

## **EXAMEN DEL ESTADO MENTAL PARA DISOCIACIÓN**

derivado de

Lowenstein, Richard J. (1991) 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

J.A. O'Neil, MD, Nov, 2003

### **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 ESPÓNTANEAS

- ¿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. LOGICA DE TRANCE

- (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 LINGUISTICO

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

- Cuando 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?