

EXAMEN DEL ESTADO MENTAL PARA DISOCIACIÓN

Loewenstein, Richard J (1991)

Cuestionario elaborado por: J.A. O'Neil, MD, Nov, 2003 a partir del artículo original de Loewenstein: "Un examen oficial del estado mental para síntomas disociativos crónicos complejos y trastorno de la personalidad múltiple." Psychiatric Clinics of North America 14:3, 567-604

SÍNTOMAS DE AMNESIA

1. Amnesia lacunar

- ¿Ha tenido alguna vez lapsos en su memoria?
- ¿Cuál es el período de tiempo más extenso que usted ha perdido?

2. No recordar el comportamiento

- ¿Hace cosas que no recuerda haber hecho?
- ¿La gente le dice que ha hecho o dicho cosas que usted no recuerda?
- ¿Se siente alguna vez inseguro de si hizo algo o tan sólo imaginó o soñó que lo hizo?

3. Fugas

- ¿Se encuentra alguna vez en un lugar y no sabe cómo llegó allí?
- ¿Comenzó alguna vez en un lugar y terminó en otro sitio y no sabe ni cómo ni por qué fue allí?

4. Posesiones inexplicables

- ¿Encuentra alguna vez cosas como ropa, libros, comida, joyas, etc y no recuerda cómo llegaron a estar en su poder?
- ¿Encuentra escritos o dibujos, etc, que no puede explicar?
- ¿Desaparecen alguna vez dinero u objetos de su posesión?
- ¿Encuentra alguna vez compras con tarjeta de crédito que no sabe explicar?

5. Cambios inexplicables en las relaciones

- ¿Ocurre alguna vez que sus relaciones con la gente cambian en un sentido que no puede explicar? (gente enfadada con usted o contenta y más cercana de lo que usted pensaría que deberían estar)

6. Fluctuaciones en habilidades/costumbres/conocimiento

- ¿Encuentra alguna vez que las cosas parecen de repente más fáciles que antes, o que algo que solía ser capaz de hacer no es posible?
- ¿Cambia su escritura frecuentemente, poco o mucho?
- ¿En el colegio, ha tenido alguna vez cambios en las notas por razones que no podía explicar o que el profesor le haya dicho que ya había aprendido algo que usted sabía que no le habían enseñado?

7. Recuerdos fragmentados de la historia de vida

- ¿Tiene lapsos en su memoria sobre su vida?
- ¿A qué edad comienzan sus recuerdos sobre la infancia?
- ¿Hay acontecimientos importantes o personas perdidos en su memoria?
- ¿Hay recuerdos basados únicamente en lo que ha oído o en fotos que ha visto, pero que no recuerda realmente haberlos experimentados?
- ¿Recuerda sólo ciertos aspectos de su infancia?

8. Experiencias alteradas de identidad crónicas

- ¿Alguna vez gente a quien usted no conoce le ha abordado como si ellos le conociesen, le han llamado por un nombre diferente al suyo o han descrito cosas o situaciones de las que ellos dicen que usted ha formado parte?

9. "Micro" disociaciones

- ¿Pierde el contacto o se abstrae de conversaciones?
- ¿Le ha pasado esto mientras nosotros hemos estado hablando hoy?

SÍNTOMAS DE AUTOHIPNOSIS

1. Trances espontáneos

- ¿Frecuentemente “se va”, entra en trance o se aparta del mundo?
- ¿Sabe cómo hacerlo cuándo usted quiere?
- ¿Cuándo fue la primera vez que lo hizo?

2. Ensimismamiento

- ¿Se siente alguna vez tan envuelto en un libro o película que puede desconectar completamente de lo que le rodea?

3. Regresiones cronológicas espontáneas

- ¿Se siente alguna vez como si fuera como un niño pequeño o siente como si tuviera diferentes edades en diferentes momentos?
- ¿Le ha dicho la gente alguna vez que se comporta como un niño?
- En esos momentos ¿se ha movido fuera de su cuerpo de tal manera que podría ver o mirar lo que estaba sucediendo?

4. Alucinaciones negativas

- ¿Alguna vez no ve o no oye lo que está ocurriendo a su alrededor, puede anular a la gente y/o las cosas?
- ¿Alguna vez parece no reconocer a miembros de la familia o amigos?

5. Anestesia/analgesia voluntaria

- ¿Es capaz de anular el dolor si usted quiere?. ¿Todo o una parte?.
- ¿Siempre o a veces?
- ¿Cuándo se dio usted cuenta por primera vez de que podía hacerlo?
- ¿Puede hacer que ocurra o simplemente ocurre?

6. Experiencias fuera del cuerpo

- ¿Tiene frecuentemente la experiencia de sentir como si estuviese fuera de su cuerpo, al lado suyo, mirándose a sí mismo?
- ¿Siente alguna vez como si estuviese desconectado de su cuerpo o como si su cuerpo no fuera real?
- ¿Siente como si el mundo a su alrededor es irreal o como si usted estuviese en una nebulosa o aturdido?

7. Trances lógicos

(Si evidencia de estados del ego): ¿Cree usted que comparte el mismo cuerpo o que si otra parte muere usted estará bien?

¿Todas las partes comparten pensamientos, sentimientos, recuerdos si una los tiene?

8. Giro de ojos

(Observar giro de ojos, parpadeo)

¿Siente que a veces le giran los ojos hacia dentro de su cabeza?

SÍNTOMAS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

1. Trauma psicológico

- ¿Quién castigaba? y ¿con qué frecuencia? ¿quién fue castigado? ¿observó usted a otros? ¿cómo fue su reacción?
- ¿Descripción de abuso físico?
- ¿Abuso emocional o verbal , insultos, humillar?
- ¿Testigo de violencia en la familia?
- ¿Uso de alcohol o drogas antes de actos violentos?
- ¿Se llamó a la policía?
- ¿Descripción de abuso sexual?
- ¿Por quién? ¿durante cuánto tiempo?
- ¿Se lo dijo a alguien como niño, qué ocurrió?
- ¿Algún trauma físico o sexual como adulto?
- ¿Como niño qué o quién hizo que se sintiese seguro?

2. Imágenes intrusivas/ flashbacks

- ¿Tiene flashbacks, como si estuviese reviviendo experiencias?
- ¿Están sus sentidos involucrados (oído, olfato, gusto, tacto)?
- ¿Ve cosas que sucedieron como si estuviese viéndolo en la TV?

3. Pesadillas

- ¿Tiene pesadillas, con qué frecuencia, recuerda de qué tratan?
- ¿Después de una pesadilla alguna vez se encuentra fuera de la cama, en el suelo, en un armario, en algún otro sitio?

4. Reactividad ante desencadenantes/ pánico/ ansiedad

- ¿Hay acontecimientos específicos, tipos de personas, situaciones, sonidos, etc, que provoquen pánico, ansiedad, malestar o reacciones de flashback?

5. Aumento del arousal, respuesta exagerada

- ¿Es usted una persona asustadiza, se sobresalta fácilmente, en situaciones específicas?

6. Insensibilidad, evitación, objetividad

- ¿Evita situaciones, personas o cosas que le recuerdan a cosas que parecen agobiarle?
- ¿Puede esconder sus sentimientos, desconectar de lo que siente, queriendo usted o fuera de su control?

SÍNTOMAS PROCESUALES

1. Atribuciones cambiadas

- ¿Actúa tan diferente en una situación comparada con otra que siente como si fuera dos personas diferentes?
- ¿Siente como si hay más de uno en usted, como si estuviera dividido en partes en su interior?
- ¿Hay más partes de la mente que están escuchando ahora mismo, más de una parte que haya hablado conmigo hoy?
- ¿Tienen aquellas partes algunas formas de identificarse (nombres, descripciones, etc)?

2. Fenómeno pasivo de influencia

- ¿Tiene alguna vez pensamientos o sentimientos que comienzan en su interior que no siente como suyos, o que parecen estar fuera de su control?
- ¿Tiene impulsos de hacer cosas que no siente como que le pertenecen?
- ¿Ha sentido alguna vez como si su cuerpo estuviese realizando una conducta que no parecía estar bajo su control? (diciendo cosas, escribiendo, lastimándose a sí mismo...)
- ¿Siente alguna vez como si su cuerpo no le perteneciese?
- ¿Siente alguna vez como si usted estuviera controlado por una parte, presencia, fuerza desde su interior?
- ¿Desde fuera de usted?
- ¿Tiene que luchar alguna vez contra otra parte de sí mismo que parece que quiere hacer o decir algo que usted no quiere hacer ni decir, o impedirle de hacer o decir algo que usted quiere hacer o decir?
- ¿Siente alguna vez como si alguna fuerza, parte, etc, fuese retirando pensamientos o sentimientos desde su mente?

3. Pseudoalucinaciones

- ¿Oye alguna vez voces, sonidos o conversaciones en su mente?
- ¿Hacen comentarios o hablan de usted, le mandan hacer o decir algo, hacerse daño, le avisan o consuelan, etc
- ¿Oye voces de mujeres, hombres o niños?
- ¿Hablan o discuten entre ellos?
- ¿Son a veces muy ruidosas o interrumpen?
- ¿Oye alguna vez voces desde fuera de su cabeza?
- ¿Cuando ocurre, ve la persona que está hablando?
- ¿Ve alguna vez cosas que otras personas no ven?
- ¿Ve escenas de acontecimientos que han sucedido en su pasado?
- ¿Mira alguna vez en el espejo y no se reconoce?
- ¿Ve a una persona diferente?

4. Uso linguístico

Uso de "nosotros", "ellos", en lugar de "yo".

Preguntar para que hable sobre otra parte si hay evidencia.

SÍNTOMAS SOMATOFORMES

1. Síntomas conversivos

¿Tiene alguna vez sensaciones físicas o dolor que usted no puede explicar o que no tuvo explicación médica?

2. Dolor somatoforme

¿Padece dolores de cabeza, si es así los describe?

3. Pseudocrisis

¿Ha tenido alguna vez crisis o desmayos?

¿Fueron investigados?

¿Cuáles fueron las conclusiones?

4. Trastornos de somatización / briquet

¿Tiene problemas intestinales (colon irritable, problemas con la digestión) o dolor abdominal?

¿Podría describir esos problemas incluyendo la variación?

¿Tiene algún problema ginecológico o dolor?

¿Ha tenido alguna otra queja física por la que pudiera haber consultado a un doctor?

SÍNTOMAS AFECTIVOS

1. Oscilaciones del estado de ánimo

- ¿Tiene oscilaciones del estado de ánimo?
- ¿Son repentinas o graduales? ¿Puede describirlas?

2. Ánimo depresivo

Cuándo se siente deprimido (o enérgico, fluctuación de humor)¿lo siente como su estado de ánimo o le parece que viene desde una parte o pieza dentro que no siente como suya?

3. Pensamientos suicidas, acciones: hacerse daño

- ¿Ha intentado alguna vez matarse u otra manera de autolesionarse?
- ¿Sintió que controlaba ese comportamiento?
- ¿Recuerda realmente qué pasó?
- ¿Todo o en parte?

4. Tratamiento para depresión

- ¿Ha recibido alguna vez tratamiento para la depresión?
- ¿Medicación? ¿Hospitalización? ¿Electroshock?