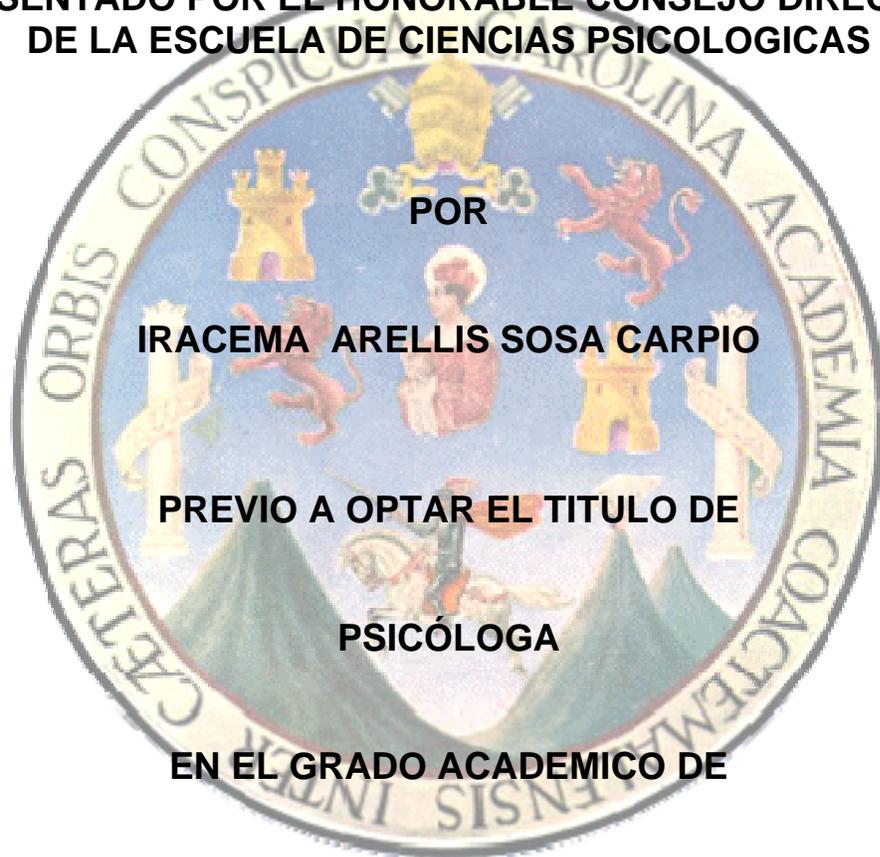


**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

“EXPERIENCIAS DISOCIATIVAS Y ESTRÉS”

**INFORME FINAL DE INVESTIGACION
PRESENTADO POR EL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**



POR

IRACEMA ARELLIS SOSA CARPIO

PREVIO A OPTAR EL TITULO DE

PSICÓLOGA

EN EL GRADO ACADEMICO DE

LICENCIATURA

Guatemala, Septiembre, 2006.

MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO.

LICENCIADA MIRNA MARILENA SOSA MARROQUÍN

DIRECTORA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

LICENCIADO HELVIN VELÁSQUIEZ RAMOS; M .A.

SECRETARIO

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

LICENCIADO LUIS MARIANO CODOÑER CASTILLO

DOCTOR RENÉ VLADIMIR LÓPEZ RAMÍREZ

**REPRESENTANTES DEL CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS
CONSEJO DIRECTIVO ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

LICENCIADA LORIS PÉREZ SINGER

**REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES EGRESADOS
CONSEJO DIRECTIVO ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

Estudiante Brenda Julissa Chamán Pacay
Estudiante Edgar Ramiro Arroyave Sagastume

**REPRESENTANTES ESTUDIANTILES
CONSEJO DIRECTIVO ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

DEDICATORIA

A Jehová: Fuente de sabiduría y amor.

A Jesucristo: Mi Señor y Salvador, eterna gratitud por haberme llenado de fuerza y valor para seguir adelante. *“Todo lo puedo en Cristo que me fortalece”.*
Fil: 4-13

Al Espíritu Santo: Dador de vida eres tu Señor, gracias por tu infinita misericordia.

A mis Padres. Luis Alberto Sosa Cordón y Clemencia Idalia Carpio Dávila de Sosa: Su recuerdo perdurará eternamente en mi corazón.
Elevo Oraciones al Creador por su descanso eterno.

A mi Esposo: Edgar David Lira Saavedra Que Dios te bendiga, gracias por tu comprensión, cariño y por estar siempre a mi lado.

A mis hijos: Luis Alberto, Edgar Renato, David Alejandro y José Estuardo: Por todo el apoyo brindado, porque siendo mis hijos, también fueron mis maestros y me tuvieron paciencia, para ellos todo mi amor y que el Señor Jesús les bendiga..

A mis tías y primas (os): Gracias por tan buenos momentos compartidos, con cariño.

A mis hermanos (as) en Cristo: Gracias por sus oraciones

A mis compañeros de promoción: Sigán adelante que la vida es bella, valió la pena el esfuerzo.

A mis Catedráticos Universitarios de todos estos años: Por la dedicación y la generosidad con que comparten tanto conocimiento. Gracias.

A mi Guatemala: Tierra bendita que me vio nacer, puso en ella toda la belleza el Creador.

A Usted especialmente.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de San Carlos de Guatemala: Vientre bendito donde aflora el conocimiento y el saber.

AI CUM: Centro de Estudios que abre los brazos al alumno.

A la Escuela de Psicología: Porque gracias a ella escalé un peldaño más en mi vida.

Al Hospital Nacional de Salud Mental: Por abrir sus puertas y darme la oportunidad de realizar esta investigación.

A las personas que me asesoraron en el transcurso de la investigación, muchas gracias.

“Mira que te mando que te esfuerces y seas valiente; no temas ni desmayes, por que Jehová tu Dios estará contigo en dondequiera que vayas.” *JOSUÉ 1:9*

AGRADECIMIENTO A DIOS.

**Oh Jehová, tu me has examinado y conocido .
Tu has conocido mi sentarme y mi levantarme.
Has entendido desde lejos mis pensamientos .
Has escudriñado mi andar y mi reposo,
Y todos mis caminos te son conocidos .
Pues aún no está la palabra en mi lengua,
Y he aquí Oh Jehová, tu la sabes toda.
Detrás y delante me rodeaste,
Y sobre mi pusiste tu mano.
Tal conocimiento es demasiado maravilloso para mí
Alto es, no lo puedo comprender.**

**¿A dónde me iré de tu Espíritu?
¿Y a donde huiré de tu presencia?
Si subiere a los Cielos, allí estás tú;
Y si en el seól hiciere mi estrado, he aquí, allí tu estás.
Si tomare las alas del alba
Y habitare en el extremo del mar,
Aún allí me guiaría tu mano,
Y me asirá tu diestra.
Si dijere: Ciertamente las tinieblas me encubrirán;
Aún la noche resplandecerá alrededor de mí.
Aún las tinieblas no encubren de ti,
Y la noche resplandece como el día.
Lo mismo te son las tinieblas que la luz. Sal: 139. 1-12**

INDICE

<i>Prólogo</i>	4
Capítulo I :	
<i>Introducción</i>	6
Marco Teórico	9
<i>Experiencias Disociativas y Estrés</i>	9
Tipos de Disociaciones	10
Disociación Fragmentaria	10
Disociación Simultánea	10
Disociación Alternante	10
Estados Disociativos de trance	10
Disociación Hipnótica	10
Histeria de Disociación	10
Amnesia Histórica	10
<i>Trastornos Disociativos</i>	
Amnesia Disociativa	11
Fuga Disociativa	12
Trastorno de Identidad Disociativo	13
Trastorno de Despersonalización	14
<i>El Estrés</i>	15

Fases del Estrés	17
Síntomas más frecuentes del estrés	18
Fisiopatología del estrés	19
Enfermedades por estrés	20
<i>Variables</i>	22
<i>Conceptualización de las Variables</i>	23
Tabla de los componentes del perfil de riesgo más relevantes de estrés y experiencias disociativas.	23
Tratamiento para la amnesia disociativa	24
Tratamiento para la fuga disociativa	24
Tratamiento para el trastorno de identidad disociativo	25
Tratamiento para el trastorno de despersonalización	26
Tratamiento para controlar el estrés	26
Capítulo II:	
Selección de la muestra	28
<i>Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos</i>	28
Observación	
Encuesta	
Escala de Experiencias Disociativas	
Cuestionario para medir los Niveles de Estrés	
Capítulo III:	
<i>Presentación, Análisis e interpretación de Resultados</i>	30

Cuadro N0. 1 Corresponde a la gráfica 1	33
Cuadro N0. 2 Corresponde a la gráfica 2	34
Cuadro N0. 3 Resultados de la encuesta	35
Capítulo IV:	
Conclusiones y Recomendaciones	
Conclusiones	36
Recomendaciones	37
Bibliografía	38
Anexos	40
Encuesta	41
Escala de Experiencias Disociativas	42
Cuestionario para medir el Estrés	48
Gráfica N0. 1 Resultados obtenidos de 54 cuestionarios De la Escala de Experiencias Disociativas	50
Gráfica N0. 2 Resultados obtenidos de 54 cuestionarios Para medir los Niveles de Estrés	51
Glosario de Términos.	52
Resumen	56

PRÓLOGO.

A lo largo de los años, se ha discutido sobre los trastornos mentales. Numerosos investigadores han dejado tiempo y esfuerzo en este tipo de investigación, lo cual ha dado su fruto sobre todo en el campo de la Psicología que tiene como herramienta principal las terapias psicológicas aplicadas a los diferentes trastornos y la Psiquiatría que cuenta con los neurolépticos más avanzados de esta era.

La importancia de esta investigación se basa en su aporte ya que de ella se desprende un resultado positivo en beneficio de quien padece un trastorno emocional, orientando también a familiares para que comprendan el comportamiento y los cambios que el paciente manifiesta.

Este estudio presenta al individuo relacionado con las disociaciones, perturbando el comportamiento de la persona que la padece.

El motivo de la investigación es dar a conocer los factores que originan los diferentes trastornos disociativos.

Actualmente en un número creciente de la población se ha detectado el estrés cotidiano a causa de los problemas personales y sociales que emergen en sus vidas. Por tal motivo, el individuo experimenta episodios disociativos en todas sus relaciones interpersonales.

Los sujetos objeto de estudio de la investigación fueron personas que consultaron el Hospital Nacional de Salud Mental, que a consecuencia del agotamiento, presión en el trabajo y problemas de toda índole afectan la salud corporal y mental.

Se toma en cuenta que los episodios disociativos son mecanismos de defensa frente a impulsos o deseos abrumadores los cuales son de carácter inconsciente. La persona afectada vive con limitación para desarrollar una vida normal, cómoda y segura, dificultando la adaptación al medio.

Se evidenció que en el Hospital Nacional de Salud Mental, el trastorno disociativo es atendido solamente cuando se manifiesta en personas que tienen diagnóstico de Trastorno Bipolar y Esquizofrenia, situación que no permite que se aborde como una entidad independiente.

Por tal razón se propone que el Hospital Nacional de Salud Mental, dé atención en una clínica individual a personas que experimenten episodios disociativos sin que las mismas presenten sintomatología de trastorno bipolar o esquizofrenia.

En el presente trabajo el término episodio disociativo, se utiliza como sinónimo de Experiencia Disociativa. (DSM IV-TR, CIE-10)

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se sustentó en el estudio de los *episodios disociativos a causa de los acontecimientos estresantes* que tienen relación estrecha con la subjetividad del Yo, asociadas con el Yo objeto. Por medio de esta investigación, se dan a conocer las condiciones que contribuyen y representan los episodios disociativos, siendo la más importante, el estrés en sus diferentes fases.

Se hace notar que el trabajo de investigación estuvo dirigido a encontrar los niveles de estrés que contribuyen a que se presenten las experiencias disociativas; Debido a que la muestra con que se trabajó fue pacientes y acompañantes asistentes a la Consulta Externa del Hospital Nacional de Salud Mental, se encontraron también trastornos disociativos acompañados de otras patologías como El trastorno bipolar y la esquizofrenia.

Tiene relevancia la capacidad resiliente de la persona ante una experiencia disociativa (fase aguda de disociación), en la cual la templanza aflora ante inevitable situación.

El episodio disociativo se da en un período de cambio inminente, al punto en que las cosas podrían mejorar o empeorar, pero que inevitablemente cambiarán.

En la cotidianidad el individuo expuesto a momentos estresantes está sujeto a experiencias que disocian su personalidad. Una experiencia disociativa no es un trastorno mental, es un episodio que la persona vive en un lapso de tiempo.

El estrés da lugar a la disonancia, a que la persona forme un campo de tensión y disociación; por lo tanto, el individuo cae en una experiencia disociativa derivada de la situación estresante, y características de su personalidad.

Un episodio disociativo puede afectar a cualquier persona en un momento determinado. En otras personas estas experiencias son repetitivas y molestas haciéndose propias a lo largo del tiempo.

Uno de los factores que dan origen los episodios o experiencias disociativas, son los acontecimientos precipitantes a los que la persona se expone día a día, como el estrés provocado por problemas familiares, sociales, de pareja, poco control a nivel personal, falta de comunicación y otros. El Trastorno Disociativo se desarrolla por acontecimientos de tipo traumático (guerras, una violación, muerte, algún desastre, accidente, estrés post-traumático), etc.

El estudio de investigación es descriptivo. Entre las técnicas utilizadas están la observación directa, identificando conductas con características disociativas, instrumentos como encuestas a pacientes y familiares y la aplicación de la Escala de Experiencias Disociativas y el Cuestionario para medir los Niveles de estrés.

Es necesario dar la importancia debida cuando se manifiestan los primeros síntomas, para dar a la persona una orientación psicológica adecuada, inmediata o posterior, según el caso.

El problema se observó en pacientes de la Emergencia del Hospital Nacional de Salud Mental (HNSM) quienes eran llevados por sus familiares con la finalidad de recibir tratamiento psiquiátrico. Las personas con quienes se trabajó son mayores de dieciocho años.

El objetivo general perseguido fue determinar los niveles de estrés y dar a conocer el porcentaje de personas que han experimentado experiencias disociativas.

Uno de los objetivos específicos fue establecer si algún familiar o acompañante de los pacientes del Hospital Nacional de Salud Mental, presentó rasgos disociativos relacionados con el estrés, tomando en cuenta el género.

Dentro de la metodología utilizada se aplicó una encuesta seguida de un Cuestionario sobre Niveles de Estrés confeccionado en la Escala de Holmes Rahé, y una escala de Experiencias Disociativas, De los autores Eve Bernstein Ph. D. y Frank Putnam, M.D.

El trabajo fue realizado con pacientes y familiares asistentes a la Consulta Externa del HNSM, durante 7 meses, de abril a noviembre del año 2005.

Se abordó a pacientes, a familiares o amigos que acompañaban a las personas que asistían a Consulta Externa del hospital, con el fin de encuestarlos

y aplicarles los cuestionarios. El trabajo fue individual dándose la experiencia de que en algunos sujetos hubo poca participación, mientras que otros daban su tiempo colaborando gustosamente.

Se obtuvo como resultado un porcentaje bajo con relación a las experiencias disociativas, y un porcentaje de medio a elevado de estrés, en personas que no padecen trastornos mentales en ambos sexos.

MARCO TEÓRICO

EXPERIENCIAS DISOCIATIVAS Y ESTRÉS

La experiencia disociativa es la vivencia interna con resultados externos que sufre cualquier persona ante un acontecimiento estresante que genera dualidad, conflicto, los separa de la realidad.

Psicológicamente disociación significa *desunión, separación o escisión*. Es decir en la disociación existe un aislamiento de los distintos elementos de la personalidad, se produce por lo tanto una inconsciente separación de una idea, impulso o comportamiento del conjunto de la vida psíquica, de tal forma que la integración de la personalidad queda rota.

Existen diferentes tipos de disociaciones:

- *Disociación fragmentaria*
- *Disociación simultánea*
- *Disociación alternante*
- *Estados disociativos de trance*
- *Disociación hipnótica*
- *Histeria de disociación*
- *Amnesia histérica*

Disociación fragmentaria: en ella se da la despersonalización que puede ser: individual y ambiental.

Despersonalización Individual: es el sentimiento de pérdida de identidad personal, donde la persona se siente a si mismo como extraño o irreal.(www.clinicapsi.com-histeria.html)

Despersonalización Ambiental: estos sentimientos de extrañeza e irrealidad se refieren al mundo circundante. (www.clinicapsi.com-histeria.html)

Disociación simultánea: en éste síndrome coexisten disociadas entre si dos o mas formas de funciones psíquicas (ideas, recuerdos, impulsos etc) y actividades físicas que son realizadas simultáneamente. El móvil reside en la necesidad de huir de un conflicto que produce ansiedad. (www.clinicapsi.com-histeria.html)

Disociación alternante: se trata de una disociación masiva cuyos principales cuadros clínicos son el sonambulismo, el cual se produce en la infancia, las fugas en las que el sujeto viaja sin una finalidad comprensible hasta que súbitamente recobra su estado usual y se extraña al encontrarse lejos de su hogar; la doble personalidad en la cual dos fragmentos de la personalidad dominan de forma alterna la vida psíquica consciente de forma que la persona se comporta como si fueran dos personas diferentes. (www.psycoarea.org/psicosomatica.htm)

Estados disociativos de trance: se caracteriza por una falta de respuesta a los estímulos ambientales. El trance puede durar varias horas o varios días, y suele estar relacionado con alguna situación emocional conflictiva. (loc. Cit)

Disociación hipnótica: a través de la sugestión del hipnotizador, se instauro un estado de trance similar al anterior, durante el cual el sujeto de experimentación sufre una intensa focalización hacia su hipnotizador.

Histeria de disociación: esta se da cuando estos procesos de disociación son tan intensos que no quedan referidos solamente a la vida psíquica inconsciente, si no que se presentan como estados patológicos de forma clínicamente evidenciable. Siendo esto un tipo de respuesta defensiva, inconsciente, en forma de huída psicológica. El mecanismo de defensa característico de la histeria de conversión es la represión, de mantener fuera de la conciencia todo aquello que se refiera a impulsos prohibidos. (op.cit:192)

Amnesia histérica: la evocación de una parte de las propias experiencias queda fuera del alcance de la evocación voluntaria por causas emocionales. (op.cit:191)

Un rasgo común compartido por personas con episodios disociativos es la pérdida parcial de la integración entre ciertos recuerdos del pasado, la conciencia de la propia identidad, ciertas sensaciones inmediatas y el control de su cuerpo. Existen crisis disociativas que mantienen una estrecha relación temporal con algunos acontecimientos traumáticos o problemas insolubles de llevar para la

persona, siendo el comienzo del problema acontecimientos que desencadenan estrés.

Lo que ocurre en el curso de los episodios disociativos, es que la memoria, la identidad, la percepción, las ideas o los sentimientos se reciben como separados de la conciencia, separados totalmente de la persona. A la persona que le sucede sufre, y le parece que estos procesos mentales funcionan independientemente, o sea que no tienen que ver con el o ella, siendo este motivo la causa de no poder sentirlos, controlarlos o recuperarlos a voluntad.

Por regla general, las experiencias disociativas aparecen después de haber vivido situaciones muy estresantes o poco traumáticas. El Trastorno Disociativo se desencadena después de un trauma severo, guerras, violaciones, accidentes serios, desastres naturales, ruina económica, accidentes de muerte de un ser querido, abandono, abusos o consecuencia de un conflicto interno muy grave como fuertes sentimientos de culpabilidad luego de haber cometido un acto criminal. (Asociación Americana de Psiquiatría, Manual de desordenes mentales, 1994)

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico – IV, (DSM-IV TR,) Aunados a las experiencias disociativas, se desarrollan los trastornos los cuales se encuentran dentro de esta categoría:

Amnesia disociativa

Fuga disociativa

Trastorno de identidad disociativo

Despersonalización

Amnesia Disociativa.

La característica esencial de la amnesia disociativa (antes, Amnesia Psicógena) consiste en la incapacidad de recordar información personal importante generalmente de naturaleza traumática o estresante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario. En este trastorno se produce una alteración reversible de la memoria que impide al paciente recordar verbalmente experiencias previas (o, que en el caso de recordarlas temporalmente, no pueden retenerse por completo en la conciencia).

La amnesia disociativa consiste, la mayor parte de las veces, en uno o más episodios de imposibilidad para recordar acontecimientos de la vida del individuo. Algunas personas presentan este tipo de amnesia en episodios de automutilación, de explosión de violencia o intentos de suicidio, esta puede presentarse aunque no muy a menudo de manera repentina. Es mas probable que esta forma aguda de amnesia tenga

lugar durante un acontecimiento bélico o después de una catástrofe natural u otro acontecimiento traumático grave. (DSM-IV-TR (300.12) p. 582 CIE-10 F44.0) p.192

La amnesia se puede dar de varias maneras, la persona puede tener más de una laguna mental la cual varía en duración. Las hay que duran minutos, otras duran horas, días hasta meses, habiendo casos de olvido de años o bien la vida entera. Existen otros casos en los cuales la persona no recuerda nada de su vida anterior, y personas en las que con el transcurrir del tiempo, el olvido ocurre día a día. Esto da como resultado deterioro a nivel físico y emocional. (CIE-10 F44.0) P192.

La amnesia es más frecuente en personas que se han visto implicadas en guerras, accidentes o desastres naturales. Se ha informado de casos de gente que tenía amnesia de episodios de abusos sexuales en su niñez y que más tarde, siendo adultos, recordaron los episodios. La amnesia puede ocurrir después de un acontecimiento traumático y la memoria puede recuperarse con el tratamiento, con acontecimientos posteriores o con la información que recibe la persona. Sin embargo, no se sabe si esas memorias recuperadas reflejan acontecimientos reales en el pasado de la persona. Se han demostrado recuperaciones de memorias tanto exactas como inexactas. (Manual Merck, Información Médica para el Hogar pp 449)

Los estados afectivos que acompañan una amnesia psicógena varían de una persona a otra, pero es rara una depresión grave, por lo regular es pasajera, puede presentarse perplejidad, angustia y diversos grados de un comportamiento de búsqueda de atención, pero a veces es sorprendente una tranquila aceptación del trastorno. Los adultos jóvenes con frecuencia son los mas afectados, siendo ejemplos extremos los casos de varones sometidos al estrés del combate. Los estados psicógenos disociativos son raros en las edades avanzadas. Puede presentarse también un vagabundeo limitado sin propósito, pero dado que suele acompañarse de un abandono del aseo personal rara vez dura más de uno o dos días. (CIE-10 F44.0 p. 192)

Fuga Disociativa.

El DSM-IV- TR, explica que la fuga disociativa, (antes Fuga Psicógena) se caracteriza por viajes repentinos e inesperados lejos del hogar o del puesto de trabajo, acompañados de incapacidad para recordar el propio pasado, de confusión acerca de la propia identidad y asunción de una identidad nueva.

La mayoría de las fugas no implican la asunción de una nueva identidad. Si ésta se produce, normalmente se caracteriza por presentar rasgos más afiliativos y mas desinhibidos que los que caracterizaban a la personalidad anterior. En tales casos el individuo puede darse a sí mismo un nuevo nombre, elegir una nueva residencia y dedicarse a actividades sociales complejas que estén bien integradas y que no sugieren la presencia de un trastorno mental. (DSM-IV-TR (300.13) p. 586, CIE-10.F44.1 P. 194)

En la fuga disociativa, la pérdida de la memoria es mas amplia, no solo la persona se vuelve totalmente amnésica (olvido total), sino que además se escapa, se fuga repentina e impulsivamente de su casa, de su trabajo y en ocasiones asume una nueva identidad (puede ser muy elaborada), las escapadas pueden alejar al paciente de su entorno habitual, su comportamiento llega a ser más inhibido y abierto antes de fugarse.

Trastorno de identidad disociativo

El trastorno de identidad disociativo refleja un fracaso en la integración de varios aspectos de la identidad, la memoria y la conciencia. Cada personalidad se vive como una historia personal, una imagen, una identidad e incluso un nombre distinto. Generalmente hay una identidad primaria con el nombre del individuo que es pasiva, dependiente, culpable y depresiva.

Las identidades alternantes poseen habitualmente diferentes nombres y rasgos que contrastan con la identidad primaria (son hostiles, dominantes y autodestructivas). Las identidades alternantes se presentan como si se controlaran secuencialmente, una a expensas de la otra, pudiendo negar el conocimiento entre ellas, ser críticas unas con otras, e incluso entrar en conflicto abierto. Ocasionalmente, una o algunas de las identidades más poderosas pueden planificar el tiempo ocupado por las otras.

Algunas veces las identidades hostiles o agresivas pueden interrumpir las actividades o colocar a las otras en situaciones desagradables. (DSM-IV-TR (300.14) pp 589.

El trastorno de identidad disociativo es llamado también, personalidad múltiple o doble personalidad, siendo muy sorprendente y famoso por la cantidad de veces que ha sido utilizado en el cine y la literatura, pese a ser poco frecuente. Las personas que lo padecen suelen tener dos o mas identidades distintas y cada una de ellas percibe, piensa y se desarrolla independientemente de la otra, teniendo cada una sus propios recuerdos, relaciones y actitudes, a veces son tan distintas que llegan a ser opuestas.

Tales personalidades pueden aparecer de distintas maneras, todas a la vez, (simultáneamente) que sería el caso mas raro, en agrupaciones, (cuando aparecen de tres en tres), sucesivamente (de una en una), siendo este el caso mas usual, que también presenta diferencias en el grado del conocimiento que tienen entre sí y pueden ser, conocerse entre si y compartir memorias, sintiéndose independiente una de la otra, ninguna sabe nada de las otras y de su existencia ni de sus experiencias, se dice que son totalmente amnésicas, una personalidad conoce a la otra pero la otra no.

Existen casos en que están organizadas de manera que las mas fuertes dominan a las mas débiles peleándose entre sí. Generalmente el cambio entre una personalidad y otra es muy repentino y aunque lo normal es tener entre dos y diez personalidades diferentes, en un mismo individuo se pueden llegar a dar hasta treinta.

Quando solo una de las personalidades gobierna el comportamiento del paciente, se supone que las otras permanecen en el inconsciente, habiendo personalidades que siguen funcionando a pesar de no ser ellas las que controlan la vida de la persona y existiendo rivalidad en ocasiones entre una y otra.

En el film de Joanne Woodward, de la película Las tres caras de Eva- (Sarazon, Irwin Psicología anormal- p.174) muestra dos personalidades muy diferentes que aparecen en la misma mujer, esta película reproduce un caso real de personalidad múltiple en el que varias personalidades se integraron finalmente por medio de la psicoterapia adaptando a las otras a una forma mas aceptable. (Sarazon, 1988, p.174)

Trastorno de despersonalización.

Una característica esencial consiste en la presencia de episodios persistentes o recidivantes de despersonalización, caracterizados por la sensación de extrañeza o distanciamiento de uno mismo.

El individuo se siente como si fuera un autómatas o estuviera viviendo en un sueño o en una película. Puede existir la sensación de ser un observador externo de los procesos mentales del propio cuerpo o de una parte de él.

Hay diversos tipos de anestesia sensorial, ausencia de respuesta afectiva y sensación de pérdida de control de los propios actos; incluyendo el habla. La persona con el trastorno de despersonalización mantiene intacto el sentido de la realidad (es consciente de que se trata de solo una sensación y de que no es un autómatas) La despersonalización es una experiencia común. Su diagnóstico debe realizarse solo cuando la sintomatología sea lo suficientemente grave como para provocar malestar o deterioro de la actividad normal de la persona.

Debido a que la despersonalización puede darse con muchos otros trastornos mentales, no se debe realizar el diagnóstico si la alteración aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental ej: esquizofrenia, trastorno de angustia, trastorno por estrés agudo u otro Trastorno Disociativo. (DSM-IV-TR, CIE-10.F48.1 p.592.)

Además, la despersonalización también se caracteriza por una persistente sensación de irrealidad, la persona que lo sufre suele sentirse distanciada de su propio cuerpo y de sus procesos mentales, como si fuera un observador de su propia vida o como si soñara. Con frecuencia va acompañado de desrealización, siendo un trastorno similar pero referido al medio, (el mundo parece irreal, personas, situaciones o lugares), siendo la despersonalización una percepción alterada de sí mismo y la desrealización (percepción del entorno alterada).

De acuerdo a la teoría psicoanalítica, todos los Trastornos Disociativos son consecuencia de una enorme represión de experiencias muy traumáticas, estresantes o de grandes conflictos internos, siendo los síntomas una defensa contra el dolor, el horror, la ansiedad o el miedo que crean las memorias indeseables, produciendo tensión, y la forma de descargar o desprenderse de esta tensión es convertirla en síntoma. (Paz Enriquez, Susana. Hacia los trastornos mentales trastornos disociativos, p. 205)

Explicar los Trastornos Disociativos es difícil, debido a que a menudo no está claro si en un caso determinado interviene la disociación o alguna otra clase de manifestación psicótica. Así mismo con frecuencia es difícil recabar la información necesaria para obtener conclusiones razonables. En los trastornos reactivos, la fuente de estrés, es generalmente fácil de identificar, sin embargo en los trastornos disociativos es posible que el origen no sea obvio en lo absoluto. (Sarazon, Irwin Psicología anormal, 1988 p.174)

Como los seres humanos son capaces de exagerar o deformar sus recuerdos, con frecuencia se necesita hacer bastantes sondeos para inferir la verdadera naturaleza del estrés. No obstante e independientemente de su origen, los trastornos disociativos se caracterizan por separaciones anormales de los modos usuales de pensar o fugas del ambiente físico normal. Estos son discutidos a menudo en términos psicodinámicos y cognoscitivos, siendo interpretados como intentos de escapar de la tensión excesiva, la ansiedad y la estimulación.

En el manejo de los trastornos disociativos, los clínicos tratan de descubrir los recuerdos asociados y de ayudar al individuo a encararlos y manejarlos más directamente, así como los efectos dolorosos de las dificultades ambientales relacionadas con ellos.

El estrés

Saldivar Pérez, recuerda el enfoque de Ellis y Eliot que se sustenta en una explicación relacional de la respuesta de estrés de los sujetos. Para este autor no son los hechos en si los que provocan los trastornos emocionales y el estrés, si no que es la evaluación que el individuo hace de estos.

En la base del estrés estarían las llamadas creencias irracionales que conforman una filosofía de la vida y una forma particular de evaluar los distintos eventos.

Para Ellis las creencias o ideas irracionales pueden agruparse según los cuatro sistemas o estilos de pensamiento:

- *Deber o tener, es pensar que las cosas deben o tienen que ser de una forma particular.*
- *Ideas catastróficas, el sujeto piensa que si las cosas no suceden como él las había planificado, esto es algo terrible.*
- *Pensamientos de incapacidad personal, la persona se dice a sí misma cosas como: yo no puedo, es demasiado para mí, soy incapaz, no sirvo para nada y otras, lo cual se va convirtiendo en una autojustificación para la inhibición de la acción.*
- *Pensamiento de conducta e insulto, el sujeto tiende a etiquetar a las demás personas, como incapaces, tontas etc.*

Por tal motivo, Albert Ellis (1962) recomienda el empleo de una serie de técnicas como, entrenamiento asertivo, asignación de tareas, desempeño de roles, la relajación, el empleo del humor, la intervención paradójica, siendo estas de vital importancia como fines terapéuticos. (Saldivar Pérez, 1996 : 48)

Para Aaron Beck , su enfoque es cognitivo conductual, ya que las cogniciones del individuo, generan los llamados pensamientos automaticos, los cuales aparecen de una manera no deliberada ni razonada, y que dan pie a una evaluación distorsionada de la realidad (ideosincráticos), (Saldivar Pérez : 49)

Los pensamientos automáticos surgen de supuestos subyacentes, aprendidos tempranamente y constituyen esquemas que le sirven al individuo como un medio para clasificar o codificar los datos y dar una respuesta a los diferentes eventos.

Arnold Lazarus, señala la conveniencia en la aplicación de programas que incluyan estrategias para la reducción de niveles de estrés y así mejorar los estilos de afrontamiento.

“Si se logra cambiar la forma de pensar, se provocan poderosas condiciones para que también se de el cambio en los sentimientos y en los actos, si lo que cambia son los sentimientos, probablemente los pensamientos y los actos cambiaran también, y si son las acciones lo que cambia, el pensamiento y los sentimientos la seguirán”.(Saldívar Pérez : 49)

El estrés va asociado a la angustia, ya que el estrés es la respuesta inespecífica del organismo a toda demanda que se le hace y de angustia (miedo infundado), constituyendo la angustia un estrés psicológico. Mientras que el estrés es una noción de orden sociofisiológico (reacción del organismo, en forma de síndrome general de adaptación a las presiones de la sociedad), la angustia es una noción más psicológica y más específica del individuo. (Roquebrune y Joussement, 1983 : 44-45)

Estrés y angustia desembocan en las mismas alteraciones, las mismas enfermedades agrupadas bajo la denominación de psicósomáticas.

Existen diferentes fases del estrés.

Fase de negación, intención selectiva, amnesia total o parcial, incapacidad para responder a los estímulos, rigidez, constricción del pensamiento, sentimiento de irrealidad e incredulidad, trastorno del sueño, cansancio, cefaleas, colon irritable, actividad frenética, retraimiento y abandono de las actividades cotidianas.

Fase de invasión, hipervigilancia, ilusiones o pseudoalucinaciones, pensamientos, imágenes, emociones o conductas intrusas y repetitivas, dificultades de concentración, emotividad lábil y explosiva, trastornos del sueño, síntomas vegetativos, (nauseas, diarrea, sudoración, temblor)

Fase de elaboración, conciencia del significado, duelo, nuevos planes.

Conclusión relativa a la respuesta, incapacidad para trabajar, crear y sentir, emociones atípicas. (Valdéz, Manuel El Estrés, Horowitz,1985)

La psicología diferencial, se ha ocupado del estudio de los determinantes genéticos de la conducta y ha puesto en relieve indiscutibles desigualdades; por ejemplo, algunas las mujeres tienden a responder a las situaciones estresantes

con niveles de adrenalina mas bajos, presentan tensiones arteriales sistólicas menores y sus estilos de afrontamiento suelen estar mas centrados en la emoción que en los estímulos que la desencadenan. Pero la relatividad emocional esta muy determinada genéticamente al margen del sexo, y tal parece que el organismo se reequilibra, de manera que existen distintos umbrales biológicos para la activación estresante con anterioridad a la experiencia. (Valdéz Manuel. El estrés)

Los síntomas más frecuentes de estrés

El manejo del estrés comienza por aprender cuáles son los signos y síntomas del estrés. Los más comunes son los siguientes:

- ✚ Cansancio / Agotamiento
- ✚ Tensión muscular
- ✚ Ansiedad
- ✚ Indigestión
- ✚ Nerviosismo / Estremecimiento
- ✚ Uñas mordidas
- ✚ Insomnio
- ✚ Cambios de humor
- ✚ Frío, manos sudorosas
- ✚ Aumento o pérdida del apetito
- ✚ Presión de dientes o mandíbula
- ✚ Descomposición general del cuerpo, como; debilidad, vértigo, dolor de cabeza, dolor de estomago, de espalda o músculos
- ✚ Incremento en el uso de alcohol y otras drogas
- ✚ Pérdida de energía

Es posible que alguno de estos síntomas pueda ser causado por problemas que no sean estrés, por ejemplo un resfrío o cefaleas.
(www.estrestraumático.com, DR. Enrique de Rosa)

Fisiopatología del estrés.

En la descripción de la enfermedad, se identifican por lo menos las siguientes tres fases en el modo de producción del estrés:

Reacción de alarma

El organismo, amenazado por las circunstancias se altera fisiológicamente por la activación de una serie de glándulas, especialmente en el hipotálamo y la hipófisis ubicadas en la parte inferior del cerebro, y por las glándulas suprarrenales localizadas sobre los riñones en la zona posterior de la cavidad abdominal.

El cerebro, al detectar la amenaza o riesgo, estimula al hipotálamo quien produce "factores liberadores" que constituyen sustancias específicas que actúan como mensajeros para zonas corporales también específicas. Una de estas sustancias es la hormona denominada A.C.T.H. (Adrenal Cortico Trophic Hormona) Adrenalina, y Noradrenalina que funciona como un mensajero fisiológico que viaja por el torrente sanguíneo hasta la corteza de la glándula suprarrenal, que bajo el influjo de tal mensaje produce la cortisona u otras hormonas llamadas corticoides.

A su vez otro mensaje que viaja por la vía nerviosa desde el hipotálamo hasta la médula suprarrenal, activa la secreción de adrenalina. Estas hormonas son las responsables de las reacciones orgánicas en toda la economía corporal.

Estado de Resistencia

Cuando un individuo es sometido en forma prolongada a la amenaza de agentes lesivos físicos, químicos, biológicos o sociales el organismo, si bien prosigue su adaptación a dichas demandas de manera progresiva, puede ocurrir que disminuya sus capacidades de respuesta debido a la fatiga que se produce en las glándulas del estrés.

Durante esta fase suele ocurrir un equilibrio dinámico u homeostasis entre el medio ambiente interno y externo del individuo. . (El Estrés. Presses Universitaires de France. P.p. 3- 106.)

Así, si el organismo tiene la capacidad para resistir mucho tiempo, no hay problema alguno, en caso contrario sin duda avanzará a la fase siguiente.

Fase de Agotamiento

La disminución progresiva del organismo frente a una situación de estrés prolongado conduce a un estado de gran deterioro con pérdida importante de las capacidades fisiológicas y con ello sobreviene la fase de agotamiento en la cual el sujeto suele sucumbir ante las demandas pues se reducen al mínimo sus capacidades de adaptación e interrelación con el medio.

Enfermedades por estrés

La práctica médica ha constatado por años las enfermedades producto del estrés, los estilos de vida actuales son cada día más demandantes, esto lleva al hombre moderno a incrementar notablemente en mucho sus cargas tensionales y produce la aparición de diversas patologías.

Enfermedades por estrés agudo.

Aparecen en los casos de exposición breve e intensa a los agentes lesivos, en situaciones de gran demanda que el individuo debe solucionar, aparece en forma súbita, evidente, fácil de identificar y generalmente es reversible. Las enfermedades que habitualmente se observan son: (Pérez Toledo Miguel Angel. Estrés. Vida o Muerte. 1998.)

- *Úlcera por Estrés*
- *Estados de Shock*
- *Neurosis Post Traumática*
- *Neurosis Obstétrica*
- *Estado Post-quirúrgico*

El estrés, sobre todo el patológico, suele presentarse con síntomas físicos evidentes:

- *Las pupilas se agrandan para mejorar la visión,*
- *El oído se agudiza,*
- *Los músculos se tensan para responder al desafío,*
- *La sangre es bombeada al cerebro para aumentar la llegada de oxígeno a las células y favorecer los procesos mentales.*
- *Las frecuencias cardíaca y respiratoria aumentan*

- *Y Como la sangre se desvía preferentemente hacia la cabeza y el tronco, las extremidades y sobre todo las manos y los pies, se perciben fríos y sudorosos.*

El estrés crónico puede producir:

- *Aumento de susceptibilidad a los resfriados,*
- *Aumenta el riesgo de los problemas cardíacos, presión arterial alta, diabetes, asma, úlceras, colitis y cáncer.*
- *Aumentos del azúcar en la sangre.*
- *Aumenta el colesterol, hay una liberación de ácidos grasos en la sangre.*
- *Aumenta los niveles de corticoides.*
- *Disminuye el riego sanguíneo periférico, disminuye el sistema digestivo,*

Con frecuencia el estrés se asocia a trastornos psicológicos como la ansiedad y la depresión. Secundariamente produce una incapacidad para tomar decisiones, sensación de confusión, incapacidad para concentrarse, dificultad para dirigir la atención desorientación, olvidos frecuentes, bloqueos mentales.

.(Stora Jean Benjamin El Manual Moderno. 2º Edición. México. p.p. 32-52. 1991)

VARIABLES.

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Pacientes y familiares que asisten a la Consulta Externa en el Hospital Nacional de Salud Mental (H.N.S.M.) zona 18 capitalina.

VARIABLE DEPENDIENTE:

Estrés y Experiencias Disociativas

CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Estrés

El estrés es la respuesta del cuerpo a condiciones externas que perturban el equilibrio emocional de la persona. El resultado fisiológico de este proceso es un deseo de huir de la situación que lo provoca o confrontarla violentamente. En esta reacción participan casi todos los órganos y funciones del cuerpo, incluyendo el cerebro, los nervios, el corazón, el flujo de la sangre, el nivel hormonal, la digestión y la función muscular.

El estrés produce cambios químicos en el cuerpo, pues en una situación de estrés, el cerebro envía señales químicas que activan la secreción de hormonas (catecolaminas, y entre ellas, la adrenalina) en las glándulas suprarrenales. Estas reacciones permiten evitar el peligro, a corto plazo no son dañinas, pero si la situación persiste la fatiga resultante será nociva para la salud general del individuo. Períodos regulares de estrés pueden ser la causa de muchas enfermedades de diferentes tipos entre ellas trastornos disociadores como resultado.

Experiencias Disociativas.

Son el resultado de acontecimientos estresantes en el individuo, traumas psicológicos almacenados en el inconsciente que dan como resultado algún episodio disociativo entre otros.

La falta de control de la subjetividad permite que la persona tenga una vivencia interna con resultados negativos a consecuencia de los factores

cotidianos estresantes que influyen en el organismo afectándolo física y psicológicamente.

El estrés es una de las principales causas que ocasionan en la persona experiencias disociativas que repercuten a lo largo de su vida.

Tabla de los componentes del perfil de riesgo más relevantes del estrés y de las experiencias disociativas.

Estrés	Experiencias Disociativas
Inadecuado estilo de vida, patrón ambiental de tensión; poco control de emociones, que hacen al sujeto más vulnerable ante el estrés.	Adopción de comportamientos inusuales. Pérdida parcial o total de algunos recuerdos del pasado.
Presencia frecuente de emociones negativas.	Pensamientos irracionales y autoverbalizaciones estresoras,
Reactividad fisiológica que se expresa en la tendencia a responder de manera frecuente con sobreactivación ante determinadas situaciones.	Aumento del tiempo necesario para volver a los niveles basales. Autoestima baja, pobre sentimiento de control del medio, débil fortaleza personal.
Estilo de afrontamiento no constructivo, evitativo y centrado en la atención de detalles irrelevantes de las situaciones que llevan al sujeto a la aplicación de estrategias ineficaces para solucionar problemas que provocan desesperanza, apatía y más estrés.	Evidencia de una génesis psicógena con una relación temporal con acontecimientos biográficos estresantes y problemas o relaciones personales alterados. El comienzo y la terminación de los estados disociativos es repentina.

Fuente: Valdéz, Manuel. El estrés. Editorial Ascento, Madrid, 1997. 89p.
Saldivar Pérez, Dionisio F. Conocimiento y dominio del estrés, edit. Científico Técnico, La Habana, 1996. 111p.

Tratamiento para la Amnesia Disociativa.

Es esencial una atmósfera de apoyo en la que la persona se sienta segura. Esta sola medida conduce con frecuencia a una recuperación espontánea gradual de los recuerdos perdidos.

Si la memoria no se recupera de modo espontáneo o si es urgente su recuperación, a menudo son eficaces las técnicas de recuperación de la memoria. Usando la hipnosis o los efectos de determinados fármacos, el médico pregunta a la persona amnésica acerca de su pasado.

El Profesional implicado debe tener mucho cuidado porque es probable que se hagan patentes durante el proceso las circunstancias que estimularon la pérdida de memoria y esto puede resultar muy perturbador. No puede asumirse que sean exactos los recuerdos recuperados a través de estas técnicas. Sólo podrá determinar su exactitud la corroboración externa. Sin embargo, el hecho de completar al máximo las lagunas de memoria podrá contribuir a restablecer la continuidad de la identidad de la persona y de su sentido del yo. Una vez desaparecida la amnesia, el tratamiento continuado ayudará a la persona a comprender el trauma o los conflictos que causaron la situación y a encontrar medios para resolverla.

La mayoría de la gente recupera lo que parecen ser sus memorias perdidas y resuelve los conflictos que causaron la amnesia. Sin embargo, algunas personas nunca rompen las barreras que les impiden reconstruir su pasado perdido. El pronóstico está determinado en parte por las circunstancias de la vida de la persona, particularmente el estrés y los conflictos que provocaron la amnesia. (Merck Sharp & Dohme, Manual Merck, pp. 450)

Tratamiento para la Fuga Disociativa.

La fuga disociativa se trata de forma bastante parecida a la amnesia disociativa y puede incluir el uso de hipnosis o de entrevistas con facilitación farmacológica. Sin embargo, frecuentemente todos los esfuerzos para recuperar los recuerdos del período de fuga son infructuosos. Un psiquiatra puede ayudar a la persona a explorar sus mecanismos de manejo de las situaciones, conflictos y temperamentos que desencadenaron el episodio de fuga.

Lo más frecuente es que las fugas duren horas o días y desaparezcan espontáneamente. A menos que exista algún comportamiento durante el período de fuga que haya traído sus propias complicaciones, el deterioro es leve y de corta duración. Si la fuga fue prolongada y el comportamiento de la

persona antes y durante ella fue problemático puede tener considerables dificultades. Por ejemplo, un hombre puede haber abandonado su familia y sus responsabilidades laborales, cometido un crimen o formado una pareja en su estado de fuga. (Merck Sharp & Dohme, Manual Merck pp.551)

Tratamiento para el Trastorno de Identidad Disociativo

Estos pacientes son individuos con enfermedad psiquiátrica crónica y con deficiente funcionamiento psicossocial. Hay personas con alto funcionamiento que pueden ser exitosas en sentido profesional y social.

El trastorno de identidad disociativo, se trata como un trastorno complejo, crónico, con base traumática.

Se utiliza un modelo de tres etapas:

- 1- *Se enseña a los pacientes técnicas para manejar los síntomas y estabilizar sus vidas funcionales. Se puede emplear un alto rango de psicoterapias (cognitiva conductual, psicodinámica, de apoyo, hipnoterapia), siendo necesarias las intervenciones familiares, matrimoniales, sociales y educativas. La terapia de grupo homogéneo, puede ser efectiva si se estructura de manera cuidadosa para enfocarse en la adaptación actual a la vida y no a los traumas pasados. Existen también las terapias expresivas, como la artística y la danza aplicables al trastorno de identidad disociativo.*
- 2- *Después de la estabilización, algunos pacientes pueden elegir procesar de manera intensiva los recuerdos del trauma. (La atención intensiva prematura, antes de lograr la estabilización conduce a regresiones y descompensaciones en la mayoría de pacientes).*
- 3- *Una vez resueltas las cuestiones relacionadas al trauma, el paciente puede enfocarse en su adaptación a la vida normal, sin el dominio de los síntomas y creencias postraumáticas. En algunos pacientes se logra conseguir la fusión de las identidades alternas.* (Goldman H, Howard. Psiquiatría General. Manual Moderno 5ta, ed. 2002.)

Tratamiento para el Trastorno de Despersonalización.

La sensación de despersonalización a menudo desaparece con el tratamiento. Éste se justifica sólo si la situación persiste, reaparece o causa sufrimiento. Han resultado eficaces la psicoterapia psicodinámica, la terapia conductual y la hipnosis pero no existe un único tipo de tratamiento que sea eficaz para todas las personas con un trastorno de despersonalización

Los tranquilizantes y los antidepresivos pueden ayudar a algunas personas. La despersonalización a menudo se asocia a otros trastornos mentales que necesitarán ser tratados o es desencadenada por ellos. Se debe tener en cuenta cualquier tipo de estrés relacionado con el comienzo (instalación) del trastorno de despersonalización.

Generalmente se consigue algún grado de alivio. La recuperación completa es posible para muchas personas, especialmente para aquellas cuyos síntomas ocurren en conexión con cualquier estrés que pueda identificado durante el tratamiento. Un gran número de personas con un trastorno de despersonalización no responde bien al tratamiento, aunque pueden mejorar gradual y espontáneamente. (Merck Sharp & Dohme, Manual Merck pp.454)

Tratamiento para controlar el estrés.

Es importante para el paciente el control periódico de la terapia con el fin de ver resultados obtenidos.

Terapia cognitiva conductual

Medidas preventivas:

- *Reconocer su capacidad (no pedir más de lo que se puede dar)*
- *Localizar el origen*
- *Cuidar la alimentación*
- *Hacer ejercicio*
- *Aprender a contar lo que le pasa*
- *Practicar el optimismo*
- *Aprender a decir NO (no dejarse presionar)*

Medidas prácticas:

- *Reír mas (buen humor, ayuda a la liberación de endorfinas)*
- *No ser perfeccionista, para no llegar a la ansiedad*

- *Controlar el mal carácter*
- *Bajar el ritmo cotidiano (actuar calmadamente)*
- *No guardar rencores*
- *NO sentirse culpable*
- *Serle fiel a los sueños*
- *Ocuparse de cosas que se puedan controlar*
- *Aprender a jugar*
- *Hacer menos cosas a la vez*
- *Compartir mas tiempo con la familia y amigos*
- *Convertir el que hacer en un juego cotidiano.*
- *Hallarle el buen sentido a la vida*
- *Tomar las cosas del lado positivo* (<http://www.tuotromedico.com>)

CAPÍTULO II

SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

Se contó con una población aproximada de 310 personas, el número de la muestra de 54 casos entre pacientes asistentes a la consulta del Hospital, familiares y amigos que acompañaban a esas personas. La muestra fue intencional.

Inicialmente se seleccionó la muestra de personas entre 18 y 50 años. En el curso de la investigación, se logró entrevistar a personas de 24 a 58 años de edad, de ambos sexos, cuya condición socioeconómica era de clase social de bajos recursos.

La escolaridad no se tomó en cuenta; culturalmente en su mayoría predominaron los ladinos, asistiendo también personas indígenas que venían del interior de la República.

Se abordó a las personas asistentes a la clínica en donde se atienden personas con trastorno bipolar, personas acompañantes que podían ser (familiares o amigos) también pacientes asistentes a consulta en otras clínicas.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

La técnica que se utilizó al inicio fue la observación, por medio de la cual se identificaron las personas sujetos de la muestra.

Seguidamente, se estableció rapport con los familiares o amigos, según fuera el acompañante y luego con algunos de los pacientes que asistían al Hospital Nacional de Salud Mental, para aplicarles una encuesta a quienes manifestaran alguna característica del trastorno disociativo.

A la persona encuestada se le aplicaba la Escala de Experiencias Disociativas de los autores Eve Bersntein Carlson y Frank Putnam, y del Cuestionario para Medir los Niveles de Estrés confeccionado en la Escala de Holmes Rahé. Se respetó la decisión del paciente, del familiar o del amigo, si la persona no accedía a la aplicación de los cuestionarios.

El tiempo aproximado en la aplicación de la encuesta y los cuestionarios fue de 25 a 40 minutos sin interrupción.

Se procedió a calificar cada uno de los instrumentos, de los cuales se obtuvo porcentajes y resultados cuantitativos. (Ver cuadros en Presentación y Análisis de Resultados)

Este trabajo fue realizado durante los meses de abril a noviembre de Lunes a Viernes en días alternos de 6:45 am a 7:30 Y de 8:00 a 9:00 am. del año 2005 en el Hospital Nacional de Salud Mental de la zona 18 capitalina.

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Se logró obtener los porcentajes de personas que padecen el trastorno disociativo y de quienes solo han tenido experiencias disociativas, en ambos sexos. Se evaluaron los niveles de estrés en hombres y mujeres asistentes a la Consulta Externa del Hospital Nacional de Salud Mental.

Más de la mitad de las personas evaluadas no presentaron trastornos y el grupo restante se desglosa en números y porcentajes para las categorías masculino y femenino. (ver cuadro 1)

Se diferenció a las personas que padecen algún trastorno mental y están en tratamiento psiquiátrico, y de las que acompañaron a estos pacientes, siendo en su mayoría familiares, (madres, hermanos, tíos, abuelos); con algunas excepciones los acompañantes eran vecinos o amigos.

De las personas asistentes y acompañantes a la Consulta Externa del Hospital Nacional de Salud Mental, se encuestó y aplicó la Escala de Experiencias Disociativas y el Cuestionario para medir los Niveles de Estrés, 29 eran familiares y 10 amigos, 14 personas presentaron el trastorno bipolar y una persona con esquizofrenia.

El trastorno disociativo, se encontró en 9 mujeres que padecen el trastorno bipolar, dando como resultado un 16.7%, una mujer con trastorno bipolar, que tuvo una experiencia disociativa, 1.9%; se encontraron 5 mujeres que no padecen trastornos, pero que han tenido algún episodio disociativo a lo largo de su vida 9.3%.

En relación al sexo masculino, se encontraron 4 hombres que padecen el Trastorno Bipolar y que presentaron también el trastorno disociativo, 7.4%, 1 hombre con esquizofrenia que presentaba trastorno disociativo 1.9%, 2 hombres que a lo largo de su vida han tenido alguna experiencia disociativa 3.7%.

De las mujeres, 18 no han presentado experiencias disociativas a lo largo de sus vidas, tampoco el trastorno disociativo.
De los hombres, 14 no presentaron experiencias, ni trastorno disociativo.

Los resultados de la encuesta se obtuvieron de 54 personas entre 24 y 58 años de edad en ambos sexos. Las personas evaluadas que asisten al H.N.S.M 15 fueron pacientes y 39 solo acompañantes, el tipo de la relación entre ellas fue 29 personas eran familiares y 10 eran amigos.

Se encontró que 28 personas de las encuestadas tienen de 2 a 15 años de asistir a tratamiento al H.N.S.M 15 no recuerdan hace cuánto que asisten y 11 han consultado de hace 3 meses a un año.

Quince de las personas evaluadas que asisten al H.N.S.M. saben que enfermedad padecen, 35 no lo sabe y los 4 restantes no supieron contestar.

En cuanto a lo que las personas saben de la enfermedad por la cual consultan al Hospital Nacional de Salud Mental (H.N.S.M), 15 contestaron que si saben en que consiste la enfermedad, los otros 39 no tienen claro el significado de la enfermedad.

Con relación al Cuestionario para Medir los Niveles de Estrés confeccionado en la Escala de Holmes Rahé, se encontraron los siguientes resultados.

Con niveles de **estrés elevado** se detectaron 20 mujeres de las cuales 17 de ellas no han padecido trastornos mentales y 3 han tenido experiencias de lo largo de sus vidas. Tampoco presentaron trastorno mental 8 hombres, de los cuales 6 no padecen alteraciones mentales, 2 padecen el trastorno bipolar y presentaron experiencias disociativas en el transcurso de su vida.

Con niveles de **estrés medio** se encontraron 8 mujeres de las cuales 2 padecen el trastorno bipolar y 5 hombres que no presentaron trastornos mentales.

Con niveles de **estrés bajo** se detectaron 6 mujeres si alteraciones mentales y 7 hombres de los cuales 2 presentan el trastorno bipolar, los otros no presentaron trastorno. Se hace la salvedad de que las personas con trastorno bipolar asistentes al Hospital Nacional de Salud Mental, se encuentran bajo prescripción médica, por lo que el nivel de estrés varía de una persona a otra.

Al analizar los resultados del estudio, se comprueba que existen personas con problemas de estrés y personas con patologías severas que no tienen conciencia que los padecen.

En el Hospital Nacional de Salud Mental, incluyen el trastorno disociativo dentro de los demás trastornos mentales, no se trata como entidad específica, pues éste se manifiesta notoriamente dentro de los trastornos graves como el trastorno bipolar y esquizofrenia.

Las experiencias disociativas vividas por personas sin trastornos bipolares, no son detectadas por desconocer de qué se trata y por ende no lo platican con alguien por ser personas sin instrucción necesaria en su mayoría, sin escolaridad y de bajos recursos económicos.

Analizando esta situación, se puede inferir que en medio de las familias surgen conflictos de origen estresante, problemas mentales no atendidos por el desconocimiento de su origen, como las experiencias disociativas, situaciones cotidianas que no se atiende en su magnitud hasta que se presentan crisis, es entonces que la familia acude solicitando el servicio del Hospital Nacional de Salud Mental, para encontrar solución al problema.

Cuadro N0 1.

Cincuenta y cuatro personas evaluadas con la Escala de Experiencias Disociativas, de los Autores Eve Berstein Carlson y Frank Putnam, en el Hospital Nacional de Salud Mental de la zona 18 durante los meses de abril a noviembre de 2005.

SEXOS	No. De personas	Porcentaje
Mujeres que presentaron el trastorno disociativo, que padecen Trastorno Bipolar.	9	16.66%
Mujeres que presentaron experiencias disociativas a lo largo de su vida, y no padecen alteraciones mentales	5	9.25%
Hombres con trastorno disociativo que padecen Trastorno Afectivo Bipolar	4	7.40%
Hombres con experiencias disociativas que no padecen alteraciones mentales.	2	3.70%
Mujeres con trastorno bipolar que no presentaron trastorno ni experiencia disociativa	1	1.85%
Hombres con esquizofrenia, que presentaron trastorno disociativo.	1	1.85%
Hombres que no presentaron trastorno disociativo ni alteraciones mentales	14	25.92%
Mujeres que no presentaron trastorno disociativo ni alteraciones mentales	18	33.33%

TOTALES..... 54 100%

Cuadro N0., 2

Resultados del Cuestionario para medir los Niveles de Estrés.

Niveles	Mujeres	%	Hombres	%	Total de personas	Total de %
Estrés Elevado	Sin alteraciones mentales 17	31.5%	Sin trastorno mental 6	11.1%	23	42.6%
	Con experiencias disociativas 3	5.6%	Con trastorno bipolar y con experiencias disociativas 2	3.7%	5	9.3%
Estrés medio	Sin alteraciones mentales 6	11.1%	Sin alteraciones mentales 3	5.6%	9	16.7%
	Bipolares 2	3.7%	Bipolares 1	1.9%	3	5.6%
	----- -	-----	Con esquizofrenia 1	1.9%	1	1.9%
Estrés bajo	Sin alteraciones mentales 6	11.11%	Sin alteraciones mentales 5	9.2%	11	20.3%
	-----	-----	Bipolares 2	3.7%	2	3.7%
Totales	34	63.01	20	37.1	54	100%

Cuadro N0. 3

Resultados de la Encuesta.

Edades	De 24 a 58 años
Asisten a consulta	15 personas si, 39 personas no,
Tipo de relación	29 familiares, 10 amigos
Tiempo que tiene de asistir a consulta al Hospital	28 personas asisten de 2 a 15 años, 15 personas no saben con exactitud, 11 asisten de 3 meses a 1 año.
Causa de la visita	Por enfermedad
Conoce cual es la enfermedad	15 personas sí, 35 personas no saben y 4 no contestaron.
Tiene información en que consiste la enfermedad	15 personas contestaron que saben, 39 no están claros del padecimiento.
Acepta contestar dos cuestionarios adicionales.	Todos dijeron que sí.

Encuesta realizada en el Hospital Nacional de Salud Mental en los meses de abril a noviembre del año 2005.

CAPÍTULO IV.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES.

Cualquier persona en algún momento de su vida, puede llegar a experimentar una experiencia disociativa.

- Cualquier persona se puede ver afectada por situaciones estresantes y no saber controlarlas por características de su personalidad, dando como resultado estrés con o sin consecuencias graves pero que pueden dejar huella en la persona afectada.
- Una mayoría de la muestra ha experimentado el estrés
- Se evidenció una mayoría de mujeres del total de la muestra sin trastorno clínico, pero que experimentan estrés en alguna área de su vida.
- Más de la mitad de las personas evaluadas no presentaron trastornos mentales como el trastorno bipolar y esquizofrenia.
- Las personas viven las experiencias disociativas sin prestarles atención.
- La mayoría de mujeres sin trastorno clínico asistentes al H.N.S.M. padece estrés elevado.
- En el género masculino el estrés general es menor al género femenino
- El manejo adecuado e inadecuado del estrés va a estar sujeto al tipo de personalidad del individuo.

RECOMENDACIONES.-

Tomar en cuenta que el trastorno disociativo afecta la totalidad de las áreas de las personas que lo padecen y como consecuencia afecta la relación y la vida de las otras personas que conviven con ellas.

Poner mayor atención en las causas del trastorno disociativo (traumas como: violaciones, accidentes, situaciones estresantes relevantes) de este padecimiento para poder detectarlo antes de un desenlace inesperado.

Hacer uso de técnicas de relajación para que el estrés no afecte en demasía.

Una psicoterapia adecuada ayuda a disminuir los niveles de estrés.

Afrontar los problemas de manera práctica y tranquila para que disminuya el estrés o acudir con un profesional de la medicina para que le aconseje el medicamento indicado según sea el caso.

Bibliografía.

1. **Asociación Americana de Psiquiatría**, *Manual de desordenes mentales. 4ta. ed*, Washington D. C 1994.
2. **Bruno, F. J.** *Diccionario de términos psicológicos fundamentales.* (1997).
Barcelona. Paidós, Estudio.
3. **CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento** OMS 1992, Madrid.
4. **DSM-IV-TR, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales**, Masson S.S. España, 2002, 1044pp.
5. **Educación Médica *continua* S.A.**, México D. F. 2000.
6. **Goldman H, Howard.** *Psiquiatría General, Manual Moderno. 5ta ed.* 2002.
7. **Merck Sharp & Dohme, Manual Merck**, Información Médica para el Hogar Editorial Océano, España 2005. 1517pp
8. **Paz Enriquez, Susana.** *Hacia los trastornos Mentales, equipo de editorial Libsa, Madrid, 2004. 600 pp.*
9. **Pérez Toledo, Miguel Angel.** *Estrés. Vida o Muerte.* Instituto Politécnico Nacional. México. 1998 pp .22- 207
10. **Roquebrune, Dr. Jean Paúl, Joussement, Dra. Renné,** *Como prevenir y combatir el estrés, angustia y depresión .* Editorial Molino, Barcelona.

11. **Saldivar Pérez, Dionisio F.** Conocimiento y dominio del estrés. Edición Israel Fernandez Pojúl, editorial Científico técnico La Habana, Instituto Cubano del libro, 1996 111pp.
12. **Sarazon, Irwin.** Psicología anormal. Trillas, México 1988 617pp.
13. **Stora, Jean Benjamin.**1991. El Estrés. Presses Universitaires de France. 1991 pp. 3- 106.
14. **Valdéz, Manuel** El Estrés, editorial Ascento Madrid, 1997. 89pp.
15. www.clinicapsi.com-histeria.html
16. [http://www.trastornos disociativos.monografias.com](http://www.trastornos%20disociativos.monografias.com)
17. www.estrestraumático.com, **Dr. Enrique Rosa.**
18. <http://www.tuotromedico.com>_ tratamiento del estrés
19. <http://www.psicocarea.org/htm>

ANEXOS

Encuesta realizada a las personas asistentes a la Consulta Externa del Hospital Nacional de Salud Mental de la zona 18 Capitalina, como un preámbulo a realizar el Cuestionario para Medir los Niveles de Estrés confeccionado en la Escala de Holmes Rahé, y la Escala de Experiencias Disociativas de Eve Bernstein y Frank Putman., durante los meses de abril a noviembre del año 2005.-

Que edad tiene _____ F M

Viene a consulta si no

Es familiar o amigo _____

Hace cuanto asiste al hospital _____ meses _____ años

Por que _____

Sabe que enfermedad padece _____ cual _____

Le han informado en que consiste la enfermedad si no

Que sabe usted de esa enfermedad.?

Le puedo aplicar unos cuestionarios si no

ESCALA DE EXPERIENCIAS DISOCIATIVAS,

Autores: Eve Bernstein Carlson, Ph.D. y Frank Putnam, M.D.

Traducción y adaptación al castellano por Olaf Holm, Psiquiatra. España.
Salamanca, Octubre 25 de 2002

Nombre.....Fecha.....Edad.....Sexo.....

INSTRUCCIONES: El cuestionario consiste en veintiocho preguntas acerca de experiencias que Usted puede tener en su vida diaria. Estamos interesados en saber con que frecuencia tiene Usted estas experiencias. Es importante que sus respuestas indiquen con que frecuencia le ocurren pero, cuando Usted no está bajo los efectos del alcohol u otras drogas. Para contestar estas preguntas, por favor, indique hasta que grado, la experiencia descrita en la pregunta, se le puede aplicar a Usted y ponga un círculo para indicar el porcentaje de tiempo que tiene la experiencia. Ejemplo:

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nunca) (siempre)

1. Algunas personas tienen la experiencia de darse cuenta repentinamente durante la conducción de un coche de que no recuerdan lo que ha pasado durante el viaje o parte de él.

Ponga un círculo que indique que porcentaje de tiempo le pasa esto a Usted.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nunca) (siempre)

2. Algunas personas descubren que a veces están escuchando hablar a alguien y repentinamente se dan cuenta que no oyeron todo o parte de lo que le dijeron.

Ponga un círculo que indique que porcentaje de tiempo le pasa esto a Usted.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nunca) (siempre)

3. Algunas personas tienen la experiencia de encontrarse en un lugar y no saber como llegaron hasta allí.

Ponga un círculo que indique que porcentaje de tiempo le pasa esto a Usted.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(nunca) (siempre)

4. Algunas personas tienen la experiencia de verse a sí mismos vestidos con ropas que no recuerdan haberse puesto.

Ponga un círculo que indique que porcentaje de tiempo le pasa esto a Usted.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(nunca) (siempre)

5. Algunas personas tienen la experiencia de encontrar cosas nuevas entre sus pertenencias que no recuerdan haber comprado.

Ponga un círculo que indique que porcentaje de tiempo le pasa a Usted

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(nunca) (siempre)

6. Algunas personas descubren que se les acerca gente que no conocen y que les llaman por otro nombre o insisten en que les conocen de antes.

Ponga un círculo que indique que porcentaje de tiempo le pasa esto a Usted.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(nunca) (siempre)

7. Algunas personas tienen la experiencia de sentir como si estuvieran junto a sí mismos u observándose haciendo algo como si fueran otra persona.

Ponga un círculo que indique que porcentaje de tiempo le pasa esto a Usted.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(nunca) (siempre)

8. A algunas personas les dicen que no reconocen amigos o miembros de la familia.

Ponga un círculo que indique que porcentaje de tiempo le pasa esto a Usted.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(nunca) (siempre)

9. Algunas personas no tienen el recuerdo de acontecimientos importantes en sus vidas, (por ejemplo una boda, una Semana Santa, unas Navidades)

Ponga un círculo que indique que porcentaje de tiempo le pasa esto a Usted.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nunca) (siempre)

10. Algunas personas son acusadas de mentir cuando piensan que no han mentido.

Ponga un círculo que indique que porcentaje de tiempo le pasa esto a Usted.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nunca) (siempre)

11. Algunas personas tienen la experiencia de mirarse en un espejo y no reconocerse a sí mismos.

Ponga un círculo que indique que porcentaje de tiempo le pasa esto a Usted.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nunca) (siempre)

12. Algunas personas tienen la experiencia de sentir que las personas, objetos y el mundo que les rodea no son reales.

Ponga un círculo que indique que porcentaje de tiempo le pasa esto a Usted.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nunca) (siempre)

13. Algunas personas tienen la experiencia de sentir que sus cuerpos no les pertenecen.

Ponga un círculo que indique que porcentaje de tiempo le pasa esto a Usted.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nunca) (siempre)

14. Algunas personas tienen la experiencia de recordar el pasado, a veces tan intensamente, que sienten que lo están volviendo a vivir.

Ponga un círculo que indique que porcentaje de tiempo le pasa esto a Usted.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nunca) (siempre)

15. Algunas personas tienen la experiencia de no estar seguros de si las cosas que recuerdan sucedieron realmente o si solamente lo soñaron.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nunca) (siempre)

Ponga un círculo que indique que porcentaje de tiempo le pasa esto a Usted.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nunca) (siempre)

16. Algunas personas tienen la experiencia de que, estando en un lugar conocido, lo encuentran extraño y poco familiar.

Ponga un círculo que indique que porcentaje de tiempo le pasa esto a Usted.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nunca) (siempre)

17. Algunas personas descubren que mientras ven la televisión o una película se encuentran tan absortos en la historia que no se dan cuenta de otros acontecimientos que están ocurriendo alrededor de ellos.

Ponga un círculo que indique que porcentaje de tiempo le pasa esto a Usted

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nunca) (siempre)

18. Algunas personas se dan cuenta a veces que están tan metidos en una fantasía, o soñando despiertos, que sienten como si estuviera ocurriendo de verdad.

Ponga un círculo que indique que porcentaje de tiempo le pasa esto a Usted.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nunca) (siempre)

19. Algunas personas descubren que a veces son capaces de ignorar el dolor.

Ponga un círculo que indique que porcentaje de tiempo le pasa esto a Usted

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nunca) (siempre)

20. Algunas personas descubren que están mirando hacia el vacío, sin pensar, y no se dan cuenta del paso del tiempo.

Ponga un círculo que indique que porcentaje de tiempo le pasa esto a Usted.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nunca) (siempre)

21. Algunas personas descubren a veces que cuando están solos se hablan en alto a sí mismos.

Ponga un círculo que indique que porcentaje de tiempo le pasa esto a Usted.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nunca) (siempre)

22. Algunas personas se dan cuenta de que en una situación pueden actuar tan diferentemente, comparada con otra situación, que sienten como si fueran personas diferentes.

Ponga un círculo que indique que porcentaje de tiempo le pasa esto a Usted.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nunca) (siempre)

23. Algunas personas descubren a veces que en ciertas situaciones son capaces de hacer cosas con asombrosa facilidad y espontaneidad cuando normalmente les sería difícil (por ejemplo: deportes, trabajo, situaciones sociales, etc.).

Ponga un círculo que indique que porcentaje de tiempo le pasa esto a Usted.

% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nunca) (siempre)

24. Algunas personas a veces descubren que no pueden recordar si han hecho algo o solo pensaron en ello (por ejemplo: sí enviaron una carta o solo pensaron en hacerlo)

Ponga un círculo que indique que porcentaje de tiempo le pasa esto a Usted.

% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nunca) (siempre)

25. Algunas personas encuentran evidencias de que han hecho cosas que no recuerdan haberlas hecho.

Ponga un círculo que indique que porcentaje de tiempo le pasa esto a Usted.

% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nunca) (siempre)

26. Algunas personas a veces encuentran escritos, dibujos o notas entre sus pertenencias que sí las hicieron, pero no lo recuerdan.

Ponga un círculo que indique que porcentaje de tiempo le pasa esto a Usted.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(nunca) (siempre)

27. Algunas personas a veces se dan cuenta de que oyen voces dentro de sus cabezas que les dicen que hagan ciertas cosas, o que comentan las cosas que están haciendo.

Ponga un círculo que indique que porcentaje de tiempo le pasa esto a Usted.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(nunca) (siempre)

28. Algunas personas sienten como si vieran el mundo a través de una neblina, de tal manera que las personas u objetos parecen distantes o poco claros.

Ponga un círculo que indique que porcentaje de tiempo le pasa esto a Usted.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(nunca) (siempre)

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

CUESTIONARIO PARA MEDIR LOS NIVELES DE ESTRES

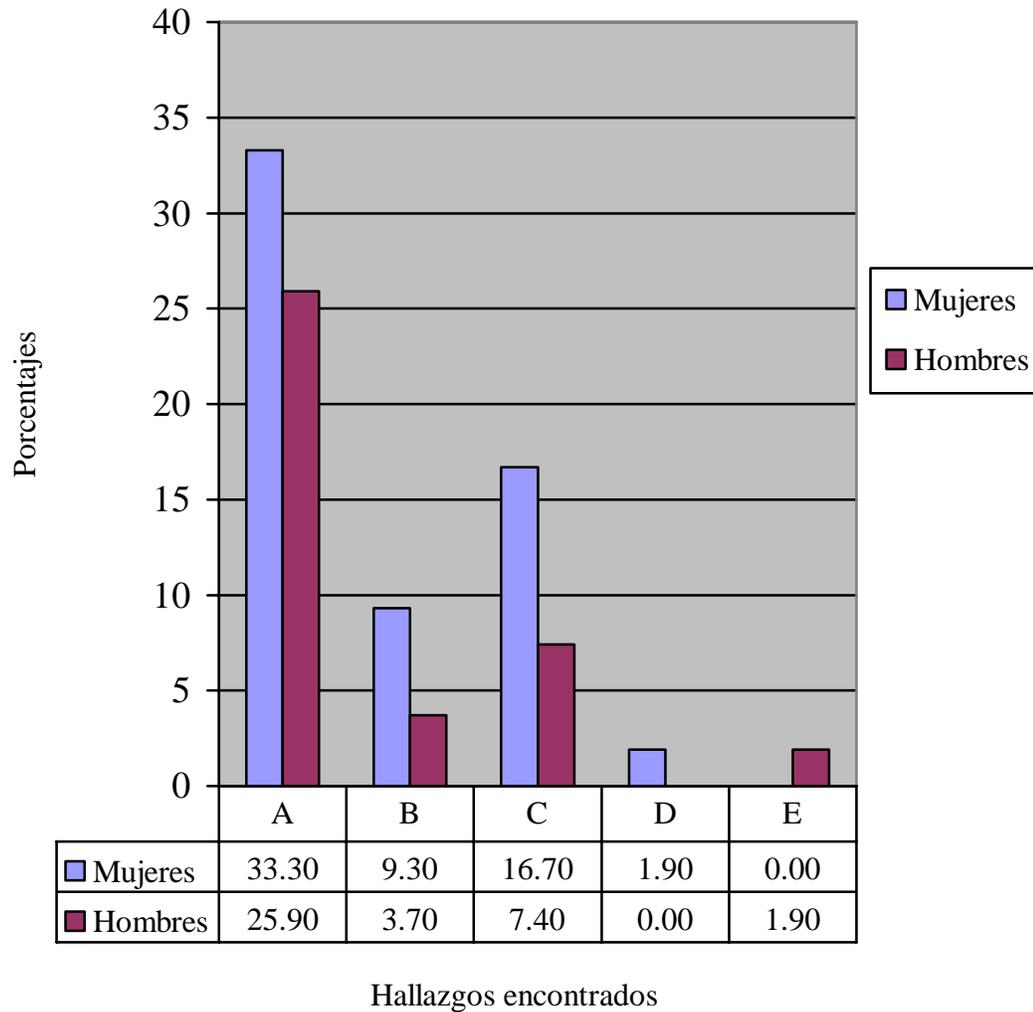
En cada pregunta marque un círculo en el número que mejor describa con qué frecuencia se aplica esta cuestión a su vida en general durante el último mes. Responda rápidamente, sin intentar comprobar las respuestas y teniendo cuidado en describir lo ocurrido exclusivamente en el último mes.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
(1) Se siente descansado	1	2	3	4
(2) Siente que se le hacen demasiadas peticiones	1	2	3	4
(3) Está irritable o malhumorado	1	2	3	4
(4) Tiene demasiadas cosas que hacer	1	2	3	4
(5) Se siente solo o aislado	1	2	3	4
(6) Se encuentra sometido a situaciones conflictivas	1	2	3	4
(7) Siente que está haciendo cosas que realmente le gustan	1	2	3	4
(8) Se siente cansado	1	2	3	4
(9) Teme que no pueda alcanzar todas sus metas	1	2	3	4
(10) Se siente tranquilo	1	2	3	4
(11) Tiene que tomar demasiadas decisiones	1	2	3	4
(12) Se siente frustrado	1	2	3	4
(13) Se siente lleno de energía	1	2	3	4
(14) Se siente tenso	1	2	3	4
(15) Sus problemas parecen multiplicarse	1	2	3	4
(16) Siente que tiene prisa	1	2	3	4
(17) Se siente seguro y protegido	1	2	3	4
(18) Tiene muchas preocupaciones	1	2	3	4
(19) Está bajo la presión de otras personas	1	2	3	4
(20) Se siente desanimado	1	2	3	4
(21) Se divierte	1	2	3	4
(22) Tiene miedo del futuro	1	2	3	4
(23) Siente que hace cosas por obligación, no porque quiera hacerlas	1	2	3	4
(24) Se siente criticado o juzgado	1	2	3	4
(25) Se siente alegre	1	2	3	4

(26) Se siente agotado mentalmente	1	2	3	4
(27) Tiene problemas para relajarse	1	2	3	4
(28) Se siente agobiado por la responsabilidad	1	2	3	4
(29) Tiene tiempo suficiente para usted	1	2	3	4
(30) Se siente presionado por los plazos de tiempo	1	2	3	4

Grafica No. 1

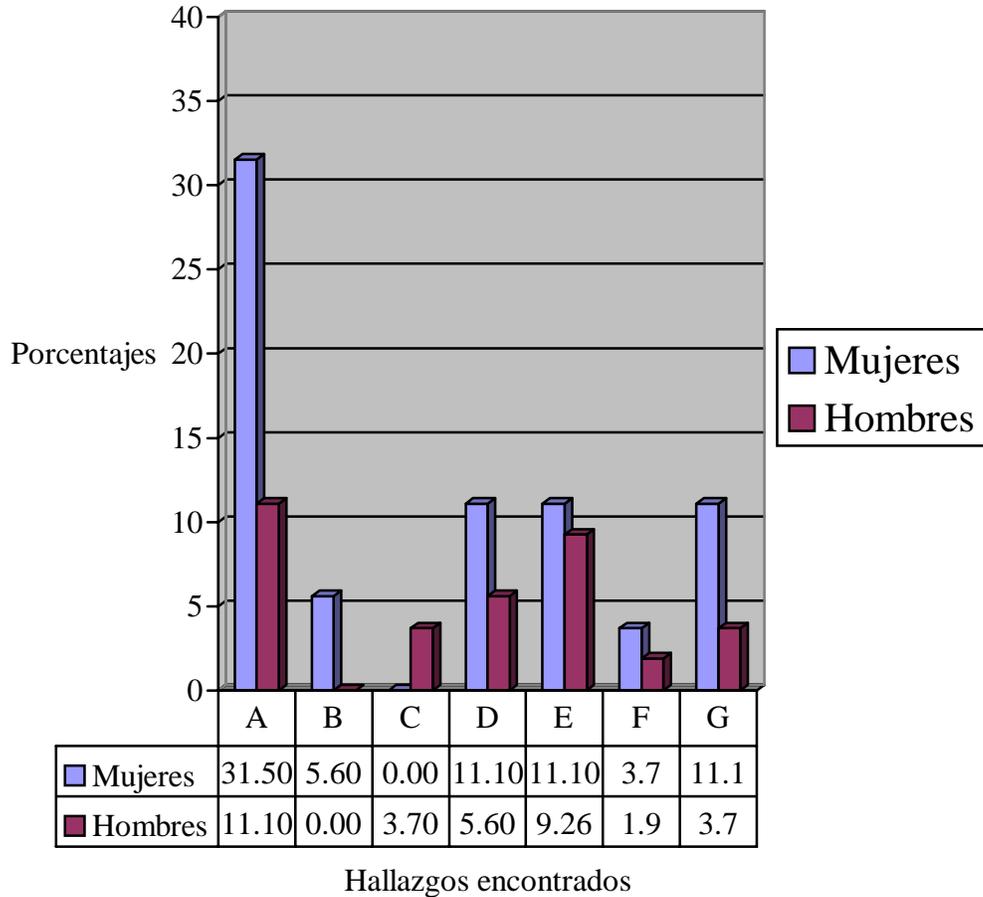
Resultados obtenidos de 54 Cuestionarios en la Escala de Experiencias Disociativas de Bernstein y Putnam, aplicado a hombres y mujeres entre 24 y 58 años, asistentes a la Consulta Externa del Hospital Nacional de Salud Mental, de Abril a Noviembre de 2005



- A- No presentaron trastornos disociativos ni alteraciones mentales.
- B- Presentaron experiencias disociativas y no padecen alteraciones mentales.
- C- Presentaron trastorno disociativo, padecen el Trastorno Bipolar.
- D- Con trastorno bipolar, no presentó trastorno disociativo.
- E- Con esquizofrenia y presento el trastorno disociativo.

Grafica No. 2

Resultados obtenidos de 54 Cuestionarios para medir Niveles de Estrés confeccionado en la escala Holmes Rahé, aplicada a hombres y mujeres entre 24 y 58 años asistentes a la Consulta Externa del Hospital Nacional de Salud Mental. Abril a Noviembre de 2005



- A-Estrés elevado en mujeres sin alteraciones mentales (17), hombres (6)
- B-Estrés elevado en mujeres con experiencias disociadoras. (3)
- C-Estrés elevado con trastorno bipolar y experiencias disociativas. (2)
- D-Estrés Medio en mujeres sin alteraciones mentales (6), hombres (3).
- E-Estrés Bajo en mujeres sin alteraciones mentales (6), hombres (5)
- F-Estrés medio en mujeres con trastorno Bipolar (2) hombres esquizofrenia (1)
- G- Estrés bajo en mujeres Sin alteraciones mentales (6) hombres con trastorno bipolar (2)

GLOSARIO

Amnesia. Pérdida parcial o total de la memoria. Puede deberse a causas emocionales u orgánicas, o a la combinación de ambas. Hay dos tipos de amnesia

Disociación. Alteración de las funciones normalmente integradas de conciencia, memoria, identidad, o percepción del ambiente, ciertos comportamientos o pensamientos pierden la relación normal con el resto de la personalidad y actúan de una manera autónoma. El trastorno puede ser repentino o gradual, transitorio o crónico

Desrealización. Alteración de la percepción o experiencia del mundo externo de manera que éste parece extraño e irreal (p. ej., las personas pueden parecer desconocidas o mecánicas).

Esquizofrenia. Grave enfermedad mental, caracterizada por la escisión de la personalidad y por una ruptura de los mecanismos psíquicos normales, lo que provoca una conducta incomprensible y una pérdida del contacto con la realidad.

Estrés. Cualquier exigencia que produzca un estado de tensión en el individuo y que pida un cambio o adaptación por parte del mismo.

Estresante psicosocial. Cualquier acontecimiento o cambio vital que pueda asociarse temporalmente (y quizá causalmente) al inicio, ocurrencia o exacerbación de un trastorno mental.

Estado de ánimo. Emoción generalizada y persistente que influye en la percepción del mundo. Son ejemplos frecuentes del estado de ánimo la depresión, alegría, cólera y ansiedad.

Familiar, terapia. Método psicoterapéutico para el tratamiento de familias.

Fuga de ideas. Un flujo casi continuo de habla acelerada, con cambios temáticos bruscos, que habitualmente se basan en asociaciones comprensibles, estímulos que distraen la atención o juegos de palabras. Cuando es grave, el habla puede ser incoherente y desorganizada.

Inconsciente. Zona "sumergida" de nuestra personalidad, de la que el sujeto no es directamente consciente. Sus contenidos son de naturaleza pulsional (pulsión) y su organización está regida por la condensación y el desplazamiento. Sus intentos de acceder a la conciencia son frenados por la represión y sólo obtienen éxito en la medida en que, a través de las deformaciones de la censura, se producen formaciones de compromiso (sueños, actos fallidos, etcétera). Se compone básicamente de material psicológico procedente de los deseos infantiles

Negación. Mecanismo de defensa por el que se rechazan aquellos aspectos de la realidad que se consideran desagradables. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo negándose a reconocer algunos aspectos dolorosos de la realidad externa o de las experiencias subjetivas que son manifiestos para los demás. El término *negación psicótica* se emplea cuando hay una total afectación de la capacidad para captar la realidad.

Personalidad. Estructura psíquica de cada individuo, la forma como se revela por su modo de pensar y expresarse, en sus actitudes e intereses y en sus actos. Son patrones duraderos de percibir, relacionarse y pensar acerca del ambiente y de uno mismo. Los rasgos de personalidad son aspectos prominentes que se manifiestan en una amplia gama de contextos sociales y personales importantes. Los rasgos de personalidad sólo constituyen un trastorno de personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y provocan malestar subjetivo o déficit funcional significativo.

Personalidad múltiple. Trastorno mental caracterizado por la aparición alterada en un sujeto de dos o más personalidades contradictorias entre sí.

Psicógeno. Referido a manifestaciones en general patológicas, cuyo origen no reside en una lesión orgánica sino en un trastorno psíquico.

Psicología. Ciencia que estudia la actividad psíquica y el comportamiento de los organismos.

Psicoterapia. Es cualquier proceso de reeducación que tiene por objeto ayudar a una persona con problemas, recurriendo fundamentalmente a las intervenciones psicológicas, en contraste con los tratamientos orgánicos, como la administración de drogas.

Rasgo. Elemento característico de la personalidad relativamente estable. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo inventando sus propias explicaciones, tranquilizadoras pero incorrectas, para encubrir las verdaderas motivaciones que rigen sus pensamientos, acciones o sentimientos.

Rapport. Se dice que en una relación entre dos o más personas hay *rapport* cuando sus pensamientos o sentimientos armonizan entre sí o cuando presentan una serie de puntos de vista compartidos.

Recuerdo. Reproducción de algo vivido o aprendido anteriormente.

Realidad Virtual

Un fenómeno que percibimos a través de **los sentidos** que se desarrolla en un espacio ficticio, en un paréntesis de la realidad. La **Realidad Virtual** es un **sistema** interactivo que permite sintetizar un mundo tridimensional ficticio, creándose una ilusión de realidad ilusoria, pseudo-realidad alternativa.

Resiliencia. Capacidad que tiene el individuo para soportar el dolor

Subconsciente. Los fenómenos englobados bajo el término de subconsciente constituyen un conjunto de procesos psíquicos o un estrato de la personalidad cuya actividad se mantiene por debajo de los niveles conscientes. Sus manifestaciones están dotadas a menudo de mayor carga y tensión que las plenamente conscientes y afloran a este nivel por medio de complejos mecanismos de desplazamiento, proyección, etc., o en forma de sueños.

Templanza. Serenidad, conducirse en la vida sin extravagancias, que puedan dañar su alma, su cuerpo o sus bienes.

Trastorno de la personalidad. Es un tipo de trastorno conductual que se caracteriza por provocar considerables problemas para la adaptación social. La persona que padece el trastorno de personalidad no siempre ni forzosamente se siente perturbada, pero en cambio los demás a menudo la consideran perturbadora o molesta.

Trastorno mental. Estado patológico que se caracteriza por confusión de ideas, perturbación emocional y conducta inadaptada. Puede tener origen orgánico o funcional.

Trastorno Bipolar.

Se llama **trastorno bipolar** o **trastorno afectivo bipolar** a un trastorno depresivo de larga evolución, en el que los episodios depresivos se ven interferidos por la aparición de otros episodios caracterizados por un estado de ánimo elevado (euforia excesiva), expansivo (hiperactividad anómala) o irritable. Las fases de exaltación, alegría desenfrenada o irritabilidad y grosería, alternan con otros episodios en que la persona está con depresiones intensas, con bajo estado de ánimo, incapacidad para disfrutar, falta de energía, ideas negativas y, en casos graves, ideas de suicidio.

Trauma psíquico. Choque emocional que deja huella en el subconsciente.

RESUMEN.

Las experiencias disociativas, son un problema común en nuestra sociedad y poco conocido en el entorno, difícil de identificar y comprender en la persona que las vive.

Una experiencia disociativa, es un aislamiento de los elementos de la personalidad produciéndose inconscientemente la separación de una idea, viviendo en repetidas ocasiones una realidad virtual.

El trastorno disociativo siendo un problema social y poco reconocido se ha identificado más enfáticamente dentro del trastorno bipolar y esquizofrenia. .

Es difícil explicar los trastornos disociativos pues no está claro si en un caso determinado interviene la disociación o alguna otra clase de manifestación psicótica.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM - IV TR), en unión con las experiencias disociativas, se desarrollan los trastornos como son:

Amnesia disociativa; incapacidad de la persona para recordar información importante, siendo esta de naturaleza traumática o estresante.

Fuga disociativa; se caracteriza por viajes repentinos e inesperados lejos del hogar o del trabajo, con incapacidad para recordar su propio pasado, confusión acerca de su propia identidad, y de la asunción de una identidad nueva.

Trastorno de identidad disociativo es llamado personalidad múltiple o doble identidad. Desintegración de la memoria y la conciencia, quien la padece tiene dos o más identidades diferentes y cada una se desarrolla independientemente de la otra.

Despersonalización; persistente sensación de irrealidad, quien lo sufre se siente distanciado de su propio cuerpo y de sus procesos mentales, viene a ser como el observador de su propia vida. .

El estrés es una noción de orden sociofisiológico va asociado a la angustia, siendo una respuesta inespecífica del organismo en forma de síndrome general de adaptación de las presiones de la sociedad al individuo..

En conclusión, es aceptable la relación de estrés con disociación, ya que en la mayoría de veces una depende de la otra, dado a esto es que en la investigación se nota que la relación es mutua y secuencial.

La presente investigación se realizó dentro de la Consulta Externa del Hospital Nacional de Salud Mental en la zona 18 capitalina, en los meses de abril a noviembre en jornada matutina de lunes a viernes en días alternos del año 2005.