



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Medicina

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”

Estudio descriptivo de experiencias disociativas en pacientes atendidos en el Hospital

Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN

PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

Rosa María Hernández de Jesús.

ASESORES DE TESIS

Dra. Carmen Rojas Casas

Dra. Janette Jiménez Genchi

Dra. Rebeca Robles García



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A mi esposo:

Gracias mi amor por haber sido un gran cómplice, salvador y actor en este viaje de aventura y crecimiento, sin tu inmenso apoyo y amor no se habría materializado este sueño.

Gracias por ser *el regalo más grande...*

A mis padres:

Porque gracias a su amor y apoyo siempre incondicional he llegado hasta ésta nuestra meta.

Su presencia y ejemplo ha sido y seguirá siendo un gran motor para seguir creciendo.

Siempre los llevaré conmigo...*Los amo.*

A mis hermanos:

Migue: Has sido un gran hermano, padre, compañero y amigo... gracias por tu apoyo en toda empresa emprendida. Sabes que estoy contigo. Te quiero.

Cesar: Siempre mi ejemplo a seguir... gracias por los momentos felices, por el apoyo brindado. Tu familia y tú cuentan conmigo.

ÍNDICE

ÍNDICE.....	3
LISTA DE TABLAS, GRÁFICAS Y ABREVIATURAS.....	4
RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
MARCO TEÓRICO	8
JUSTIFICACIÓN	18
OBJETIVOS	20
HIPÓTESIS	22
VARIABLES DE ESTUDIO	23
MUESTRA	24
SUJETOS	24
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	26
TIPO DE ESTUDIO:	28
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y MEDICIÓN:.....	29
PROCEDIMIENTO.....	31
RESULTADOS.....	32
GRAFICAS DE DISTRIBUCIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS	35
GRAFICAS DE DISTRIBUCIÓN DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS COMÓRBIDOS.	37
GRAFICAS DE SEVERIDAD DE LAS EXPERIENCIAS O SÍNTOMAS DISOCIATIVOS.....	38
DISCUSIÓN	39
CONCLUSIÓN.....	42
BIBLIOGRAFÍA.....	43
ANEXOS.....	46
CONSENTIMIENTO INFORMADO	46

LISTA DE TABLAS, GRÁFICAS Y ABREVIAS (ST)-27.34 669.23 Tm[]54 Tm[]54 Tm[]

RESUMEN

La presente tesis tuvo como objetivo describir las características sociodemográficas, antecedentes y morbilidad de pacientes que experimentan síntomas disociativos del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Los pacientes realizaron una Escala de Experiencias Disociativas (DES) que evaluó la frecuencia y gravedad de síntomas disociativos, posteriormente, se llevó a cabo una entrevista estructurada denominada Cédula de Entrevista de Trastornos Disociativos (DDIS) la cual permitió identificar que ningún paciente cumplió criterios para el diagnóstico de cualquier Trastorno Disociativo. Pero, a través de ella, se evaluaron antecedentes relacionados con la presencia de experiencias disociativas tales como abuso físico y sexual, ideas, intentos suicidas previos y autolesiones; en este sentido, se obtuvieron datos interesantes que concuerdan con la literatura, ya que la mayoría de los pacientes que presentan síntomas disociativos son mujeres situadas dentro de la cuarta década de la vida, predominantemente con el diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad, seguido de Trastornos Afectivos, con antecedentes de abuso físico y sexual en un 40 y 60% respectivamente, con altos índices de ideas de muerte y conductas autolesivas.

La principal limitación del estudio fue el tamaño de la muestra, con sólo 30 pacientes lo que no permite hacer una generalización de los datos obtenidos; sin embargo, sienta las bases para posteriores investigaciones acerca de los Trastornos y síntomas disociativos que sin duda son frecuentes en pacientes con una variedad de diagnósticos y características como los que se atienden en esta Institución de salud mental de nuestro país.

INTRODUCCIÓN

Los síntomas disociativos son deficiencias en las funciones integradoras de la mente, las cuales genera que la persona que los manifiesta realice actividades, presente pensamientos, sentimientos y actitudes de las cuales no son conscientes.

Los síntomas disociativos no siempre son patológicos, algunos autores postulan que estos varían desde leves síntomas de ansiedad y adaptación hasta síntomas tan graves e intensos que generan un Trastorno Disociativo con severas consecuencias de funcionamiento.

Estos síntomas son complejos en su presentación ya que pueden formar parte de diversos síndromes psiquiátricos e incluso neurológicos como epilepsias parciales. Sin embargo, se ha encontrado que estos síntomas están frecuentemente asociados con Trastornos de Estrés postraumático, Estrés Agudo y Trastorno Límite de la Personalidad por lo que se ha postulado que pudieran ser parte de las secuelas de un estrés importante en la vida, de los cuales el más frecuentemente encontrado sobre todo en los pacientes con personalidad limítrofe es el antecedente de abuso físico y sexual en la infancia.

Como tal, los Trastornos Disociativos se encuentran clasificados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales y del Comportamiento versión IV Texto Revisado, de la Asociación Psiquiátrica Americana, que contiene un apartado específico de “Trastornos disociativos”. Las categorías diagnósticas son: 1) Amnesia disociativa, 2) Fuga disociativa, 3) Trastorno de identidad disociativa, 4) Trastorno por despersonalización, y 5) Trastorno disociativo no especificado.

La clasificación CIE-10, de la Organización Mundial de la Salud los ubica en el apartado de “Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos”. En lo

referente a los disociativos contiene las siguientes categorías de, Amnesia disociativa, Fuga disociativa, Estupor disociativo, Trastornos de trance y de posesión, Trastornos disociativos de la motilidad, Convulsiones disociativas, Anestesia y pérdidas sensoriales disociativas, Trastorno disociativo (de conversión) mixto, Otro trastorno disociativo y de conversión (como el Síndrome de Ganser, el Trastorno de personalidad múltiple, el trastorno disociativo (conversión) en la infancia y la adolescencia u otro específico), y Trastorno disociativo (conversión) sin especificación.

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

El interés por los Trastornos Disociativos ha estado presente casi desde la psiquiatría misma, hace un siglo fue nombrada histeria. Por la década de los 70, se dio un resurgimiento acerca del tema, llamándose ahora Trastornos Disociativos.

Los Trastornos Disociativos han sido subdiagnosticados, frecuentemente confundidos con otros trastornos psiquiátricos, pero conforman una entidad clínica per se ⁽¹⁶⁾. Por ejemplo, en 1993 se llevó a cabo un estudio en Estados Unidos de Norteamérica titulado “Trastornos disociativos en pacientes psiquiátricos” teniendo como objetivos 1) determinar la prevalencia de los trastornos disociativos, 2) reportar antecedentes de trauma en la infancia y 3) observar la frecuencia con que estos trastornos se diagnostican en los pacientes. Obtuvieron como resultados que el 15% de la muestra tenía criterios para algún Trastorno Disociativo, a pesar de ello, no era diagnosticado y consecuentemente tratado erróneamente en los pacientes con dicho padecimiento ⁽¹⁷⁾.

En el año 2006, en Estados Unidos se realizó un estudio acerca de la frecuencia con que se presentan dichos trastornos en la población psiquiátrica ambulatoria. Se realizó la investigación en 231 sujetos, 84 hombres y 147 mujeres. Resultando que el 29% de los sujetos tuvo un trastorno disociativo. Reportando como conclusiones que los trastornos disociativos tuvieron una alta prevalencia y que el diagnóstico clínico sólo en el 5% de los pacientes había sido previamente realizado ⁽¹³⁾.

También en el año 2006 se publicó un artículo en la revista de Investigación en psiquiatría, Estados Unidos de Norteamérica que relaciona el deterioro cognitivo en pacientes con diagnóstico de Trastorno disociativo y alguna comorbilidad en Eje I y II, encontrándose deterioro significativo, los hallazgos más importantes fueron las frecuencias: trastorno de despersonalización 0.8%, amnesia disociativa 1.8%, trastorno de identidad disociativo 1.5%, trastorno disociativo no especificado 4.4% ⁽¹⁸⁾.

En lo que respecta a investigaciones realizadas en otros lugares ajenos a Estados Unidos de Norteamérica, Europa reporta prevalencias menores de Trastornos Disociativos. En un estudio holandés, 10 de 122 pacientes psiquiátricos (8%) fueron reportados positivos para presentar Trastornos disociativos ⁽¹⁹⁾. En lo que respecta al resto de la Unión Europea, los estudios acerca del tema son escasos y con metodología escueta.

En México solo existe un estudio acerca de la prevalencia en la población psiquiátrica mexicana. En el que se utilizó la Escala de Experiencias Disociativas (DES) y la entrevista estructurada para Trastornos disociativos DDIS. Ambas validadas en México por investigadores del Instituto Nacional de Psiquiatría y del Instituto Jalisciense de Salud Mental respectivamente. Dicho estudio se llevó a cabo en 100 sujetos. Se encontró una prevalencia del 38% de trastornos disociativos en pacientes con otra patología mental agregada ⁽²⁰⁾.

En lo que respecta a las experiencias disociativas y las hipótesis que sustentan su relación con el antecedente del abuso físico y sexual se han realizado varias investigaciones que han obtenido resultados muy similares entre ellos.

Por citar alguno, en el 2004, España, se encontró que del total de la muestra (100 pacientes), el 42.9% de los pacientes con trastorno límite, que presentaban experiencias disociativas, había sufrido maltrato infantil y un 37.5 % de los casos había sido víctima de abuso sexual durante la infancia. Teniendo además mayor severidad de los síntomas disociativos con respecto a los casos de pacientes que no tenían el antecedente de maltrato o abuso infantil ⁽⁹⁾.

Vale la pena citar una investigación realizada en año 2008 en EUA con 231 pacientes en el que se encontró que la relación entre los intentos suicidas recurrentes, ideación suicida constante, autolesiones y el diagnóstico de Trastorno disociativo es elevado, aproximadamente del 71%, 67% y 42% respectivamente.

En este mismo estudio se investigó la comorbilidad existente en los pacientes con diagnóstico de cualquier Trastorno disociativo encontrándose que el más frecuente (96%) fue el Trastorno depresivo mayor, seguido del Trastorno de Estrés Posttraumático y el Trastorno límite de la personalidad (88 y 83% respectivamente). Lo cual concuerda con literatura existente desde la década de los noventas y hasta la actualidad ⁽⁸⁾.

MARCO CONCEPTUAL

El concepto de disociación fue definido por Pierre Janet a finales del siglo XIX, quien define el mecanismo disociativo como un déficit en las funciones integradoras de la conciencia, proponiendo una teoría de la disociación patológica como una predisposición constitucional en los individuos traumatizados (1). Conceptualiza la disociación como una defensa frente a la ansiedad generada por las experiencias traumáticas, que persistirá en forma de ideas fijas en la mente del paciente, afectado su humor y su conducta. La disociación llevará a un estrechamiento de la conciencia en el cual unas experiencias no serán recordadas o registradas.

Algunos autores hablan de la disociación como un fenómeno normal, en el que cualquier individuo puede presentar una experiencia disociativa estableciendo un continuum que va desde la disociación cotidiana y adaptativa hasta el otro extremo, donde estarían los Trastornos Disociativos en los cuales dichas experiencias están aumentadas en frecuencia e intensidad. Otros consideran la disociación como un mecanismo patológico. El principal criterio para ubicar un caso dentro de los “Trastornos Disociativos” será el carácter desadaptativo de los síntomas y la repercusión funcional (2).

En este sentido, los síntomas de disociación habitualmente se encuentran inmersos también dentro de una gran variedad de trastornos mentales. Las diferencias entre síntomas causados por un proceso disociativo y otros síntomas similares generados por otras patologías pueden ser sutiles, y requieren una entrevista muy detallada, y una exploración extensa de la fenomenología subjetiva de los síntomas.

Entre los padecimientos en que comúnmente se presenta sintomatología disociativa se encuentran Trastornos afectivos, Trastorno de Ansiedad, Trastorno de Pánico, y Trastorno Obsesivo Compulsivo (3).

Específicamente, los síntomas disociativos forman parte de los criterios para 3 diferentes trastornos mentales: Trastorno Límite de la Personalidad, Trastorno por Estrés Agudo y Trastorno de Estrés Postraumático (4).

Los síntomas disociativos están incluidos en la descripción clínica del Trastorno por Estrés Postraumático tanto en la DSM-IV como en la CIE-10. Y aunque los trastornos disociativos no estén clasificados cerca del Trastorno por Estrés Postraumático, muchos autores los consideran los dos extremos de lo que han llamado el “Espectro Postraumático” en el que también estarían incluidos los Trastornos de Personalidad Límite. Estos cuadros de base traumática compartirían, según algunos autores, un mecanismo psicobiológico común que es disociativo (5).

Por otra parte, las experiencias disociativas se incluyen en los criterios DSM- IV- TR para el diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad y varios estudios revelan severos síntomas disociativos en los pacientes con dicho trastorno. Por ejemplo, Stiglmayr y colaboradores reportaron estados disociativos en pacientes con Trastorno Límite de la personalidad que pasaban por un estado de estrés en la vida cotidiana (6).

Debido a la compleja característica de la disociación en la que los pacientes no registran a nivel consciente las situaciones experimentadas, se han realizado diversas investigaciones acerca de la relación que existe entre los síntomas disociativos y las autolesiones e intentos suicidas, encontrándose una elevada relación entre estos, siendo más frecuente en los

pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad que además presentan síntomas disociativos.

Estudios demuestran que la presencia de experiencias disociativas son el predictor más fuerte del riesgo que tienen los pacientes, con cualquier diagnóstico, de incurrir en autolesiones e intentos suicidas y viceversa (7). Amén de que este riesgo aumenta aún más si el paciente tiene antecedente de abuso infantil. Este último aspecto ha sido ampliamente estudiado para explicar la generación de síntomas disociativos en los pacientes.

Se han propuesto varias hipótesis acerca de la relación entre la historia de abuso infantil y las experiencias disociativas, incluyendo la posibilidad de que el diagnóstico de Trastorno Disociativo sirve como indicador de una historia de abuso severo y prolongado y/o este trastorno representa una secuela del abuso infantil sufrido por el paciente.

Autores como Freud, Hartmann han mencionado que la disociación ha sido un mecanismo de adaptación el cual ayuda al niño a sobrevivir a traumas psicológicos intolerables (8).

Durante décadas, se ha encontrado que los pacientes con el diagnóstico de Trastorno Límite de la personalidad tienen mayor severidad y frecuencia de experiencias disociativas con respecto a otros pacientes con otro tipo de trastornos de la personalidad, y que frecuentemente esta tendencia a la disociación se encuentra asociada a maltrato y /o abuso sexual durante la infancia (9).

Específicamente hablando de los Trastornos Disociativos, estos se encuentran como entidades diagnósticas en el DSM IV-TR y en la décima clasificación internacional de enfermedades CIE 10; y cada uno de dichos manuales diagnósticos describe los diferentes cuadros clínicos que incluyen el término de trastorno disociativo.

La característica de los Trastornos Disociativos consiste en una alteración de las funciones integradas de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno (10). Esta alteración puede ser repentina o gradual, transitoria o crónica.

Los trastornos que se incluyen en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR son la Amnesia Disociativa, la Fuga Disociativa, el Trastorno de Identidad Disociativo, el Trastorno de Despersonalización y el Trastorno Disociativo no Especificado. Por su parte, la OMS, en la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento ICD 10 también tiene una clasificación para los trastornos disociativos (de conversión) encontrando dentro de ellos: la amnesia disociativa, la fuga disociativa, el estupor disociativo, los trastornos de trance y posesión, los trastornos disociativos de la motilidad, convulsiones disociativas, anestesias y pérdidas sensoriales disociativas, trastorno disociativo (de conversión) mixto, otros trastornos disociativos, el síndrome de Ganser (respuestas aproximadas), trastorno de personalidad múltiple, trastornos disociativos de la infancia o adolescencia, trastornos disociativos no especificados (11).

Para fines del presente estudio, se tomará como base el DSM-IV-TR para realizar los diagnósticos de los pacientes. Así que se revisará brevemente cada trastorno por separado.

AMNESIA DISOCIATIVA

Se caracteriza por una incapacidad para recordar información personal importante. En la mayoría de los individuos se encuentran lagunas de memoria retrospectivas, generalmente de naturaleza traumática o estresante. Suele presentarse de forma aguda y la duración de la amnesia puede ser de minutos a años. Se puede clasificar en varios tipos: amnesia

localizada, amnesia selectiva, amnesia generalizada, amnesia continua y amnesia sistematizada. En el manual CIE 10 se exige, para establecer el diagnóstico, la demostración de asociaciones temporales convincentes entre el inicio de los síntomas del trastorno y la aparición de los acontecimientos de carácter estresante. Según Kaplan, la prevalencia de este trastorno en la población general es del 6% ⁽¹²⁾. No se han detectado diferencias significativas entre hombre y mujeres. En un estudio realizado en el 2006 publicado en el *Journal of Psychiatric Research* se muestra una prevalencia entre la población psiquiátrica del 1.8% en comorbilidad con padecimientos de Eje I ⁽¹³⁾.

FUGA DISOCIATIVA.

Se caracteriza por la realización de viajes inesperados o repentinos lejos del hogar o del lugar donde se realizan las actividades habituales, con incapacidad para recordar parte o la totalidad del pasado del individuo. La causa en la mayoría de los casos es la existencia de experiencias traumáticas que dan lugar a un estado alterado de la conciencia dominado por el deseo de huida. Cuando el episodio finaliza el individuo experimenta perplejidad, confusión, despersonalización o desrealización. Es de los trastornos disociativos el menos frecuente, según el DSM IV TR la prevalencia en la población general es del 0.2% pero puede aumentarse durante los tiempos de guerra. En el CIE 10 se requiere amnesia durante los períodos de fuga.

TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO

Antes denominado Trastorno de personalidad múltiple. La característica es la existencia de dos o más identidades o estados de personalidad que controlan el comportamiento del

individuo de modo recurrente, con incapacidad para recordar información personal importante. Fuertemente asociado con experiencias traumáticas graves durante la primera infancia. Refleja un fracaso en la integración de varios aspectos de la identidad, la memoria y la conciencia. Cada personalidad se vive de manera diferente. Una investigación norteamericana refiere una frecuencia del 3 al 5% para este trastorno disociativo ⁽¹⁴⁾.

TRASTORNO DE DESPERSONALIZACIÓN

Consiste en episodios persistentes de síntomas que consisten en sensación de extrañeza o distanciamiento de uno mismo, se mantiene intacto el sentido de realidad, como síntoma es común, por lo que el diagnóstico de trastorno de despersonalización sólo debe realizarse cuando los síntomas provoquen un malestar o deterioro de la actividad normal de la persona y que no se presente durante el curso de otro padecimiento mental. La prevalencia no se conoce aún en la población general, en el DSM-IV-TR se menciona que hasta un tercio de los individuos expuestos a una situación estresante y hasta 40% de los enfermos hospitalizados han experimentado un episodio de despersonalización.

TRASTORNO DISOCIATIVO NO ESPECIFICADO.

Se refiere a los trastornos en los que la característica predominante es un síntoma disociativo que no cumple los criterios para el diagnóstico de trastorno disociativo específico.

Se incluye : a) adultos con desrealización, no acompañada de despersonalización b) el trastorno que en el CIE 10 se le da el nombre de Trastorno de trance caracterizados por alteraciones únicas, episódicas de la conciencia, identidad o memoria propias de ciertos lugares y culturas concretas. Consiste en una alteración de la conciencia con respuesta disminuida al entorno, o en un comportamiento o movimientos estereotipados que se encuentran fuera de control de la persona. El trance de posesión consiste en la sustitución de la identidad personal por otra, atribuida a la influencia de un espíritu o poder asociado a movimientos estereotipados de tipo involuntario o amnesia. c) Pérdida de Ganser: en este trastorno el individuo da respuestas aproximadas a las preguntas y no hay asociación con amnesia disociativa o fuga disociativa.

Se hace referencia en investigaciones que dicho trastorno tiene una frecuencia de hasta el 9% en la población psiquiátrica (15).

JUSTIFICACIÓN

El hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, es una institución pública de concentración en la que anualmente acuden una gran cantidad de pacientes de los cuales se pueden obtener estudios que sean punta de lanza para la realización de diferentes líneas de investigación en México. Hasta el momento no existían estudios acerca de síntomas y/o experiencias disociativas en los pacientes de esta unidad hospitalaria. Por ello, resultó relevante la realización de la presente tesis que arrojó resultados acerca de un grupo de pacientes psiquiátricos que presentan un número importante de síntomas disociativos a fin de describir las características de esta población.

Los síntomas disociativos no están incluidos en una revisión psicopatológica estándar, prueba de ello es que una entrevista clínica estructurada como la SCID, que en teoría permitiría emitir el diagnóstico psiquiátrico de un paciente, excluye el espectro disociativo. Un resultado de este hecho, es que los trabajos de investigación que emplean entrevistas estructuradas, están excluyendo sistemáticamente los síntomas disociativos, teniendo como consecuencia, escasas investigaciones acerca de síntomas y trastornos disociativos con la consecuente limitación en el conocimiento acerca del tema por parte de los médicos psiquiatras

Esta investigación favoreció el conocimiento de la frecuencia, comorbilidad, características sociodemográficas y antecedentes de los pacientes con síntomas disociativos auxiliando la enseñanza; pero sobre todo, el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de los pacientes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es poco frecuente que durante la entrevista clínica se realice el cribado de síntomas disociativos en pacientes con trastornos de los Ejes I y II, aunado a que en la mayoría de los casos, estos son atribuidos prematuramente a sintomatología de epilepsia parcial. Esto dificulta la realización del diagnóstico de Trastornos disociativos como tal, siendo que los estudios epidemiológicos de las últimas dos décadas han demostrado que se trata de problemas con mayor prevalencia de lo que se sospechaba.

Las características de los pacientes que presentan síntomas disociativos son importantes, ya que a través de su adecuado escrutinio se puede llegar a establecer un diagnóstico más preciso que además se acompañe de la descripción de características que nos ayuden a establecer un pronóstico.

En esta dirección, la pregunta de investigación del presente estudio fue: ¿Cuáles son las características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, ocupación), antecedentes (abuso físico y sexual, ideas e intentos suicidas previos) y morbilidad (trastornos mentales del eje I y II) de un grupo de pacientes que experimentan síntomas disociativos del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez?

OBJETIVOS

Objetivo general

Describir las características sociodemográficas, comorbilidades y antecedentes tales como abuso infantil físico y sexual e historia previa de intentos suicidas de los sujetos con Experiencias Disociativas, en pacientes ambulatorios y hospitalizados del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Objetivos específicos

- Identificar pacientes en los que se haya presentado cualquier tipo de síntomas disociativos.
- Evaluar la severidad de los síntomas disociativos a través de la Escala de Experiencias Disociativas.
- Describir los diagnósticos psiquiátricos que presentan los pacientes con experiencias disociativas.
- Describir las características sociodemográficas de los pacientes con síntomas disociativos.
- Describir el antecedente de abuso físico y sexual en la infancia de los pacientes con síntomas disociativos.
- Describir el antecedente de autolesiones e intentos suicidas en paciente con experiencias disociativas.

- Identificar la presencia de Amnesia Disociativa en los pacientes evaluados.
- Identificar la presencia de Fuga Disociativa en los pacientes evaluados.
- Identificar la presencia de Identidad Disociativa en los pacientes evaluados.
- Identificar la presencia Trastorno de Despersonalización en los pacientes evaluados.
- Identificar la presencia Trastorno Disociativo no Especificado en los pacientes evaluados.
- Describir los padecimientos psiquiátricos que se encuentran en comorbilidad con los Trastornos Disociativos.

HIPÓTESIS

- Se encontrarán experiencias disociativas en al menos el 1 % de los pacientes del HPFBA
- La severidad de los síntomas disociativos será predominantemente moderado
- La comorbilidad psiquiátrica más frecuente de los síntomas disociativos serán el trastorno límite de personalidad, el trastorno de estrés postraumático y el trastorno por estrés agudo
- Los síntomas disociativos serán más frecuentes en mujeres, de la cuarta década de la vida
- Los síntomas disociativos serán más frecuentes en los pacientes que tuvieron abuso físico
- Los síntomas disociativos serán más frecuentes en los pacientes que tuvieron abuso sexual
- Las autolesiones serán más frecuentes en los pacientes con experiencias disociativas
- Los intentos suicidas serán más frecuentes en los pacientes con experiencias disociativas
- Los trastornos disociativos se encontrarán en el 1 % de los pacientes del HPFBA

VARIABLES DE ESTUDIO

- 1) Diagnóstico de trastorno disociativo: presencia o ausencia (dicotómica, cuantitativa), severidad (continua, cuantitativa) y tipo de trastorno: Trastorno de amnesia disociativa, trastorno de identidad disociativa, trastorno de fuga disociativa, trastorno de despersonalización y trastorno disociativo no especificado (categórica, cuantitativa).
- 2) Variables sociodemográficas: edad (continua, cuantitativa), sexo (dicotómica, cuantitativa), estado civil (categórica, cuantitativa), hijos (continua, cuantitativa), ocupación: empleado, desempleado (dicotómica, cuantitativa).
- 3) Variables clínicas: enfermedad médica: Presencia o ausencia (dicotómica, cuantitativa), y tipo de enfermedad (categórica, cuantitativa); trastorno mental comórbido actual: presencia o ausencia (dicotómica, cuantitativa) y tipo (categórica, cuantitativa); trastorno mental en remisión: presencia o ausencia (dicotómica, cuantitativa) y tipo (categórica, cuantitativa).

MUESTRA

Se estudiaron 30 pacientes, tanto ambulatorios como internos, del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

SUJETOS

Pacientes ambulatorios e internos del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, de 18 a 60 años, que acudan a la consulta externa, a pre consulta y urgencias de dicho hospital o que se encuentren hospitalizados con los siguientes síntomas:

- Uno o más episodios de amnesia, que no se explique mejor por demencia o enfermedad neurológica.
- Viajes repentinos e inesperados en los que el individuo no recuerde su pasado, este confuso con respecto a su identidad o asuma una nueva.
- Que el paciente durante algún momento de su vida adulta haya asumido dos o más personalidades alternantes.
- Que el paciente, haya presentado en algún momento de su vida adulta por lo menos un episodio de despersonalización en relación o no con cualquier Trastorno Psiquiátrico.
- Que el paciente hay presentado por lo menos un episodio de desrealización en algún momento de la vida adulta en relación o no con cualquier Trastorno psiquiátrico.
- Que el paciente haya presentado al menos una sustitución de personalidad atribuida a la influencia de poderes sobrenaturales.

- Que dichos síntomas no se expliquen mejor por enfermedades médicas o estados de intoxicación con sustancias.

Los pacientes no deberán tener alguna patología psiquiátrica agudizada o agitación psicomotriz que impida la aplicación de la escala, la entrevista y/o la firma del consentimiento informado.

Se realizó un muestreo no probabilístico de casos consecutivos de pacientes ambulatorios e internos del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez de diciembre 2010 a marzo 2011.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- Pacientes ambulatorios de consulta externa, pre consulta, urgencias y hospitalización en los que el médico tratante encuentre cualquiera de los síntomas siguientes:
 - Uno o más episodios de amnesia, que no se explique mejor por demencia o enfermedad neurológica.
 - Viajes repentinos e inesperados en los que el individuo no recuerde su pasado, este confuso con respecto a su identidad o asuma una nueva.
 - Que el paciente durante algún momento de su vida haya asumido dos o más personalidades alternantes.
 - Que el paciente, haya presentado en algún momento de su vida adulta por lo menos un episodio de despersonalización en relación o no con cualquier Trastorno Psiquiátrico.
 - Que el paciente hay presentado por lo menos un episodio de desrealización en algún momento de la vida adulta en relación o no con cualquier Trastorno psiquiátrico.
 - Que el paciente haya presentado al menos una sustitución de personalidad atribuida a la influencia de poderes sobrenaturales.
 - Que dichos síntomas no se expliquen mejor por enfermedades médicas o estados de intoxicación con sustancias.

- Pacientes que acepten participar en el estudio.

- Pacientes que firmen el consentimiento informado.
- Pacientes con estado cognitivo adecuado para realizar y comprender los cuestionarios y entrevistas aplicados.
- Pacientes con la disponibilidad para realizar cuestionarios y/o entrevistas posteriores para afinar el diagnóstico en caso de que el cuestionario auto aplicable de Experiencias Disociativas (DES) resulte positivo.

Criterios de exclusión:

- Pacientes en los que se encuentren los síntomas ya mencionados pero que el médico tratante lo explique mejor por enfermedades médicas o intoxicación por sustancias.
- Pacientes con un proceso agudo que le impida la adecuada comprensión del cuestionario auto aplicable.
- Pacientes con agitación psicomotriz o delirium en el momento de la aplicación de la escala o la entrevista semiestructurada.

TIPO DE ESTUDIO:

No experimental, descriptivo, observacional y transversal.

Análisis estadístico

Se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión para la descripción de variables continuas, así como frecuencias y porcentajes para describir las categóricas.

Se utilizó la prueba de hipótesis de Chi^2 para la comparación de variables categóricas, y T de student para las continuas.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y MEDICIÓN:

Se utilizará la escala auto aplicable **DES** del inglés Dissociative Experiences Scale (Escala De Experiencias Disociativas). De resultar positiva la escala de auto reporte de experiencias disociativas se aplicará la cédula de entrevista de Trastornos Disociativos DDIS.

La Escala de Experiencias Disociativas (DES) por sus siglas en inglés Dissociative Experiences Scales fue realizada por Eve Bernstein Carlson, Ph. D. Frank W. Putnam, M.D en el año de 1986 ⁽²¹⁾. Es un instrumento de autoreporte que valora el nivel y el tipo de experiencias disociativas presentes en un individuo en una escala de 0 a 100 puntos. Los individuos sin experiencias disociativas obtienen una puntuación menor a 20, los pacientes con trastornos disociativos obtienen puntuaciones de 30 o más. La escala se contesta en 10 a 20 minutos. En el año 2003, la Dra. Yazmín Mendoza Espinosa y el Dr. Ariel Graff Guerrero realizaron la validación de dicha escala en México teniendo como sede el Instituto Nacional de Psiquiatría “ Ramón de la Fuente Muñiz” encontrándose los resultados en la tesis de especialidad médica en psiquiatría y en la revista Journal of Trauma and dissociation ⁽²²⁾. Utilizando una muestra de 319 sujetos, con una media de 24.51, una mediana de 20.53, una desviación estándar de 15.66, una confiabilidad alpha de Cronbach de 0.9385 y una validez con $df= 305$; $p<0.01$.

La cédula de entrevista de los Trastornos Disociativos (Dissociative Disorders Interview Schedule, DDIS) es una entrevista diagnóstica estructurada que incluye 132 reactivos tipo sí/no para evaluar la presencia de los criterios del DSM-IV para los diferentes trastornos disociativos, que puede ser aplicada por profesionales de la salud mental con previo entrenamiento. Consta de secciones separadas que son evaluadas independientemente, por

lo que no hay una puntuación total: 1. Quejas somáticas. 2. Historia de Abuso de Sustancias. 3) Historia psiquiátrica. 4) Trastorno depresivo mayor. 5) Criterios de primer rango de Schneider. 6) Trance, sonambulismo, compañeros de la infancia. 7) Abuso infantil. 8) Características asociadas con el trastorno de identidad disociativo 9) Cultos/sobrenaturales/posesión/ESP/. 10) Trastorno de la personalidad borderline y 11) Trastornos disociativos.

El instrumento se califica acorde a los algoritmos del DSM-IV, se administra en 30 a 60 minutos. Validez y confiabilidad reportada: Kappas que van de 0.68 a 0.95 para el Trastorno por identidad disociativo, como indicadores de confiabilidad Inter-evaluador (23).

PROCEDIMIENTO

Solicité, personalmente y por medio de un memorándum, a los médicos de la consulta externa, urgencias, pre consulta y hospitalización la notificación de cualquier paciente que con síntomas disociativos, además realicé visitas constantes a estos servicios para entrevistarme con los doctores adscritos y/o residentes con el fin de que los pacientes me fueran canalizados.

Una vez que los sujetos fueron identificados realicé una entrevista breve para corroborar síntomas disociativos de manera general y descarté, de manera clínica, que pudiera tratarse de una enfermedad médica.

A los sujetos reclutados se les explicó el procedimiento y la finalidad del mismo; los que aceptaron participar firmaron el consentimiento informado, contestaron la Escala autoaplicable de Experiencias Disociativas y posteriormente la entrevista estructurada DDIS.

Posterior a la realización de esta última entrevista y con base a los resultados obtenidos se descartó el diagnóstico de cualquier trastornos disociativo.

Posterior a esta etapa, se llevó a cabo el análisis estadístico de los datos obtenidos.

RESULTADOS

Descripción de la muestra

La muestra total del estudio se conformó con treinta pacientes, la mayoría de los cuales era mujer (n=27, 90%) y el resto hombres (n=3, 10%), con una edad promedio de 36.63 ± 11.63 . La tabla 1 presenta la descripción de sus variables sociodemográficas.

Tabla 1. Variables sociodemográficas y clínicas del total de la muestra

Variable	Medida descriptiva
Sexo	
Masculino	n=3, 10%
Femenino	n=27, 90%
Edad	36.63 ± 11.63 (rango: 19-55)
Estado civil	
Soltero	n=8, 26.7%
Casado	n=16, 53.3%
Separado	n=3, 10%
Viudo	n=3, 10%
Ocupación	
Empleado	n=12, 40%
Desempleado	n=18, 60 %
Hijos	2.17 ± 1.68 (0-6)

Tabla 2. Diagnósticos Psiquiátricos de la muestra

La tabla 2 presenta los diagnósticos psiquiátricos encontrados en la muestra, siendo el más frecuente el Trastorno de personalidad tipo Límite, seguido por el Trastorno Depresivo Mayor y el Trastorno de Estrés Postraumático.

Variable	Medida descriptiva
Diagnóstico psiquiátrico	
Trastorno de Personalidad tipo Límite	n=10, 33.3 %
Trastorno Depresivo Mayor	n=8, 26.7%
Trastorno de Estrés Postraumático	n=6, 20 %
Trastorno de Ansiedad Generalizada	n=2, 5.7 %
Trastorno de Angustia	n=2, 5.7 %
Distimia	n= 1, 3.3 %
Trastorno Histriónico de la personalidad	

Tabla 3. Experiencia de abuso físico y sexual en la infancia.

Se obtuvo que encontró que el 40% n=12 reportaron haber sufrido abuso físico en la infancia. El 60% del total de la muestra presentó abuso sexual en la niñez.

Variable	Medida descriptiva
Experiencia de abuso en la infancia	
Físico	n= 12, 40 %
Sexual	n= 18, 60 %

Tabla 4. Intentos suicidas previos de la muestra

El 38.1% de los pacientes tuvieron al menos un intento suicida previo, lo que corresponde a 8 pacientes del total de la muestra.

Variable	Medida descriptiva
Intento suicida	n=8, 38.1%

GRAFICAS DE DISTRIBUCIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

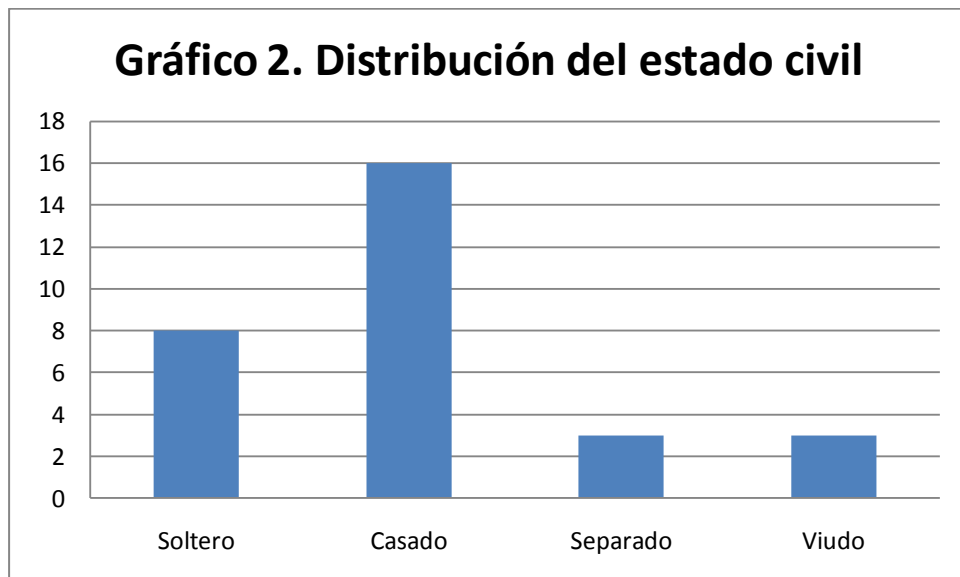
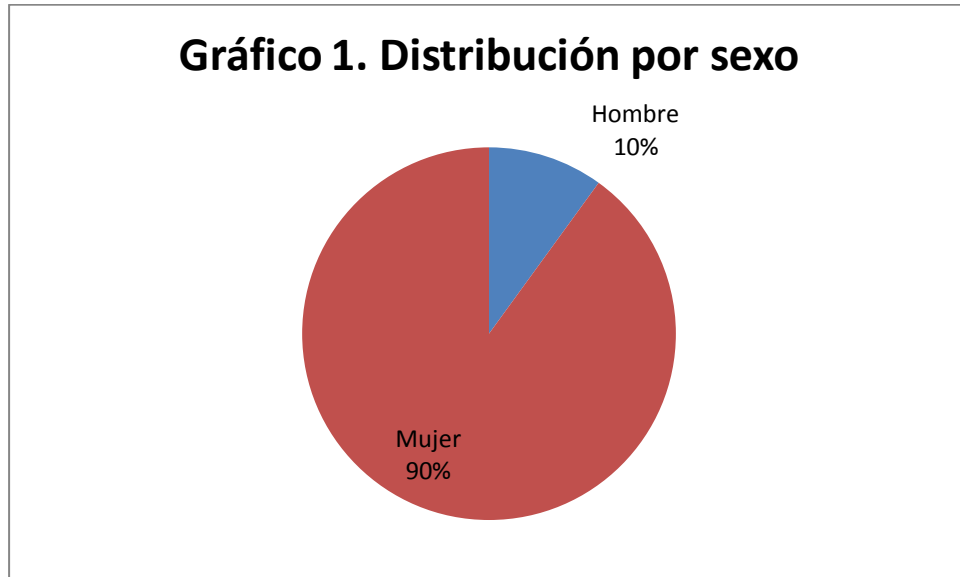
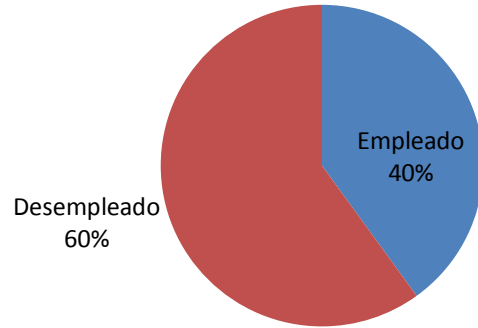
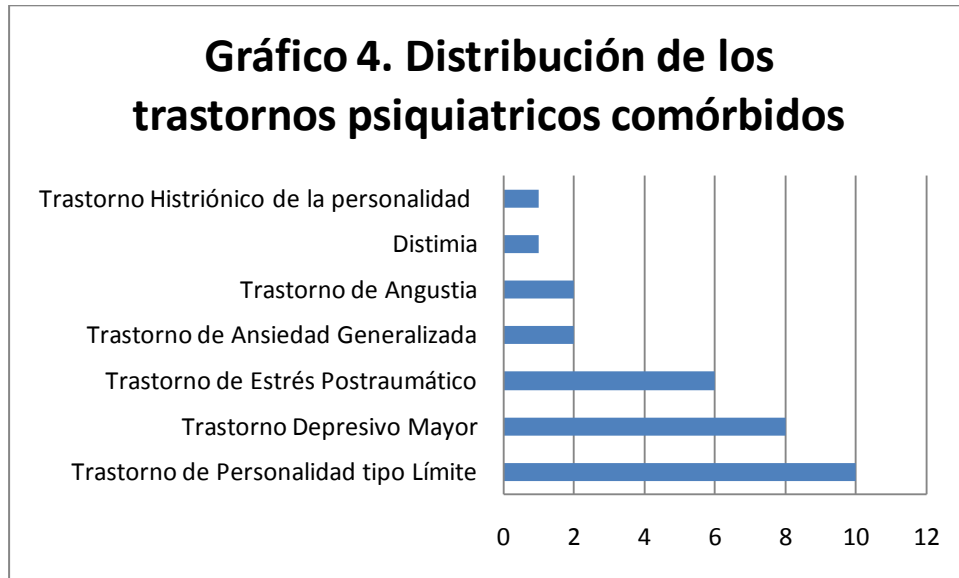


Gráfico 3. Distribución de la ocupación

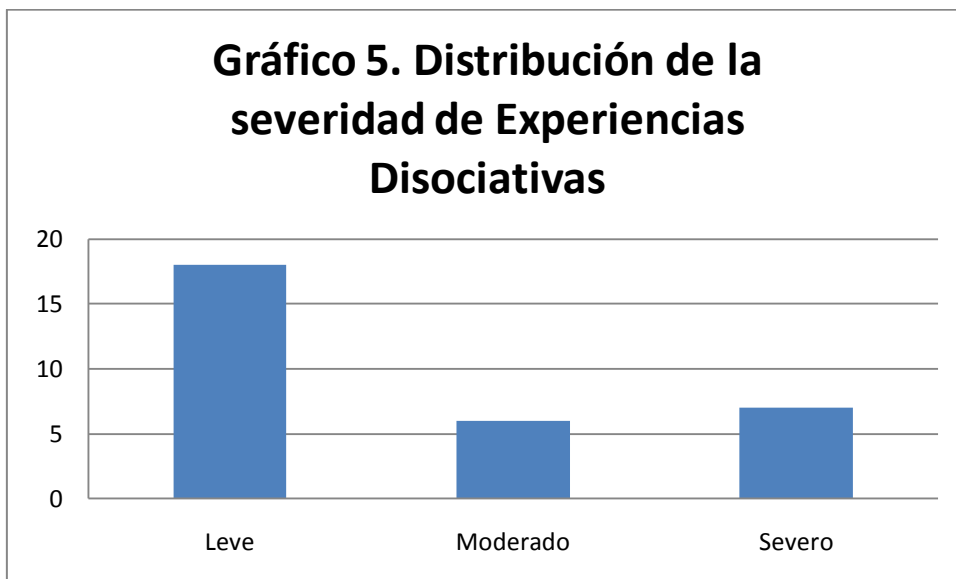


**GRAFICAS DE DISTRIBUCIÓN DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS
COMÓRBIDOS.**



GRAFICAS DE SEVERIDAD DE LAS EXPERIENCIAS O SÍNTOMAS DISOCIATIVOS.

En la escala de experiencias disociativas DES que tiene como objetivo evaluar la severidad de estas experiencias se encontró una puntuación que oscilo de 1.79 a 81.07 con una media de 23.9 y una desviación estándar de 22.9. Siendo lo más frecuente las experiencias de severidad leve.



No se encontraron diferencias en las experiencias disociativas de acuerdo al sexo ($p=0.486$), ni a los tipos de comorbilidad ($p=0.401$).

Como parte de los objetivos del estudio era determinar la presencia de trastornos disociativos sin embargo ninguno de los pacientes cumplió los criterios de la DIS para estos trastornos.

DISCUSIÓN

En la presente tesis se estudiaron un total de 30 pacientes, 27 mujeres, 3 hombres, con un rango de edad de 19 a 55 años, la mayoría casados=16, 53.3%, solteros 8, 26.7%, separados y viudos ambos con una n de 3 correspondiendo a 10% cada uno. En cuanto su ocupación el 12.4% es empleado y el 18.6% no tiene empleo remunerado. El rango de hijos que los pacientes tienen iban de 0 a 6, con una desviación estándar de 2.17 más menos 1.68.

Se encontró que el diagnóstico más frecuente reportado por los médicos tratantes en los expedientes fue el Trastorno Límite de la Personalidad n=10 ,33.3%, seguido del Trastorno Depresivo mayor n=8, 26.7%, el Trastorno de Estrés postraumático fue el tercer padecimiento encontrado en los pacientes n=6, 20%, el Trastorno de Ansiedad Generalizada y el Trastorno de angustia tuvieron una n=2, 5.7%, por su parte la Distimia y el Trastorno Histriónico de la Personalidad presentaron una n=1, 3.3%.

En lo que respecta al abuso físico se encontró que el 40% n=12 reportaron haber sufrido abuso físico en la infancia. El 60% del total de la muestra presentó abuso sexual en la niñez.

Ningún paciente con síntomas disociativos cumplió criterios para el diagnóstico de Trastorno Disociativo según el DSM-IV-TR. A pesar de ello se obtuvieron datos relevantes que empatan con la literatura internacional en el sentido de que uno de los trastornos mentales que más se asocia con síntomas disociativos es El Trastorno Límite de la

Personalidad que en este caso representó más de un 30% de la muestra; el Trastorno Depresivo Mayor se encontraba en poco menos del 30% de los pacientes quienes reportaron haber tenido algunas experiencias disociativas pero sin cumplir criterios para el Diagnóstico de Trastorno Disociativo, difiriendo con lo encontrado hasta la actualidad, ya que los autores lo sitúan como el Trastorno comórbido más frecuente, habría sido de esperarse que, al menos el 1% de los pacientes cumplieran criterios para diagnosticar un Trastorno Disociativo.

Como ya se ha mencionado, los síntomas disociativos también forman parte de los criterios para el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático y Trastorno de Estrés Agudo, por lo tanto los estudios demuestran que los pacientes con estos diagnósticos presentan varios síntomas disociativos, lo cual se corrobora en la presente tesis que encontró que el Trastorno de Estrés Postraumático se encuentra en un 20% de los pacientes siendo el tercer diagnóstico más frecuente en la muestra, en este sentido, otros trastornos que se consideran dentro del espectro ansioso, como el Trastorno de Ansiedad Generalizada y el Trastorno de Angustia, fueron los siguientes en frecuencia.

Los resultados que se obtuvieron respecto a la explicación que para los Trastornos y síntomas disociativos dan la mayoría de los autores fueron interesantes ya que el antecedente de abuso físico en la infancia se encontró en un 40% de los pacientes, teniendo así una alta relación con el estudio español ya citado en que se encontró que los pacientes con síntomas disociativos habían presentado aproximadamente un 43% de maltrato físico infantil. Otro resultado sumamente interesante es que un alto porcentaje (60%) de pacientes con Síntomas de Disociación fueron víctimas de abuso sexual durante la infancia

lo cual era esperado según la bibliografía actual aunque no se había reportado un porcentaje similar, el mayor ha sido de un 50%.

Los síntomas disociativos, medidos por la Escala de Experiencias Disociativas (DES), fueron situados como leves en la mayoría de los pacientes evaluados, no encontrándose diferencias significativas por sexo o morbilidad de los pacientes que los presenta.

Los síntomas disociativos son frecuentes en una gran cantidad de pacientes y una diversidad de diagnósticos muy amplia, sin embargo es necesario evaluar adecuadamente y minuciosamente dichos síntomas para descartar un Trastorno Disociativo y tener en cuenta las características sintomáticas del paciente ya que a través de ellas podemos realizar un adecuado tratamiento que tenga en cuenta las experiencias disociativas que de continuar podrían agravar el trastorno e incluso favorecer ideas de muerte, intentos suicidas o autolesiones por tanto es importante tener en muy cuenta los síntomas disociativos referidos por nuestros pacientes.

CONCLUSIÓN

A través de la presente investigación, se obtuvieron datos interesantes que, a pesar de la limitación del tamaño de la muestra, concuerdan con la literatura internacional en varios sentidos tales como la elevada frecuencia del antecedente de Abuso físico y sexual durante la infancia, las patologías más frecuentemente asociadas con los síntomas disociativos (Trastorno de Personalidad Límite, el Trastorno Depresivo Mayor y el Trastorno por Estrés Postraumático) así como la frecuente asociación de las experiencias disociativas con los intentos suicidas previos.

Si bien, mediante esta investigación no se obtuvo la prevalencia de los Trastornos Disociativos en el hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, si se obtuvieron datos importantes acerca de síntomas disociativos en un grupo de pacientes, lo cual encamina al estudio y conocimiento del tema a las generaciones futuras, sobre todo, si estas últimas mediante la presente tesis toman en cuenta que los síntomas disociativos pueden estar presentes en un amplio grupo de pacientes con diversas características sociodemográficas, antecedentes traumáticos, variadas patologías psiquiátricas y no sólo como Trastornos clínicos per se, se habrá logrado uno de los principales objetivos de la realización del estudio en este nuestro hospital.

La presente tesis, a pesar de ser pionera en el estudio de los síntomas y Trastornos disociativos de los pacientes del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, tiene limitaciones en el sentido de que el tamaño de la muestra no permite una generalización de los datos obtenidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Eduardo, Cazabat. Una breve recorrida por la traumática historia del estudio del trauma psicológico. *Revista de psicotrauma para Iberoamérica*, 2002: 38-41.
2. Roberto Colom. Experiencias disociativas: una escala de medida. *Anuario de Psicología*. 1996; 70: 69-84.
3. Ball S, Robinson A, Shekhar A, et al. Dissociative symptoms in panic disorder. *Journal of Nerve Mental Disease* 1997;185:755-60.
4. Ludäscher P, et. al. Pain sensitivity and neural processing during dissociative states in patients with borderline personality disorder with and without comorbid posttraumatic stress disorder: a pilot study. *Journal Psychiatry Neuroscience* 2010; 35(3):177-84.
5. Chu, J. Dissociative Symptomatology in Adult Patients with histories of Childhood Physical and Sexual Abuse. *Trauma, memory and dissociation*. 2002. Estados Unidos.
6. Stiglmayr CE, Ebner-Priemer UW, Bretz J, et al. Dissociative symptoms are positively related to stress in borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2008; 117:139-47.
7. Stiglmayr CE, Shapiro DA, Stieglitz RD, et al. Experience of aversive tension and dissociation in female patients with borderline personality disorder: a controlled study. *J Psychiatr Res* 2001; 35:111-8.
8. Foote B, Smolin S, Lipschitz D Dissociative Disorders and Suicidality in Psychiatric Outpatients , *J NervMent Dis* 2008;196: 29–36.
9. Salavert J. et, al. Gravedad y asociación de la sintomatología disociativa en el trastorno límite de la personalidad con el antecedente de abuso sexual y maltrato físico. *Informaciones Psiquiátricas* 2004; 177: 110-8.
10. López IAJJ, et al. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DMS IV Texto revisado. Masson. 2002: 581-97.

11. Organización Mundial de la Salud (1993). CIE-10. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento, Criterios diagnósticos de investigación. Madrid: Meditor.
12. Sadock BJ, MD, et al. Kaplan y Sadock. Sinopsis de psiquiatría. 10ª. Edición. Lippincott Williams and Wilkins. 2008: 665-679.
13. Foote B., Smolin Y., Kaplan M., Legatt M., Lipschitz D. Prevalence of Dissociative Disorders in Psychiatric Outpatients. *American Journal of Psychiatry*. 2006; 163(4): 623-629.
14. Ross, Anderson, Fleisher and GR Norton. The frequency of multiple personality disorder among psychiatric inpatients, *Am J Psychiatry*. 1991; 148:1717-1720.
15. Bru M., Santamaría M., Coronas R., Cobo J. Dissociative disorder and traumatic events. A study of Spanish population. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2009; 37(4):200-204.
16. Middleton W. Owing the past, claiming the present: perspectives on the treatment of dissociative patients. *Am J psychiatry*. 2005; 13(1):40-49.
17. Saxe, Kolk, Berkowitz, Chinman, Hall, et. all. Dissociative disorders in psychiatric outpatients, *Am J psychiatry*. 2006; 1 (163): 623-629.
18. Johnson, Cohen, Cansen, Brook Judith S. Dissociative disorders among adults community, ipared functioning, and axis I and II comorbidity. *Journal of Psychiatric Research*. 2006; 40(2): 131-1480.
19. Fiedl Mc. Dissociative disorders in dutch psychiatric inpatients. *Am J psychiatry*. 2000; 157 (6): 1012-1013.
20. Robles, Garibay, Paéz Francisco. Evaluación de Trastornos disociativos en México. Evaluación de Trastornos disociativos en población psiquiátrica mexicana: prevalencia, comorbilidad y características psicométricas de la Escala de Experiencias disociativas, *Salud Mental*. 2006; 29 (2): 38-43.
21. Berstein EM, PutmanFW. Development, Reliability and Validity of Dissociatives Scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1986; 174, (12):727-735.

22. Mendoza Y, Graff A. The dissociation continuum and its relation to pain complaints in psychiatric mexican population. *Journal of Trauma and dissociation*. 2003; 1 (12): 10-17.
23. Garibay Rico. Tesis de especialidad en psiquiatría: Evaluación de trastornos disociativos en la población mexicana: indicadores de validez de la versión en español de la cédula de entrevista de trastornos disociativos DDIS. Jalisco. 2005. p.12.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente documento es una CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO que deberá ser firmada por el paciente al que previamente la Dra. Rosa María Hernández de Jesús, Médico Residente de tercer año de la especialidad de psiquiatría, ya solicitó su amable participación en la investigación titulada “FRECUENCIA DE LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS EN PACIENTES DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ” en la que se solicitará que el paciente este de acuerdo en:

- Ser entrevistado por la Dra. Antes citada como parte de un protocolo de investigación. Contestar las preguntas de la investigadora tan bien como yo pueda, pero sé que soy libre de no contestar alguna pregunta en particular que yo no quiera.

Entendiendo que:

- La entrevista comprende algunas preguntas personales acerca de mi historia sexual y psicológica, pero de cualquier manera, toda la información que proporcione será guardada de manera confidencial. Mi nombre no aparecerá en los cuestionarios de investigación.
- Mis respuestas no tendrán un efecto directo en como seré tratado a futuro.
- Los resultados finales de esta investigación serán publicados y estos resultados estarán disponibles para las autoridades o médicos en general.
- Que el entrevistador u otros investigadores no podrán ofrecerme tratamiento.
- Que el propósito de esta entrevista es de investigación y que no puedo esperar ningun beneficio directo para mí.
- Pudiera ser solicitado en otras entrevistas para Trastornos Disociativos en el futuro, pero que tendré la libertad de decir no lo cual no traera consecuencias para mí, las autoridades o de los terapeutas involucrados conmigo.

Aunque esta forma tiene mi nombre será guardado en confidencialidad, separado de las respuestas y que las respuestas no podrán ser relacionadas con mi nombre, excepto por el entrevistador y sus colegas investigadores.

NOMBRE _____.

FIRMA _____.

TESTIGO _____.