la presencia de “amnesia durante el episodio de fuga” y no

requieren la presencia de incapacidad para recordar el pasado durante la fuga o de confusión sobre la identidad personal (4). Nuestro paciente cumplía los criterios diagnósticos para la fuga disociativa, sin amnesia durante el período de fuga ni asunción de otra nueva identidad, aunque con amnesia de su identidad personal. Suele haber una situación personal complicada, con sentimientos de vergüenza y culpa por conflictos de pareja, conducta social ilegal y problemas económicos (1). Además, se ha descrito que el inicio del cuadro normalmente está asociado a acontecimientos traumáticos o estresantes (4), aunque en ocasiones no se puede demostrar ni alteraciones orgánicas ni un trauma explícito previos (17). En el caso que relatamos, J. presentaba graves problemas de pareja, económicos, consumo de sustancias previo y miedo a la falta de integridad física relacionada con posibles amenazas en relación con las deudas adquiridas.

Desde el punto de vista clínico, la amnesia disociativa típicamente difiere de las amnesias de causa neurológica debido a que en las primeras se puede observar una afectación más severa en el contenido biográfico que en otras funciones cognitivas, como la habilidad de lectura o de retener nueva información (15), aunque también se han descrito además alteraciones en la memoria procedimental y semántica en estas (18). En el caso de J., destacaba una amnesia autobiográfica, aunque con componente procedimental. La memoria inmediata estaba conservada, así como el intelecto y la habilidad de retener nueva información, como suele ocurrir en casos de amnesia psicógena (19). Todas las pruebas realizadas tuvieron resultado normal.

Llama la atención la dificultad inicial del entorno del paciente para relatar con claridad la secuencia de acontecimientos, los factores relacionados y las dificultades relacionales de pareja de larga evolución. Tras varios meses de terapia finalmente pueden expresar sus dificultades de manera más realista y adaptativa, con marcada mejoría, realizando cada vez de manera más activa esfuerzos para recordar. Permanece una amnesia de contenido biográfico, sobre el consumo de tóxicos actual y los problemas de pareja, siendo aún incapaz de recordar como se precipitó la fuga, todo ello en probable relación con la intensidad de los recuerdos traumáticos.

Conclusión:

La fuga disociativa es un cuadro disociativo, poco frecuente, en el cual se afecta sobretodo la memoria de contenido autobiográfico. Las experiencias abrumadoras asociadas a amnesia disociativa y a la fuga disociativa pueden estar relacionadas con sentimientos intolerables, con intenso conflicto intrapsíquico, con

circunstancias externas terribles o sucesos traumáticos, no siendo estos últimos los únicos factores a tener en cuenta. Su diagnóstico es clínico, siendo necesario para ello excluir otras causas neurológicas y psiquiátricas de fuga, siendo a veces muy difícil diferenciarlo de la simulación. La evolución y la respuesta al tratamiento son variables, no habiendo en la actualidad estudios controlados que comparen los distintos tratamientos psicoterapéuticos y el tratamiento farmacológico sería el de las posibles comorbilidades que acompañan al cuadro.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Nemiah JC. Dissociative disorders. En: Kaplan HI, Sadock BJ, eds. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1985; p. 942-957.
- (2) Spiegel D. Dissociation and hypnosis in posttraumatic stress disorders. *J Trauma Stress* 1988; 1: 17-33.
- (3) Klufft RP, Loewenstein RJ. Trastornos disociativos y de despersonalización. En: Gabbard GO, ed. *Tratamiento de los trastornos psiquiátricos*. Barcelona: Ars Medica, 2009; p. 533-558.
- (4) Trastornos disociativos. En: American Psychiatric Association, ed. *DSM-IV-TR manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Edición española. Barcelona: Elsevier Masson, 2002; p. 581-597.
- (5) Caballero Martínez L. Trastornos disociativos y conversivos. En: Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C, eds. *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Ars Medica, 2010; p. 1311-1335.
- (6) Meditor SL. *CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: 1992.
- (7) Bru MT, Santamaría M, Coronas R, Cobo JV. Trastorno disociativo y acontecimientos traumáticos. Un estudio en población española. *Actas Esp Psiquiatr* 2009; 37: 200-204.
- (8) Foote B, Smolin Y, Kaplan M, Legatt ME, Lipschitz D. Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 2006 Apr;163(4):623-629.
- (9) Serra L, Fadda L, Buccione I, Caltagirone C, Carlesimo GA. Psychogenic and organic amnesia. A multidimensional assessment of clinical, neuroradiological, neuropsychological and psychopathological features. *Behav Neurol* 2007; 18: 53-64.
- (10) Mc Donald DR. Two cases of fugue after mepacrine administration. *Br Med J* 1947; Dec 13; 2 (4536): 959.
- (11) Markowitsch HJ. Psychogenic amnesia. *Neuroimage* 2003; 20: 132-138.
- (12) Perry BD, Pollard RA, Blakley TL, Baker WL, Vigilante D. Childhood trauma, the neurobiology of the adaptation, and "use-dependent development of brain: how "states" become "traits". *Infant Ment Health J* 1995; 16: 271-291.
- (13) Yasuno F, Nishikawa T, Nakagawa Y, Ikejiri Y, Tokunaga H, Mizuta I, Sinozaki K, Hashikawa K, Sugita Y, Nishimura T, Takeda M. Funcional anatomical study of psychogenic amnesia. *Psychiatry Res* 2000; 99: 43-45.
- (14) Kihlstrom JF. Hypnosis, memory and amnesia. Review. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 1997. Nov 29; 352 (1362): 1727- 1732.

NOTAS CLÍNICAS

(15) Brandt J, Van Gorp WG. Funcional (“psychogenic”) amnesia. *Semin Neurol* 2006; 26: 331-340.

(16) Gudjonsson GH, Haward LRC. Case Report - Hysterical amnesia as an alternative to suicide. *Med Sci Law* 1982; 22: 68-72.

17. Kihlstrom JF. Dissociative disorders. *Annu Rev Clin Psychol.* 2005; 1: 227-253.

(18) Van der Hart O, Nijenhuis E. Generalized dissociative amnesia: episodic, semantic and procedural memories lost and found. *Aust N Z Psychiatry* 2001; 35: 589-600.

(19) Eguíluz I, Ojeda del Pozo N, Sánchez P, Inchausti L. Psicopatología de la memoria. In: Eguíluz I, Segarra R, eds. *Introducción a la Psicopatología.* 2000; p. 43-62.