

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**



**La presencia de trastornos disociativos**

**Trabajo académico.**

Para optar el Título de Segunda especialidad profesional de Educación Inicial

**Autora.**

**Ana Claudia Milagros Santin Ñopo**

**Sullana – Perú**

**2020**

# UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

## FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



### La presencia de trastornos disociativos

Trabajo académico aprobado en forma y estilo por:

Dr. Oscar Calixto La Rosa Feijoo (presidente)

Dr. Andy Figueroa Cárdenas (miembro)

Mg. Ana María Javier Alva (miembro)

**Sullana – Perú**

**2020**

# UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

## FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



### La presencia de trastornos disociativos

Los suscritos declaramos que el trabajo académico es original en su contenido  
y forma

Claudia Milagros Santin Ñopo (Autora)

.....

Segundo Oswaldo Alburquerque Silva (Asesor)

.....

**Sullana – Perú**

**2020**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA PROFESIONAL DE EDUCACIÓN  
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TRABAJO ACADÉMICO**

Sullana, a diecisiete días del mes de febrero de dos mil veinte, se reunieron en el colegio Mayor PNP Roberto Morales Rojas, los integrantes del Jurado Evaluador, designado según convenio celebrado entre la Universidad Nacional de Tumbes y el Consejo Intersectorial para la Educación Peruana, al Dr. Oscar Calixto La Rosa Feijoo, coordinador del programa: representantes de la Universidad Nacional de Tumbes (Presidente), Dr. Andy Figueroa Cárdenas (Secretario) y Mg. Ana María Javier Alva (vocal) representantes del Consejo Intersectorial para la Educación Peruana, con el objeto de evaluar el trabajo académico de tipo monográfico denominado: *"La presencia de trastornos disociativos"* para optar el Título Profesional de Segunda Especialidad en Educación Inicial al señor(a) **SANTIN ÑOPO ANA CLAUDIA MILAGROS**.

A las doce horas, y de acuerdo a lo estipulado por el reglamento respectivo, el presidente del Jurado dio por iniciado el acto académico. Luego de la exposición del trabajo, la formulación de las preguntas y la deliberación del jurado se declaró aprobado por mayoría con el calificativo de 15.

Por tanto, **SANTIN ÑOPO ANA CLAUDIA MILAGROS**, queda apto(a) para que el Consejo Universitario de la Universidad Nacional de Tumbes, le expida el título Profesional de Segunda Especialidad en Educación Inicial.

Siendo las doce horas con treinta minutos el Presidente del Jurado dio por concluido el presente acto académico, para mayor constancia de lo actuado firmaron en señal de conformidad los integrantes del jurado

  
Dr. Oscar Calixto La Rosa Feijoo  
Presidente del Jurado

  
Dr. Andy Kid Figueroa Cárdena  
Secretario del Jurado

  
Mg. Ana María Javier Alva  
Vocal del Jurado

## **DEDICATORIA.**

A Dios por brindarme siempre las bendiciones en la realización de estudios y trabajo en favor de la niñez.

## ÍNDICE.

<b>DEDICATORIA.</b>	<b>5</b>
<b>INDICE.</b>	<b>6</b>
<b>RESUMEN.</b>	<b>7</b>
<b>ABSTRACT.</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>9</b>
<b>CAPITULO I.</b>	<b>11</b>
<b>ANTECEDENTES DE ESTUDIOS.</b>	<b>11</b>
<b>1.1. Antecedentes Internacionales.</b>	<b>11</b>
<b>1.2. Antecedentes Nacionales.</b>	<b>13</b>
<b>CAPITULO II.</b>	<b>15</b>
<b>MARCO CONCEPTUAL DE LOS TRASTORNO DISOCIATIVOS.</b>	<b>15</b>
<b>2.1. ¿Qué es la Disociación?</b>	<b>15</b>
<b>2.2. Etiología</b>	<b>16</b>
<b>2.4. Despersonalización</b>	<b>19</b>
<b>2.6. Desrealización.</b>	<b>21</b>
<b>2.6.1. Síntomas.</b>	<b>22</b>
<b>2.6.2. Causas.</b>	<b>23</b>
<b>2.7. Amnesia disociativa</b>	<b>23</b>
<b>2.7.1. Causas</b>	<b>24</b>
<b>2.9. ¿Que Son Los Trastornos Disociativos?</b>	<b>27</b>
<b>2.10. Etiología</b>	<b>28</b>
<b>CAPITULO III.</b>	<b>32</b>
<b>TRASTORNOS DISOCIATIVOS EN NIÑOS</b>	<b>32</b>
<b>3.2. Patrones de conducta</b>	<b>34</b>
<b>3.3. Personalidad Múltiple.</b>	<b>38</b>
<b>Aclaraciones</b>	<b>38</b>
<b>CONCLUSIONES:</b>	<b>40</b>
<b>RECOMENDACIONES.</b>	<b>40</b>
<b>REFERENCIAS CITADAS.</b>	<b>42</b>

## RESUMEN

El trabajo presentado, brinda aspectos importantes sobre la disociación, se hace un estudio de diferentes autores así como las causas y consecuencias que se tiene en la personalidad y comportamiento de los niños, esto es importante conocer a los docentes pues muchas veces se actúa sin tener algunas recomendaciones o resultados como los que se tienen en cuenta en diferentes fuentes de investigación, así mismo es muy importante tener en cuenta los aspectos teóricos que hablan de la forma de atender y actuar ante estos problemas que al parecer son muy comunes y que pueden presentarse en cualquier momento.

**Palabras clave,** Disociación, Personalidad, Comportamiento.

## **ABSTRACT.**

The work presented, provides important aspects about dissociation, a study is made of different authors as well as the causes and consequences that it has on the personality and behavior of children, this is important to know the teachers because many times they act without having some recommendations or results such as those taken into account in different research sources, likewise it is very important to take into account the theoretical aspects that speak of how to attend and act in the face of these problems that seem to be very common and that can arise anytime.

**Keywords,** Dissociation, Personality, Behavior.

## INTRODUCCIÓN

En el mundo durante todos los tiempos han ocurrido momentos en los que el ser humano a sufrido algún problema causado por la naturaleza o por el hombre mismo, estos problemas en los que muchas veces afecta o genera una afectación en el hombre, se le puede denominar disociación, esto es decir por qué se puede ver afectado en la personalidad o forma de comportarse socialmente.

“...Todo el mundo sufre de manera ocasional algún problema leve relacionado con la integración de los recuerdos, las percepciones, la identidad y la conciencia. Por ejemplo, las personas pueden conducir hasta algún lugar y luego no recordar el viaje en sí. Es posible que no lo recuerden porque mientras conducen están pensando en asuntos personales, oyendo un programa de radio o conversando con un compañero de viaje, o simplemente porque dejan volar su imaginación. Estos problemas, conocidos como disociación normal, no suelen interferir con las actividades cotidianas. Por el contrario, las personas con trastorno Disociativo pueden olvidar por completo actividades que transcurrieron durante minutos, horas o incluso a lo largo de mucho más tiempo. Sienten a veces como si todo un periodo de tiempo hubiera quedado en blanco. Además, se pueden sentir desconectados (disociados) de sí mismos, es decir, de sus recuerdos, percepciones, identidad, pensamientos, emociones, cuerpo y comportamiento. O se pueden sentir desconectados del mundo que les rodea. Por lo tanto, su sentido de la identidad, la memoria y/o la conciencia está fragmentado...” (Merck and Co., Inc., Kenilworth, NJ,)

En el Perú, han existido muchos problemas que pueden causar la disociación que afecta a los pobladores, unos de los más afectados de esto son los niños y que muchas veces por desconocimiento no se les brinda la atención o se entiende su forma de comportarse, se conoce por ejemplo que los problemas naturales, sismos u problemas naturales o causados por el hombre, puede generar afectación en las estructuras mentales que causaría daños que

luego se verían reflejados en el comportamiento del ser humano, en este caso el de los niños o jóvenes.

El presente trabajo se justifica porque pone en manos de los docentes una forma de poder conocer y tener formas de analizar los comportamientos de los jóvenes y niños que muchas veces nos son atendidos en forma correcta.

Para tener en cuenta el desarrollo del trabajo se plantearon los siguientes objetivos:

**Objetivo general.**

Describir los problemas relacionados con la presencia de trastornos disociativos

**Objetivos específicos.**

- Conocer estudios de antecedentes relacionados con la disposición y los trastornos en los jóvenes.
- Conocer aspectos conceptuales de los trastornos disociativos.
- Conocer el problema de la disociación en los niños.

Así mismo el contenido del trabajo se distribuye de la siguiente manera.

En el capítulo I, se da a conocer algunos antecedentes de estudio donde se da a conocer aporte sobre el tema tratado.

En el capítulo II, se da a conocer los aspectos teóricos sobre la disociación y los problemas que genera.

En el capítulo III, se brinda el problema de disociación en los niños y los problemas que genera en ellos.

Así mismo se dan a conocer las conclusiones a las que se llega como también las recomendaciones y referencias citadas que ha ayudado al desarrollo del presente trabajo.

## CAPITULO I.

### ANTECEDENTES DE ESTUDIOS.

#### 1.1. Antecedentes Internacionales.

Tapia, Sepúlveda y Medina (2015), revelaron en su investigación "Prevalencia del síndrome de estrés post traumático en la población sobreviviente a un desastre natural", la realizó con los sobrevivientes del sismo de septiembre de 1985 en México. Este estudio utilizó una muestra de 532 individuos seleccionados de 114 albergues públicos. La información recolectada se obtuvo mediante la entrevista de diagnóstico psiquiátrico, elaborada por Spitzer y el Cuestionario de Entrevista Diagnóstica del Instituto Nacional de Salud Mental de EUA. Dando como resultado que el 32% de su población estudiada presentaba el síndrome de Estrés Postraumático.

Felix et al. en su estudio "Addressing Disaster Exposure Measurement Issues With Latent Class Analysis" en el 2019 refiere que la exposición a desastres puede poner a los sobrevivientes en mayor riesgo de problemas subsiguientes de salud mental (MH). Dentro del campo de la investigación de MH para desastres, es importante comprender cómo la elección de los enfoques analíticos y sus supuestos implícitos pueden afectar los resultados cuando se utiliza una medida de exposición a desastres. Compararon diferentes estrategias analíticas para cuantificar la exposición al desastre e incluyeron un nuevo enfoque analítico, análisis de clase latente (LCA), en una muestra de padres y jóvenes. Tras la exposición a múltiples inundaciones en Texas, se reclutó una muestra de 555 padres y 486 jóvenes. Los padres fueron predominantemente mujeres (70.9%) y blancos (60.8%). Se pidió a los padres que participara su hijo mayor entre las edades de 10 y 19 años ( $M = 13.74$  años,  $SD = 2.57$ ; 52.9% hombres). Los participantes completaron medidas sobre exposición a desastres, estrés postraumático, depresión y

ansiedad. La LCA reveló cuatro patrones de 16 exposición tanto en padres como en jóvenes: exposición alta (15.5% padres, 9.5% niños), exposición moderada (19.8% padres, 28.2% niños), exposición en la comunidad (45.9% padres, 34.4% niños), y Baja exposición (18.8% padres, 27.8% niños). En términos de HM, hubo similitudes en los enfoques analíticos, pero el LCA destacó un efecto de umbral, donde la clase de exposición alta fue peor que todas las demás,  $d = 1.12$ . Estos resultados tienen implicaciones importantes para comprender las diferentes experiencias de exposición de los sobrevivientes y el vínculo con los resultados de MH. Los hallazgos también son informativos en el desarrollo y uso de herramientas de detección utilizadas en contextos posteriores al desastre para determinar quién puede o no necesitar los servicios de MH.

Juth V. et al. en su estudio *Post-Disaster Mental Health Among Parent-Child Dyads After a Major Earthquake in Indonesia*. - PubMed – NCBI refiere que el estudio de padres después de los desastres ha sido bien documentado. Utilizaron el Modelo de Interdependencia Actor-Socio (APIM) para proporcionar un marco analítico apropiado para examinar cómo los miembros de la familia pueden contribuir a la salud mental de cada uno después del desastre. Se obtuvieron autoinformes independientes padre e hijo ( $n = 397$ ) que residen en una comunidad rural en Indonesia que fue devastada. Los padres ( $M = 41$  años; 73% mujeres) informaron sobre su exposición al desastre, los síntomas de estrés postraumático (PTS) y la angustia general. Los síntomas de los padres se asociaron con la angustia general y ansiedad. Los análisis APIM 17 proporcionan nueva evidencia que sugiere un camino de influencia unidireccional desde la sintomatología relacionada con el desastre de los padres a la salud mental general de los niños. Se recomiendan los enfoques diádicos para comprender la salud mental y el tratamiento de los síntomas de angustia entre los sobrevivientes del desastre y sus familias luego de un trauma.

Gómez (2010) “realizó un trabajo de investigación con el objetivo de realizar un tamizaje de salud mental en la ciudad de Antioquia, para ello se utilizó el cuestionario SRQ en una muestra de 45876 personas entre 18 y 60 años de edad, y se encontró que el 14.5% presentó sintomatología de trastorno mental, que requería otras evaluaciones

diagnósticas. En Perú desde hace años atrás se vienen realizando investigaciones, en diversos lugares del país, encontrando resultados similares, lo que indica que es evidente que gran parte de la población ha sufrido alguna vez en su vida, algún tipo de trastorno mental”.

## **1.2. Antecedentes Nacionales.**

Asimismo, Chicchon y Peralta (2014) realizaron un estudio para describir los trastornos mentales en tres universidades de Lambayeque, para ello utilizaron el Test Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), en una muestra de 284 alumnos, y se encontró que el 49.07% presentaron al menos un trastorno mental, siendo los más prevalentes el trastorno hipomaniaco 19.7% seguido del trastorno episodio depresivo 17.3%. La encuesta mundial de salud mental (EMSM citado por Piazza y Fiestas, 2014) realizó un trabajo de investigación en cinco ciudades del Perú (Lima, Huancayo, Iquitos, Arequipa, Chiclayo), con el objetivo de obtener datos empíricos que contribuyan a la toma de decisiones sobre cómo enfrentar mejor la carga pública creciente de los trastornos mentales. La muestra estuvo constituida por 3930 personas de 18 a 65 años de edad; para ello se utilizó el instrumento Composite International Diagnostic Interview (Entrevista diagnóstica internacional compuesta, CIDI). En los resultados se encontró que el 13.5% de la muestra presentó síntomas de uno o más trastornos en los últimos 12 meses. Es decir 13 de cada 100 peruanos presento algún trastorno en el último año.

Leiva, (2015), El presente estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia de trastorno mental en pacientes de consultorios externos del hospital José Agurto Tello de Chosica. El trabajo presentado es de tipo descriptivo y corte transversal; el cual se llevó a cabo con la participación de 220 personas de ambos sexos, cuyas edades oscilaban entre 18 y 55 años. El instrumento utilizado fue el Cuestionario de Autorreporte de Síntomas Psiquiátricos (SRQ), con el cual se realizó un tamizaje psicológico, para establecer qué porcentaje de la población presentaba síntomas de presumible enfermedad mental. Para la validez de las dimensiones evaluadas ansiedad,

depresión, psicosis, trastorno convulsivo y alcoholismo, se realizó la prueba alfa de cronbach, y se encontró la significancia que verifica la validez de la misma. Se pudo encontrar en los resultados que la ansiedad es el trastorno con mayor prevalencia en dicha población; seguido de la depresión, como el segundo trastorno más prevalente.

## CAPITULO II.

### MARCO CONCEPTUAL DE LOS TRASTORNO DISOCIATIVOS.

#### 2.1. ¿Qué es la Disociación?

Kernberg (2013) señala que “Disociación es una palabra que se utiliza para describir la desconexión entre cosas generalmente asociadas entre sí. Las experiencias disociativas no se integran en el sentido del yo, dando por resultado discontinuidades en el conocimiento consciente.”

“...En la disociación se da una falta de conexión en los pensamientos, memoria y sentido de identidad de una persona. Por ejemplo, alguien puede pensar en un acontecimiento que le trastornaba enormemente y aun así no experimentar ninguna emoción en absoluto. Es lo que se llama embotamiento emocional, uno de los aspectos principales del trastorno de estrés postraumático. La disociación es un proceso psicológico que se encuentra comúnmente en personas que buscan un tratamiento por problemas psicológicos...” (Kernberg, 2013)

Kernberg (2013) La disociación cae dentro de una línea continua de severidad. Por ejemplo, una disociación leve sería quedarse absorto leyendo un libro y no darse cuenta de lo que sucede alrededor, o cuando estás conduciendo por una carretera familiar y te das cuenta de que no recuerdas los últimos kilómetros porque tu mente estaba en otra parte mientras tu cuerpo se encargaba de conducir. Estos síntomas no se consideran patológicos y caen dentro de la normalidad. Reciben el nombre de abstracción hipnótica. Una forma más severa y crónica de disociación puede verse en el trastorno de identidad disociativa, antes llamado trastorno de personalidad múltiple, y otros trastornos disociativos que iremos viendo a lo largo de estas páginas.

Dell, (2001). “La disociación puede afectar a la subjetividad de una persona en forma de pensamientos, sentimientos y acciones que parecen no provenir de ninguna parte, o se ve a sí misma llevando a cabo una acción como si estuviera controlada por una fuerza externa.”

“...Por lo general, una persona se siente controlada por una emoción que no parece tener en ese momento. Por ejemplo, puede sentir repentinamente una tristeza insoportable, sin una razón evidente, y después esa emoción desaparece de la misma manera que llegó. O bien, una persona puede encontrarse a sí misma haciendo algo que no haría normalmente pero incapaz de detenerse, como si alguien le estuviera obligando a hacerlo. Esto se describe a veces como la experiencia de ser un pasajero en su propio cuerpo, más que el conductor...” (Dell, 2001).

## **2.2. Etiología**

El primer autor que describió la disociación fue Pierre Janet y posteriormente S. Freud, definiéndolo como un mecanismo de defensa (aunque Freud se dedicó más al mecanismo defensivo de la represión). La disociación se desencadena especialmente como defensa después de algún episodio traumático. Los modelos y mecanismos de la disociación son:

- Disociación y procesamiento de la información.
- Disociación y sistemas de memoria.
- Disociación y trauma.

Rumelhart, (1986). Disociación y procesamiento de la información Las teorías modernas basadas en el procesamiento de la información, incluyendo los modelos conectivistas y del procesamiento distribuido de forma paralela se aproximan a la organización cognitiva desde abajo hacia arriba en vez de desde arriba hacia abajo.

“...Los modelos tradicionales destacan una organización súper ordenada en la cual existen amplias categorías de información que estructuran el procesamiento de ejemplos específicos. En los modelos PDP más aristotélicos, las subunidades o redes neuronales procesan la información a través del cálculo de la concurrencia de la entrada de estímulos. Los patrones de activación de estas redes neuronales permiten el reconocimiento de categorías. La categoría escolar se construye a partir de la frecuente concurrencia de los útiles escolares, en lugar de ser ella misma la base para reconocer a sus componentes. La señal de salida de una serie de redes se convierte en la de entrada de otra red, por lo cual gradualmente se van construyendo patrones integrados y complejos de activación e inhibición. Estos modelos de procesamiento de abajo hacia arriba tienen la ventaja de que permiten comprender cómo se procesan grandes cantidades de información y la capacidad humana para reconocer patrones a partir de una información aproximada. Por otra parte, estos modelos hacen problemática la clasificación y la integración de la información...” (Rumelhart, 1986).

“Según los modelos PDP, es teóricamente probable que se produzcan errores en la integración de los contenidos mentales. En este sentido, se han realizado intentos explicativos de la psicopatología a partir de dificultades de las redes neuronales para el procesamiento de la información, como, por ejemplo, en la esquizofrenia y el trastorno bipolar, así como en los trastornos disociativos” (M.L, 1987).

“...La idea es que cuando una red tiene dificultades para integrar el procesamiento de la información de entrada (como cuando el estímulo de entrada es traumático) es más difícil que se consiga un resultado unificado y equilibrado. Estas redes neuronales tienden a caer en una situación disociada según la cual van en una u otra dirección, pero no pueden conseguir una solución equilibrada óptima y por lo tanto son incapaces de procesar de un

modo relajado toda la información que reciben. Estos sistemas de procesamiento de abajo hacia arriba presentan más los problemas de una democracia que los de una monarquía. La dificultad estriba en conseguir una unidad de representación y de acción. En estos modelos, la consciencia se contempla como un análogo a la tribuna en una legislatura donde diversas subunidades compiten por la atención y por la capacidad de transmitir al sistema la información que reciben como un elemento global...” (Baars, 1988)

**La memoria explícita (o episódica):** “implica el recuerdo de las experiencias personales identificadas con uno mismo (por ejemplo, el mes pasado, compre entradas para el juego de fútbol).” (Baars, 1988)

**La memoria implícita (o semántica):** “implica la ejecución de operaciones rutinarias, como puede ser montar en bicicleta o escribir a máquina. La distinción entre estos dos tipos de memoria puede ser importante en ciertos fenómenos disociativos.” (Baars, 1988)

Por lo tanto, existe un modelo fundamental en la investigación de la memoria basado en el estudio de la disociación entre la identidad y la ejecución, que puede ayudarnos a encontrar su homólogo patológico en trastornos tales como:

- “La amnesia disociativa”
- “La fuga disociativa”
- “El trastorno de la identidad disociativo”.

### **2.3. Disociación y trauma.**

Barahona y Américo (2008). “Un desarrollo importante de la comprensión moderna de los trastornos disociativos es la exploración de la relación existente entre el trauma y la disociación. El trauma puede ser entendido como la experiencia de: ser

convertido en un objeto o caso, ser la víctima de la rabia de alguna persona o de la indiferencia de la naturaleza. El trauma es la experiencia externa del sentimiento de indefensión y de pérdida del control sobre el propio cuerpo.”

“...Actualmente existen pruebas de que los niños expuestos a traumas múltiples utilizan con más frecuencia mecanismos de defensa disociativos, entre los que destacan los episodios espontáneos de trance y amnesia. Múltiples estudios sugieren una conexión entre una historia de malos tratos y abusos sexuales durante la infancia y el desarrollo de síntomas disociativos (sobre todo de trastornos de identidad disociativos o personalidad múltiple). Otra vía para examinar la conexión entre la disociación y el trauma, es la observación de la unión existente entre un trauma reciente y los síntomas disociativos; destacando lo siguiente: Si realmente es cierto que los fenómenos disociativos son consecuencia de sucesos traumáticos, este hecho debe ser observable durante las consecuencias inmediatas de los desastres naturales, las guerras y las agresiones físicas. Los primeros estudios que examinaron las respuestas al trauma, aportaron pistas sobre los síntomas disociativos, pero estos síntomas no fueron siempre valorados de forma sistémica. (Barahona y Américo, 2008)

#### **2.4. Despersonalización**

El trastorno de despersonalización se incluye dentro de los trastornos disociativos y se caracteriza por períodos repetidos en los que se experimenta una “sensación de estar desconectado o separado del propio cuerpo” y de los pensamientos. Existe una percepción de extrañeza hacia uno mismo. Las personas que padecen episodios de despersonalización, a veces los describen como que se sienten observados desde fuera de su propio cuerpo o como si estuvieran dentro de un sueño, la palabra más asociada a la despersonalización es la desrealización, o la sensación de que lo que se vive es irreal.

Las personas que tienen esta vivencia no pierden el contacto con la realidad, identifican claramente que las cosas no son como parecen. Un episodio de despersonalización puede durar desde unos pocos minutos a muchos años. La despersonalización suele ser un síntoma de otros trastornos, entre ellos el trastorno por estrés posttraumático, trastorno de pánico, algunos estados depresivos y algunas manifestaciones de la epilepsia. Junto con la despersonalización podemos hablar de la desrealización. Este último fenómeno es casi idéntico a la despersonalización, con el matiz de que no se produce la extrañeza solamente hacia su propio cuerpo si no hacia todo el entorno: personas, contextos.

#### **2.4.1. ¿Cuáles son los síntomas del trastorno de despersonalización?**

Spiegel (2019), indica “La característica más representativa del trastorno de despersonalización es una percepción distorsionada del cuerpo. El individuo puede percibir la sensación de ser un robot o estar dentro de un sueño. Algunas personas creen estar volviéndose locas o que están a punto de deprimirse o de iniciar algún trastorno grave. Para la mayoría de las personas, los síntomas son leves y duran poco tiempo. Para otros, puede alargarse en el tiempo afectando al funcionamiento diario.”

#### **2.4.2. ¿Qué origina el trastorno de despersonalización desde el ámbito psicológico?**

“El trastorno de despersonalización puede precipitarse como consecuencia de un acontecimiento vital estresante, como un abuso, una situación de extrema violencia, accidentes y desastres naturales, que la persona ha presenciado. La despersonalización como un trastorno aislado es muy poco frecuente.” (Spiegel, 2019).

### **2.5. Tratamiento de la despersonalización**

Spiegel (2019), señal que “Cuando acude a consulta una persona con un trastorno de despersonalización o de desrealización su preocupación principal está centrada en si habrá algún trastorno detrás de este síntoma (depresión o ansiedad por ejemplo).”

“...En la mayoría de los casos remiten los síntomas por sí solos, si persisten suelen tratarse especialmente los factores que puedan estar generando niveles de ansiedad intensa, normalmente primero desde la psicoterapia y si es necesario añadiendo algún fármaco ansiolítico que acelere la evolución positiva. A menudo lo que mantiene la percepción de despersonalización, y también la de desrealización es la propia autoobservación. Cuando la persona se siente amenazada por estas sensaciones y le parecen indicativas de alguna patología grave, hace que se centre en si están o no. Busca en qué contextos se producen o si van asociada a algún dolor o molestia. Este proceso de atención potencia todavía más las sensaciones de ansiedad, y por tanto multiplica la probabilidad de la despersonalización y la desrealización...” (Spiegel, 2019).

### **2.5.1. ¿Cuál es el pronóstico para el trastorno de despersonalización?**

Los síntomas a menudo desaparecen por sí solos o después del tratamiento. En los casos en los que no se trata, el trastorno puede cursar con diferentes episodios a lo largo de la vida. La percepción de amenaza que cada persona tiene cuando se producen los síntomas, determina la rapidez en la mejoría con tratamiento. Hay personas que lo integran con mayor normalidad en su cotidianidad, y apenas les deja huella los episodios de despersonalización. ...” (Spiegel, 2019).

## **2.6. Desrealización.**

Zepeda (2008). “Es una alteración de la percepción o de la experiencia del mundo exterior del individuo de forma que aquel se presenta como extraño o irreal. Entre otros síntomas se incluyen las sensaciones de que el entorno del sujeto carece de espontaneidad, de profundidad o de matices emocionales.”

“...Es un síntoma disociativo que aparece en muchas enfermedades tanto psiquiátricas como neurológicas que no constituye un trastorno por sí mismo. Es además un efecto secundario transitorio de las intoxicaciones psicotrópicas

agudas, la privación de sueño y el estrés. En tanto que la despersonalización es una experiencia subjetiva de irrealidad del sí mismo, la desrealización se refiere a la percepción de irrealidad del mundo externo. Ambos términos se usan a menudo de forma indistinta, aunque las pruebas sugieren que se desarrollan según distintos mecanismos neurobiológicos. Una desrealización crónica puede ser causada por una disfunción temporo-occipital. Estos síntomas son comunes en la población, con una prevalencia de hasta un 74% y entre 31 y 66% del tiempo en un hecho traumático...” (Zepeda, 2008).

### **2.6.1. Síntomas.**

Los síntomas que se pueden considerar según, Bruce, (2006).

- “La sensación de extrañeza de la desrealización se puede describir como una especie de bruma sensorial, velo o vidrio que separa a la persona de su mundo. Puede manifestarse que lo percibido carece de vida y de tono emocional. La respuesta emotiva al reconocimiento visual de personas amadas puede estar significativamente reducida. Son comunes las sensaciones de déjà vu o jamais vu y los lugares familiares pueden percibirse como diferentes sin poder especificar concretamente cómo, e incluso percibirse de manera surrealista. Tales anomalías perceptuales pueden extenderse a otros sentidos como la audición, el gusto o el olfato”. (Bruce, 2006).
- “Otro síntoma de esta dolencia puede ser la constante preocupación o la aparición de pensamientos que el sujeto encuentra difíciles de eliminar.” (Bruce, 2006).
- “El sujeto afectado puede percibir las paredes, los edificios y otros objetos como si hubiesen cambiado de forma, tamaño o tono. En ocasiones, el afectado siente que el resto de las personas parecen robots o máquinas, aunque el individuo sea capaz de discernir la irrealidad de estas sensaciones.” (Bruce, 2006).
- “El proceso de los síntomas de la desrealización empieza a incrementarse lentamente con la ansiedad subyacente y posteriormente se manifiesta de forma abrupta, a menudo tras un ataque de pánico, con lo que los síntomas se hacen imposibles de ignorar. Esta clase de ansiedad llega a ser incapacitante y puede ocasionar conductas evitativas. Quienes lo experimentan además pueden preocuparse mucho por la causa

de la desrealización. A menudo es difícil aceptar que un síntoma tan inquietante es simplemente resultado de la ansiedad y el individuo con frecuencia puede pensar que la causa procede de algo más serio. Esto a su vez puede aumentar la ansiedad y empeorar las sensaciones de desrealización.” (Bruce, 2006).

### **2.6.2. Causas.**

Las causas que se pueden indicar son las siguientes. Merleau (1985).

- “La desrealización puede acompañar dolencias neurológicas como la epilepsia, las migrañas y el trauma craneal leve. Existe similitud entre el hipo emocionalidad visual y desrealización. Esto sugiere una interrupción del proceso en el cual una percepción adquiere tono emocional. Este cambio cualitativo en la experiencia de percepción puede llevar a parecer que cualquier cosa vista sea irreal o ajeno desde los prejuicios de la psiquiatría.” (Merleau, 1985).
- “La desrealización puede asimismo ser causada por desórdenes vestibulares como laberintitis y neuritis vestibular, puesto que en ellas el cerebro recibe señales mezcladas de los nervios vestibulares debido a daño o infección, de tal forma que el cerebro procesa más lentamente y se crean sensaciones de irrealidad.” (Merleau, 1985).
- “La desrealización puede ser también un síntoma de trastornos del sueño o trastornos mentales tales como trastorno de despersonalización, trastorno límite de la personalidad, esquizofrenia y trastornos de ansiedad” . (Merleau, 1985).

### **2.7. Amnesia disociativa**

Brandt y Van. (2006). “También conocida como amnesia funcional o amnesia psicógena, es un trastorno Disociativo caracterizado por una fuerte pérdida de memoria provocada por un episodio intenso de estrés psicológico, y que no puede atribuirse a causas neurobiológicas”.

#### **Características.**

- “Presencia de amnesia retrógrada (la incapacidad de recuperar recuerdos almacenados previamente)”.
- “Ausencia de amnesia anterógrada (la incapacidad de crear nuevos recuerdos a largo plazo)”.

### 2.7.1. Causas

Según Premilife. (sf), se describen las siguientes causas.

- “La amnesia disociativa está provocada por causas psicológicas en mayor medida que fisiológicas, y en ocasiones puede tratarse mediante psicoterapia.” (Premilife. sf)
- “Existen dos tipos de amnesia disociativa: global, y específica de situación” (Premilife. sf)

- **La amnesia global**, “también conocida como fuga disociativa, consiste en una súbita pérdida de la identidad personal que puede durar desde unas horas hasta varios días, y suele estar precedida por un estrés severo o un estado de ánimo deprimido. Se trata de un trastorno muy infrecuente, y suele remitir espontáneamente con el tiempo, pudiendo ser útil la terapia. En muchos casos, los pacientes sufren la pérdida de sus recuerdos autobiográficos y su identidad personal, pero siguen siendo capaces de aprender nueva información y desempeñar con normalidad las actividades de la vida diaria. En otras ocasiones puede existir una pérdida de conocimientos semánticos y habilidades procedimentales básicas, como la escritura y la lectura”. (Premilife. sf)

- **La amnesia disociativa** “específica de situación tiene lugar como resultado de una experiencia extremadamente estresante, como ocurre en el caso de un trastorno por estrés postraumático, el abuso sexual infantil o situaciones de combates militares, así como en aquellas situaciones en las que se es testigo de algún acontecimiento impactante, como el asesinato de un familiar cercano”. (Premilife. sf)

## 2.8. Explicaciones teóricas.

De acuerdo a la información revisada, se presenta los siguientes aportes teóricos:

- “Las teorías psicoanalíticas establecen que la amnesia disociativa es un acto de auto conservación, una alternativa a medidas más drásticas, como el suicidio.” (Brandt y Van, 2006).
- Desde el punto de vista de la psicología cognitiva, este trastorno utiliza el sistema de creencias personal del sujeto para reprimir los recuerdos no deseados fuera de la conciencia mediante la alteración de los neuropéptidos y los neurotransmisores que se liberan durante la experimentación de sucesos estresantes, afectando a la formación y la recuperación de recuerdos. (Freyd, 1994).
- “La teoría del trauma de Betrayal sugiere que la amnesia disociativa es una respuesta adaptativa ante el abuso infantil. Cuando un padre, u otra figura con poder, viola alguno de los principios fundamentales de la ética de las relaciones humanas, las víctimas pueden necesitar mantenerse alejados de las vivencias mismas del trauma, no tanto para evitar el sufrimiento como para garantizar la supervivencia. La amnesia permite al niño mantener un vínculo con una figura vital para su supervivencia y desarrollo. El análisis de las presiones evolutivas, los módulos mentales, las cogniciones sociales y las necesidades de desarrollo sugieren que el grado en que se violan los principios éticos fundamentales del ser humano puede influir en la naturaleza, forma y proceso del trauma, así como las respuestas mostradas ante el mismo.” (Markowitsch, 2003).
- “Una explicación neurobiológica establece que el procesamiento normal de los recuerdos autobiográficos se encuentra bloqueado por una liberación cerebral alterada o desbalanceada de la hormona del estrés, como los glucocorticoides y los mineralocorticoides. Las zonas del sistema límbico en el hemisferio cerebral derecho son más vulnerables al estrés y al trauma, afectando a determinadas hormonas y neurotransmisores como la norepinefrina. Los niveles

elevados en la densidad de receptores de glucocorticoides y mineralocorticoides pueden afectar al lóbulo temporal anterior, al córtex orbitofrontal, al hipocampo y a la amígdala. Estos cambios morfológicos podrían estar causados por la pérdida de la regulación de la expresión génica en estos receptores, junto a una inhibición de factores neurotróficos durante condiciones sostenidas de estrés crónico”. (Reinhold, Kuehnel, Brand y Markowitsch, (2006).

- El estrés puede afectar directamente al lóbulo temporal medial y el sistema di encefálico, inhibiendo la recuperación de los recuerdos autobiográficos y produciendo una pérdida de la identidad personal. La retroalimentación negativa producida por este sistema puede afectar a la expresión emocional de estos pacientes, confiriéndoles una apariencia de perplejidad. (Kopelman, 2002).

## **Tratamientos**

Se describen algunos tratamientos según algunos autores:

- “El Psicoanálisis utiliza el análisis de los sueños, la interpretación y otros métodos psicoanalíticos para facilitar la recuperación de los recuerdos reprimidos. Las técnicas pueden incluir ubicar a los pacientes en situaciones amenazantes en las que se encuentran en un estado de emoción intensa”. (Brandt y Van, 2006).
- “La medicación y las técnicas de relajación junto al uso de benzodiazepinas y otras drogas hipnóticas- buscan infundir en el paciente una sensación de relajación que posibilite la recuperación de los recuerdos.” (Brandt y Van, 2006).
- “Se ha propuesto el uso de la abreacción conjuntamente con la administración de midazolam para recuperar los recuerdos. Esta técnica fue utilizada durante la Segunda Guerra Mundial, pero actualmente ha caído en desuso. Se cree que esta técnica funciona deprimiendo la función de la corteza cerebral (y por tanto haciendo que la expresión de los recuerdos sea más tolerable) o mediante la disminución de la fuerza emocional vinculada a un recuerdo, que puede ser tan

intensa que llegue a suprimir la función amnésica.” (Vattakatuchery y Chesterman, 2006).

- “Algunos estudios sobre amnesia disociativa han concluido que la psicoterapia no está asociada a la recuperación de recuerdos de abuso sexual infantil. Los datos al respecto sugieren que la recuperación de los recuerdos en casos de amnesia disociativa es espontánea, y se ve desencadenada por la exposición a estímulos relacionados con los experimentados durante el abuso.” (Albach, Moormann y Bermond, 1996).

## **2.9. ¿Que Son Los Trastornos Disociativos?**

Valenzuela, (2013) señala que “Los trastornos disociativos son trastornos mentales que suponen una desconexión y falta de continuidad entre pensamientos, recuerdos, entornos, acciones e identidad. Una persona que sufre trastornos disociativos escapa de la realidad de formas involuntarias y poco saludables, lo que causa problemas con el funcionamiento diario”.

“...La característica principal de la disociación es la alteración. La disociación puede afectar el pensamiento, las emociones, la conducta, la identidad, la consciencia, percepción y/o el funcionamiento sensomotor. Los componentes clínicos principales de la psicopatología disociativa se pueden identificar en cinco dimensiones: amnesia, despersonalización, desrealización, confusión de la identidad y alteración de la identidad. Los síntomas secundarios de la disociación enriquecen la fenomenología en general, los que son positivos (por ejemplo: alucinaciones, experiencias Schneiderianas) o negativos (por ejemplo: déficits somato sensoriales) en contenido...” (Vedat y Ozturk, 2012)

“Por lo general, los trastornos disociativos aparecen en reacción a un trauma y ayudan a mantener los recuerdos difíciles controlados. Los síntomas, que pueden ir de la amnesia hasta las identidades alternativas, dependen, en parte, del tipo de trastorno

que tengas. Los períodos de estrés pueden empeorar temporalmente los síntomas, haciéndolos más evidentes.” (Mayo Clinic, 2017)

“Todos los trastornos disociativos son representaciones completas o parciales de una dimensión psicopatológica; es decir disociación. Entre ellos, el Trastorno de Identidad Disociativo (TID) es la forma más extendida la cual cubre todo el espectro de síntomas disociativos incluyendo los estados de personalidad e intrusiones mentales con su propia agenda y sentido de sí mismo. Condiciones parciales son amnesia disociativa (que puede o no estar acompañada por fuga), trastorno de despersonalización y Trastorno Disociativo no Especificado (TDNE). Disociación y trastornos disociativos pueden acompañar a casi todos los trastornos psiquiátricos y pueden influir su fenomenología y su respuesta al tratamiento” (Sar V 1 ; Ross C ., 2006 marzo 29)

## **2.10. Etiología**

Brewin, (2001) “Hay una relación estrecha entre el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) y Trastorno de Identidad Disociativo (TID), debido a que las personalidades alternas pueden considerarse como una versión elaborada de intrusiones mentales relacionadas con traumas. El TEPT está relacionado con experiencias traumáticas únicas durante la adultez mientras que TID se relaciona con traumatización crónica durante el desarrollo. En el TID, recuerdos traumáticos se descontextualizan y se procesan para mantener un balance interno y externo”

“...lo que conduce a la formación de personalidades alternas con agenda y sentido propio de sí mismo (M.D, 09 September 2011), “historias personales, códigos y una misión (ozturk, 2017). Esta fragmentación altera la identidad completa de la persona. Noventa porcientos de todos los pacientes con TID reporta por lo menos un caso de abuso y/o negligencia durante la niñez (incesto y otros tipos de abuso sexual, físico, emocional,

descuido emocional y físico) (illtan yargic, ilamdi tutkun, vedac sac , 1995). Un subgrupo de pacientes tiene amnesia de un periodo de su niñez lo cual podría conducir a un sub-reporte de ese periodo. También hay familias “aparentemente normales que ocultan la disfuncionalidad, por ejemplo, seudoreciprocidad, doble vínculos, escisión marital, apego inseguro, expresión alta de emociones...” (ozturk, 2017)

Según Hales et al., “un trauma se podría definir como la experiencia de ser convertido en un objeto o caso, de ser la víctima de la rabia de alguna persona o de la indiferencia de la naturaleza. Es la experiencia extrema del sentimiento de indefensión y de pérdida del control sobre el propio cuerpo” (Hales R, 1996 ). “Se ha comenzado a acumular gran cantidad de evidencia empírica, que apoya la teoría de que la disociación se produce como defensa durante un suceso traumático”. (LC1., 1991),

Terr menciona “que los niños expuestos a traumas múltiples utilizan con más frecuencia mecanismos de defensa disociativos, entre los que destacan los episodios espontáneos de trance y amnesia. Así, los datos que se van recogiendo apuntan a una mayor prevalencia de los síntomas disociativos en los pacientes con trastornos, como el trastorno límite de la personalidad”

## **Etapas**

### **Fuga disociativa**

Rumelhart, (1986) señala que La fuga disociativa combina un fallo en la integración de ciertos aspectos de la memoria personal junto con una pérdida de la identidad personal y de los automatismos de la conducta motora. Se caracteriza por viajes súbitos lejos del lugar de trabajo o residencia (aunque mayormente lugares previamente conocidos), de carácter inesperado y guiados por un propósito. Asociado a esto se presenta una incapacidad para recordar partes o la totalidad del pasado, confusión sobre la propia identidad o adopción de una identidad nueva (aunque sólo parcial).”

La causa más frecuente suele ser una experiencia traumática o una pérdida, lo que gatilla el episodio bruscamente. Es frecuente encontrar en una persona más de un episodio. Los viajes realizados pueden ser tanto de corta como de larga duración, abarcando lapsos que van desde ciertas horas hasta varios meses. Es importante destacar que en estos lapsos las personas que presentan el trastorno son capaces de mantener, por lo general, el cuidado de sí mismos, siendo una de las razones de su identificación la pérdida asociada de memoria, demostrado en el desconocimiento de la propia identidad. Sin embargo, es poco frecuente observar casos en los que se asuma una nueva identidad que, de llegar a presentarse, puede abarcar la adopción de un nuevo nombre, nueva residencia y una gama de actividades sociales frecuentemente vinculadas a la presencia de una mayor desinhibición en comparación con la identidad de base que puede tener una remisión espontánea. (Rumelhart, 1986)

Al volver al estado de normalidad puede presentarse amnesia para los acontecimientos traumáticos que llevaron a ella. Además, pueden aparecer trastornos asociados, como depresión, disforia, duelo, vergüenza, sentimientos de culpa, estrés psicológico, conflicto e impulsos agresivos y suicidas, trastornos del estado del ánimo, trastornos por estrés postraumático o trastorno por consumo de sustancias. Debe diferenciarse la fuga disociativa de trastornos con características similares, dentro de los cuales se encuentran por ejemplo las huidas en episodios maníacos. En este caso el viaje se relaciona con ideas de grandeza u otros síntomas de manía, siendo la mayor diferencia con la fuga disociativa la presencia de conducta o comportamiento inapropiado, además de que no existe la asunción de una identidad distinta. También debe diferenciarse del comportamiento errático provocado por la esquizofrenia. En esta situación, la persona afectada no sólo presenta deambulación sino además los síntomas positivos y negativos característicos de la psicopatología, los que no se aprecian en la fuga. Sin embargo, la diferenciación más complicada de realizar, y que debe tenerse en cuenta, es la fuga por simulación, en la que deben

observarse principalmente las situaciones ventajosas del viaje como criterio diferencial. (Rumelhart, 1986)

El trastorno se presenta en aproximadamente un 2% de la población general, mayormente en adultos entre los 20 y los 40 años, a pesar de que se han observado casos en menores de hasta 7 años de edad. Pueden aparecer tanto uno como varios episodios de fuga de duración variable (de horas a meses) y la recuperación puede darse espontáneamente y suele ser rápida. Sin embargo, como efecto residual, puede presentarse amnesia disociativa refractaria.” (Rumelhart, 1986)

## CAPITULO III.

### TRASTORNOS DISOCIATIVOS EN NIÑOS

#### **3.1.Etapas de Disociación:**

##### **3.1.1. Disociación normal:**

Hernado (2008). Indica que “Antes de contestar esta pregunta, podría ayudarnos tener una breve descripción de lo que es la disociación. Existen muchos casos en los que la disociación puede ser considerada normal y no problemática”. Aquí exponemos algunos ejemplos:

- Un niño “es absorbido completamente por una actividad y no es consciente de lo que ocurre a su alrededor (por ejemplo, jugando a un videojuego)”.
- Un niño “crea un mundo de fantasía, pero conoce la diferencia entre la ficción y la realidad”.
- Un niño “(incluso puede ocurrir de adulto) puede leer una página entera y no saber que ha leído porque su mente se ha ido a otro sitio”
- Un niño “puede bloquear algo desagradable (por ejemplo, una herida dolorosa) sin dañar su funcionamiento general”.

##### **3.1.2. Disociación problemática:**

Hernado (2008). “Otro tipo de disociación, que es la que tratamos en este artículo, es la llamada disociación problemática o disociación patológica. Como con otras dificultades que podrían aparecer en la persona, existe una escala o grados distintos de disociación. La disociación problemática puede considerarse leve, moderada o severa, dependiendo de varios de los factores descritos a continuación. Los niños pueden experimentar distintos grados de disociación en momentos diferentes”.

### **3.1.3. Disociación leve:**

Hernado (2008). “Un ejemplo de disociación leve se da cuando, en el colegio, el niño se abstrae y no escucha ni atiende a lo que dice el profesor, sin poder tener control sobre este comportamiento. Esto puede interferir con su aprendizaje y desarrollo general, sobre todo si pasa a menudo”.

### **3.1.4. Disociación moderada:**

Hernado (2008). “Una disociación moderada ocurre cuando el niño ha desarrollado la habilidad para no sentir cómo hacen daño a su cuerpo, por ejemplo, durante abusos físicos o sexuales, o en intervenciones médicas. Esto se llama despersonalización: una persona que se siente entumecida e insensibilizada, o que no siente su propio cuerpo. Puede ser capaz de desconectarse también de otros sentidos, como del oído, del gusto o de la vista, lo cual puede afectar su capacidad para aprender.”

“El uso continuo de la disociación puede hacer que no sea consciente de las sensaciones de su cuerpo y de sus funciones. Por ejemplo, los niños que han entumecido sus cuerpos no saben cuándo se hacen daño porque no pueden sentir el dolor. Es posible que no respondan de la forma que estamos acostumbrados a que los niños respondan al dolor, a la enfermedad o al daño, y sus heridas o enfermedades pueden pasar desapercibidas o quedar minimizadas.” (Hernado, 2008).

### **3.1.5. Disociación severa:**

Hernado (2008). “La disociación al final de la escala ocurre cuando el niño, para poder escapar de una situación terrorífica, tiene que separarse tanto y tan completamente de sí mismo que hace que la parte separada de él sea la que mantiene los pensamientos, las memorias y los sentimientos horribles. Estas son las llamadas partes disociadas (también conocidas como estados disociados).”

“El niño es aún un individuo, pero él experimenta partes separadas de sí mismo con consciencias o percepciones separadas. Estas partes del niño pueden guardar los sentimientos no deseados o no aceptables, los pensamientos y los recuerdos que le asustan lejos de su auténtica consciencia para así no tener que experimentarlas. De otra manera sería demasiado duro continuar con su día a día y con lo que se espera de él. Este tipo de disociación puede entenderse como una alteración o disrupción de su identidad: el niño siente que tiene partes o estados de consciencia separados en vez de uno solo que incluya todos sus sentimientos, pensamientos y comportamientos.” (Hernado, 2008).

“...Las partes disociadas de un niño pueden influir en la forma en la que el niño se comporta, siente o recuerda. A veces, puede que realmente no se dé cuenta de lo que hace o de lo que está experimentando. Para otras personas puede parecer que está mintiendo. A esto se le llama amnesia, a la incapacidad de recuperar información importante sobre el presente o sobre situaciones y comportamientos pasados. El niño puede escuchar voces en su cabeza, como el parte enfadado, gritándole, o una parte que le ayuda, diciéndole como tiene que comportarse. Puede (o no) dar nombres a estas voces de personas, animales, juguetes o sentimientos. En cualquier caso, estas partes no toman el control sobre el comportamiento del niño y no se muestran a otras personas, permanecen dentro de la mente del niño. A esto le llamamos Trastorno Disociativo No Especificado...” (Hernado, 2008).

### **3.2. Patrones de conducta**

Recuerda que muchos de estos síntomas pueden aparecer con otros problemas que no sean disociación. Es la combinación de varios síntomas la que podría sugerir una disociación.

Los cambios de comportamiento son el síntoma más comúnmente observado por los padres o profesoras:

- El niño “podría actuar de manera muy madura un momento y, al instante siguiente, comportarse como si fuese mucho más pequeño (incluso como un bebé)”.
- El niño “puede mostrarse agresivo y cruel y estar pasivo, amoroso y ofreciendo cuidados a otra persona al minuto siguiente”.
- El niño “podría hablar de sí mismo con diferentes nombres o referirse a sí mismo como nosotros”.
- Puede “ser que el niño use diferentes voces o gestos específicos (por ejemplo, pellizcarse a sí mismo) en algunos momentos, pero no en otros.”
- Puede ser que “el niño quiera vestir su ropa favorita o comer su comida preferida, pero más tarde (o quizá al día siguiente) diga que odia esa ropa o comida. Es posible que no sea capaz de explicar este cambio y que diga que nunca le gustó esa ropa o comida”.
- El niño “podría tener ciertas habilidades o ser capaz de realizar determinadas actividades con facilidad (escribir, leer, jugar a un deporte, hacer matemáticas), pero al siguiente día tener problemas con ellas y no recordar cómo se llevaban a cabo”.
- Puede que “el niño se quede en blanco en casa, en el colegio o en eventos sociales, y que no sepa qué es lo que está pasando a su alrededor. Puede que transcurra el tiempo y que no sepa que le ha pasado durante ese rato”.
- La expresión facial de el niño “puede cambiar drásticamente y pasar, de repente, de sonreír a enfadarse sin ninguna razón aparente”.
- Los ojos “del niño pueden parecer mirar al vacío mientras le hablas (como si estuviese a kilómetros de ti) o puede ser que tenga una mirada “congelada”, particularmente cuando está agresivo o colérico”.
- Puede “ser que el niño aparezca en un sitio y no recuerde como llegó. Por ejemplo, puede que en el colegio le manden a la oficina de dirección por un mal comportamiento y no recuerde haber salido de la clase y caminar hasta la oficina, o incluso que no recuerde por qué está ahí”. (Hernado, 2008).

Emocionalmente el niño puede experimentar rápidos cambios y pasar de un sentimiento extremo a otro completamente opuesto sin mostrar emociones intermedias.

Las razones de estos cambios emocionales pueden no resultarte obvias ni tener sentido para ti.

- Puede que “tu hijo esté tranquilo un momento y que al siguiente se muestre explosivo, agresivo, asustado, lloroso o en pánico”.
- El niño “puede mostrar emociones que no concuerden con lo que está sucediendo, como reírse durante una situación triste y perturbadora, o ponerse triste o enfadado ante una situación alegre”.
- “Puede ser que el niño no muestre ningún sentimiento o que no sea consciente de ningún sentimiento”.
- También “se pueden notar cambios cognitivos. Estos son cambios rápidos y en algunas ocasiones contradictorios en la forma de pensar”.
- Puede que “el niño sepa realizar sus tareas correctamente un día, pero que no sepa cómo hacer lo mismo o algo muy parecido al día siguiente. Y, sin ninguna instrucción adicional, quizá sea capaz de volver a realizar la misma tarea sin problema más tarde”.
- Quizá el niño “sea capaz de tomar una decisión correcta frente a un problema, pero en otro momento, frente al mismo problema, tome una decisión equivocada o poco lógica y no recuerde ni la situación ni su decisión anterior”.
- El niño “puede sentir que una situación completamente segura es extremadamente insegura para él y experimentar mucho miedo. O puede interpretar una situación insegura como segura”.
- Puede que “el niño sea incapaz de recordar fechas importantes como cumpleaños, fiestas, vacaciones familiares o campamentos”.
- Puede que “el niño no tenga el recuerdo de haber hecho algo, aunque alguien le viese haciéndolo”.
- Puede que “el niño escuche voces dentro de su cabeza (los niños no hablan de esto habitualmente salvo que se les pregunte directamente)”.
- Puede que “el niño te cuente que tiene "personas dentro" que le dicen cosas crueles y le molestan. Esto no es lo mismo que tener amigos imaginarios, propios de los niños pequeños y que desaparecen cuando crecen”.

- Puede que “el niño tenga pensamientos negativos sobre sí mismo (quizá incluso de suicidio) y vea el mundo como un lugar amenazante que le produce pánico. Y, de repente, puede que se sienta muy bien consigo mismo y con el mundo y que sienta esperanza en el futuro”.
- Puede que “el niño tenga flashbacks (que se encuentre reviviendo una situación traumática) y no sea consciente de lo que le rodea en ese momento”. (Hernado, 2008).

A tu hijo también pueden ocurrirle cambios físicos. Puede que vuestro doctor no sea capaz de encontrar un problema médico o la causa de los dolores de vuestro hijo o de sus dificultades. Estos problemas físicos pueden ser el resultado de la tensión o la ansiedad ocasionada por el trauma que está siendo "mantenido" (y recordado de manera inconsciente) en el cuerpo.

- El niño “puede hacerse encima pis o caca sin darse cuenta de que está ocurriendo. Es posible que ni lo sienta ni lo huela”.
- Puede que “el niño se hiera (por ejemplo, que se haga un corte o se rompa un hueso) o que se haga daño a sí mismo (por ejemplo, cortándose o quemándose) y que no sienta el dolor ni se dé cuenta de que se ha hecho una herida.”
- Puede que “el niño tenga dolores de tripa, dolores de cabeza, movimientos convulsivos u otros problemas físicos (como, por ejemplo, dificultad al respirar, al andar o dolor genital) que no puedan ser físicamente explicados.”
- Nota: “Los síntomas descritos más arriba pueden ocurrir unas pocas veces durante el periodo de un año o pueden ser mucho más frecuentes, llegando a pasar varias veces en un día.” (Hernado, 2008).

### **3.3. Personalidad Múltiple.**

Los trastornos de personalidad múltiple, éste no es un diagnóstico que sea muy común en los niños. La mayoría de estudios clínicos tienen a adultos involucrados que tuvieron infancias muy traumatizantes y desarrollaron este trastorno mental.

Existen estudios de investigación que se centran en los síntomas de la infancia, como la disociación que con el tiempo se puede convertir en un trastorno grave de doble personalidad o personalidad múltiple en la edad adulta.

La disociación es cuando se separa la realidad de una pérdida del conocimiento que interrumpe la memoria, la identidad o el sentido de sí mismo por un tiempo temporal. Cuando es una forma más grave es como soñar despierto y puede ocurrir bajo estrés, miedo, abusos, ansiedad o traumas. Hay formas leves y formas graves que necesitan medicación y terapia, y en los más graves incluso puede requerir hospitalización. Suele ocurrir cuando se experimentan hechos traumáticos en la infancia y por eso se piensa que los niños no pueden tener doble personalidad, porque se genera en la infancia.

Pero, si se genera en la infancia... ¿no estaríamos hablando que empieza en la niñez? Así es, y los niños también pueden tener doble personalidad, por lo que los padres deben estar atentos para poder estar alerta ante cualquier señal de posible trastorno.

Un niño con personalidad múltiple tendrá dos o más personalidades con comportamientos diferentes entre una y otra. La personalidad dominante puede que no conozca la personalidad las otras identidades pero se da cuenta que ha pasado tiempo entre un momento de conciencia y otro (en ese “tiempo perdido” son las otras personalidades las que aparecen).

#### **Aclaraciones**

Si crees que tu hijo puede tener doble personalidad deberás llevarle a un profesional de la salud mental para que pueda valorar su estado. Pero, sobre todo, deberás tener algunos aspectos en cuenta, como, por ejemplo:

- **No es esquizofrenia.** Aunque se parezca a un trastorno psicótico o a esquizofrenia, pero la diferencia es que la disociación es una escisión de la realidad que puede ir acompañado de un cambio de personalidad, como si estuvieras delante de otro niño.
- **Parece una excusa para un mal comportamiento.** Algunos niños, sobre todo aquellos que desarrollan rasgos sociópatas o antisociales, son expertos en manipular situaciones para su beneficio. La manipulación puede incluir el tratar de convencer a los demás de que están 'locos'. Pero será deber de un profesional saber exactamente qué ocurre y qué tipo de trastorno padece.

## CONCLUSIONES:

**Primero.** Los estudios de varios autores, indican que los aspectos relacionados a la disociación, tiene que ver con los aspectos de la personalidad que muchas veces pueden ser causados con problemas que ha podido padecer en algún momento el ser humano causado por factores de diferente índole, estos factores pueden presentar cambio de comportamiento y personalidad.

**Segundo.** Las definiciones y concepciones teóricas, brinda aportes importantes sobre aspectos poco conocidos en la personalidad de los niños, esto es importante tener en cuenta al momento de atender los comportamientos que no sabemos o conocemos y que deberíamos tener como conocimiento al momento de atender situaciones comportamentales en los niños.

**Tercero.** Existen muchas causas y tipos de disociación que pueden presentarse en los niños, estos, pueden ser causados por diferentes situaciones que los niños pueden experimentar en momentos traumáticos en su vida, haciendo que en el futuro pueda presentar cambios en su comportamiento personal, así como en su desarrollo de vida personal como el rendimiento académico

## **RECOMENDACIONES.**

Se recomienda lo siguiente:

- Capacitar a los docentes sobre el tema tratado y los problemas que puede generar en los estudiantes.
- Detectar a los niños que presentan problemas de disociación a fin de darles la atención adecuada.
- Desarrollar talleres con los padres de familia a fin de que puedan detectar casos en su familia o comunidad.

## REFERENCIAS CITADAS.

- Al JV et. Post-Disaster Mental Health Among Parent-Child Dyads After a Major Earthquake in Indonesia. - PubMed - NCBI [Internet]. [citado 25 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25851238>
- Albach, F., Moormann, P., y Bermond, B. (1996). Memory recovery of childhood sexual abuse
- Baars, B. (1988). A Cognitive Theory of Consciousness. New York: Cambridge University Press.
- Brandt, J. y Van, W. (2006). Functional psychogenic amnesia. *Semin Neurol* (en inglés) 26 (3): 331-40. PMID 16791779. doi:10.1055/s-2006-945519.
- Bruce, E. (2006). *la percepción del movimiento* (6ª edición). Thomson. ISBN 84-9732-388-2.
- Chicchon, J. y Sanchez, C. (2014). Trastornos mentales en estudiantes de medicina humana en Iquitos durante el 2012 (Tesis para optar el título de: médico cirujano). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú. Recuperado de: [http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/191/1/TL\\_ChicchonPeraltaJorge\\_SanchezMarinCesar.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/191/1/TL_ChicchonPeraltaJorge_SanchezMarinCesar.pdf)
- Felix ED, Binmoeller C, Nylund-Gibson K, Benight CC, Benner AD, Terzieva A. Addressing Disaster Exposure Measurement Issues With Latent Class Analysis. *J Trauma Stress*. febrero de 2019;32(1):56-66.
- Freyd, J. (1994). Betrayal Trauma: Traumatic Amnesia as an Adaptive Response to Childhood Abuse. *Ethics y Behavior* (en inglés) 4 (4): 307-330. doi:10.1207/s15327019eb0404\_1.

- Gómez, D. (2010). Proyecto: Familia con trato digno. Intervención integral en salud mental, Tamizaje de Salud mental, Departamento de Antioquia.
- Kernberg, O. (2013). Difusión de la Identidad y Trastornos de Personalidad. Psicología y Psicoterapia.
- Kopelman M.D. (2002). Disorders of memory. *Brain* (en inglés) 125 (Pt 10): 2152-90. PMID 12244076. doi:10.1093/brain/awf229.
- Leiva, (2015). Prevalencia de trastornos mentales en pacientes de los consultorios externos de medicina del hospital “José Agurto Tello de Chosica” marzo - junio 2015. Universidad Peruana Unión
- Markowitsch H.J. (2003). Psychogenic amnesia (PDF). *Neuroimage* (en inglés). 20 Suppl 1: S132-8. PMID 14597306. doi:10.1016/j.neuroimage.2003.09.010.
- Mayo Clinic, (2017) Trastornos disociativos. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/dissociative-disorders/symptoms-causes/syc-20355215>
- Merleau. M, (1985). Fenomenología de la percepción. Barcelona: Planeta-Agostini. ISBN 84-395-0029-555
- Reinhold, N.; Kuehnel S., Brand M. y Markowitsch H.J. (2006). Functional neuroimaging in memory and memory disturbances. *Current Medical Imaging Reviews* (en inglés) 2 (1): 35-57. doi:10.2174/157340506775541668
- Rumelhart, D.E. (1986). The building blocks of cognition, en Spiro, R.J., Bruce, B.C. y Brewer, W.F. (eds.). *Theoretical issues in reading comprehension*. Hillsdale, Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Spiegel. D, (2019), Trastorno de despersonalización/desrealización. Stanford University School of Medicine. <https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-disociativos/trastorno-de-despersonalizaci%C3%B3n-desrealizaci%C3%B3n>

Valenzuela. F, (2013) Trastorno de identidad disociativo: ¿Qué es?.  
<https://www.soyvida.com/depresion/Trastorno-de-identidad-disociativo-Que-es-20200926-0015.html>

Vattakatuchery, JJ; Chesterman, P. (2006). The use of abreaction to recover memories in psychogenic amnesia: A case report». Journal of Forensic Psychiatry and Psychology (en inglés) 17 (4): 647-653.

Vedat. S, y Ozturk. E, (2012). Trastorno de identidad disociativo: diagnóstico, comorbilidad, diagnóstico diferencial y tratamiento. Universitesi Istanbul Tip Fakultesi Psikiyatri Klinigi.

Zepeda, F. (2008). Introducción a la psicología. México: Person

## La presencia de trastornos disociativos

### INFORME DE ORIGINALIDAD



### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>www.guiainfantil.com</b> Fuente de Internet	<b>4%</b>
<b>2</b>	<b>maruxahernando.typepad.com</b> Fuente de Internet	<b>3%</b>
<b>3</b>	<b>docplayer.es</b> Fuente de Internet	<b>2%</b>
<b>4</b>	<b>psicologodecabecera.com</b> Fuente de Internet	<b>2%</b>
<b>5</b>	<b>repositorio.untumbes.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>2%</b>
<b>6</b>	<b>es.wikipedia.org</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>7</b>	<b>www.researchgate.net</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>8</b>	<b>gabinetedepsicologia.com</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>9</b>	<b>repositorio.unp.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>

10

documents.mx  
Fuente de Internet

1%

Excluir citas Activo

Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 15 words

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Segundo Alburquerque Silva', enclosed within a circular scribble.

**Dr. Segundo Oswaldo Alburquerque Silva**  
Asesor.