



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:
**“EXPERIENCIAS DISOCIATIVAS Y SU INCIDENCIA EN LA
MEMORIA”**

Requisito previo para optar por el Título de Psicólogo Clínico

Autora: Guerrero Jaramillo, Estefania Daniela

Tutora: Psc. Cl. Rodríguez Pérez, Mayra Lucía Mg.

Ambato – Ecuador

Noviembre, 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de Tutora del Proyecto de Investigación sobre el tema: **“EXPERIENCIAS DISOCIATIVAS Y SU INCIDENCIA EN LA MEMORIA”** de Estefania Daniela Guerrero Jaramillo, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad Ciencias de la Salud.

Ambato, Agosto del 2016

LA TUTORA

Psc. Cl. Rodríguez Pérez, Mayra Lucía Mg.

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el presente trabajo de investigación: “**EXPERIENCIAS DISOCIATIVAS Y SU INCIDENCIA EN LA MEMORIA**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, Agosto del 2016

LA AUTORA

Guerrero Jaramillo, Estefania Daniela

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Proyecto de Investigación o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los Derechos en línea patrimoniales de mi proyecto de investigación, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción del Proyecto de Investigación, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta producción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Agosto del 2016

LA AUTORA

Guerrero Jaramillo, Estefania Daniela

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema: **“EXPERIENCIAS DISOCIATIVAS Y SU INCIDENCIA EN LA MEMORIA”**, de Estefania Daniela Guerrero Jaramillo, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Noviembre del 2016

Para su constancia firman:

PRESIDENTE/A

1er VOCAL

2do VOCAL

DEDICATORIA

Dedico este proyecto a Dios y a mi madre, María Elena, por ser el pilar de mi educación.

A mis abuelos: Carlos, Rosita, Jorge y Guillermina.

A mi familia: Ken, Luis, Kiara y Ades.

Guerrero Jaramillo, Estefania Daniela

AGRADECIMIENTO

Agradezco a cada una de las Carreras de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, quienes a través de sus coordinadores/as, profesores/as y estudiantes, mostraron la predisposición y la accesibilidad requerida para la evaluación pertinente. De manera especial a la Dra. Rocío Ponce por su apoyo incondicional en el dispensario psicológico y al Psc. Cl. Ismael Gaibor coordinador de la Carrera de Psicología Clínica.

Gracias a la Psc. Cl. Nancy Betancourt y al Psc. Cl. Patricio Arias B., por las valiosas enseñanzas en el aula de clases y su ejemplo de nobleza para con sus estudiantes.

A cada uno de los docentes que colaboraron con mi formación académica, especialmente a mi estimado Dr. Santiago Añazco y a mi tutora Psc. Cl. Mayra Rodríguez.

A todos quienes participaron de alguna manera con el presente proyecto de investigación: Psc. Cl. Fernanda Flores, Psc. Cl. Carolina García, Psc. Cl. Flavio Bonilla y Psc. Cl. Javier López.

Estefania Daniela Guerrero Jaramillo

TABLA DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE CONTENIDO

APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	iv
DERECHOS DE AUTOR	iv
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
TABLA DE CONTENIDOS	viii
ÍNDICE DE CONTENIDO	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xii
ÍNDICE DE FIGURAS	xv
ANEXOS	xviii
RESUMEN	xix
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	2
EL PROBLEMA	2
1.1 Tema	2
1.2 Planteamiento del problema	2

1.2.1 Contexto.....	2
1.2.2 Formulación del problema.....	6
1.3 Justificación.....	6
1.4 Objetivos	8
1.4.1 Objetivo general.....	8
1.4.2 Objetivos específicos.	8
CAPÍTULO II	9
MARCO TEÓRICO	9
2.1 Estado del arte	9
2.2 Fundamentación teórica	14
2.2.1 Disociación.	14
Historia.....	14
Definición.....	16
Neurobiología de la disociación.	21
Etiología.....	25
Trastornos disociativos.	25
2.2.2 Memoria.	31
Historia.....	31
Definición.....	32
Tipos de Memoria.....	33

Neurobiología de la memoria.....	38
Trastornos de la memoria.....	43
2.3 Hipótesis y supuestos.....	47
CAPÍTULO III.....	48
MARCO METODOLÓGICO.....	48
3.1 Nivel y tipo de investigación.....	48
3.2 Selección de área o ámbito de estudio	48
3.3 Población.....	49
3.4 Criterios de inclusión y exclusión	49
3.4.1 Criterios de exclusión.....	49
3.4.2 Criterios de inclusión.	50
3.5 Diseño muestral	50
3.6 Operacionalización de variables.....	52
3.7 Descripción de la intervención y procedimientos para la recolección de información.....	58
3.8 Aspectos éticos	59
CAPÍTULO IV.....	63
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	63
4.1 Prueba de Comprobación Estadístico Chi Cuadrado (X^2) Experiencias Disociativas y Memoria en la Población.....	63
4.2 Resultados de la Escala de Experiencias Disociativas DES-II	65

4.3 Resultados de la escala de Memoria del NEUROPSI	72
4.4 Subescalas de despersonalización, amnesia disociativa y absorción del DES-II y subescalas de memoria de trabajo, codificación y evocación del Neuropsi	79
CONCLUSIONES	89
RECOMENDACIONES	91
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
BIBLIOGRAFÍA.....	93
LINKOGRAFÍA	96
CITAS BIBLIOGRÁFICAS BASES DE DATOS UTA	96
ANEXOS	105

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Historia de la disociación	15
Tabla 2: Características de la disociación.....	18
Tabla 3: Neurobiología de la disociación	24
Tabla 4: Criterios diagnósticos de Amnesia disociativa.....	27
Tabla 5: Criterios diagnósticos de Fuga disociativa.....	28
Tabla 6: Trastorno de Identidad disociativo	28
Tabla 7: Criterios diagnósticos de Trastorno de despersonalización	29
Tabla 8: Trastorno Disociativo no especificado	30
Tabla 9: Historia de la memoria.....	31
Tabla 10: Componentes de la memoria de trabajo	37
Tabla 11: Semiología de los trastornos de memoria	46
Tabla 12: Operacionalización Experiencias Disociativas	52
Tabla 13: Operacionalización Experiencias Disociativas	53
Tabla 14: Tabla de Contingencia Experiencias Disociativas y Memoria.....	63
Tabla 15: Tabla de Comprobación Chi Cuadrado Experiencias Disociativas Vs. Memoria	64
Tabla 16: Nivel de disociación en la población	65
Tabla 17: Nivel de disociación en la Carrera de Terapia Física	66
Tabla 18: Nivel de disociación en la Carrera de Psicología Clínica	67
Tabla 19: Nivel de disociación en la Carrera de Estimulación Temprana	68

Tabla 20: Nivel de disociación en la Carrera de Laboratorio Clínico.....	69
Tabla 21: Nivel de disociación en la Carrera de Enfermería.....	70
Tabla 22: Nivel de disociación en la Carrera de Medicina.....	71
Tabla 23: Nivel de Funcionalidad de la Memoria en la Población.....	72
Tabla 24: Nivel de Funcionalidad de la Memoria en la Carrera de Terapia Física.....	73
Tabla 25: Nivel de Funcionalidad de la Memoria en la Carrera de Psicología Clínica.....	74
Tabla 26: Nivel de Funcionalidad de la Memoria en la Carrera de Estimulación Temprana.....	75
Tabla 27: Nivel de Funcionalidad de la Memoria en la Carrera de Laboratorio Clínico.....	76
Tabla 28: Nivel de Funcionalidad de la Memoria en la Carrera de Enfermería....	77
Tabla 29: Nivel de Funcionalidad de la Memoria en la Carrera de Medicina.....	78
Tabla 30: Nivel de despersonalización en la población.....	79
Tabla 31: Nivel de amnesia disociativa en la población.....	80
Tabla 32: Nivel de absorción en la población.....	81
Tabla 33: Nivel de Funcionalidad de la Memoria de Trabajo en la población.....	82
Tabla 34: Nivel de Codificación de la memoria en la población.....	83
Tabla 35: Nivel de Evocación de la memoria en la población.....	84
Tabla 36: Tabla de Contingencia Subescala de Despersonalización y Memoria en la Carrera de Laboratorio Clínico.....	85

Tabla 37: Tabla de Comprobación Chi Cuadrado Subescala de Despersonalización Vs. Memoria en la Carrera de Laboratorio Clínico	86
Tabla 38: Tabla de Contingencia Subescala de Despersonalización y Memoria de Trabajo en la Carrera de Medicina.....	87
Tabla 39: Tabla de Comprobación Chi Cuadrado Subescala de Despersonalización Vs. Memoria de Trabajo en la Carrera de Medicina	88

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Disociación primaria	19
Figura 2: Disociación secundaria	20
Figura 3: Disociación terciaria.....	20
Figura 4: Neurobiología de la disociación.....	21
Figura 5: Sistemas simpático y parasimpático.....	22
Figura 6: Estructuras implicadas en la disociación	23
Figura 7: Tipos de memoria.....	35
Figura 8: Estructuras implicadas en la memoria	38
Figura 9: Estructuras implicadas en la memoria	39
Figura 10: Estructuras implicadas en la representación perceptiva	39
Figura 11: Estructuras implicadas en la memoria procedimental	40
Figura 12: Estructuras implicadas en la memoria semántica.....	40
Figura 13: Estructuras implicadas en la memoria episódica	41
Figura 14: Estructuras implicadas en la memoria de trabajo.....	41
Figura 15: Estructuras implicadas en el ejecutivo central	42
Figura 16: Estructuras implicadas en el bucle fonológico.....	42
Figura 17: Estructuras implicadas en la agenda visoespacial	43
Figura 18: Trastornos de la memoria	45
Figura 19: Nivel de Disociación en la Población.....	65

Figura 20: Nivel de Disociación en la Carrera de Terapia Física	66
Figura 21: Nivel de Disociación en la Carrera de Psicología Clínica	67
Figura 22: Nivel de Disociación en la Carrera de Estimulación Temprana	68
Figura 23: Nivel de Disociación en la Carrera de Laboratorio Clínico.....	69
Figura 24: Nivel de Disociación en la Carrera de Enfermería.....	70
Figura 25: Nivel de Disociación en la Carrera de Medicina	71
Figura 26: Nivel de Funcionalidad de la Memoria en la Población.....	72
Figura 27: Nivel de Funcionalidad de la Memoria en la Carrera de Terapia Física	73
Figura 28: Nivel de Funcionalidad de la Memoria en la Carrera de Psicología Clínica	74
Figura 29: Nivel de Funcionalidad de la Memoria en la Carrera de Estimulación Temprana	75
Figura 30: Nivel de Funcionalidad de la Memoria en la Carrera de Laboratorio Clínico.....	76
Figura 31: Nivel de Funcionalidad de la Memoria en la Carrera de Enfermería...	77
Figura 32: Nivel de Funcionalidad de la Memoria en la Carrera de Medicina	78
Figura 33: Nivel de Despersonalización en la Población	79
Figura 34: Nivel de Amnesia Disociativa en la Población	80
Figura 35: Nivel de Absorción en la Población	81
Figura 36: Nivel de Funcionalidad de la Memoria de Trabajo en la Población	82
Figura 37: Nivel de Codificación de la memoria en la Población	83

Figura 38: Nivel de Evocación de la memoria en la Población84

ANEXOS

1. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	105
A. Escala De Experiencias Disociativas (Des-II).....	105
B. Subescala De Memoria - Neuropsi.	111
2. PROCESO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO	113
3. SOLICITUD PARA LA AUTORIZACIÓN DE LAS COORDINACIONES DE CARRERA	114

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
“EXPERIENCIAS DISOCIATIVAS Y SU INCIDENCIA EN LA
MEMORIA”

Autora: Guerrero Jaramillo, Estefania Daniela

Tutora: Psc. Cl. Rodríguez Pérez, Mayra Lucía Mg.

Fecha: Agosto, 2016

RESUMEN

El objetivo de la investigación es determinar la relación entre las experiencias disociativas y la memoria en los estudiantes de primer semestre de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, quienes son los beneficiarios ya que los resultados reflejarán necesidades específicas de la población. Las experiencias disociativas son circunstancias psíquicas comunes a todo ser humano, y oscilan entre la normalidad y patología. La Escala de Experiencias Disociativas DES-II brinda un resultado global, junto a tres subescalas: amnesia disociativa, despersonalización y absorción. Por otro lado, la memoria es una función mental compleja que conforma la identidad misma. El Neuropsi es una batería neuropsicológica para evaluar memoria, memoria de trabajo y los procesos de codificación y evocación. Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS a través de la Prueba X^2 y el test exacto de Fisher, encontrándose que no existe relación entre las dos variables. Además, se identificó en Laboratorio Clínico una asociación entre la subescala de despersonalización del DES-II y la escala total de memoria del Neuropsi; así también, en Medicina se encontró asociación entre la subescala de despersonalización del DES-II y la subescala de memoria de trabajo del Neuropsi. Estudiar la disociación y sus implicaciones en la memoria genera aportes para ratificar su jerarquía en la psiquiatría, psicología y psicoterapia. Además, se identificó la necesidad de estandarizar los test a la población ecuatoriana.

PALABRAS CLAVES: EXPERIENCIAS_DISOCIATIVAS,
DESPERSONALIZACIÓN, MEMORIA, MEMORIA_TRABAJO,
MODELO_BADDELEY.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
HEALTH SCIENCES DEPARTMENT
CLINICAL PSYCHOLOGY DEGREE

"DISSOCIATIVE EXPERIENCES AND ITS IMPACT ON MEMORY"

Author: Guerrero Jaramillo, Estefania Daniela

Director: Psc. Cl. Rodríguez Pérez, Mayra Lucía Mg.

Date: August, 2016

SUMMARY

This research aims to determine the relationship between dissociative experiences and memory. Population of this project is the first semester students at Health Sciences Department of Technical University of Ambato, who will be the beneficiaries while the evaluation and results reflect specific needs of the population. Dissociative experiences are common psychological circumstances of every human being, ranging from normality to pathology. This may affect people normal performance. Dissociative Experiences Scale DES-II provides an overall result, with three subscales: dissociative amnesia, depersonalization and absorption or fantasy. On the other hand, memory is one of the most complex mental functions, because it forms person identity. Neuropsi is a neuropsychological battery that evaluates memory, working memory, encoding processes and evocation. For data analysis SPSS, a statistical software was used through the chi-square test and Fisher's exact test. It results there is no relationship between these two variables. Although, in Clinical Laboratory degree it exists a relationship between depersonalization DES-II scale and Neuropsi global memory scale and in Medicine degree there is also a relationship between depersonalization subscale of the DES-II and Neuropsi working memory subscale. Study of dissociation and its implications in memory generates contributions to ratify the hierarchy of dissociative experiences in psychiatry, psychology and psychotherapy. In addition, it identified the need to standardize both test to the Ecuadorian population.

KEYWORDS: DISSOCIATIVE_EXPERIENCES, DEPERSONALIZATION, MEMORY, WORKING_MEMORY, BADDELEY'S_MODEL.

INTRODUCCIÓN

Las experiencias disociativas suelen presentarse a lo largo de la vida de una persona como una sensación de desconexión a manera de amnesia, despersonalización, desrealización o alteración de la identidad (Livingston, K., 2014). Sin embargo, cuando se incrementan pueden tener consecuencias perjudiciales en la salud mental y ser indicadores de trastornos disociativos los cuales se estima que se presentan en el 2 y 3% de la población general, siendo diagnosticados con dificultad debido a la falta de capacitación para diferenciarlos de otras patologías psicológicas (Sociedad Internacional para el Estudio de Trauma y Disociación – ISSTD, 2015). En la presente investigación de enfoque neuropsicológico, la disociación será estudiada a través del modelo continuo en el cual las experiencias se encuentran en un rango desde lo normal a lo patológico (Spitzer, C., Barnow, S., Freyberger, H., y Joergen, H., 2006).

La memoria es una función mental compleja que permite al ser humano adaptarse al medio ambiente a través de la adquisición de información que construye su identidad (Vallejo, J., 2006). La epidemiología acerca de las alteraciones en la memoria se ha basado principalmente en los efectos de la demencia en los adultos mayores, indicando que entre el 5 y 8% de la población mayor a 60 años sufre algún tipo de demencia (OMS,2015). En este proyecto, la memoria será estudiada a través del modelo neuropsicológico de Baddeley de 1974 que abarca memoria de trabajo, codificación y evocación (León, J., 1995).

La población para la investigación se compone de los estudiantes de primer semestre de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, debido a que las experiencias disociativas son frecuentes en situaciones que requieren adaptación como lo es el inicio de los estudios universitarios, siendo además de importancia identificar su estado actual de memoria, ya que ésta repercutirá en su formación académica.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 TEMA

Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 CONTEXTO.

La Sociedad Internacional para el Estudio de Trauma y Disociación – ISSTD (2015), a través del análisis de datos obtenidos en distintos países a nivel mundial señalan que la disociación se produce en aproximadamente de 2% a 3% de la población general y alrededor del 73% de las personas expuestas a un incidente traumático la experimentarán durante el evento, o en las horas, días o semanas subsiguientes.

DID Research (2015), mencionan que los estudios epidemiológicos sitúan la prevalencia de Trastorno de Identidad Disociativo en la población general entre el 1,1-1,5% y la prevalencia de cualquier trastorno disociativo del DSM-IV entre el 8,6-18,3%

El Virtual Medical Center de Australia (2015), en Oceanía refiere que existe una prevalencia de trastornos disociativos de 3 a 6 por 1.000 en mujeres, con una menor prevalencia en los hombres, indicando que la mayoría de los casos comienzan antes de los 35 años de edad, presentándose de forma atípica en ancianos.

La Alianza Nacional de Enfermedades Mentales-NAMI (2015), en EEUU estima que el 2% de la población experimentan trastornos disociativos, siendo las mujeres mayor posibilidad de ser diagnosticadas; además, se menciona que la mitad de estadounidenses han experimentado despersonalización/desrealización al menos en una ocasión, cumpliendo criterios para episodios crónicos apenas el 2%.

Mental Health America (2016), refiere que en EEUU las experiencias disociativas transitorias y leves son comunes, indicando que cerca de un tercio de la población han mencionado que en ocasiones se sienten como si se estuvieran viendo a sí mismos en una película, e inclusive el 4% de la población indican sentirse así hasta un tercio del tiempo; éstas experiencias suelen ser más comunes en la juventud y disminuyen a partir de los 20 años. Además, se recalca que el 7% de la población podría haber sufrido en algún momento de su vida un trastorno disociativo, sin embargo, este tipo de trastornos es difícil de identificar.

Sidran Institute (2013), en el mismo país ha determinado que hasta un 99% de las personas que desarrollan trastornos disociativos han documentado historias de trauma repetitivo durante la etapa de desarrollo de la niñez, por lo general antes de los 9 años de edad. Además, se menciona que los trastornos disociativos pueden afectar al 1% de la población general y hasta un 20.5% de pacientes en hospitales psiquiátricos, siendo aún mayores las tasas encontradas en sobrevivientes de abusos sexuales y adictos. Estas estadísticas ubican a los trastornos disociativos en la misma categoría que la esquizofrenia, la depresión y la ansiedad, como uno de los cuatro principales problemas de salud mental en la actualidad. Si bien la literatura contemporánea señala que los trastornos disociativos se presentan más frecuentemente entre las mujeres, las últimas investigaciones indican que pueden ser igualmente prevalente, pero menos frecuentemente diagnosticado entre los

hombres, debiéndose a que los hombres con trastornos disociativos tienen más probabilidades de estar en tratamiento para otras enfermedades mentales o abuso de drogas y alcohol, o pueden encontrarse encarcelados.

En Latinoamérica los estudios realizados por instituciones de salud pública o privada no reflejan la realidad de la sintomatología disociativa por cuanto las investigaciones son escasas, sin embargo se puede acotar algunas particularidades. En México, se ha identificado que un 5% de quienes se encuentran en tratamiento psiquiátrico clínico pueden ser diagnosticados con trastorno de identidad disociativo, siendo las mujeres nueve veces más propensas que los hombres (Fundación UNAM, 2016).

La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2014), en Argentina, identificó que entre 1.995.900 egresos hospitalarios, el 3% tuvo un diagnóstico dentro del grupo de trastornos neuróticos y somatomorfos, de estos casos el 44,1% de los hombres presentó trastorno disociativo de conversión, frente al 31,3% de las mujeres; además el 8,2% en hombres y el 57,0% en mujeres presentaron trastorno disociativo no especificado, seguido por los trastornos disociativos del movimiento con un 49,3% en hombres y 26,9% en mujeres.

Finalmente, al ser las experiencias disociativas parte de los trastornos somatomorfos, es importante señalar que en Chile del 18 al 64% de los casos con este tipo de trastornos, mantienen una comorbilidad con el trastorno de personalidad histriónico (Centro de Salud Mental, 2015).

En relación a las investigaciones realizadas acerca de memoria, cabe destacar que la epidemiología de alteraciones en los procesos y tipos de memoria se enfoca principalmente en su detección en casos de demencias o amnesias.

La Organización Mundial de la Salud (2015), refiere que existen 47,5 millones de personas que sufren demencia alrededor del mundo, y cada año se registran 7,7 millones de nuevos casos; además, se calcula que entre un 5% y un 8% de la población general mayor de 60 años, sufre demencia en un determinado momento,

siendo la enfermedad de Alzheimer la causa más común de demencia, con una prevalencia entre un 60% y un 70% de los casos.

La Alzheimer's Association España (2016), ha reportado más de 800.000 casos de Alzheimer en este país, refiriendo además que existen 44 millones de personas con demencia en todo el mundo.

El National Institute for Health and Welfare (2014), en Finlandia ha estimado que en la actualidad hay aproximadamente 35.000 personas que sufren de trastornos leves de memoria y 85000 con al menos un trastorno de la memoria moderadamente grave.

La Alzheimer's Association (2015), indica que en Norteamérica, 5.3 millones de estadounidenses han reportado el diagnóstico de Alzheimer en el año 2015, incluyéndose en este número un estimado de 5,1 millones de personas mayores de 65 años de edad y aproximadamente 200.000 personas menores de 65 años.

Además, en recientes investigaciones, se ha podido determinar que para el año 2050 existirá 16 millones de afectados con Alzheimer en EEUU (Fisher Center for Alzheimer's Research Foundation, 2016).

La Organización Panamericana de la Salud (2015), estima que para el año 2030 existirán 7,1 millones de casos de demencia en Canadá y en EEUU.

Rodríguez, J. y Gutierrez, R. (2014), indican que en Latinoamérica y el Caribe la prevalencia de demencia se encuentra entre 6 y 6,5 personas por cada 100 adultos de mayores de 60 años; además, la tasa de incidencia anual tiene un estimado de 410.938 nuevos casos por año, por lo cual los pacientes con demencia pasarán de 3,4 millones a 4,1 millones para el 2020 y a 9,1 millones en el 2040.

La Alzheimer's Association Argentina (2016), refiere que en este país se han identificado 300.000 casos de Alzheimer, y se ha convertido en la quinta causa de muerte.

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos – INEC (2009), menciona que en Ecuador, según la encuesta de salud, bienestar y envejecimiento, se encontró que el 2,9% de la población a nivel nacional mantiene una memoria excelente, el 7,4% se identifica con una memoria muy buena, el 33,9% se encuentra con una buena memoria, el 45% con una memoria regular y el 10,6% de la población tiene una mala memoria. De igual forma, se determinó que el 21,4% de personas diagnosticadas con demencia oscilan entre los 61 y 70 años de edad a nivel nacional.

1.2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿De qué manera incide las experiencias disociativas en la memoria?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Para la investigadora, la disociación es un término que abarca una serie de conceptos cuya delimitación aún no se encuentra clara, es así que se puede encontrar diferencias teóricas a partir incluso de sus propias definiciones dentro del DSM-IV y CIE-10, las cuales si bien coinciden en la implicación de la memoria, no demuestra con claridad su alcance.

Chinchilla, I. (2012), a través de una amplia revisión bibliográfica menciona la importancia de generar investigación que pueda unificar el constructo teórico referente a la disociación, la cual mantiene un debate entre la concepción dimensional y tipológica del fenómeno; además, menciona que el interés de evaluar la sintomatología disociativa ha dado lugar a la aparición de los conceptos de disociación normal y patológica, las cuales implicarían distintas funciones cognitivas, los cuales a su vez podrían estar vinculadas con alteraciones en los procesos de codificación o recuperación de la memoria según la fenomenología disociativa vivenciada por el paciente.

Montes, S., Poó, F., Valle, V., y López, S. (2012), reconocen que los síntomas disociativos son parte de múltiples trastornos, como la esquizofrenia, trastornos afectivos, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno somatomorfo, entre otros; a pesar de ello, no se ha generado la capacitación requerida para tratar dicho síndrome, probablemente a causa del desconocimiento o falta de esclarecimiento teórico.

Por lo tanto, ampliar teóricamente la disociación y sus implicaciones en la memoria es útil en tanto generaría aportaciones encaminadas a ratificar la jerarquía que poseen las experiencias disociativas dentro del ámbito de la psiquiatría, psicología y psicoterapia.

La presente investigación es original en tanto no se han realizado estudios similares a nivel local o nacional, y se desconoce la epidemiología de trastornos disociativos y del estado de la memoria de los estudiantes universitarios, así como su relación, por lo cual resulta necesario ampliar el conocimiento existente para dar origen a nueva información teórica en el mencionado contexto socio-cultural.

Por otro lado, no es sencillo acceder a información acerca del funcionamiento de los procesos mnémicos en la juventud, los mismos que al ser evaluados permitirían una identificación de posibles patologías y una prevención apropiada para conservar esta función mental lo que beneficia a la población estudiada.

Además, los objetivos específicos apuntan a determinar la implicación de la despersonalización, amnesia disociativa y absorción en la memoria de trabajo y procesos de codificación y evocación lo cual brindará una estimación del nivel de disociación y la funcionalidad de la memoria de los jóvenes universitarios en el Ecuador.

Finalmente, el presente estudio servirá como línea de base para futuros proyectos de investigación que pretendan mejorar las estrategias psicoterapéuticas encaminadas al tratamiento de la disociación y de neurorehabilitación de la memoria.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL.

Determinar la relación existente entre las experiencias disociativas y la memoria.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Identificar el grado de experiencias disociativas en la población general y por Carreras.

Evaluar el nivel de funcionalidad de la memoria en la población de estudio y por Carreras.

Estimar el grado y la relación existente entre las subescalas de despersonalización, amnesia disociativa y absorción del DES-II y las subescalas de memoria de trabajo, codificación y evocación del Neuropsi en las carreras evaluadas.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ESTADO DEL ARTE

Belli, H., Ural, C., Yesilyurt, S., y et al. (2013), en Turquía, con el objetivo de relacionar los traumas de infancia y disociación en 78 pacientes con trastorno obsesivo compulsivo, determinaron que no existía una relación significativa entre los traumas de infancia y el TOC, ni entre los traumas de infancia y la disociación; sin embargo, se evidenció una relación positiva entre el TOC y la disociación.

Eryilmaz, G., Kesebir, S., Göğceğöz, I., Özten, E., y Oğuz, K. (2015), en el mismo país y en un estudio similar, identificaron que las experiencias disociativas se relacionaban principalmente con la ansiedad, lo cual impide el aumento de los síntomas obsesivos compulsivos.

Marín, M., Dujo, V. y Gonzales, D. (2013), en Europa, tomando una muestra de 51 imputados por delitos penales en el sistema judicial de España desde el 2000 al 2013, se identificó que el trastorno disociativo estaba presente en el 44,44% de la población de estudio, concluyendo que el espectro disociativo es susceptible de convertirse en una causativa de responsabilidad penal; de igual forma, los resultados obtenidos en el estudio determinaron que la presencia de episodio disociativo se reportó en el 11,11% de los casos, el diagnóstico de amnesia disociativa podía establecerse en el 11,11%, la presencia de histeria disociativa se encontraba en el 8,33% y de despersonalización en el 8,33%.

Perona, S., Carrascoso, F., García, J., y et al. (2012), en España, estudiaron 71 pacientes, para determinar la relación existente entre las experiencias traumáticas reportadas en la infancia y los síntomas psicóticos positivos, determinaron que las experiencias disociativas fueron mediadores entre el trauma infantil y las alucinaciones.

Castro, M., Perona, S., Senín, C., y Rodríguez, J. (2015), en un estudio similar, evaluaron a 71 pacientes entre 20 a 54 años de edad, los cuales fueron diagnosticados con psicosis y mantenían tratamiento farmacológico, asistiendo ambulatoriamente a la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla – España; concluyéndose que la puntuación media de disociación fue mayor para los individuos que presentaban alucinaciones o delirios en comparación con aquellos que no presentaban dicha sintomatología; además, se identificó que los pacientes que referían traumas en la infancia puntuaban más alto que aquellos con traumas en la adultez o sin traumas.

Gonzáles, M., y Luque, M. (2015), en Madrid, acerca de la relación existente entre disociación y el desempeño en tareas de memoria verbal a corto plazo en población normal, encontraron que en la población de 70 sujetos entre 18 y 34 años, el 67,1% presentó un rango de disociación baja, el 21,4% presentó altas tendencias a la disociación, y el 7,2% presentó riesgo de trastorno disociativo; sin embargo no se encontró una relación estadísticamente significativa entre la disociación y el desempeño en tareas de memoria verbal a corto plazo con y sin carga emocional.

Ross, C. y Browning, E. (2016), en EEUU, investigaron la relación existente entre la catatonia y la disociación, los resultados mostraron que los síntomas catatónicos se asocian a experiencias adversas en la infancia, pero aparecen como una categoría de síntomas separados de la disociación.

Montes, S., Poó, F., Valle, V., y et al. (2012), en Argentina, con respecto a la relación de accidentes de tránsito y disociación en la ciudad de Mar del Plata, se determinó que los conductores que informaron algún tipo de suceso,

especialmente aquellos que involucraron choques con daños materiales menores, puntuaron más alto en la escala de experiencias disociativas – DES, vinculándose especialmente con la subescala de amnesia y de despersonalización, lo que evidencia una muestra de las implicaciones de la disociación en ambientes viales.

Özdemir1, O., Cilingir, V., Güze, P., y et al. (2016) investigaron la presencia de experiencias disociativas en pacientes con epilepsia, identificando que las puntuaciones del DES fueron significativamente mayores para los pacientes con epilepsia que para los individuos sanos. El número de individuos con disociación patológica fue mayor en el grupo de epilepsia que en el grupo control, y los niveles más altos de disociación se asociaron con la frecuencia de las convulsiones.

Lozoya, P., Ruiz, J. y Pedrero, E. (2012), en relación a los estudios realizados acerca de la memoria humana, en la ciudad española de Madrid, en una muestra de 900 individuos, determinaron que un 57,1% presentaba un rendimiento óptimo de memoria, el 30,3% mantenían un rendimiento normal, mientras que el 9,7% presentaban un déficit mnésico leve, y un 2,9% un déficit mnésico moderado o grave.

Conde, K., Ramaggi, M. y Cremonte, M. (2014), en investigaciones realizadas con respecto al consumo de alcohol y amnesia, determinaron que en estudiantes españoles cuya muestra fue de 322 personas, la prevalencia anual de amnesia anterógrada fue de 47%, teniendo mayor incidencia aquellos que presentaban un consumo excesivo episódico de alcohol. En el mismo estudio, se encontró que en una población de 472 estudiantes argentinos, la prevalencia anual de episodios de amnesia anterógrada fue de 28%, agravándose en aquellos casos de consumo excesivo episódico de alcohol, de la misma forma que ocurría con los datos de la población española mencionada anteriormente.

Trafton (2016), detalla el estudio realizado en el mismo año por Susumu Tonegawa, premio Nobel de fisiología y medicina, quien mediante una investigación patrocinada por el Riken-MIT Center for Neural Circuit Genetics

con sede en Japón, determinó que el problema del Alzheimer no es en sí la memoria, sino los procesos de evocación de la misma.

Arbadi, M., Zhand, N., Eybpoosh, S., y et al. (2014), en América del Norte, publicaron acerca de quejas de memoria y personalidad, se obtuvo resultados que determinaron que a medida que las personas envejecen tienden a ser más vulnerables a sufrir pérdidas de memoria; además, se identificó que en los Estados Unidos, alrededor del 40% de los adultos mayores de 65 años sufren algún tipo de deterioro de memoria relacionada con la edad, de los cuales tan sólo el 1% es diagnosticado con demencia cada año.

Maureira, F., Henríquez, F., Carvajal, D., Vega, J. y Acuña, C. (2015), en Chile, en relación al efecto del trabajo físico agudo sobre la memoria visual de corto plazo, se identificó que en 45 estudiantes universitarios al ser sometidos a un trabajo aeróbico de 30 minutos, mostraron una mejora en su desempeño de memoria visual.

Arenas, X., y Luna, S. (2015), en el artículo relacionado a la memoria a corto plazo en las personas de la tercera edad realizado en Bolivia, al someter a estimulación a través de técnicas mnemónicas a 20 adultos mayores de entre 65 y 75 años, se determinó un incremento significativo entre los resultados obtenidos del pretest y el postest referente al funcionamiento de la memoria a corto plazo de los participantes.

Del Valle, M., y Urquijo, S. (2013), en Argentina a través de la investigación acerca de las estrategias de codificación mnésica y la capacidad de aprendizaje de estudiantes universitarios, realizó el seguimiento de 83 sujetos, de lo cual se concluyó que el uso de estrategias semánticas para la codificación de la información, influye en una mejor capacidad de aprendizaje.

Castañeda, J. (2015), en la ciudad de Ambato en Ecuador, realizó un estudio acerca de la influencia de Diabetes tipo II en el déficit cognitivo que se realizó en 60 sujetos en el Hospital Docente Ambato, señala que el 96,67% de la población

presentan afectación en la memoria a mediano plazo, el 45 % presenta afectación en la memoria verbal y un 26,67% en la memoria de trabajo.

López, J. (2016), en un estudio realizado en el Sistema de protección y asistencia a víctimas y testigos de la fiscalía de Tungurahua del cantón Ambato, refiere que el 20% de los evaluados mantienen un rango normal de memoria, el 66% se encuentran en un rango inferior de la memoria y el 14% presentan un rango superior de memoria.

2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

La presente investigación se basa en una fundamentación teórica neuropsicológica a través de la cual se mantendrá el enfoque de análisis para las variables.

2.2.1 DISOCIACIÓN.

Historia.

Toro, J., Yepes, L. y Palacio, C. (2010) refieren que la historia de la disociación se originó a partir de los estudios realizados con hipnosis, cuyas reacciones en el individuo despertaron interés en el campo científico, generando importantes aportaciones.

Gómez, C., Hernández, G., Rojas, A., Santacruz, H., y Uribe, M. (2008), señalan que en el siglo XX, se encuentra mayor evidencia de la influencia de las experiencias traumáticas en la génesis de la disociación, siendo aceptada como un mecanismo de afrontamiento para la autoconservación, cuyo objetivo reservar energía necesaria para huir ante una amenaza o para disminuir la dolencia de un evento traumático.

Según la investigadora, si bien la disociación es una entidad que ha llamado la atención de la clínica desde hace varios siglos, su estudio no ha conseguido definir por completo sus implicaciones psicológicas, neuroanatómicas, neurofisiológicas, sociales y culturales. A continuación se muestran las principales contribuciones en el estudio de la disociación a través de la historia:

Historia de la disociación

Autor	Contribución
Benjamin Rush (siglo XVII)	Realizó observaciones de la fenomenología producida en pacientes que eran señalados como “poseídos”, conformando una de las primeras reseñas del trastorno de identidad disociativo.
William Carpenter (1870)	Hace un intento de explicar las experiencias disociativas como una conducta refleja que se organiza a nivel cerebral
Frederick Myers (1880)	Propuso la existencia de entidades alternativas de conciencia que podían generar conductas independientes
Charcot (1885)	Observó la sintomatología disociativa existente en la personalidad múltiple, enfatizando la vulnerabilidad de aquellas personas que han vivenciado traumas
Pierre Janet (1890)	Amplió la teoría de Myers al identificar las entidades alternativas de la conciencia como una fragmentación fuera de la normalidad de la conciencia y producida usualmente por traumas.
Sigmund Freud (1900)	Explicó la disociación desde la concepción psicodinámica como una respuesta al trauma
Bleuer (1910)	Identificó la disociación como parte de la esquizofrenia.
Hilgard (1970)	Inicia la teoría de la neodisociación concebida como una desconexión parcial entre el pensamiento y la conciencia
DSM-III (1980)	Se inicia la investigación de los trastornos disociativos

Tabla 1: Historia de la disociación

Fuente: Fundamentos de medicina: Psiquiatría / Psiquiatría clínica: Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos.

Autores: Toro, J., Yepes, L. y Palacio, C. (2010) / Gómez, C., Hernández, G., Rojas, A., y et al. (2008)

Definición

La palabra disociativo proviene del latín *dissociare* que hace referencia a la acción de separar algo que estaba unido, y por lo tanto en psicología se lo relaciona a la ruptura de identidad y memoria de un sujeto, las cuales podrían aparecer a raíz de acontecimientos traumáticos y llegar a convertirse en trastornos intensos (El Sahili, F., 2012).

Barlow, D. y Durand, V. (2007), refieren que la disociación es un proceso que se lo puede identificar a partir de experiencias leves hasta alteraciones graves, es decir, abarca fenomenología que involucra tanto situaciones comunes, como cuando una persona tiene la sensación de estar soñando, hasta condiciones severas en las que se evidencia la pérdida de identidad, memoria o sentido de realidad.

Los fenómenos disociativos corresponden a un gradiente que permite identificar la tendencia de un individuo a vivenciar la separación de experiencias, identidad, memoria, percepción y motricidad. Inclusive en algunos casos resultan ser expresiones aceptadas culturalmente en varios grupos sociales y por ende para evaluarlas es importante considerar su contexto (Sarason, I. y Sarason, B., 2006).

La disociación ha sido estudiada principalmente a partir de dos grandes corrientes: 1) el “continuum” de la disociación que la concibe como experiencias que oscilan entre el rango normal y el patológico; 2) y, la disociación como experiencias taxonómicamente distintas que se distinguen entre normales y patológicas (Spitzer, C., Barnow, S., Freyberger, H., y et al., 2006).

Morris, C. y Maisto, A. (2001) identifican como parte de la disociación a la separación de la personalidad del individuo, originada normalmente por sucesos traumáticos con ausencia de causa orgánica, lo que afectaría en el funcionamiento de la memoria del mismo.

En síntesis, la disociación es una perturbación de las funciones de integración de la conciencia, percepción, memoria e identidad, ante determinada información que interrumpe la voluntad consciente del individuo; sin embargo, no siempre es

patológica, ya que existe un gran número de experiencias disociativas que no se relacionan a traumas y permanecen como parte de la vida regular de una persona sin afectar el funcionamiento psíquico, a pesar de producir un estrechamiento de la atención y la eliminación de información de la conciencia, tal es el caso del soñar despierto o fantasear (Gómez, C., Hernández, G., Bayona, A., y et al., 2008).

Livingston, K. (2014), refiere que la disociación puede ser de cinco tipos distintos:

- **Amnesia:** No poder recordar situaciones de un momento en particular o información importante de la historia personal.
- **Despersonalización:** Sentir que el cuerpo propio no es real, está cambiando o verse a uno mismo como que si fuera una película.
- **Desrealización:** Sentir que el mundo que lo rodea no es real, que los objetos cambian de forma, color o tamaño, o sentir que los otros son robots.
- **Confusión de identidad:** No estar seguro que quien es uno o estar en una lucha por definirse uno mismo.
- **Alteración de identidad:** Ocurre cuando el rol o la identidad de una persona cambia el comportamiento de forma que los demás lo noten.

La autora del presente trabajo menciona que la Escala de experiencias Disociativas DES-II evalúa además la subescala de absorción en la cual se identifican situaciones en las que la persona tiene intensa capacidad de imaginación o fantasía.

Para la investigadora, debido a la imprecisión de los modelos que explican la disociación, es indispensable citar los aportes de Cardena, a través de los cuales se identifica la disociación con tres características importantes que la definen de la siguiente manera:

Características de la disociación

1) Como una alteración de la integración de los sistemas mentales o “compartimentalización”	Provoca una afectación de la memoria y de la conciencia a través de la separación de cierta información; es decir, que los recuerdos disruptivos se almacenan en compartimentos mentales apartados, los cuales continúan influyendo en las emociones, cognición y conducta del individuo, de tal manera que permanecen alterando la voluntad e impidiendo ejercer control sobre diversas acciones, como por ejemplo en las funciones de evocación de la memoria que dan origen a la amnesia disociativa.
2) Como una alteración de la conciencia o “desapego”	Se concibe como una perturbación de la conciencia en la cual el individuo se distancia de sí mismo y del medio que lo rodea, produciendo un aplanamiento emocional típico de la despersonalización y la desrealización, pudiendo tener efectos en la codificación y consolidación de la memoria, produciendo las reminiscencias típicas del trauma.
3) Como un mecanismo de defensa	Suelen aparecer como una defensa del Yo ante un trauma para cumplir con dos objetivos: 1) ayudar a la persona a distanciarse de la situación traumática y 2) retrasar la integración del trauma psíquico a la historia de vida.

Tabla 2: Características de la disociación

Fuente: Avances recientes en la teoría de la disociación / Sinopsis de Psiquiatría

Autores: Spitzer, C., Barnow, S., Freyberger, H., y et al. (2006) / Kaplan, H. y Sadock, B. (2001)

Toro, R., Yepes, L. y Palacio, C. (2010), describen el proceso que da origen a la disociación en cuatro etapas:

1. La fragmentación de la conciencia, que implica la separación de información de la conciencia

2. La auto-organización de lo disociado, que involucra un proceso a través del cual dicha información varía estructuralmente
3. La presencia de un predominio indirecto de lo disociado, a través de lo cual dicha información tiene la capacidad de influir en la vida de la persona, a pesar de no tener accesibilidad consciente
4. La irrupción de lo disociado, en la cual los elementos separados penetran en la conciencia provocando afecciones en la memoria y la conducta.

Gonzales, V. (2014), refiere que antes de mencionar la clasificación de la disociación, es importante identificar que una o más partes de la personalidad del sujeto se disocian con la finalidad de evadir recuerdos traumáticos y con ello continuar su vida habitual; sin embargo, dichos recuerdos se mantienen fijados a las acciones de defensa, generando síntomas disociativos negativos (anestesia o amnesia) o positivos (pseudocrisis convulsivas, alucinaciones auditivas o flashbacks). La parte de la personalidad disociada se denomina “personalidad emocional”, mientras que la otra parte se designa como “parte de la personalidad aparentemente normal”. En base a esta fundamentación, varios autores clasifican a la disociación en tres categorías:

1. La disociación primaria, en la que la persona se encuentra aparentemente normal, y sin embargo sufre cambios de conducta como consecuencia de que la “personalidad emocional” evita física y mentalmente toda situación que se relacione con la experiencia traumática, lo que se identifica en la hiperalerta.

Disociación primaria

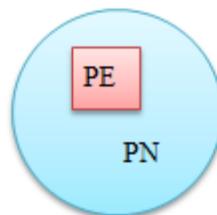


Figura 1: Disociación primaria
Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria
Autora: Guerrero, E. (2016)

2. La disociación secundaria ocurre cuando la “personalidad emocional” se halla a su vez disociada en varias partes y por tanto mantiene conductas evitativas en diferentes situaciones, lo que se observa en el Trastorno de Estrés Postraumático complejo.

Disociación secundaria

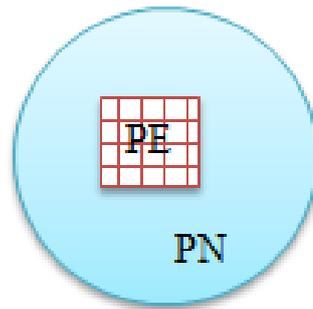


Figura 2: Disociación secundaria

Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria

Autora: Guerrero, E. (2016)

3. La disociación terciaria resulta ser la forma más grave en la cual la “personalidad aparentemente normal” también se disocia, dando origen al trastorno de identidad disociativo.

Disociación terciaria

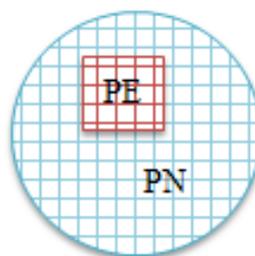


Figura 3: Disociación terciaria

Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria

Autora: Guerrero, E. (2016)

Neurobiología de la disociación.

La investigadora menciona que la disociación al ser un proceso psicológico involucra estructuras neuronales que se activan dando lugar a un funcionamiento distinto de las áreas corticales y subcorticales.

Gonzales, V. (2014) hace referencia a los procesos neuropsicológicos que se producen al existir un vínculo entre el trauma y la disociación; los animales, y por ende el hombre, reaccionan frente al peligro en tres formas distintas: mediante la lucha, la huida o la congelación, siendo ésta última una respuesta disociativa frente a la imposibilidad de reaccionar con cualquiera de las dos primeras; el individuo al encontrarse frente a un estímulo de peligro, en el cual experimente sentimientos de indefensión, vivenciará un estado de congelación en el cual se producirá la activación desorganizada de distintos sistemas de acción, involucrando tanto del sistema simpático como el parasimpático, generando una reacción de huida y a la vez de sumisión; cuando desaparece el estímulo de peligro, esa respuesta que no pudo concluirse frente al mismo, produce una descarga de la memoria procedimental a través de cualquier reacción de agitación, la cual al ser contenida, se guardará en la memoria procedimental e intentará reactivarse, consolidando los síntomas disociativos e involucrando un elevado tono parasimpático y residuos anteriores de excitación simpática.

Neurobiología de la disociación

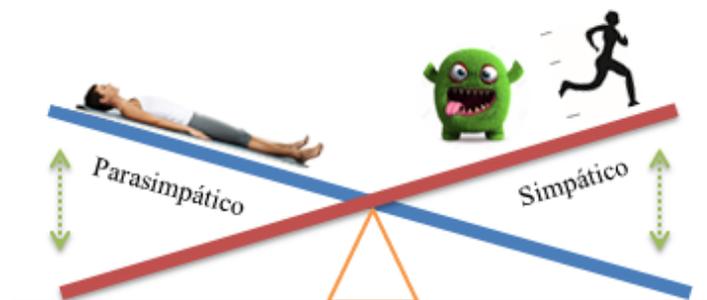


Figura 4: Neurobiología de la disociación
Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria
Autora: Guerrero, E. (2016)

Sistema simpático y parasimpático

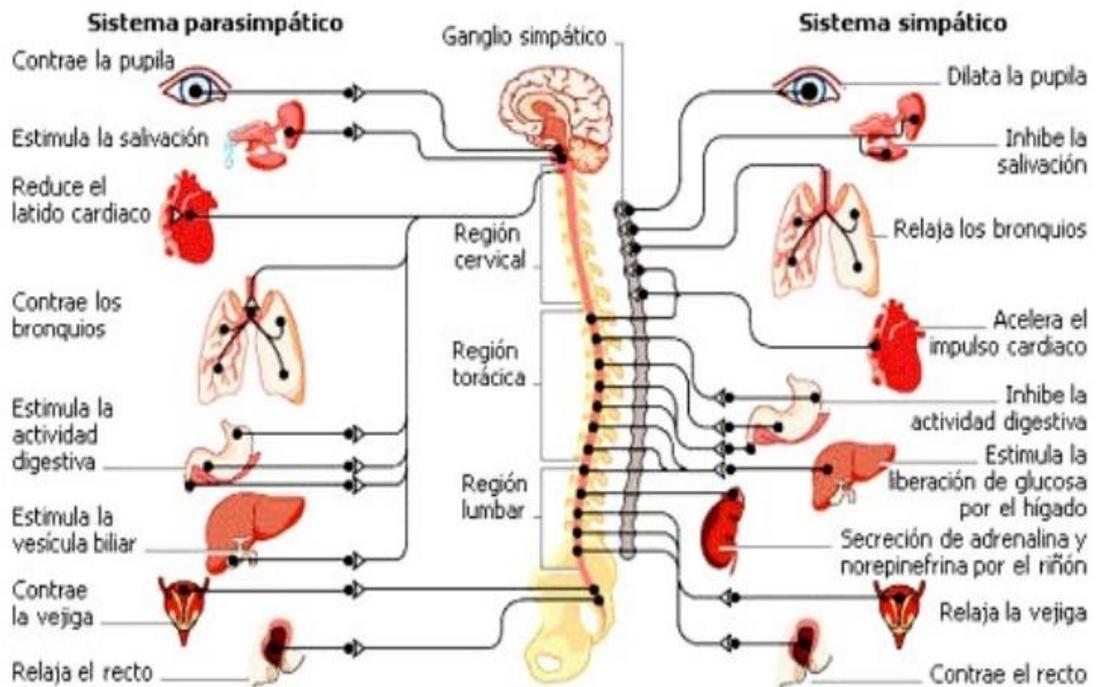


Figura 5: Sistemas simpático y parasimpático

Fuente: <http://es.slideshare.net/verorosso/sistema-nervioso-2405399>

Autor: Rosso, V. (2009)

La investigadora considera que dicha teoría se relaciona a la persona que pierde repentinamente a su hijo, podría entonces presentar la sensación de impotencia que le genere un estado de congelamiento, si durante la elaboración del duelo se medica al paciente con antidepresivos, se bloqueará la descarga de la memoria procedimental, lo que generará que a futuro en distintas ocasiones experimente síntomas disociativos frente a distintos estímulos, como por ejemplo si observa a una madre con su hijo en el parque.

Cabe mencionar que la vivencia de un evento traumático trae consigo consecuencias de desregulación neuro-endocrina que produce efectos estructurales y neuro-funcionales relacionados con estructuras vinculadas a la memoria entre las cuales se encuentran la corteza pre-frontal (encargada de la conducta) y corteza

orbito-frontal (encargada de la toma de decisiones). Además, dichos procesos involucran la disminución del hipocampo, estructura encargada de unir recuerdos durante la evocación de la memoria; lo que se acompaña de una disminución del volumen de la amígdala, encargada de la evocación de recuerdos con carga emocional, que al ser codificadas en estados disociativos serán evocadas frente a un estímulo similar. Además se ha detectado la presencia de moléculas como el cortisol, serotonina, aumento de dopamina, epinefrina y norepinefrina, aumento del factor liberador de corticotropinas, aumento de aminoácidos excitatorios, entre otros (Labos, E., Slachevsky, A., Fuentes, P., y Manes, F., 2008).

Estructuras implicadas en la disociación

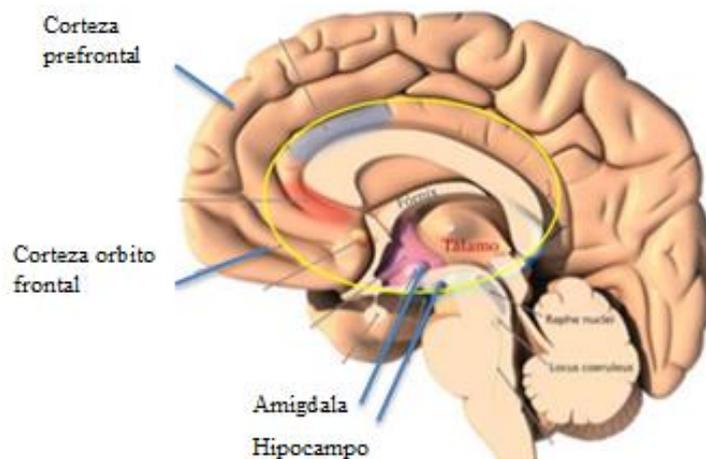


Figura 6: Estructuras implicadas en la disociación
Fuente: <http://es.slideshare.net/manueluz6/sistema-lmbico-31315021>
Autor: Gálvez, M. (2014)

Gómez, C., Hernández, G., Rojas, A., y et al. (2008), basándose en hallazgos cerebrales en pacientes, indican que la disociación parece tener funciones neuronales diferentes acorde a su clasificación:

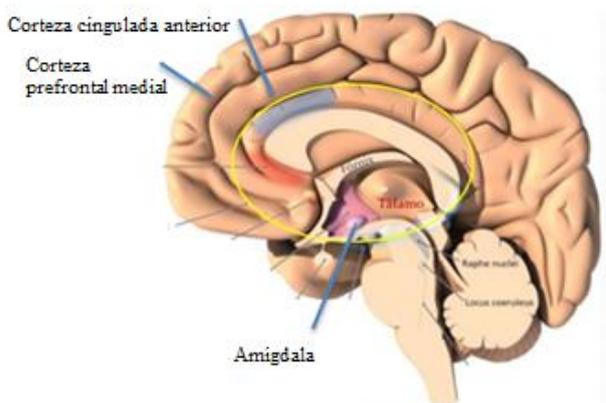
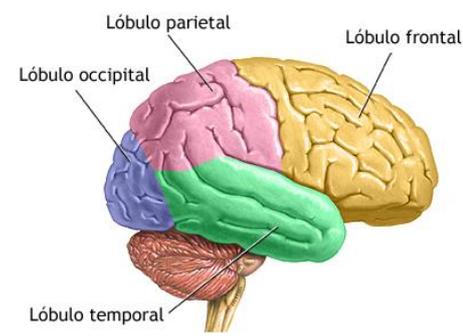
Neurobiología de la disociación	
Disociación Primaria	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción en la activación talámica • Reducción de la actividad de la corteza cingulada anterior (autocontrol) y de la corteza prefrontal medial, las cuales se relacionan al procesamiento de emociones. • Aumento de la respuesta amigdalina, por lo que existe dificultad de equilibrar la respuesta afectiva producto de las experiencias de trauma. 
Disociación secundaria	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción del metabolismo en el giro temporal superior y medio. • Aumento en áreas de los lóbulos parietal y occipital. • Aumento de la corteza cingulada anterior y de la corteza prefrontal medial. 
Disociación terciaria	Alteraciones en la vía externa de procesamiento de la información a través de subsistemas neurales.

Tabla 3: Neurobiología de la disociación

Fuente: Psiquiatría Clínica: Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos.

Autores: Gómez, C., Hernández, G., Rojas, A., y et al. (2008)

Etiología

El trauma físico o psíquico es el origen más frecuente de las experiencias disociativas, entendiéndose que la patología disociativa surge de la incapacidad del sujeto para descargar la memoria procedimental, como ocurre en el caso de abusos sexuales, maltrato y negligencia durante la niñez; asimismo, existen investigaciones que señalan como una causas de disociación la muerte de la madre en los dos primeros años del niño y el patrón de familia disociativa que aparenta ser normal; finalmente, cabe mencionar la relación existente entre el trastorno límite de la personalidad y los trastornos disociativos, así como entre la presencia de amigos imaginarios y disociación, teniendo mayor relevancia la aparición del amigo imaginario a más temprana edad y la persistencia en la adolescencia y adultez (Gómez, C., Hernández, G., Bayona, A., y et al., 2008).

Para la investigadora, los estudios en disociación son aún enigmáticos y es importante recalcar que si bien la etiología más aceptada son las experiencias traumáticas, aún más relevancia tienen los disparadores conductuales, generalmente estresantes, que provocan que el individuo actúe nuevamente con los mecanismos adaptativos aprendidos de disociación.

Trastornos disociativos.

Livingston, K. (2014), refiere que los trastornos disociativos requieren de terapia psicológica que permita integrar pensamientos, sentimientos, percepciones y recuerdos y no existe medicación que pueda combatir los síntomas, los cuales incluyen:

- Brechas en la memoria.
- Encontrarse en un lugar extraño sin saber cómo se llegó hasta ahí.
- Experiencias fuera del cuerpo.
- Pérdida de sensibilidad en partes de su cuerpo.
- Olvidar información personal importante.
- Ser incapaz de reconocer su imagen en el espejo.

- Sentirse que no es real.
- Tener diálogos con voces internas.
- Olvidar citas.
- Sentir que un lugar familiar es completamente extraño.
- Sentir que lo que está pasando no es real.
- Olvidar una capacidad ya aprendida.
- Sentir que la gente conocida es completamente extraña.
- Sentir que los objetos cambian de forma, color o tamaño.
- Sentir que no sabes quién eres.
- Actuar de forma completamente diferente a la habitual.
- Sentirse uno mismo como un extraño.
- Estar confundido de su sexo o género.
- Sentir que hay diferentes personas adentro de uno mismo.
- Referirse a uno mismo como “nosotros”.
- Encontrar dentro de las posesiones objetos que no recuerdas haber comprado o recibido.
- Escribir con distinta caligrafía.
- Tener conocimiento de algo que no recuerdas haber estudiado.

La investigadora menciona que las experiencias disociativas, como ya se mencionó, no se presentan exclusivamente en patologías, y lo que es más importante, no son característica restringida a un diagnóstico específico; sin embargo, en el DSM-IV el apartado de trastornos disociativos recopila aquellas patologías en la cual la disociación se muestra en su máxima expresión.

El Sahili, L. (2012), refiere que las patologías más representativas son la amnesia disociativa, el trastorno de fuga disociativa y el trastorno de identidad disociativo. La amnesia disociativa se define como la dificultad de recuperar recuerdos a causa de su vínculo con momentos traumáticos; por otro lado, la fuga disociativa se relaciona a la pérdida de memoria en la cual la persona olvida momentáneamente su identidad; finalmente, el trastorno de identidad disociativa

es la conformación de varias personalidades independientes dentro del mismo sujeto.

El CIE 10 (1992), en el apartado para trastornos disociativos también se encuentra especificado el F44.3 Trastornos de trance y de posesión, definido como una entidad clínica de importancia, y en el cual los cambios de la personalidad del sujeto se los atribuye a la posesión de algún espíritu.

Según la American Psychiatric Association-APA (1995), en el DSM-IV la clasificación correspondiente a este apartado se enuncia de la siguiente forma: F44.0 Amnesia disociativa, F44.1 Fuga disociativa, F44.81 Trastorno de identidad disociativo, F48.1 Trastorno de despersonalización, y F44.9 Trastorno disociativo no especificado.

A continuación se especifica la clasificación de los Trastornos Disociativos según el DSM-IV, junto con sus criterios diagnósticos:

Criterios para el diagnóstico de F44.0 Amnesia disociativa [300.12]
A. La alteración predominante consiste en uno o más episodios de incapacidad para recordar información personal importante, generalmente un acontecimiento de naturaleza traumática o estresante, que es demasiado amplia para ser explicada a partir del olvido ordinario.
B. La alteración no aparece exclusivamente en el trastorno de identidad disociativo, en la fuga disociativa, en el trastorno por estrés postraumático, en el trastorno por estrés agudo o en el trastorno de somatización, y no es debida a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o a una enfermedad médica o neurológica (p. ej., trastorno amnésico por traumatismo craneal).
C. Los síntomas producen malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Tabla 4: Criterios diagnósticos de Amnesia disociativa

Fuente: DSM-IV

Autor: APA. (1995)

Criterios para el diagnóstico de F44.1 Fuga disociativa [300.13]
A. La alteración esencial de este trastorno consiste en viajes repentinos e inesperados lejos del hogar o del puesto de trabajo, con incapacidad para recordar el pasado del individuo.
B. Confusión sobre la identidad personal, o asunción de una nueva identidad (parcial o completa).
C. El trastorno no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de identidad disociativo y no es debido a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej. drogas o fármacos) o de una enfermedad médica.
D. Los síntomas producen malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Tabla 5: Criterios diagnósticos de Fuga disociativa
Fuente: DSM-IV
Autor: APA. (1995)

Criterios para el diagnóstico de F44.81 Trastorno de identidad disociativo [300.14]
A. Presencia de dos o más identidades o estados de personalidad (cada una con un patrón propio y relativamente persistente de percepción, interacción y concepción del entorno y de sí mismo).
B. Al menos dos de estas identidades o estados de personalidad controlan de forma recurrente el comportamiento del individuo.
C. Incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario.
D. El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., comportamiento automático o caótico por intoxicación alcohólica) o a una enfermedad médica (p. ej., crisis parciales complejas).
Nota: En los niños los síntomas no deben confundirse con juegos fantasiosos o compañeros de juego imaginarios.

Tabla 6: Trastorno de Identidad disociativo
Fuente: DSM-IV
Autor: APA. (1995)

Criterios para el diagnóstico de F48.1 Trastorno de despersonalización [300.6]
A. Experiencias persistentes o recurrentes de distanciamiento o de ser un observador externo de los propios procesos mentales o del cuerpo (p. ej., sentirse como si se estuviera en un sueño).
B. Durante el episodio de despersonalización, el sentido de la realidad permanece intacto.
C. La despersonalización provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
D. El episodio de despersonalización aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental como la esquizofrenia, los trastornos de ansiedad, el trastorno por estrés agudo u otro trastorno disociativo, y no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., epilepsia del lóbulo temporal).

Tabla 7: Criterios diagnósticos de Trastorno de despersonalización

Fuente: DSM-IV

Autor: APA. (1995)

F44.9 Trastorno disociativo no especificado [300.15]

Se incluye esta categoría para los trastornos en los que la característica predominante es un síntoma disociativo (p. ej., alteración de las funciones normalmente integradas de la conciencia, memoria, identidad, o de la percepción del entorno) que no cumple los criterios para el diagnóstico de trastorno disociativo específico. Los siguientes ejemplos incluyen:

1. Cuadros clínicos similares al trastorno de identidad disociativo que no cumplen todos los criterios para este trastorno. Los ejemplos incluyen los cuadros en los que *a*) no aparecen dos o más estados de identidad distintos, o *b*) no existe amnesia de alguna información personal importante.

2. Presencia, en adultos, de desrealización no acompañada de despersonalización.

3. Estados disociativos que pueden presentarse en individuos que han estado sometidos a períodos de prolongada e intensa persuasión coercitiva .

4. Trastorno disociativo de trance: alteraciones únicas o episódicas de la conciencia, identidad o memoria propias de ciertos lugares y culturas concretas. Los trances disociativos consisten en una alteración de la conciencia con respuesta disminuida al entorno, o en comportamientos o movimientos estereotipados que se encuentran fuera del 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, poder, deidad u otra persona, y se encuentra asociado a movimientos estereotipados de tipo involuntario o a amnesia. Los ejemplos incluyen: *amok* (Indonesia), *latah* (malasia), *pibloktoq* (Ártico), *ataque de nervios* (América Latina) y *posesión* (India). Este trastorno forma parte de prácticas religiosas o culturales ampliamente aceptadas en la población.

5. Pérdida de conciencia, estupor o coma, no atribuibles a una enfermedad médica.

6. Pérdida de Ganser: en este trastorno el individuo da respuestas aproximadas a las preguntas (p. ej., 2 y 2 suman 5), y no hay asociación con amnesia disociativa o fuga disociativa

Tabla 8: Trastorno Disociativo no especificado
Fuente: DSM-IV
Autor: APA. (1995)

2.2.2 MEMORIA.

Historia

Historia de la Memoria

Autor	Contribución
Ebbinghaus (1885)	Empezó a estudiar la memoria de forma experimental.
Wernicke y Kórsakov (1885)	Realizaron la observación del síndrome de Wernicke-Kórsakov, el mismo que dificulta la fijación de aprendizaje en la memoria.
Teoría darwinista (1859-1887)	Algunos autores definieron la memoria como una función superior que permite obtener los conocimientos necesarios para mantener una conducta adaptativa ante el ambiente.
William James (1890)	Trabajó en la primera definición y clasificación formal de la memoria, en memoria primaria y memoria secundaria, las mismas que hoy en día son conocidas como memoria a corto plazo y memoria a largo plazo respectivamente.
Cherry y Broadbent (1953)	Identificaron la memoria sensorial la misma que involucraba procesos de atención.
Karl Lashley (1958)	Investigó el caso HM, en el cual observó la fenomenología de un paciente hombre de 27 años, a quien se le habían extirpado los lóbulos temporales, identificando la implicación del hipocampo y de los lóbulos temporales en la memoria, determinando la existencia de diferentes modos de almacenamiento a corto y a largo plazo, y sobre todo fijando la importancia de las funciones mnemónicas en la vida de una persona.
Atkinson y Shiffrin (1968)	Mencionaron los procesos que permitían la comunicación entre la memoria a corto plazo y la memoria a largo plazo

Tabla 9: Historia de la memoria

Fuente: Introducción a la psicopatología / Neurología de la conducta y neuropsicología / Biopsicología

Autor: Eguíluz, I. y Segarra, R. (2012) / Peña, J. (2007) / Pinel, J. (2001)

Eguíluz, I. y Segarra, R. (2012), mencionan que la memoria se empezó a estudiar desde la antigüedad con filósofos y pensadores.

Según la investigadora, cabe destacar que el interés neuroanatómico y neurofisiológico de la memoria parte al entrar el siglo XX, y los estudios han sido útiles para destacar ésta función mental como una herramienta para la adaptación y evolución del ser humano, la cual resulta ser la huella digital de la vida misma de una persona.

Definición

La memoria es un sistema complejo conformado por diferentes niveles funcionales distribuidos en diversas partes del cerebro, conformándose como un proceso psicológico superior intransferible, que resulta ser producto del aprendizaje (León, J., 1995).

Eguíluz, I. y Segarra, R. (2012), definen a la memoria como un sistema funcional producto de diferentes escalafones neuroanatómicos y fisiológicos, en el cual intervienen procesos psicológicos y sociales, cuyo objetivo es conservar la información para actualizar un estímulo recibido en el pasado, es decir, almacenar y evocar experiencias o percepciones para adaptarse al presente.

Las percepciones, emociones y conductas producidas ante un estímulo dejan una huella que se mantiene en el tiempo a través de la memoria, permitiendo que sean manifestados nuevamente ante ciertas condiciones, regulando la respuesta del ser humano; por lo tanto, este proceso implica cambios estructurales en el sistema nervioso central para adquirir, almacenar y manipular información del pasado, constituyéndose como un tema de central importancia dentro de la psiquiatría, en tanto es un determinante de la personalidad, trastornos de ansiedad y fobias (Vallejo, J., 2006).

La investigadora concluye mencionando que la memoria es una función mental de alta complejidad, ya que abarca diversos procesos para lograr el almacenamiento efectivo de información de distinto tipo y que puede ser captada

por canales completamente diferentes, pero además brinda al individuo la posibilidad de recuperar dichos datos según la exigencia externa y permitiéndose trabajar con los mismos, lo cual involucra una serie de estructuras neuroanatómicas y fisiológicas diferentes.

Tipos de Memoria

La clasificación de los tipos de memoria así como los procesos de la misma aún no se encuentran completamente aceptados por la comunidad científica, debido a que los nuevos estudios de neuroimagen han permitido identificar que varias estructuras cerebrales se pueden activar en distintos tipos de memoria o en distintos procesos, y por lo tanto permanece la incógnita de si dichas divisiones son en realidad distintas o pertenecen a la misma vía mnemónica; sin embargo, para su estudio, la memoria no puede ser considerada como una unidad, sino más bien como un conjunto de sistemas integrados a través de mecanismos de codificación, consolidación y evocación; identificándose, además, distintas disociaciones de la memoria entre las que se pueden distinguir la memoria a corto plazo y la memoria a largo plazo, la memoria declarativa y la memoria no declarativa, la memoria episódica y la memoria semántica (Tirapu, J., Ríos, M. y Maestú, F., 2011).

La memoria a largo plazo permite almacenar recuerdos en los cuales hemos estado involucrados y requiere la construcción de nuevas sinapsis a través de neuro-transmisores que participan en el aprendizaje y la memoria, uno de los más importantes es la Noradrenalina (Alexandrov, A. y Fedoseev, L., 2012).

La memoria de trabajo por su parte permite recordar información en la cual nos hemos concentrado, permitiendo almacenar la información durante un período limitado de tiempo, generalmente una cuestión de segundos, lo cual es fundamental para numerosas tareas mentales, como el control de la atención y la solución de problemas lógicos (Klingberg, T., 2008).

León, J. (1995), menciona que diversos autores en la década de las 70's se interesaron en definir los procesos involucrados en la memoria, los cuales fueron descritos de la siguiente manera:

- Operaciones de codificación, son los procesos que permiten transformar los estímulos sensoriales en información asimilable por la memoria.
- Operaciones de recuperación, son los procesos que permiten utilizar vías asociativas para reconocer información que se encuentra almacenada en la memoria y recordarla.
- Procesos de olvido, corresponden al fenómeno a través del cual no es posible recordar cierta información o no podemos evocarla adecuadamente.
- Operaciones de consolidación de los recuerdos, en la que la información primeramente acciona los lóbulos temporales, principalmente el hipocampo, y acorde a la importancia de dicha información, esta puede situarse en la corteza.

Para la investigadora, los distintos modelos de memoria producto de las investigaciones generadas lo largo de la historia, pueden ser resumidos mediante la siguiente figura:

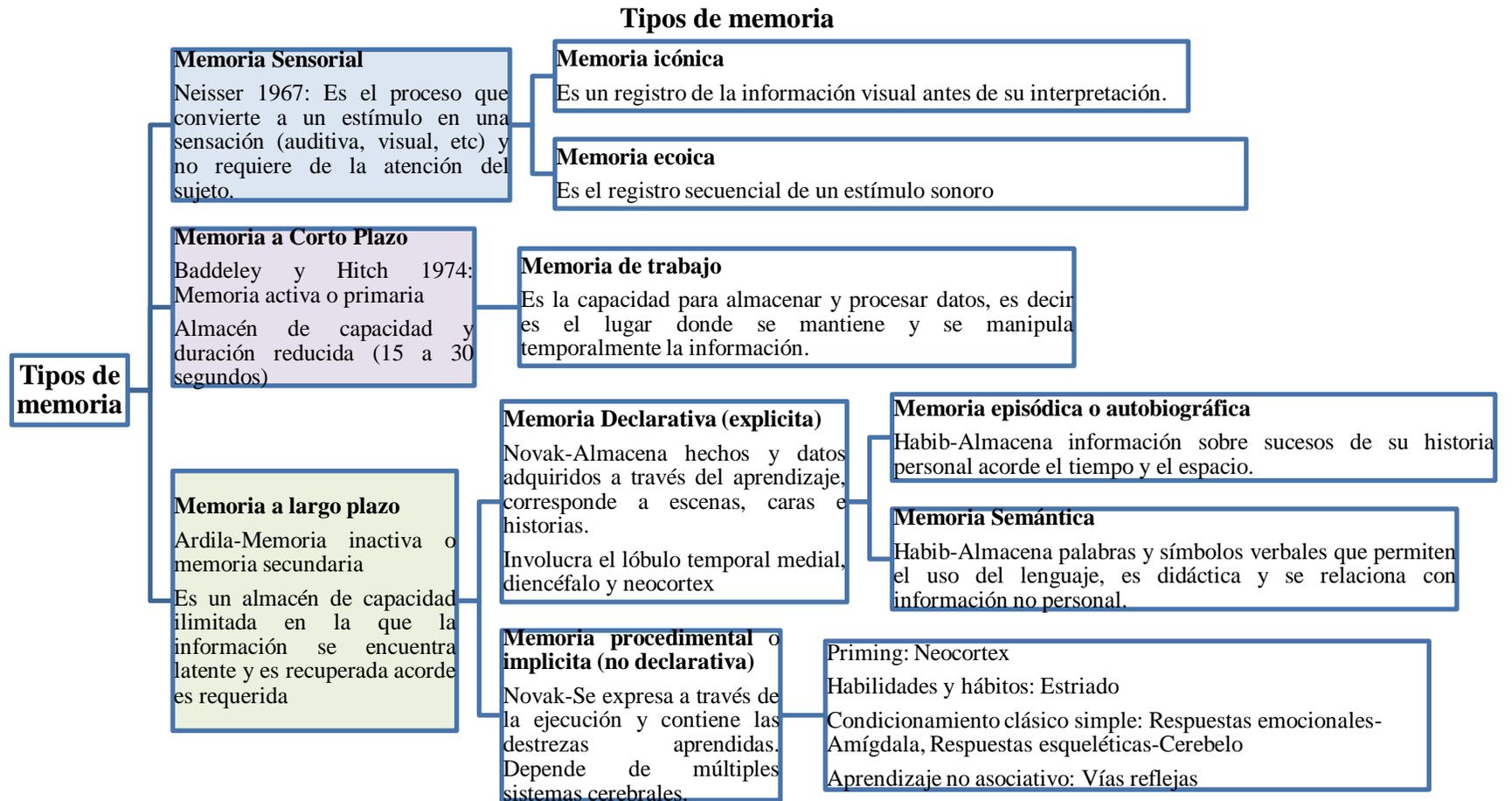


Figura 7: Tipos de memoria

Fuente: Manual de neuropsicología humana / Manual de neuropsicología

Autor: León, J. (1995) / Tirapu, J., Ríos, M. y Maestú, F. (2011)

Roger, G. (1999) menciona que existen otros tipos de memoria, como son: 1) memoria prospectiva o memoria estratégica que está relacionada a las capacidades de planeación y de orden temporal para las tareas mnémicas; 2) memorias automáticas y de esfuerzo, memorias incidente e intencional, relacionadas a la memorización que hace o no referencia a una solicitud previa de memorizar; 3) memoria de hechos y memoria contextual que responde a las preguntas ¿dónde?, ¿cuándo? y ¿cómo?; 4) y, finalmente, la metamemoria, definida como la conciencia que tiene el individuo sobre su propia memoria.

La autora señala que la presente investigación se centrará en los procesos de memoria y en el modelo de memoria de trabajo de Baddeley y Hitch.

Baddeley, A. (1974), recalca que la memoria de trabajo resulta ser un sistema necesario para llevar tareas cognitivas complejas como lo son el razonamiento, el aprendizaje o la comprensión.

Baddeley, A. y Hitch, G. (1974), realizaron aportaciones a las investigaciones de la memoria, realizando un nuevo modelo en el cual se dio énfasis a la memoria a corto plazo, dando origen a la memoria operativa o memoria de trabajo, la cual está organizada por tres subsistemas: el bucle fonológico o lazo articulatorio, la agenda visoespacial y el ejecutivo central.

Componentes de la Memoria de Trabajo

Bucle fonológico o lazo articulatorio	Agenda visoespacial	Ejecutivo central
Es un depósito temporal que mantiene y permite la utilización de información verbal.	Es un almacenamiento breve y procesamiento de información visual y espacial.	Es un sistema de mayor jerarquía.
Posee el almacén verbal que mantiene la memoria por máximo dos segundos, y un procesador de control articulatorio que procesa dichos datos a través de la reproducción subvocal.	Utiliza un sistema de almacenamiento de material visoespacial y una unidad de reconocimiento de dicho material para guardarlo por mayor tiempo.	Coordinación de la información de los sistemas separados.
Se relaciona con todas aquellas tareas de lenguaje auditivo o visual.	Se encarga de guardar y permitir el acceso temporal a la información visual y espacial.	Ejerce control sobre las tareas de la memoria operativa, es decir planea, organiza e inspecciona a las unidades antes mencionadas.

Tabla 10: Componentes de la memoria de trabajo

Fuente: Fundamentos del aprendizaje y del lenguaje /Neuropsi

Autor: Muñoz, E. y Gonzales, B., 2015 / Ostrosky, F., Gómez, M., Matute, E., y et al. (2012)

Tirapu, J., Ríos, M. y Maestú, F. (2011), refieren que Baddeley identificó un cuarto componente denominado buffer episódico, encargado de integrar la información del bucle articulatorio y de la agenda visoespacial con la memoria a largo plazo.

Estructuras implicadas en la memoria

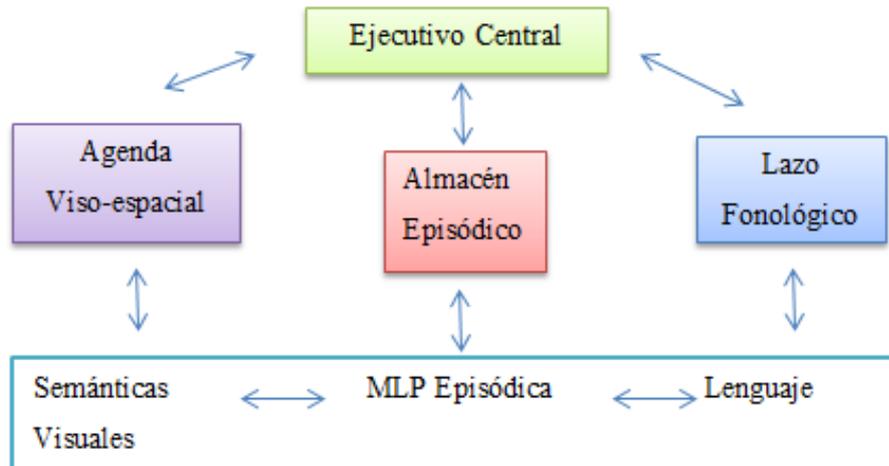


Figura 8: Estructuras implicadas en la memoria
Fuente: Neuropsi
Autor: Ostrosky, F., Gómez, M., Matute, E., y et al. (2012)

Neurobiología de la memoria.

La investigadora señala que la memoria es un sistema complejo en el cual se integran varias áreas neuroanatómicas; sin embargo, es importante destacar la participación de ciertas estructuras.

Acorde a León, J. (1995), la función del hipocampo en la memoria aún no resulta concluyente en los estudios realizados, sin embargo se puede determinar que su función se relaciona principalmente con la memoria de trabajo y la conducta organizada, aunque algunas investigaciones apuntan a que participa reduciendo la interferencia de otros estímulos permitiendo el rápido almacenamiento. En cuanto a los lóbulos cerebrales, cabe resaltar que el lóbulo frontal se relacionaría con la motivación de la memoria, el aprendizaje, la organización de la información y la memoria temporal y secuencial; el lóculo temporal, por su parte, estaría asociado a la memoria largo plazo y a huellas auditivas verbales; y, por último, los lóbulos parietales podrían estar implicados en el almacenamiento de la memoria a corto plazo.

Estructuras implicadas en la memoria

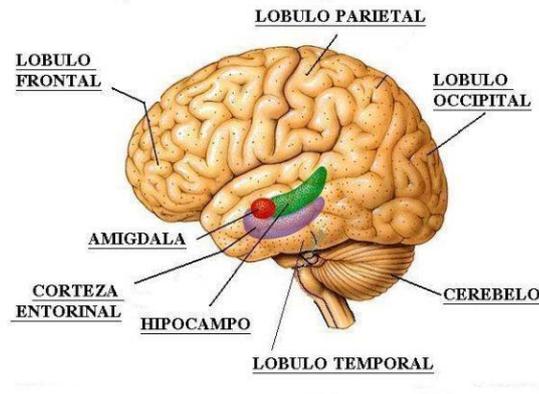


Figura 9: Estructuras implicadas en la memoria

Fuente: <http://queesela.com/wp-content/uploads/partes-de-cerebro-humano-FILEminimizer-e1462459758240.jpg>

Autor: Qué es el/la. (2016)

Según, Peña, J. (2007), las estructuras neuronales vinculadas en la memoria se interrelacionan y participan de diferente manera según la función mnémica que realicen, de esta manera podemos mencionar las siguientes:

- El sistema de representación perceptiva se encuentra relacionada a la corteza primaria visual, auditiva y somatosensorial, y a la corteza de asociación unimodal.

Estructuras implicadas en la representación perceptiva

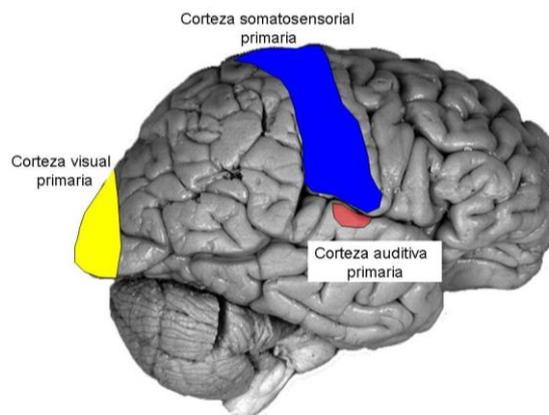


Figura 10: Estructuras implicadas en la representación perceptiva

Fuente: <http://www.encuentros.uma.es/encuentros104/fig%20104-3.jpg>

Autor: Dávila, J. (2005)

- La memoria procedimental se fundamenta en la corteza motora y premotora, así como en el cerebelo y ganglios basales.

Estructuras implicadas en la memoria procedimental

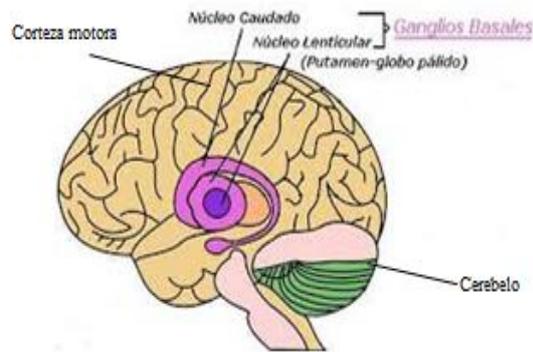


Figura 11: Estructuras implicadas en la memoria procedimental

Fuente: http://www.villaneuropsicologia.com/uploads/1/4/4/5/14457670/gb_y_psicopatologia.pdf

Autor: Villa, M. (2013)

- La memoria semántica se vincula a la corteza de asociación unimodal (integran información aferente de una única vía sensorial) y heteromodal (integran información aferente de más de una vía sensorial)

Estructuras implicadas en la memoria semántica

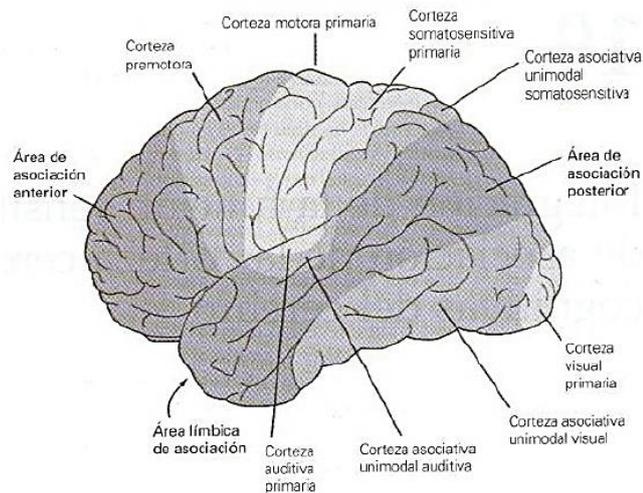


Figura 12: Estructuras implicadas en la memoria semántica

Fuente: <http://es.slideshare.net/JuanCorrea2/neurociencia-y-pensamiento>

Autor: Slideshare. (2011)

- La memoria episódica tiene implicaciones del hipocampo, parahipocampo, corteza de asociación heteromodal y prosencéfalo basal.

Estructuras implicadas en la memoria episódica

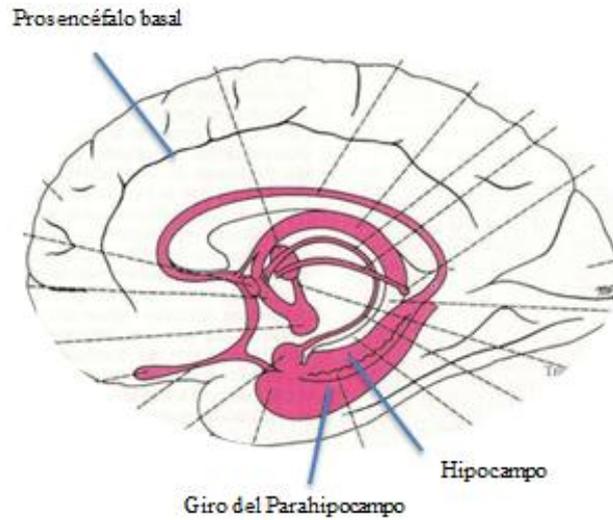


Figura 13: Estructuras implicadas en la memoria episódica

Fuente: [http://2.bp.blogspot.com/-](http://2.bp.blogspot.com/-WHvQ84bWd8g/Ubjel6tsxNI/AAAAAAAAAQI/XLadbXFI_g8/s640/ala2.png)

[WHvQ84bWd8g/Ubjel6tsxNI/AAAAAAAAAQI/XLadbXFI_g8/s640/ala2.png](http://2.bp.blogspot.com/-WHvQ84bWd8g/Ubjel6tsxNI/AAAAAAAAAQI/XLadbXFI_g8/s640/ala2.png)

Autor: Patiño, A. Granados, S. y Gil, S. (2013)

- La memoria de trabajo se relaciona con la corteza primaria visual y auditiva, corteza de asociación unimodal y heteromodal.

Estructuras implicadas en la memoria de trabajo

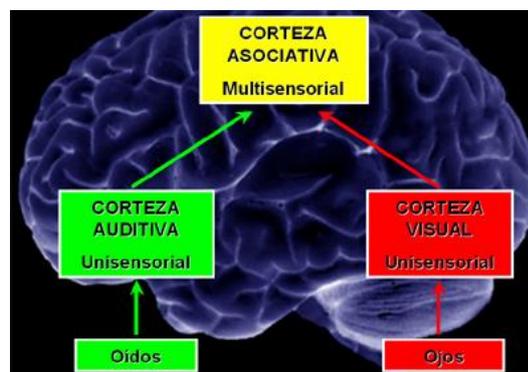


Figura 14: Estructuras implicadas en la memoria de trabajo

Fuente: <http://www.perceptnet.com/images/ciencia-fig2.jpg>

Autor: Bosh, M. (2007)

En relación a la memoria de trabajo, Labos, E., Slachevsky, A., Fuentes, P., y et al. (2008), mencionan que los subsistemas descritos por Baddeley tienen distintos elementos neuroanatómicos implicados:

- El ejecutivo central se relaciona al lóbulo frontal y circuitos frontal-subcortical.

Estructuras implicadas en el ejecutivo central

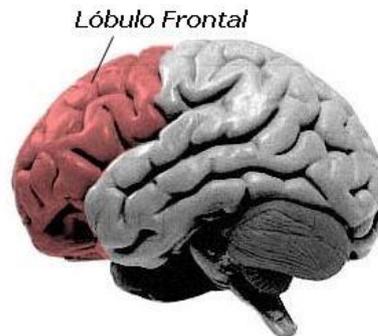


Figura 15: Estructuras implicadas en el ejecutivo central
Fuente: <https://psicowisdom.files.wordpress.com/2014/05/lc3b3bulo-frontal-psicowisdom.jpg>
Autor: Tejedor, D. (2015)

- El bucle fonológico tiene relación con el área de Broca, el giro temporal, el giro supramarginal y la ínsula.

Estructuras implicadas en el bucle fonológico

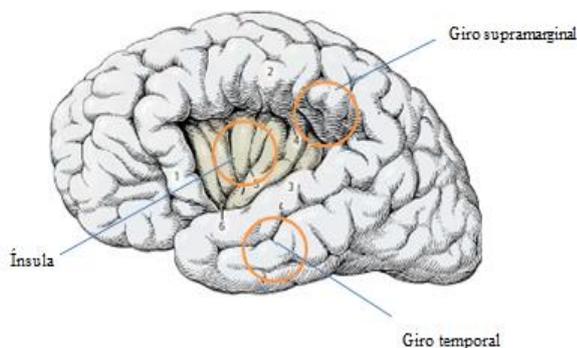


Figura 16: Estructuras implicadas en el bucle fonológico
Fuente: http://2.bp.blogspot.com/-mgfK5mzGPAI/TsZczalMwI/AAAAAAAAIXs/MjyAAB0WVA/s1600/Insula_brain.jpg
Autor: Science, natural phenomena & medicine. (2011)

- La agenda visoespacial depende de regiones parieto-occipitales de ambos hemisferios, corteza asociativa parietal y frontal del hemisferio derecho.

Estructuras implicadas en la agenda visoespacial

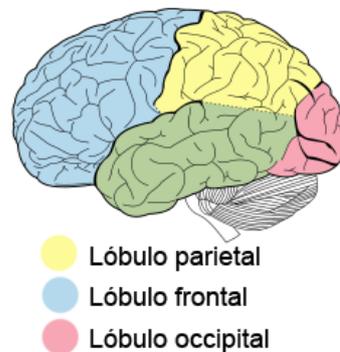


Figura 17: Estructuras implicadas en la agenda visoespacial
Fuente: <https://blogdeitzel.files.wordpress.com/2011/10/lobulos.png>
Autor: Blog de Itzel. (2015)

Trastornos de la memoria

En relación a la memoria de trabajo, ésta puede alterarse debido a la presencia de la alerta de peligro, la euforia, y la ansiedad, con un mecanismo de alteración diferente, pero relacionados por una base de alteración atencional; los estímulos potencialmente amenazantes son capaces de interrumpen el Ejecutivo central, lo cual podría señalar una relación entre la memoria de trabajo y la emoción (Baddeley, A., 2007).

Sin embargo, a memoria de trabajo presenta variaciones individuales que dependen de las bases neuronales relacionados a la edad y los grupos humanos (Conway, A., Jarrold, C., y Kane, M.,2007).

El estudio de los trastornos mnémicos es amplio y se relaciona con los procesos y el tipo de disociación de la memoria que se halle afectado; se han registrado casos en los cuales la memoria a corto plazo se encuentra deteriorada mientras que la memoria a largo plazo permanece intacta, y en otras ocasiones ocurre lo contrario; por otro lado, es importante destacar que la memoria declarativa presenta mayor afectación frente a una amnesia, y que si bien ésta se

compone por la memoria semántica y la episódica, éstas dos no se afectan de igual forma, ya que se ha observado pacientes que conservan la memoria semántica al mismo tiempo que la memoria episódica está deteriorada, y sin embargo en otras situaciones se presenta una disociación opuesta (Tirapu, J., Ríos, M. y Maestú, F., 2011).

Ostrosky, F., Gómez, M., Matute, E., y et al. (2012), mencionan que la amnesia es un trastorno que puede distinguirse entre varios tipos:

- Amnesia Anterógrada: Se refiere a la incapacidad para almacenar nueva información y adquirir nuevo conocimiento después de una lesión cerebral, presentando alteraciones en la memoria explícita y conservando intacta la memoria implícita.
- Amnesia retrograda: Señala una imposibilidad para evocar datos previamente obtenidos, se identifica la pérdida de memorias explícitas adquiridas antes del daño cerebral, pudiendo variar el espacio de tiempo de la laguna desde minutos a años.
- Amnesia específica: Es la pérdida de un único tipo de información, como puede ser la verbal, espacial, etc.
- Amnesia inespecífica: Es la deficiencia mnémica de todo tipo de material en cualquier tipo de modalidad de la memoria.

Eguíluz, I. y Segarra, R. (2012), señalan que los trastornos de la memoria pueden ser clasificados en trastornos cuantitativos y trastornos cualitativos, como se resumirá a continuación:

Trastornos de la memoria

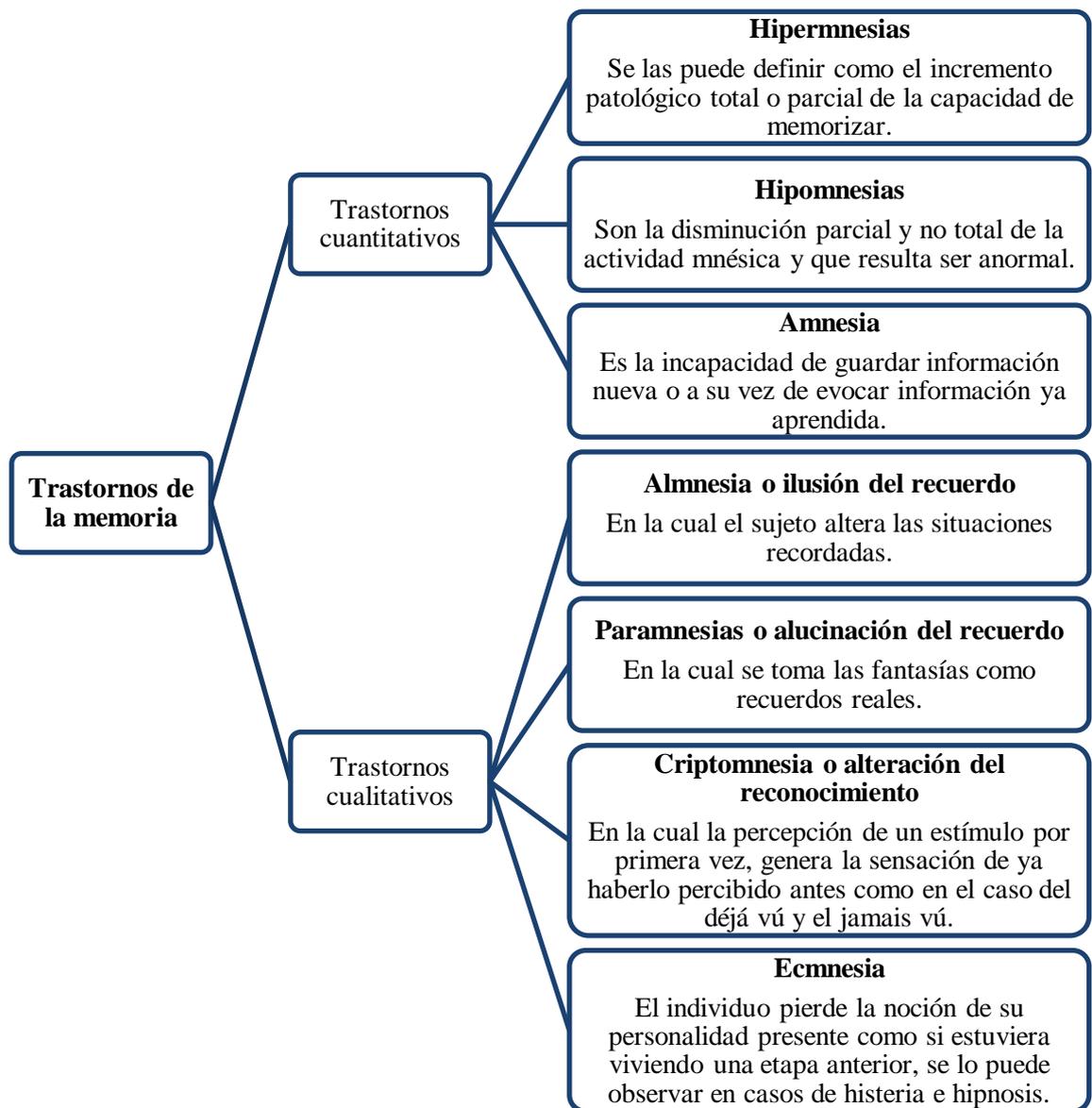


Figura 18: Trastornos de la memoria

Fuente: *Introducción a la Psicopatología / Neuropsi*

Autores: Eguíluz, I. y Segarra, R. (2012) / Ostrosky, F., Gómez, M., Matute, E., y et al. (2012)

Gil, R. (1999), amplía la semiología de los trastornos de la memoria y señala la siguiente clasificación:

Semiología de los trastornos de la memoria

AMNESIAS	<p>Síndrome amnésicos duraderos por lesiones del circuito de Papez Amnesia anterógrada, acompañada de una laguna retrógrada moderadamente extendida.</p> <p style="text-align: center;"><u>Circuito Emocional de Papez</u></p> <p style="text-align: center;">Girus cinguli Núcleos anteriores Tálamo Hipocampo Corteza endocrina Cuerpo mamilar Hipotálamo</p>	<p>Amnesias hipocámpicas Amnesia anterógrada global, exceptuando aprendizajes motores.</p>			
		<p>Síndrome de Korsakoff Se asocia a lesiones en los cuerpos mamilares y el núcleo dorsomediano del tálamo. Amnesia anterógrada, desorientación temporoespacial, fabulación y falsos reconocimientos. Laguna retrograda de eventos recientes y recuerdos antiguos preservados.</p>			
		<p>Amnesia frontal: Fallas de evocación, confabulación y problemas de estrategias de memorización (metamemoria).</p>			
		<p>Amnesias de breve duración: amnesia global transitoria, ictus amnésicos y síndromes emparentados De aparición repentina entre los 50 y 70 años, suele preceder a una emoción, amnesia anterógrada total durante el ictus, amnesia retrograda de horas o días, déficit de codificación y consolidación. Dura hasta 24 horas.</p>			
		<p>Trastornos de la memoria y traumatismos craneoencefálicos Puede producir amnesia anterógrada, retrograda y lacunar de duración variable según la localización de la lesión.</p>			
		<p>Amnesias del envejecimiento y de las demencias Corticales: Alteraciones de la memoria a corto y largo plazo, déficit en la consolidación y almacenamiento. Subcorticales: Déficit en la evocación de información</p>			
		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">Amnesias afectivas o psicógenas</td> <td>Amnesias selectivas Se presenta como una huida ante un recuerdo traumático.</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Amnesias de identidad Olvido de su nombre, pasado e identidad</td> </tr> </table>	Amnesias afectivas o psicógenas	Amnesias selectivas Se presenta como una huida ante un recuerdo traumático.	
Amnesias afectivas o psicógenas	Amnesias selectivas Se presenta como una huida ante un recuerdo traumático.				
	Amnesias de identidad Olvido de su nombre, pasado e identidad				
Hiper mnesias	<p>Hiper mnesias permanentes: Utilización de procedimientos mnemotécnicos elaborados que aumentan la capacidad de memoria.</p> <p>Hiper mnesias breves: Incluye las reviviscencias mnésicas del pasado a causa de emociones fuertes.</p> <p>Para mnesias: Son ilusiones de memoria</p>				

Tabla 11: Semiología de los trastornos de memoria

Fuente: Neuropsicología

Autor: Gil, R. (1999)

Labos, E., Slachevsky, A., Fuentes, P., y et al. (2008), mencionan diversos trastornos de la memoria que parten de las tres estructuras que conforman la memoria de trabajo descrita por Baddeley:

- Alteraciones en el ejecutivo central se vinculan con problemas de monitoreo en la codificación y recuperación de la memoria, y es el resultado del deterioro en los lóbulos frontales, por lo tanto los pacientes demuestran escasa organización del material recordado, disminución de la evocación de aprendizajes, dificultad de recuperar información contextual, involucrando alteraciones de la memoria episódica.
- Las disfunciones en el bucle fonológico se vinculan a alteraciones en la retención de información a corto plazo y la presencia de un mejor rendimiento ante información visual que ante información auditiva.
- Los trastornos en la agenda visoespacial producen afecciones en el ámbito visual o espacial o en ambas, involucrando dificultad en la retención temporal, manipulación y recombinación de elementos provenientes de la memoria de trabajo.

2.3 HIPÓTESIS Y SUPUESTOS

Hi: Las experiencias disociativas inciden en la memoria de los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ho: Las experiencias disociativas no inciden en la memoria de los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 NIVEL Y TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo puesto que los resultados de la evaluación se presentan en rangos numéricos a través de test específicos, los cuales son la Escala de experiencias disociativas II y el Neuropsi; es de tipo correlacional pues relaciona las experiencias disociativas y su incidencia en la memoria; de tipo transversal porque se evalúa en un único periodo de tiempo y de diseño no experimental porque no se manipularon las variables.

3.2 SELECCIÓN DE ÁREA O ÁMBITO DE ESTUDIO

La investigación se la realizó en Ecuador, en la provincia de Tungurahua, en el cantón Ambato. La institución en la cual se aplicó es la Universidad Técnica de Ambato, en la Facultad de Ciencias de la Salud, en las carreras de Medicina, Enfermería, Psicología Clínica, Laboratorio Clínico, Terapia Física y Estimulación Temprana.

3.3 POBLACIÓN

El presente estudio se centra en los estudiantes de primer nivel de las carreras de Medicina, Enfermería, Psicología Clínica, Laboratorio Clínico, Terapia Física y Estimulación Temprana en el periodo abril 2016 – septiembre 2016, con un número de 283 personas entre hombres y mujeres con edades entre 18 años a 27 años, a los cuales se aplicó un cuestionario para cumplir criterios de exclusión e inclusión, a través del cual se determinó una población de 169 individuos. Finalmente, se obtuvo una muestra conformada de 116 estudiantes, compuestos de 34 varones (29,3%) y 82 mujeres (70,7%), cuyo rango etario es de 18 a 27 años (Media= 18,90; Media varones= 18,91; Media mujeres= 18,89)

3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.4.1 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Antecedentes de traumatismo craneoencefálico y accidente cerebrovascular.
- Antecedentes de epilepsia y trastornos convulsivos.
- Adolescentes menores de 18 años.
- Intoxicación con alcohol o drogas ilícitas en el último trimestre.
- Antecedente de problemas cardíacos, paro respiratorio, cirugías y anestesia.
- Diagnóstico de tumores o infección cerebrales
- Enfermedades catastróficas (sífilis o VIH/SIDA, cáncer)
- Consumo de antihistamínicos, relajantes musculares, somníferos, tranquilizantes, analgésicos de uso frecuente.
- Medicamentos psiquiátricos ansiolíticos, antidepresivos o antipsicóticos.
- Antecedentes de terapia electro-convulsiva
- Diagnóstico de migrañas
- Antecedentes de trastornos alimenticios, desnutrición o anemia.

- Antecedentes de trastornos de atención.
- Discapacidad visual y auditiva total.

3.4.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Hombres y mujeres
- Edades entre 18 – 27 años
- Estudiantes de primer nivel de las carreras de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato que se encuentren legalmente matriculados en todas las asignaturas
- Personas que hayan firmado el consentimiento informado.

3.5 DISEÑO MUESTRAL

La población se seleccionó en base a los criterios de inclusión y exclusión, dando un total de 169 personas aptas para la investigación, distribuidas en las carreras de la Facultad de Ciencias de la Salud de la siguiente manera:

- Terapia física: 18 estudiantes
- Psicología clínica: 14 estudiantes
- Estimulación temprana: 18 estudiantes
- Laboratorio Clínico: 26 estudiantes
- Enfermería: 37 estudiantes
- Medicina: 56 estudiantes

En la presente investigación se obtuvo la muestra de estudio a través de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 P Q N}{Z^2 P Q + N e^2}$$

n=Tamaño muestral

Z=Nivel de confiabilidad 95% = 1,96

P=Probabilidad de ocurrencia 0,5

Q=Probabilidad de no ocurrencia 1-0,5 = 0,5

N=Población

e=Error de muestreo 0,05 (5%)

$$n = \frac{(1,96)^2(0,5)(0,5)(167)}{(1,96)^2(0,5)(0,5) + (167)(0,05)^2}$$

$$n = \frac{(3,84)(0,25)(167)}{(3,84)(0,25) + (167)(0,0025)}$$

$$n = \frac{160,32}{(0,96) + (0,4175)}$$

$$n = \frac{160,32}{1,38}$$

$$n = 116$$

La muestra se compuso de 34 varones (29,3%) y 82 mujeres (70,7%), cuyo rango etario es de 18 a 27 años (Media= 18,90; Media varones= 18,91; Media mujeres= 18,89), la cual fue seleccionada de forma aleatoria de manera proporcional a la población de cada una de las carreras de la Facultad de Ciencias de la Salud, cuya distribución fue la siguiente:

- Terapia física: 12 estudiantes
- Psicología clínica: 10 estudiantes
- Estimulación temprana: 13 estudiantes
- Laboratorio Clínico: 18 estudiantes
- Enfermería: 24 estudiantes
- Medicina: 39 estudiantes

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable 1: Experiencias disociativas

DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TÉCNICAS O INSTRUMENTOS
Anormalidad de las funciones de integración de la conciencia, percepción, memoria e identidad, ante ciertos estímulos que irrumpe la voluntad consciente (Sarason, I. y Sarason, B., 2006).	Normal funcionamiento de la conciencia, percepción, identidad y memoria, desajustes en la memoria, problemas de identidad, cognición y sensaciones de despersonalización, desrealización, absorción y experiencias imaginativas	Disociación Normal Riesgo de disociación patológica Disociación Patológica	DES – Escala de Experiencias Disociativas (Carlson, E.B. y Putman, F. W. et al., 1993)

Tabla 12: Operacionalización Experiencias Disociativas

Fuente: Psicopatología psicología anormal / DES-II

Autor: Sarason, I. y Sarason, B. (2006) / Carlson, E.B. y Putman, F. W. et al. (1993)

Variable 2: Memoria

DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TÉCNICAS
<p>Función psicológica superior producto de diferentes niveles neuroanatómicos y fisiológicos, en el cual intervienen otros procesos psíquicos y sociales conformándose como un proceso intransferible, que además resulta del aprendizaje (León, J., 1995).</p>	<p>Normal funcionamiento de la memoria, alteraciones en los procesos y tipos de memoria. Alteraciones en la memoria de trabajo, dificultad para recordar información visual y verbal, dificultad para codificar material verbal y visual</p>	<p>Normal Alto Normal Alteración leve Alteración severa</p>	<p>Subescala de memoria del Neuropsi (Ostrosky, F., Gómez, M., Matute, E., y et al., 2012)</p>

Tabla 13: Operacionalización Experiencias Disociativas

Fuente: Psicopatología psicología anormal /Neuropsi

Autor: León, J. (1995) / Ostrosky, F., Gómez, M., Matute, E., y et al. (2012)

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS REACTIVOS

Escala de Experiencias Disociativas DES-II

Nombre Original: Dissociative Experience Scale-II (DES-II)

Autores: Carlson, E.B. y Putman, F. W. et al.

Año: 1993

Adaptación española: E. Icarán y F. Órengo-García (1996)

Tipo de instrumento: Cuestionario autoadministrado de forma individual o grupal.

Objetivos: Identificar pacientes con patología disociativa. Evalúa las diversas experiencias disociativas y la frecuencia con que se presentan.

Población: Adultos, población clínica y no clínica.

Número de ítems: 28

Descripción: Contiene 28 descripciones de experiencias disociativas. Se compone por la escala de amnesia disociativa, despersonalización y absorción. Emplea una escala tipo Likert de 11 puntos que va desde 0% (“no me pasa nunca”) al 100 % (“me pasa siempre”).

Fiabilidad: fiabilidad test-retest oscila entre 0,78-0,93 y la consistencia interna es de 0,93.

Validez: Presenta una excelente validez de constructo (altas correlaciones ítem-test) y una elevada validez convergente con otras pruebas: 0,76 con la SCID-D; 0,63 con la Escala de Alteraciones Perceptuales; 0,53 con la escala de Absorción de Tellegen; 0,80 con el Cuestionario de Experiencias de Disociación y 0,68 con la DDIS.

Tiempo de administración: 10-20 minutos.

Normas de aplicación: La persona debe señalar el porcentaje de tiempo que más se relaciona a la situación experimentada por ella en condiciones normales, es decir, sin encontrarse bajo la influencia de alcohol o drogas.

Corrección e interpretación: Se corrige sumando los porcentajes señalados y dividiendo el total por 28. Puntuaciones de 30 o superiores indican la posible existencia de un trastorno disociativo y sugieren la necesidad de una evaluación complementaria. Las puntuaciones por debajo de 20 señalan a personas sanas o con otras patologías mentales.

Subescalas:

- Amnesia disociativa: preguntas 3, 4, 5, 6, 8, 10, 25, 26
- Absorción: preguntas 2, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 23
- Despersonalización: preguntas 7, 11, 12, 13, 27, 28

Momento de aplicación: Exploración inicial. También se emplea para monitorizar la respuesta al tratamiento.

NEUROPSI

Nombre Original: Neuropsi

Autores: Ostrosky, F., Gómez, M., Matute, E., y et al.

Año: 2012

Tipo de instrumento: Prueba de evaluación neuropsicológica de aplicación individual.

Objetivos: Evalúa en detalle distintos tipos de atención, así como tipos y etapas de memoria: de trabajo y a corto y largo plazo, para material verbal y visoespacial, incluyendo pruebas relacionadas con la memoria semántica y episódica, así como pruebas que evalúan etapas de codificación y evocación de la información.

Población: Población clínica y no clínica con edades comprendidas entre 16 y 85 años.

Número de ítems: La subescala de memoria consta de 17 pruebas.

Descripción: Contiene 17 pruebas las cuales evalúan memoria, aportando datos para diagnosticar memoria de trabajo (2 pruebas) y etapas de codificación (5 pruebas) y evocación (7 pruebas).

Fiabilidad: La confiabilidad global test-retest es de 0,96 y la confiabilidad entre examinadores es de 0,89 a 0,95.

Validez: Se está examinando la sensibilidad del NEUROPSI a las alteraciones cognitivas que presentan varios grupos clínicos.

Tiempo de administración: 50-60 minutos.

Normas de aplicación: La persona debe seguir las instrucciones del evaluador para cada una de las pruebas presentadas, en las cuales se utilizará la libreta de estímulos, protocolo de aplicación, hojas blancas, cronómetro y lápiz.

Corrección e interpretación: Se cuantifica los datos naturales y se convierten en puntuaciones normalizadas. Por separado se obtiene la ejecución en pruebas de atención, memoria y una global que incluye a ambas. Los datos naturales se convierten a puntuaciones normalizadas con una media de 100 y una desviación estándar de 15. Con los datos de cada habilidad cognitiva se obtiene un perfil individual que señala las habilidades e inhabilidades del sujeto en cada una de las áreas evaluadas. Los datos naturales de las pruebas se convierten en puntuaciones normalizadas con una media de 10 y una desviación estándar de 3. Se obtiene el nivel o grado de alteración de las funciones cognitivas que se clasifican en: normal alto, normal, alteración leve y alteración severa.

Subescalas:

Escala Memoria de trabajo

- Dígitos Regresión
- Cubos regresión

Escala Codificación

- Curva memoria codificación volumen promedio
- Pares asociados codificación volumen promedio
- Memoria lógica codificación promedio historias
- Figura semicompleja / Rey-Osterreith codificación
- Caras codificación

Escala Evocación

- Memoria verbal espontánea total
- Memoria verbal por claves total
- Memoria verbal reconocimiento total
- Pares asociados evocación total
- Memoria lógica evocación promedio historias
- Figura semicompleja / Rey-Osterreith evocación
- Reconocimiento de caras total

Momento de aplicación: Exploración inicial.

3.7 DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

*De inicio se solicitará la autorización correspondiente de cada uno de los coordinadores de las carreras pertenecientes en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato.

*Acto seguido se procederá a realizar una encuesta a todo el universo de estudiantes de los primeros niveles de la Facultad de Ciencias de la Salud con la finalidad de aplicar los criterios de inclusión y exclusión para seleccionar la población de estudio.

*Se utilizará el diseño muestral y posteriormente se seleccionará de forma aleatoria a los participantes de cada carrera según el porcentaje de estudiantes que le corresponda mediante una regla de tres.

*De forma individual se solicitará la presencia a los estudiantes seleccionados al consultorio de psicología de la Facultad de Ciencias de la Salud.

*Se entregará el consentimiento informado a cada participante del presente estudio, donde se le dará a conocer acerca de los objetivos y los instrumentos a ser aplicados en el proceso de evaluación.

* Posterior a esto se aplicará la Escala de Experiencias Disociativas II (DES-II), que identifica los distintos tipos de experiencias disociativas y la frecuencia con que se experimentan, lo que permitirá la cuantificación de las mismas para evaluar de forma individual la variable independiente en un tiempo de aplicación de 10 a 20 minutos por persona.

* De forma siguiente, se aplicará el test Neuropsi que evalúa memoria de forma individual con un tiempo de aplicación de 25 a 30 minutos, para valorar la variable dependiente.

* Se obtendrá las puntuaciones de cada uno de los test y se utilizará el programa SPSS para a través del Chi Cuadrado realizar la comprobación de hipótesis.

*Posteriormente se notificará de forma individual a los evaluados los resultados de cada uno de los test.

*Al finalizar el proceso de evaluación, se notificará a cada uno de los coordinadores de carrera los resultados, conclusiones y recomendaciones del estudio.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Las personas que han sido parte de la investigación han sido cuidadas de forma social, física y psicológicamente, basándose en los siguientes artículos:

Que la Constitución de la Republica el Ecuador (2008) establece en:

El Art. 358, “El Sistema Nacional de Salud se guiará por los principios generales del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social y por los de bioética, suficiencia, interculturalidad, con enfoque de género y generacional.”

El Art. 361: “El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la Autoridad Nacional quien será la responsable de formular la política nacional de salud, normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud...”

El Art. 362 “Dispone que la atención de salud como servicio público, se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y las que ejerzan medicinas ancestrales, alternativas y complementarias de calidad y calidez con el consentimiento informado con acceso a la información y la confidencialidad...”

Que la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos aprobada por la Conferencia General de la UNESCO en el año 2005, en su Artículo 19, “...exhorta a los países a crear, promover y apoyar comités de ética independiente, pluridisciplinarios y pluralista con miras a evaluar los problemas

éticos, jurídicos, científicos y sociales pertinentes, suscitados por los proyectos de investigación relativos a los seres humanos...”

El Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, junto con la OMS en el año de 1982, publicó “Propuestas de Pautas Internacionales para la Investigación biomédica en Seres Humanos”, así como las “Pautas Internacionales para la evaluación ética en los estudios epidemiológicos (1991)” y las “Pautas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en seres humanos (1993)”.

Que, la Ley Orgánica de Salud, en el Art. 4 dice “La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de la rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias”.

Que, el Art 6 dice “Es responsabilidad del Ministerio de Salud Público; inciso 32: “Participar, en coordinación con el organismo nacional competente, en la investigación y el desarrollo de la ciencia y tecnología en salud, salvaguardando la vigencia de los derechos humanos, bajo principios bioéticos”.

Que, el Art 7 que corresponde a Derechos y Deberes de las personas y del Estado en relación con la salud:

e) Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos. Los integrantes de los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna;

h) Ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico

y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de la persona y para la salud pública;

l) No ser objeto de pruebas, ensayos clínicos, de laboratorio o investigaciones, sin su conocimiento y consentimiento previo por escrito; ni ser sometida a pruebas o exámenes diagnósticos, excepto cuando la ley expresamente lo determine o en caso de emergencia o urgencia en que peligre su vida.

Que, el Art 201 dice: “Es responsabilidad de los profesionales de salud, brindar atención de calidad, con calidez y eficacia, en el ámbito de sus competencias, buscando el mayor beneficio para la salud de sus pacientes y de la población, respetando los derechos humanos y los principios bioéticos”.

Que, el Art. 207 que corresponde de la investigación científica en salud dice: “La investigación científica en salud así como el uso y desarrollo de la biotecnología, se realizará orientada a las prioridades y necesidades nacionales, con sujeción a principios bioéticos, con enfoques pluricultural, de derechos y de género, incorporando las medicinas tradicionales y alternativas”.

Que, el Art. 208 de la Ley Orgánica de Salud sostiene que “La Investigación científica, tecnológica en salud será regulada y controlada por la autoridad sanitaria nacional en coordinación con los organismos competentes, con sujeción a principios bioéticos y de derechos, previo consentimiento informado y por escrito, respetando la confidencialidad”

Que el decreto Ejecutivo 544, publicado en el Registro Oficial 428 del 15 de enero del 2015, dispone “...entre las actividades y responsabilidades de la Agencia de Regulación y Control de Salud (ARCSA) está la de aprobar los ensayos clínicos de medicamentos, dispositivos médicos, productos naturales de uso medicinal, y otros productos sujetos a control sanitario en base a la normativa emitida por el MSP”.

Que en el Acuerdo Ministerial # 00004889 del 10 de junio del 2014 publicado en el suplemento del Registro Oficial N° 279 del 1 de julio del 2014, se expidió el

Reglamento para la aprobación y seguimiento de los Comités de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH)...

Que el Código de Ética de la UTA aprobado el 23 de octubre de 2015, en el artículo 13, numeral 2 señala que se debe cumplir las normas gubernamentales e institucionales que regulan la investigación, como las que velan por la protección de los sujetos humanos, el confort y tratamiento de los seres humanos, de los animales y del medio ambiente.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Prueba de Comprobación Estadístico Chi Cuadrado (X^2) Experiencias Disociativas y Memoria en la Población

Tabla de contingencia Experiencias Disociativas Vs. Memoria en la población

	MEMORIA				Total
	Normal Alto	Normal	Alteración Leve	Alteración Severa	
DES Disociación Normal	2	40	11	7	60
Riesgo de Disociación Patológica	1	13	9	5	28
Disociación Patológica	0	19	5	4	28
TOTAL	3	72	25	16	116

*Tabla 14: Tabla de Contingencia Experiencias Disociativas y Memoria
Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria
Autora: Guerrero, E. (2016)*

Análisis: En los resultados se puede observar que de los 60 individuos con disociación normal, 2 mantienen un rango normal alto de memoria, 40 mantienen un nivel normal de memoria, 11 presentan una alteración leve y 7 muestran alteración severa. De los 28 casos que se encuentran con riesgo de disociación patológica, 1 persona muestra un nivel normal alto de memoria, 13 presentan un

nivel normal de memoria, 9 mantienen alteración leve y 5 presentan alteración severa. Finalmente, de los 28 sujetos con disociación patológica, ninguno de ellos presenta un nivel alto de memoria, 19 casos reportan un nivel normal de memoria, 5 muestran alteración leve y 4 presentan alteración severa de memoria.

Tabla de comprobación Chi Cuadrado Experiencias disociativas Vs. Memoria en la población						
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	4,878 ^a	6	,560	,586		
Razón de verosimilitudes	5,492	6	,482	,584		
Estadístico exacto de Fisher	4,948			,534		
Asociación lineal por lineal	,521 ^b	1	,470	,509	,258	,045
N de casos válidos	116					

a. 5 casillas (41,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,72.

b. El estadístico tipificado es ,722.

Tabla 15: Tabla de Comprobación Chi Cuadrado Experiencias Disociativas Vs. Memoria

Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria

Autora: Guerrero, E. (2016)

Interpretación: Para el análisis de datos se aplicó la prueba de chi cuadrado encontrando que ($X^2(6)=4,878$, $p>.05$, N116) arroja una significación exacta bilateral de .586; debido a que el 41,7% de casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5 se tomó el Estadístico Exacto de Fisher ($F(4,948)=p>.05$, N116) cuyo valor de significancia exacta bilateral es de .534 por lo cual se acepta H_0 , que apoya la independencia entre las experiencias disociativas y la memoria.

4.2 Resultados de la Escala de Experiencias Disociativas DES-II

Nivel de Disociación en la Población

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Disociación Normal	60	51,7	51,7	51,7
Riesgo de Disociación Patológica	28	24,1	24,1	75,9
Disociación Patológica	28	24,1	24,1	100,0
TOTAL	116	100,0	100,0	

Tabla 16: Nivel de disociación en la población

Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria

Autora: Guerrero, E. (2016)

Análisis: De los 116 casos evaluados se pudo determinar que 60 sujetos presentan un rango normal de disociación; mientras que 28 personas mantienen riesgo de disociación patológica y 28 restantes se encuentran dentro del rango patológico.

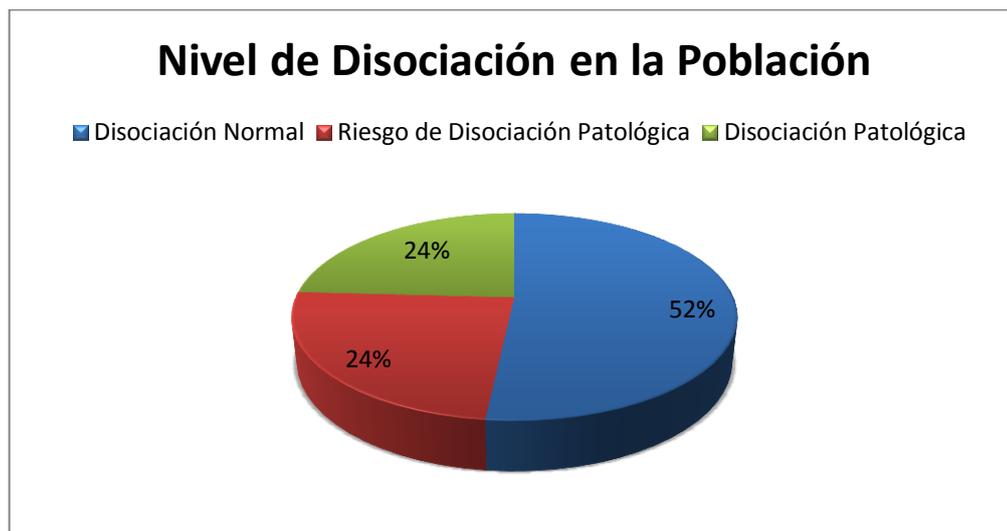


Figura 19: Nivel de Disociación en la Población

Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria

Autora: Guerrero, E. (2016)

Interpretación: En la gráfica se puede observar que el 52% de la población presentan un nivel normal de Experiencias Disociativas; mientras que el 24% de la población mantienen riesgo de Disociación Patológica, y el 24% restante presenta una Disociación Patológica que podría indicar presencia de Trastorno Disociativo.

Nivel de Disociación Carrera de Terapia Física

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Disociación Normal	9	75,0	75,0	75,0
Riesgo de Disociación Patológica	2	16,7	16,7	91,7
Disociación Patológica	1	8,3	8,3	100,0
TOTAL	12	100,0	100,0	

Tabla 17: Nivel de disociación en la Carrera de Terapia Física

Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria

Autora: Guerrero, E. (2016)

Análisis: En los resultados se puede observar que de los 12 sujetos de la carrera de Terapia Física, 9 se mantienen en una disociación normal, 2 se encuentran en riesgo de disociación patológica y 1 persona presenta disociación patológica.

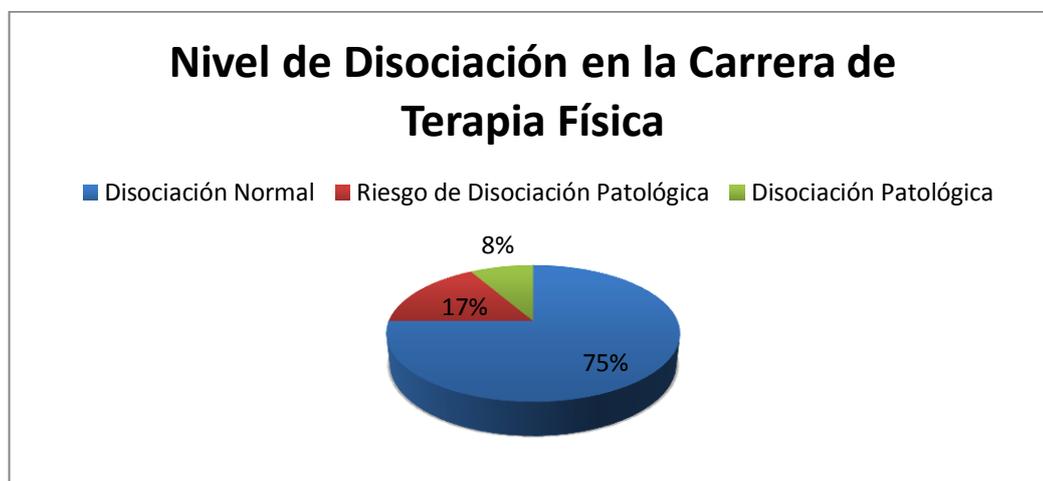


Figura 20: Nivel de Disociación en la Carrera de Terapia Física

Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria

Autora: Guerrero, E. (2016)

Interpretación: En la gráfica se puede observar que el 75% de la Carrera de Terapia Física presenta un nivel normal de Experiencias Disociativas; mientras que el 17% mantienen riesgo de Disociación Patológica, y el 8% restante presenta una Disociación Patológica que podría indicar presencia de Trastorno Disociativo.

Nivel de Disociación Carrera de Psicología Clínica

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Disociación Normal	6	60,0	60,0	60,0
Riesgo de Disociación Patológica	3	30,0	30,0	90,0
Disociación Patológica	1	10,0	10,0	100,0
TOTAL	10	100,0	100,0	

Tabla 18: Nivel de disociación en la Carrera de Psicología Clínica

Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria

Autora: Guerrero, E. (2016)

Análisis: En los resultados se puede observar que de los 10 sujetos evaluados de la Carrera de Psicología Clínica, 6 personas presentan disociación normal, 3 de ellas se encuentran en riesgo de disociación patológica y 1 sujeto se identifica con disociación patológica.



Figura 21: Nivel de Disociación en la Carrera de Psicología Clínica

Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria

Autora: Guerrero, E. (2016)

Interpretación: El gráfico señala que en la Carrera de Psicología Clínica el 60% presenta un nivel normal de Experiencias Disociativas; mientras que el 30% mantienen riesgo de Disociación Patológica, y el 10% restante presenta una Disociación Patológica que podría indicar presencia de Trastorno Disociativo.

Nivel de Disociación Carrera de Estimulación Temprana

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Disociación Normal	6	46,2	46,2	46,2
Riesgo de Disociación Patológica	1	7,7	7,7	53,8
Disociación Patológica	6	46,2	46,2	100,0
TOTAL	13	100,0	100,0	

Tabla 19: Nivel de disociación en la Carrera de Estimulación Temprana

Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria

Autora: Guerrero, E. (2016)

Análisis: En los resultados se puede observar que de los 13 sujetos evaluados en la Carrera de Estimulación Temprana, existen 6 personas con disociación normal, 1 persona con riesgo de disociación patológica y 6 sujetos con disociación patológica.

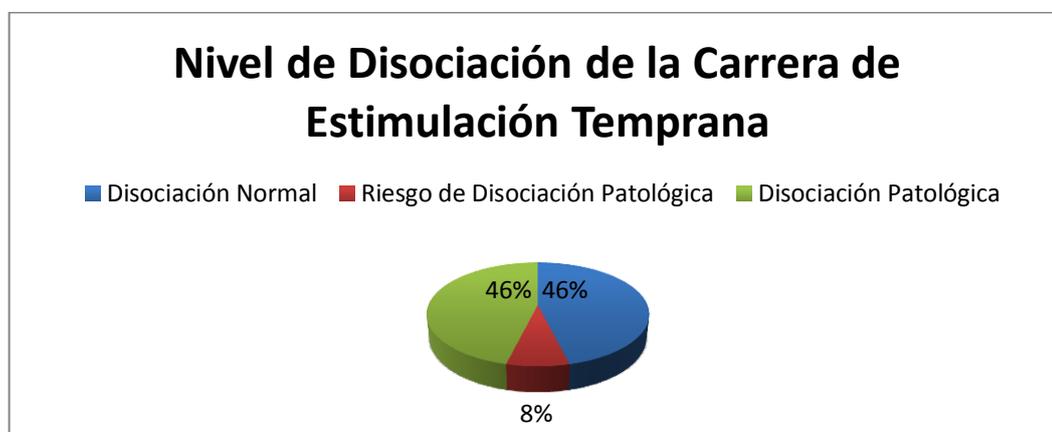


Figura 22: Nivel de Disociación en la Carrera de Estimulación Temprana

Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria

Autora: Guerrero, E. (2016)

Interpretación: El gráfico señala que en la Carrera de Estimulación Temprana, el 46% presenta un nivel normal de Experiencias Disociativas; mientras que el 8% mantienen riesgo de Disociación Patológica, y el 46% restante presenta una Disociación Patológica que podría indicar presencia de Trastorno Disociativo.

Nivel de Disociación Carrera de Laboratorio Clínico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Disociación Normal	8	44,4	44,4	44,4
Riesgo de Disociación Patológica	6	33,3	33,3	77,8
Disociación Patológica	4	22,2	22,2	100,0
TOTAL	18	100,0	100,0	

Tabla 20: Nivel de disociación en la Carrera de Laboratorio Clínico

Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria

Autora: Guerrero, E. (2016)

Análisis: En los resultados se puede observar que de los 18 sujetos evaluados en la Carrera de Laboratorio Clínico, 8 de ellos presentan disociación normal, 6 se encuentran en el rango de riesgo y 4 presentan disociación patológica.

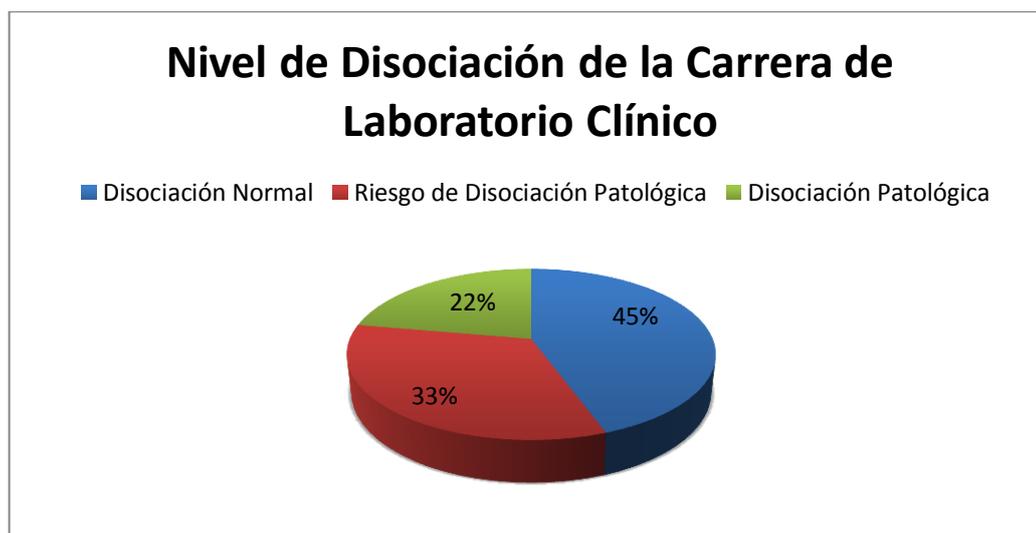


Figura 23: Nivel de Disociación en la Carrera de Laboratorio Clínico

Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria

Autora: Guerrero, E. (2016)

Interpretación: En el gráfico se puede observar que el 45% de la Carrera de Laboratorio Clínico presenta un nivel normal de Experiencias Disociativas; mientras que el 33% mantienen riesgo de Disociación Patológica, y el 22% restante presenta una Disociación Patológica que podría indicar presencia de Trastorno Disociativo.

Nivel de Disociación Carrera de Enfermería

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Disociación Normal	10	41,7	41,7	41,7
Riesgo de Disociación Patológica	8	33,3	33,3	75,0
Disociación Patológica	6	25,0	25,0	100,0
TOTAL	24	100,0	100,0	

Tabla 21: Nivel de disociación en la Carrera de Enfermería

Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria

Autora: Guerrero, E. (2016)

Análisis: En los resultados se puede observar que de los 24 sujetos evaluados en la carrera de Enfermería, 10 personas se encuentran dentro del rango normal de disociación, 8 personas se mantienen en riesgo de disociación patológica y 6 sujetos se encuentran dentro de disociación patológica.



Figura 24: Nivel de Disociación en la Carrera de Enfermería

Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria

Autora: Guerrero, E. (2016)

Interpretación: El gráfico muestra que el 42% de la Carrera de Enfermería presenta un nivel normal de Experiencias Disociativas; mientras que el 33% mantienen riesgo de Disociación Patológica, y el 25% restante presenta una Disociación Patológica que podría indicar presencia de Trastorno Disociativo.

Nivel de Disociación Carrera de Medicina

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Disociación Normal	21	53,8	53,8	53,8
Riesgo de Disociación Patológica	8	20,5	20,5	74,4
Disociación Patológica	10	25,6	25,6	100,0
TOTAL	39	100,0	100,0	

Tabla 22: Nivel de disociación en la Carrera de Medicina

Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria

Autora: Guerrero, E. (2016)

Análisis: En los resultados se puede observar que de los 39 sujetos evaluados en la carrera de medicina, 21 presentan disociación normal, 8 sujetos se encuentran en riesgo de disociación patológica y 10 personas se mantienen dentro de la disociación patológica.

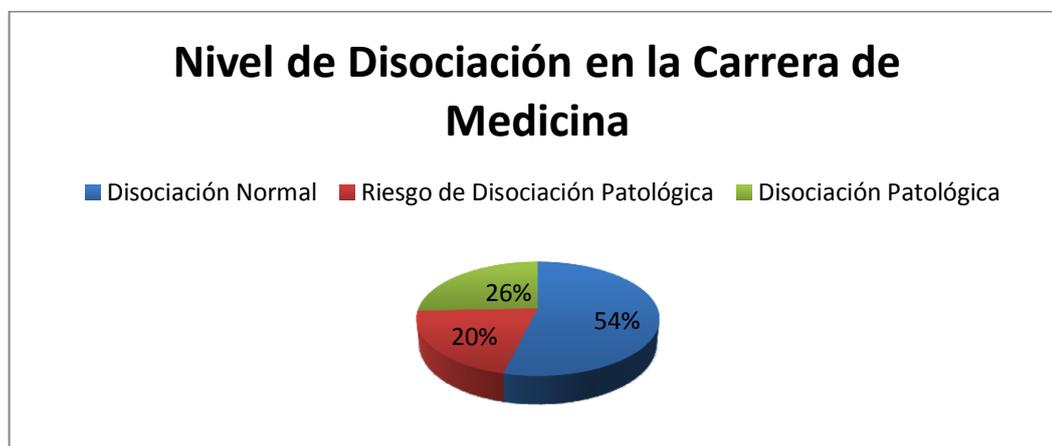


Figura 25: Nivel de Disociación en la Carrera de Medicina

Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria

Autora: Guerrero, E. (2016)

Interpretación: En la Carrera de Medicina el 54% presenta un nivel normal de Experiencias Disociativas; mientras que el 20% mantienen riesgo de Disociación Patológica, y el 26% restante presenta una Disociación Patológica que podría indicar presencia de Trastorno Disociativo.

4.3 Resultados de la escala de Memoria del NEUROPSI

Nivel de funcionalidad de la memoria en la población

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Normal Alto	3	2,6	2,6	2,6
Normal	72	62,1	62,1	64,7
Alteración Leve	25	21,6	21,6	86,2
Alteración Severa	16	13,8	13,8	100,0
TOTAL	116	100,0	100,0	

Tabla 23: Nivel de Funcionalidad de la Memoria en la Población

Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria

Autora: Guerrero, E. (2016)

Análisis: En los resultados se puede observar que de los 116 sujetos evaluados, apenas 3 personas mantienen un nivel normal alto de memoria, 72 personas se encuentran en el rango de memoria normal, se identifica alteración leve de memoria en 25 sujetos y 16 personas se encuentran con alteración severa.

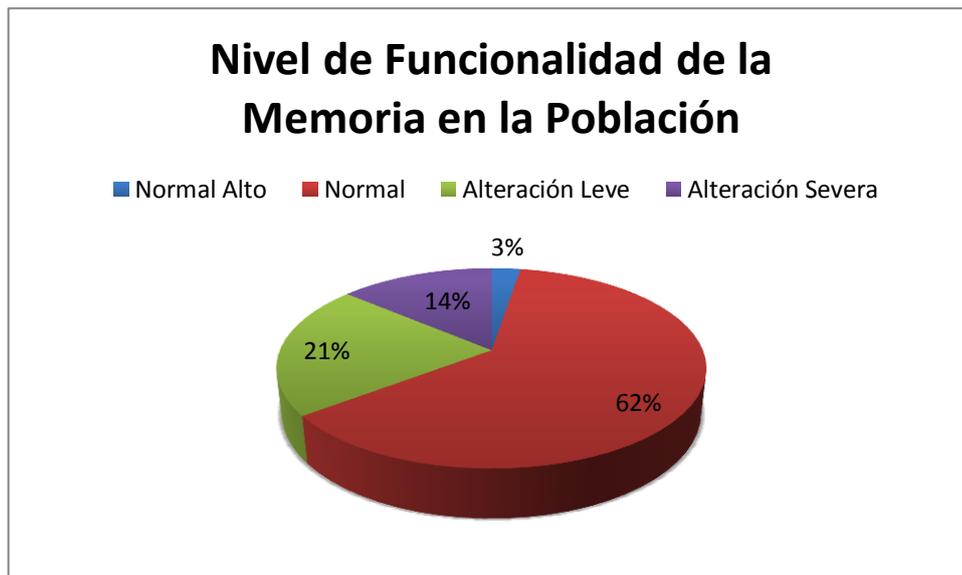


Figura 26: Nivel de Funcionalidad de la Memoria en la Población

Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria

Autora: Guerrero, E. (2016)

Interpretación: En el gráfico se observa que el 3% de la población presenta un nivel normal alto de memoria, el 62% mantienen un nivel normal de memoria, el 21% muestra alteración leve y el 14% restante presenta alteración severa.

Nivel de funcionalidad de la memoria en la Carrera de Terapia Física

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Normal	8	66,7	66,7	66,7
Alteración Leve	2	16,7	16,7	83,3
Alteración Severa	2	16,7	16,7	100,0
TOTAL	12	100,0	100,0	

Tabla 24: Nivel de Funcionalidad de la Memoria en la Carrera de Terapia Física
Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria
Autora: Guerrero, E. (2016)

Análisis: En los resultados se puede observar que de los 12 sujetos evaluados en la Carrera de Terapia Física, 8 se encuentran en un rango normal de memoria, 2 presentan alteración leve y 2 personas presentan alteración severa de memoria. No se presenta ningún caso con un nivel normal alto de memoria.

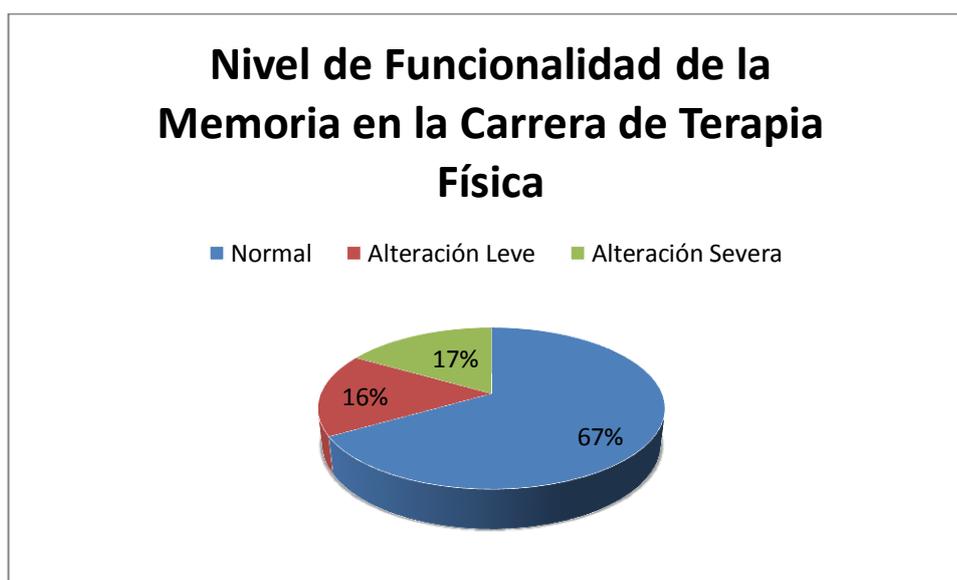


Figura 27: Nivel de Funcionalidad de la Memoria en la Carrera de Terapia Física
Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria
Autora: Guerrero, E. (2016)

Interpretación: En el gráfico se observa el 66% de la Carrera de Terapia Física mantienen un nivel normal de memoria, el 17% muestra alteración leve y el 17% restante presenta alteración severa.

Nivel de funcionalidad de la memoria en la Carrera de Psicología Clínica

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Normal Alto	1	10,0	10,0	10,0
Normal	6	60,0	60,0	70,0
Alteración Leve	1	10,0	10,0	80,0
Alteración Severa	2	20,0	20,0	100,0
TOTAL	10	100,0	100,0	

Tabla 25: Nivel de Funcionalidad de la Memoria en la Carrera de Psicología Clínica

Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria

Autora: Guerrero, E. (2016)

Análisis: En los resultados se puede observar que de los 10 evaluados de la Carrera de Psicología Clínica, 1 persona se encuentra en un nivel normal alto de memoria, 6 personas mantienen un nivel normal de memoria, se presenta 1 caso de alteración leve y 2 casos de alteración severa de memoria.

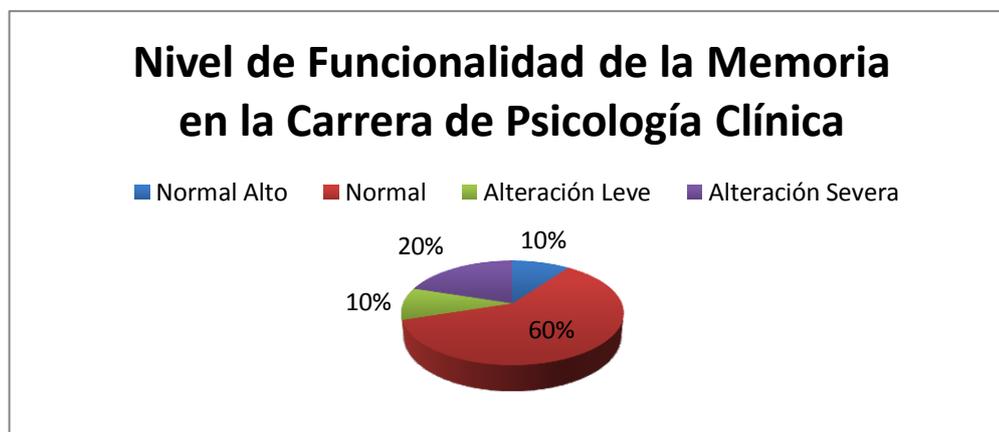


Figura 28: Nivel de Funcionalidad de la Memoria en la Carrera de Psicología Clínica

Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria

Autora: Guerrero, E. (2016)

Interpretación: En el gráfico se observa que el 10% de la población de Psicología Clínica mantiene un nivel normal alto de memoria, el 60% se encuentra en un rango normal de memoria, el 10% tiene una alteración leve de memoria y el 20% restante mantiene una alteración severa. Se presenta el porcentaje más alto de alteración severa de memoria en comparación con el resto de Carreras.

Nivel de funcionalidad de la memoria en la Carrera de Estimulación Temprana

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Normal Alto	1	7,7	7,7	7,7
Normal	7	53,8	53,8	61,5
Alteración Leve	3	23,1	23,1	84,6
Alteración Severa	2	15,4	15,4	100,0
TOTAL	13	100,0	100,0	

Tabla 26: Nivel de Funcionalidad de la Memoria en la Carrera de Estimulación Temprana

Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria

Autora: Guerrero, E. (2016)

Análisis: En los resultados se puede observar que de los 13 evaluados en la Carrera de Estimulación Temprana, 1 persona mantiene un nivel normal alto de memoria, 7 sujetos presentan un rango normal, 3 sujetos se presentan con alteración leve y 2 presentan alteración severa de memoria.

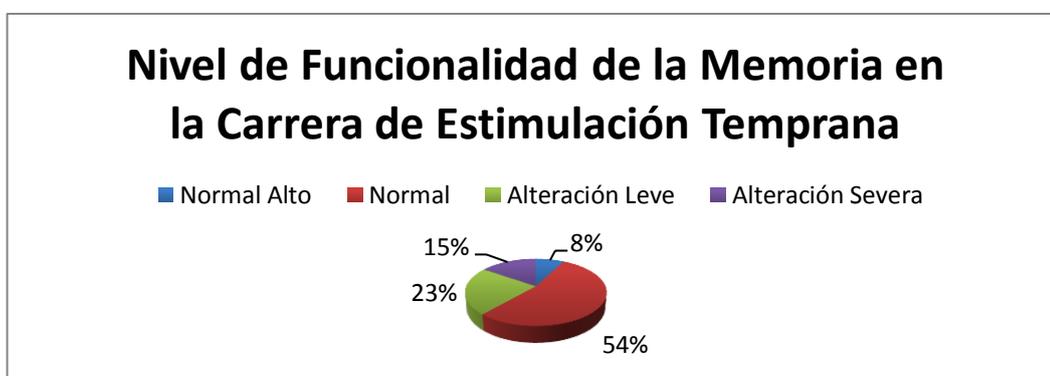


Figura 29: Nivel de Funcionalidad de la Memoria en la Carrera de Estimulación Temprana

Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria

Autora: Guerrero, E. (2016)

Interpretación: En el gráfico se muestra que el 8% de la Carrera de Estimulación Temprana presenta un nivel normal alto de memoria, el 54% mantienen un nivel normal de memoria, el 23% muestra alteración leve y el 15% restante presenta alteración severa.

Nivel de funcionalidad de la memoria en la Carrera de Laboratorio Clínico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Normal	10	55,6	55,6	55,6
Alteración Leve	5	27,8	27,8	83,3
Alteración Severa	3	16,7	16,7	100,0
TOTAL	18	100,0	100,0	

Tabla 27: Nivel de Funcionalidad de la Memoria en la Carrera de Laboratorio Clínico

Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria

Autora: Guerrero, E. (2016)

Análisis: En los resultados se puede observar que de los 18 estudiantes de Laboratorio Clínico, 10 de ellos presentan un nivel normal de memoria, 5 presentan una alteración leve y existen 3 casos de alteración severa de memoria. No se evidencian casos con nivel normal alto de memoria.

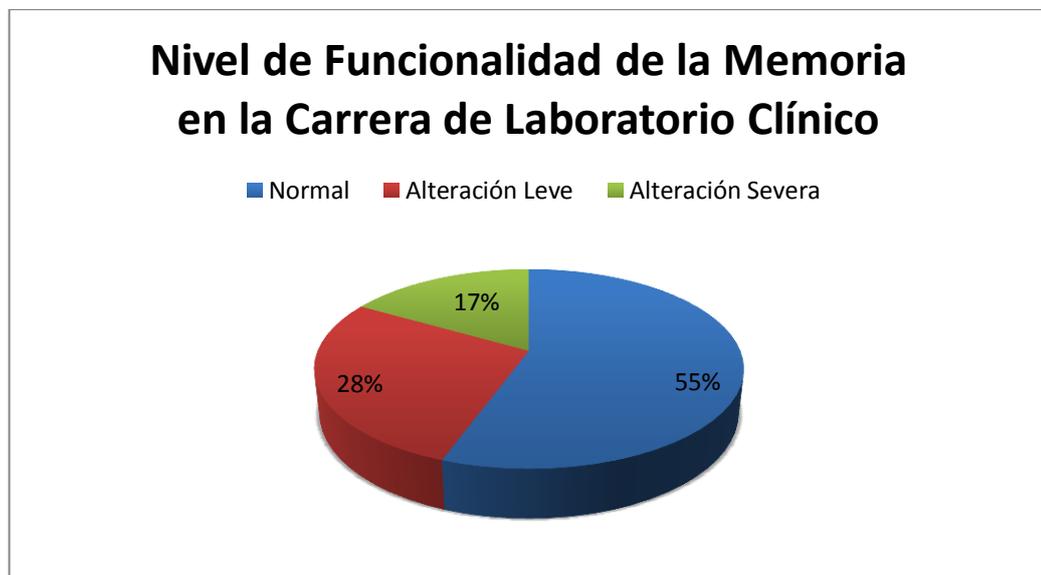


Figura 30: Nivel de Funcionalidad de la Memoria en la Carrera de Laboratorio Clínico

Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria

Autora: Guerrero, E. (2016)

Interpretación: Se observa en la figura que en la Carrera de Laboratorio Clínico el 55% mantienen un nivel normal de memoria, el 28% muestra alteración leve y el 17% restante presenta alteración severa.

Nivel de funcionalidad de la memoria en la Carrera de Enfermería

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Normal	9	37,5	37,5	37,5
Alteración Leve	10	41,7	41,7	79,2
Alteración Severa	5	20,8	20,8	100,0
TOTAL	24	100,0	100,0	

Tabla 28: Nivel de Funcionalidad de la Memoria en la Carrera de Enfermería

Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria

Autora: Guerrero, E. (2016)

Análisis: En los resultados se puede observar que de los 24 casos evaluados en Enfermería, 9 de ellos mantienen un nivel normal de memoria, 10 personas se encuentran con alteración leve y 5 de ellos se encuentran con alteración severa de memoria. No se identifica ningún caso con nivel normal alto de memoria.

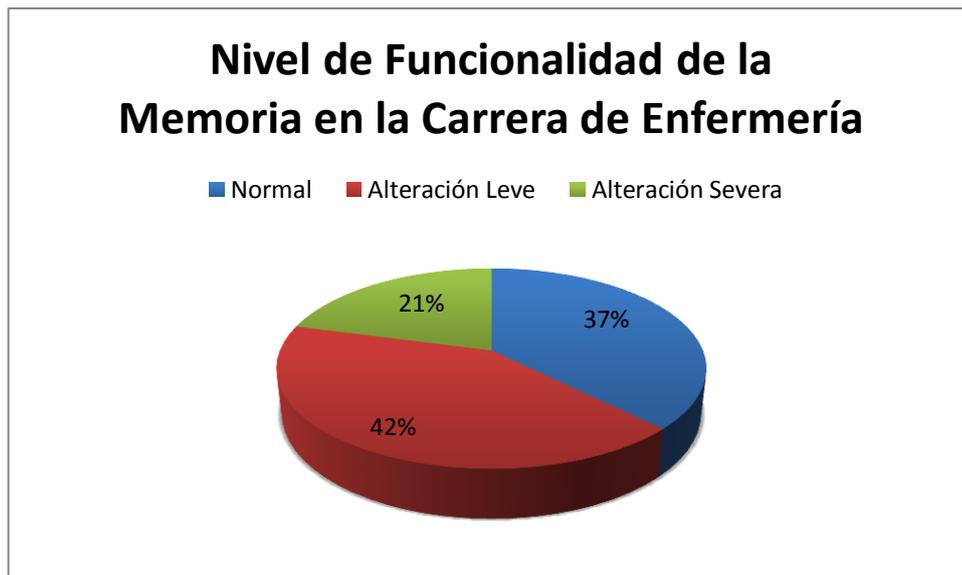


Figura 31: Nivel de Funcionalidad de la Memoria en la Carrera de Enfermería

Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria

Autora: Guerrero, E. (2016)

Interpretación: La figura refleja que el 37% de la Carrera de Enfermería mantienen un nivel normal de memoria, el 42% muestra alteración leve y el 21% restante presenta alteración severa.

Nivel de funcionalidad de la memoria en la Carrera de Medicina

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Normal Alto	1	2,6	2,6	2,6
Normal	32	82,1	82,1	84,6
Alteración Leve	4	10,3	10,3	94,9
Alteración Severa	2	5,1	5,1	100,0
TOTAL	39	100,0	100,0	

Tabla 29: Nivel de Funcionalidad de la Memoria en la Carrera de Medicina
Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria
Autora: Guerrero, E. (2016)

Análisis: En los resultados se puede observar que de los 39 evaluados en la Carrera de Medicina, se presenta 1 caso con nivel normal alto de memoria, 32 sujetos en un rango normal, 4 personas con alteración leve de memoria y 2 con alteración severa de memoria.

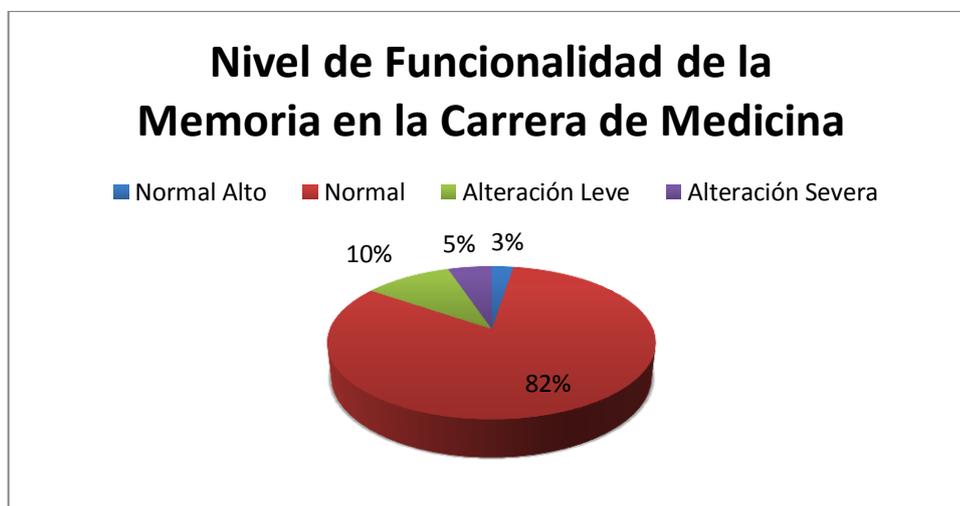


Figura 32: Nivel de Funcionalidad de la Memoria en la Carrera de Medicina
Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria
Autora: Guerrero, E. (2016)

Interpretación: La figura refleja que el 3% de la Carrera de Medicina presenta un nivel normal alto de memoria, el 82% mantienen un nivel normal de memoria, el 10% muestra alteración leve y el 5% restante presenta alteración severa.

4.4 Subescalas de despersonalización, amnesia disociativa y absorción del DES-II y subescalas de memoria de trabajo, codificación y evocación del Neuropsi

Nivel de Despersonalización en la Población

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Normal	89	76,7	76,7	76,7
Riesgo	15	12,9	12,9	89,7
Patológico	12	10,3	10,3	100,0
Total	116	100,0	100,0	

Tabla 30: Nivel de despersonalización en la población
Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria
Autora: Guerrero, E. (2016)

Análisis: De los 116 casos evaluados se pudo determinar que 89 sujetos presentan un rango normal de despersonalización; mientras que 15 personas se encuentran en el rango de riesgo de patología y 12 restantes se encuentran dentro del rango patológico despersonalización.



Figura 33: Nivel de Despersonalización en la Población
Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria
Autora: Guerrero, E. (2016)

Interpretación: En la gráfica se puede observar que el 77% de la población presentan un nivel normal de despersonalización; mientras que el 13% de la población mantienen riesgo y el 10% restante presenta un rango patológico de despersonalización.

Nivel de Amnesia Disociativa en la Población

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Normal	71	61,2	61,2	61,2
Riesgo	28	24,1	24,1	85,3
Patológico	17	14,7	14,7	100,0
Total	116	100,0	100,0	

Tabla 31: Nivel de amnesia disociativa en la población
 Fuente: *Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria*
 Autora: Guerrero, E. (2016)

Análisis: De los 116 casos evaluados se pudo determinar que 71 sujetos presentan un rango normal de experiencias involucradas con la amnesia disociativa; mientras que 28 personas se encuentran en el rango de riesgo de patología y 17 restantes se encuentran dentro del rango patológico.

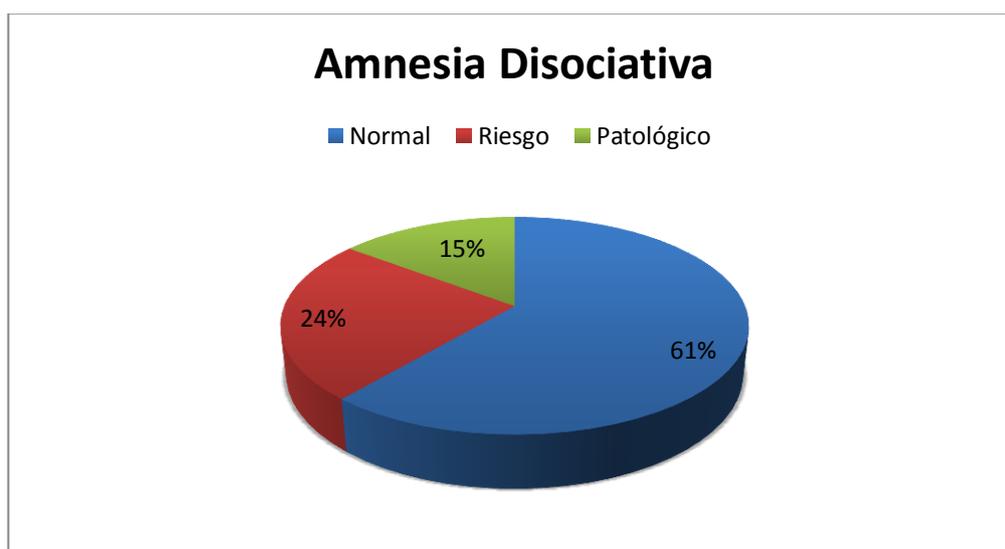


Figura 34: Nivel de Amnesia Disociativa en la Población
 Fuente: *Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria*
 Autora: Guerrero, E. (2016)

Interpretación: En la gráfica se puede observar que el 61% de la población presentan un nivel normal de experiencias vinculadas a la amnesia disociativa; mientras que el 24% de la población mantienen riesgo y el 15% restante presenta un rango patológico de amnesia disociativa.

Nivel de Absorción en la Población

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Normal	33	28,4	28,4	28,4
Riesgo	26	22,4	22,4	50,9
Patológico	57	49,1	49,1	100,0
Total	116	100,0	100,0	

Tabla 32: Nivel de absorción en la población

Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria

Autora: Guerrero, E. (2016)

Análisis: De los 116 casos evaluados se pudo determinar que 33 sujetos presentan un rango normal de absorción; mientras que 26 personas se encuentran en el rango de riesgo de patología y 57 restantes se encuentran dentro del rango patológico de la absorción.

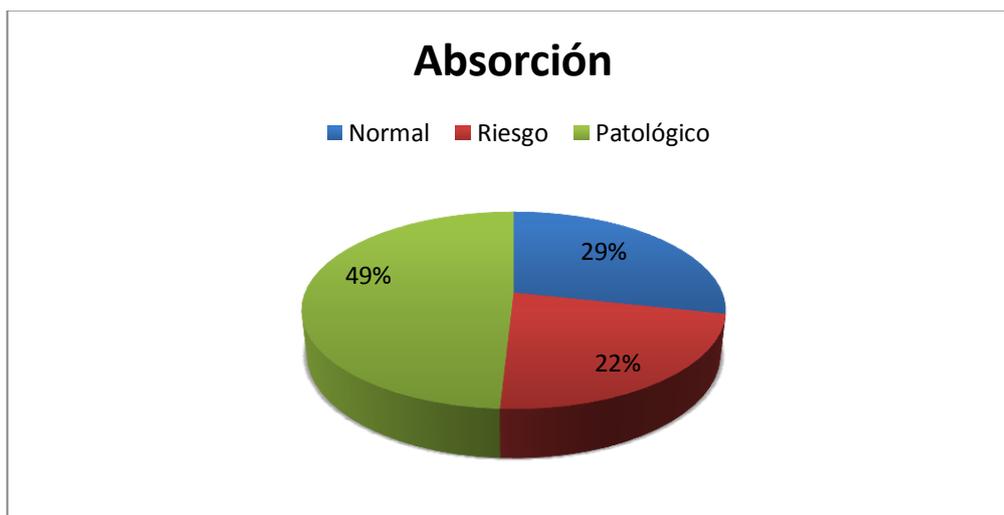


Figura 35: Nivel de Absorción en la Población

Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria

Autora: Guerrero, E. (2016)

Interpretación: En la gráfica se puede observar que el 29% de la población presentan un nivel normal de absorción; mientras que el 22% de la población mantienen riesgo y el 49% restante presenta un rango patológico de absorción.

Nivel de Funcionalidad de la Memoria de Trabajo en la Población

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Normal alto	8	6,9	6,9	6,9
Normal	101	87,1	87,1	94,0
Alteración leve	5	4,3	4,3	98,3
Alteración severa	2	1,7	1,7	100,0
Total	116	100,0	100,0	

Tabla 33: Nivel de Funcionalidad de la Memoria de Trabajo en la población

Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria

Autora: Guerrero, E. (2016)

Análisis: De los 116 casos evaluados se pudo determinar que 8 sujetos presentan un rango normal alto de memoria de trabajo; 101 personas se encuentran en el rango normal de memoria de trabajo; 5 sujetos se encuentran con alteración leve de memoria de trabajo y 2 individuos mantienen una alteración severa.



Figura 36: Nivel de Funcionalidad de la Memoria de Trabajo en la Población

Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria

Autora: Guerrero, E. (2016)

Interpretación: En la gráfica se puede observar que el 7% de la población presentan un nivel normal alto de memoria de trabajo, el 87% de mantienen un nivel normal de la memoria de trabajo, el 4% presenta alteración leve y el 2% muestra una alteración severa de la memoria de trabajo.

Nivel de Codificación de la memoria en la Población

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Normal	111	95,7	95,7	95,7
Alteración leve	5	4,3	4,3	100,0
Total	116	100,0	100,0	

Tabla 34: Nivel de Codificación de la memoria en la población

Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria

Autora: Guerrero, E. (2016)

Análisis: De los 116 casos evaluados se pudo determinar que 111 sujetos presentan un rango normal de la función de codificación de la memoria, mientras que 5 sujetos presentan alteración leve.



Figura 37: Nivel de Codificación de la memoria en la Población

Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria

Autora: Guerrero, E. (2016)

Interpretación: En la gráfica se puede observar que el 96% de la población presentan un nivel normal de codificación, mientras el 4% presenta alteración leve en esta función.

Nivel de Evocación de la memoria en la Población

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Normal	101	87,1	87,1	87,1
Alteración leve	15	12,9	12,9	100,0
Total	116	100,0	100,0	

Tabla 35: Nivel de Evocación de la memoria en la población
Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria
Autora: Guerrero, E. (2016)

Análisis: De los 116 casos evaluados se pudo determinar que 101 sujetos presentan un rango normal de la función de evocación de la memoria, mientras que 15 sujetos presentan alteración leve.



Figura 38: Nivel de Evocación de la memoria en la Población
Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria
Autora: Guerrero, E. (2016)

Interpretación: En la gráfica se puede observar que el 87% de la población presentan un nivel normal de evocación, mientras el 13% presenta alteración leve en esta función.

Tabla de contingencia Subescala de Despersonalización Vs. Memoria en la Carrera de Laboratorio Clínico

		MEMORIA			Total
		Normal	Alteración leve	Alteración severa	
DES	Normal	10	2	2	14
Despersonalización	Patológico	0	3	1	4
TOTAL		10	5	3	18

Tabla 36: Tabla de Contingencia Subescala de Despersonalización y Memoria en la Carrera de Laboratorio Clínico

Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria

Autora: Guerrero, E. (2016)

Análisis: Los datos obtenidos indican que de los 14 sujetos de Laboratorio Clínico que puntúan un rango normal dentro de la escala de despersonalización, 10 de ellos presentan un nivel normal de memoria, 2 presentan alteración leve y 2 mantienen alteración severa. De igual forma, de los 4 sujetos con un rango patológico en la subescala de despersonalización, 3 presentan alteración leve y 1 presenta alteración severa de memoria.

Tabla de comprobación Chi Cuadrado subescala de Despersonalización y Memoria en la Carrera de Laboratorio Clínico

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	7,200 ^b	2	0,027	0,026		
Razón de verosimilitudes	8,52	2	0,014	0,026		
Estadístico exacto de Fisher	6,965			0,026		
Asociación lineal por lineal	3,472 ^c	1	0,062	0,074	0,074	0,059
N de casos válidos	18					

a. CARRERA = LABORATORIO CLÍNICO

b. 5 casillas (83,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,67.

c. El estadístico tipificado es 1,863.

Tabla 37: Tabla de Comprobación Chi Cuadrado Subescala de Despersonalización Vs. Memoria en la Carrera de Laboratorio Clínico
Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria
Autora: Guerrero, E. (2016)

Interpretación: Para el análisis de datos se aplicó la prueba de chi cuadrado encontrando que ($X^2(2)=7,200$, $p<.05$, N18) arroja una significación exacta bilateral de .026, debido a que el 83,3% de casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5 se tomó el Estadístico Exacto de Fisher ($F(6,965)=p<.05$, N18) cuyo valor de significancia exacta bilateral es de .026 por lo cual se rechaza H_0 , y se concluye que en la Carrera de Laboratorio Clínico la Subescala de Despersonalización del DES-II se asocia con la variable memoria.

Tabla de contingencia Subescala de Despersonalización Vs. Memoria de Trabajo en la Carrera de Medicina

		MEMORIA DE TRABAJO			Total
		Normal alto	Normal	Alteración leve	
DES Despersonalización	Normal	2	27	0	29
	Riesgo	1	3	1	5
	Patológico	1	3	1	5
TOTAL		4	33	2	39

Tabla 38: Tabla de Contingencia Subescala de Despersonalización y Memoria de Trabajo en la Carrera de Medicina

Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria

Autora: Guerrero, E. (2016)

Análisis: Los datos obtenidos indican que de los 29 sujetos de Medicina que puntúan un rango normal dentro de la escala de despersonalización, 2 de ellos presentan un nivel normal alto de memoria y 27 presentan un nivel normal de memoria. De igual forma, de los 5 sujetos con un rango de riesgo de patología en la escala de despersonalización, 1 persona presenta un nivel normal alto de memoria, 3 presentan un nivel normal y 1 sujeto se mantiene con alteración leve. Finalmente de los 5 individuos con rango patológico en la subescala de despersonalización, 1 persona mantiene un nivel normal alto de memoria, 3 sujetos presentan un rango normal y 1 sujeto mantiene alteración leve de memoria.

Tabla de comprobación Chi Cuadrado subescala de Despersonalización y Memoria de trabajo en la Carrera de Medicina

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	8,008 ^b	4	,091	,090		
Razón de verosimilitudes	7,565	4	,109	,067		
Estadístico exacto de Fisher	9,049			,037		
Asociación lineal por lineal	,198 ^c	1	,656	,797	,460	,242
N de casos válidos	39					

a. CARRERA = MEDICINA

b. 8 casillas (88,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,26.

c. El estadístico tipificado es ,445.

Tabla 39: Tabla de Comprobación Chi Cuadrado Subescala de Despersonalización Vs. Memoria de Trabajo en la Carrera de Medicina

Fuente: Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria

Autora: Guerrero, E. (2016)

Interpretación: Para el análisis de datos se aplicó la prueba de chi cuadrado encontrando que ($X^2(4)=8,008$, $p<.05$, N39) arroja una significación exacta bilateral de .090, debido a que el 88,9% de casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5 se tomó el Estadístico Exacto de Fisher ($F(9,049)=p<.05$, N39) cuyo valor de significancia exacta bilateral es de .037 por lo cual se rechaza H_0 , y se concluye que en la Carrera de Medicina la Subescala de Despersonalización del DES-II se asocia con la subescala de Memoria de Trabajo del Neuropsi.

CONCLUSIONES

- El Estadístico Exacto de Fisher ($F(4,948)=p>.05$, N116) tiene significancia exacta bilateral es de .534, por tanto se acepta la H_0 , y se concluye que las experiencias disociativas no inciden en la memoria.
- El 24% de la población padecen de disociación patológica, 24% presenta sintomatología que los coloca en riesgo de disociación patológica, mientras el 52% de la población presentan un nivel normal de Experiencias Disociativas. La carrera con mayor porcentaje de disociación patológica es Estimulación temprana con un 46% de su población; mientras que la carrera con menor porcentaje de disociación patológica es Terapia física con un 8%. Por tanto, el nivel de disociación patológica en la población de estudio supera en más del 20% los valores esperados según los datos recolectados en otras investigaciones.
- La evaluación de memoria determinó que el 3% de la población presenta un nivel normal alto, el 62% mantienen un nivel normal, el 21% muestra alteración leve y el 14% restante presenta alteración severa. La carrera con mayor porcentaje de alteración severa de memoria es Enfermería con el 21%; mientras que únicamente las Carreras de Psicología Clínica, Estimulación Temprana y Medicina presentan población con un nivel normal alto de memoria, con un 10%, 8% y 3% respectivamente.
- De las subescalas del DES-II, la subescala de absorción es aquella cuyo porcentaje de niveles patológicos es más alto dentro de la población con el 49%. La escala de amnesia disociativa señala un 15% de población con niveles patológicos, y la escala de despersonalización un 10%. En otras palabras, la fantasía es una característica de la mitad de la población.
En relación a la memoria de trabajo, se ha podido identificar que el 7% de la población presentan un nivel normal alto, el 87% de mantienen un nivel normal, el 4% presenta alteración leve y el 2% muestra una alteración severa. En cuanto al proceso de codificación y evocación de la memoria existe apenas el 4% y el 13% de alteración leve respectivamente.

Resultó imprescindible rescatar los datos encontrados dentro de cada Carrera en cuanto a la asociación de las subescalas de cada variable, puesto que se identificó que en la Carrera de Laboratorio Clínico la Subescala de Despersonalización del DES-II se asocia con la variable memoria obteniéndose un estadístico de Fisher ($F(6,965)=p<.05$, N18) cuyo valor de significancia exacta bilateral es de .026. Además, en la Carrera de Medicina la Subescala de Despersonalización del DES-II se asocia con la subescala de Memoria de Trabajo del Neuropsi con un estadístico de Fisher ($F(9,049)=p<.05$, N39) cuyo valor de significancia exacta bilateral es de .037.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda ampliar la investigación en otro tipo de poblaciones para determinar si los resultados que avalan la independencia de las variables experiencias disociativas y memoria no dependen del nivel socioeconómico, edad o estilo de vida. Además, sería importante definir si la afectación de memoria dentro de la disociación, discrimina ciertos tipos de recuerdos, y por lo tanto no altera la funcionalidad general de la misma en la vida diaria.
- Realizar una entrevista psicológica que permita identificar el diagnóstico de aquellos individuos que presentan disociación patológica en la población, y con ello comenzar un plan de tratamiento psicoterapéutico que les permita integrar, sentimientos, pensamientos, emociones y recuerdos. Además es recomendable ampliar la investigación para determinar el motivo por el cual la Carrera de Estimulación temprana mantiene el mayor porcentaje de individuos con psicopatología disociativa. Para aquellos pacientes identificados en riesgo de disociación patológica es importante recurrir a terapia psicológica a manera de prevenir posibles complicaciones a futuro. Finalmente, es de relevancia generar la estandarización del DES-II a la población Ecuatoriana para poder realizar una nueva investigación y comparar con los datos actualmente obtenidos.
- Asesorar a aquellos individuos que presentan una alteración leve y severa de memoria con la finalidad que conozcan técnicas mnémicas a las cuales puedan recurrir para mejorar dicha función mental. Es indispensable realizar un seguimiento neuropsicológico puesto con el paso de los años su deterioro puede llegar a repercutir en su desempeño académico/laboral, personal o social. De igual forma, es recomendable trabajar con la carrera cuya afectación de memoria es mayor, como es el caso de Enfermería, para encontrar una metodología de enseñanza apropiada para sus necesidades. Además, sería importante realizar un estudio para identificar la variable que causa dicha afectación de memoria

y generar la estandarización del NEUROPSI a la población Ecuatoriana para poder realizar una nueva investigación y comparar con los datos actualmente obtenidos.

- Investigar las posibles implicaciones de la absorción en los individuos, ya que esta característica disociativa mantiene niveles patológicos en la mitad de la población.

Si bien, la memoria de trabajo, la evocación y codificación muestran porcentajes de alteración leve y severa relativamente bajos, sería importante trabajar en su estimulación neuropsicológica con aquellos individuos identificados, ya que estas variables tendrían implicaciones directas con el aprendizaje (Del Valle, M., y Urquijo, S., 2013).

Ampliar la investigación acerca de los efectos de la despersonalización en la memoria general y memoria de trabajo, para comprobar si los resultados obtenidos en la carrera de Laboratorio Clínico y Medicina podrían generalizarse a otras poblaciones, puesto que resulta indispensable identificar si la despersonalización sería una causativa de problemas en la funcionalidad de memoria y por tanto podría tener implicaciones en la rutina diaria de una persona.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

- Barlow, D., y Durand, V. (2007). *Psicopatología*. Madrid, España: Thomson.
- CIE-10. (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento - OMS*. Madrid, España: Meditor.
- DSM-IV. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, España: Masson.
- Eguíluz, I., y Segarra, R. (Ed.). (2012). *Introducción a la Psicopatología*. Madrid, España: Editorial médica panamericana.
- El Sahili, L. (2012). *Psicopatología clínica: Trastornos psicológicos, nerviosos y endócrinos relacionados con la conducta*. México, México: Trillas.
- Gil, R. (1999). *Neuropsicología*. Barcelona, España: Masson.
- Gómez, C., Hernández, G., Rojas, A., Santacruz, H., y Uribe, M. (Ed.). (2008). *Psiquiatría Clínica: Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. Bogotá, Colombia: Editorial Médica Panamericana.
- Herrera, L., Medina, A., y Naranjo, G. (2010). *Tutoría de la Investigación Científica*. Ambato, Ecuador: Gráficas Corona Quito.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2009). *Encuesta salud, bienestar y envejecimiento*. Ecuador: Ministerio de Inclusión Social y Económica del Ecuador.
- Kaplan, H., y Sadock, B. (2001). *Sinopsis de psiquiatría*. Madrid, España: Editorial médica.
- Labos, E., Slachevsky, A., Fuentes, P., y Manes, F. (Ed.). (2008). *Tratado de neuropsicología clínica*. Buenos Aires, Argentina: Librería Akadia Editorial.

- León, J. (1995). *Manual de Neuropsicología Humana*. Madrid, España: Siglo Veintiuno editores.
- Livingston, K. (2014). *Understanding dissociative disorders*. Londres, Inglaterra: Mind
- Morris, C., y Maisto, A. (2001). *Psicología*. México, México: Pearson Educación.
- Muñoz, E., y Gonzales, B. (2012). *Fundamentos del aprendizaje y del lenguaje*. Barcelona, España: UOC
- Ostrosky, F., Gómez, M., Matute, E., Rosselli, M., Ardilla, A., y Pineda, D. (2012). *Neuropsi*. México, México: Editorial El Manual Moderno.
- Peña, J. (Ed.). (2007). *Neurología de la conducta y neuropsicología*. Barcelona, España: Editorial médica panamericana.
- Pine, J. (2001). *Biopsicología*. Madrid, España: Prentice Hall.
- Sarason, I., y Sarason, B. (2006). *Psicopatología psicología anormal: El problema de la conducta inadaptada*. México, México: Pearson Educación.
- Spitzer, C., Barnow, S., Freyberger, H., y Joergen, H. [actualizado 2006; citado 15 may 2016]. Avances recientes en la teoría de la disociación. *World Psychiatric*, 4 (2), 82-86.
- Tirapu, J., Ríos, M. y Maestú, F. (2011). *Manual de Neuropsicología*. Barcelona, España: Viguera Editores
- Toro, R., Yepes, L., y Palacio, C. (Ed.). (2010). *Fundamentos de medicina: Psiquiatría*. Medellín, Colombia: Corporación para investigaciones biológicas.
- Vallejo, J. (2006). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona, España: Masson.

Vanderlinden, J., y Vandereycken, W. (1999). *Trauma, disociación y descontrol de los impulsos en los trastornos alimentarios*. Barcelona, España: Granica.

LINKOGRAFÍA

- Alianza Nacional de Enfermedades Mentales-NAMI. [actualizado 2015; citado 25 jun 2016]. *Dissociative Disorders*. Disponible en <https://www.nami.org/Learn-More/Mental-Health-Conditions/Dissociative-Disorders>
- Alzheimer's Association. [actualizado 3 abr 2015; citado 30 ene 2016]. *2015 Alzheimer's Disease Facts and Figures*. Disponible en https://www.alz.org/facts/downloads/facts_figures_2015.pdf
- Alzheimer's Association Argentina [actualizado 2016; citado 25 jun 2016]. *El Alzheimer y la demencia en Argentina*. Disponible en <http://www.alz.org/ar/demencia-alzheimer-argentina.asp>
- Alzheimer's Association España. [actualizado 2016; citado 25 jun 2016]. *La enfermedad de Alzheimer y la demencia en España*. Disponible en <http://www.alz.org/es/demencia-alzheimer-espa%C3%B1a.asp>
- Arbadi, M., Zhand, N., Eybpoosh, S., Yazdi, N., Anzari, S., y Ramezani, M. [actualizado 28 may 2014; citado 5 may 2016]. *Correlates of Memory Complaints and Personality, Depression*. Disponible en <http://acta.tums.ac.ir/index.php/acta/article/viewFile/4893/4459>
- Arenas, X., y Luna, S. [actualizado mar 2015; citado 5 may 2016]. *Memoria a Corto Plazo en Personas de la Tercera Edad*. Disponible en <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v8n1/v8n1a7.pdf>
- Belli, H., Ural, C., Yesilyurt, S., Vardar, M., Akbudak, M., y Oncu, F. [actualizado ene 2013; citado 7 may 2016]. *Traumas de infancia y disociación en pacientes con trastornos obsesivo-compulsivos*. Disponible en http://caribbean.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0043-31442013000100007&lng=es&nrm=iso

- Blog de Itzel [actualizado 2015; citado 15 may 2016]. *Funciones del cerebro*. Disponible en <https://blogdeitzel.files.wordpress.com/2011/10/lobulos.png>
- Bosh, M. [actualizado 25 sep 2007; citado 4 abr 2016]. *Viendo sonidos y oyendo imágenes: integración multisensorial*. Disponible en <http://www.percepnet.com/images/ciencia-fig2.jpg>
- Castañeda, J. (actualizado 2015; citado 6 jul 2016). Influencia de diabetes tipo 2 en el déficit cognitivo en pacientes entre 20 y 50 años de edad del Hospital Provincial Docente Ambato, período enero-julio 2014. Disponible en <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/9446>
- Castro, M., Perona, S., Senín, C., y Rodríguez, J. [actualizado 2015; citado 20 jun 2016]. *Relación entre trauma, disociación y síntomas psicóticos positivos*. Disponible en <http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/view/15824>
- Centro de Salud Mental. [actualizado 27 nov 2015; citado 24 jun 2016]. *Trastornos de Personalidad*. Disponible en <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:DL4Noj4N3SwJ:www.salud-mental.cl/trastornos-personalidad/+&cd=8&hl=es&ct=clnk&gl=ec>
- Chinchilla, I. [actualizado 2012; citado 15 jun 2016]. *Síntomas disociativos: Revisión bibliográfica en torno a instrumentos de valoración con población adulta en el ámbito clínico*. Disponible en <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis39.pdf>
- Conde, K., Ramaggi, M., y Cremonte, M. [actualizado 2014; citado 6 may 2016]. *Alcohol y amnesia en universitarios de Argentina y España: Prevalencia y predicción*. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4782684>

- Dávila, J. [actualizado 2005; citado 5 jun 2016]. *¿Cruce de cables en el cerebro?*. Disponible en <http://www.encuentros.uma.es/encuentros104/fig%20104-3.jpg>
- Del Valle, M., y Urquijo, S. [actualizado 2015; citado 15 may 2016]. *Relaciones de las estrategias de codificación mnésica y la capacidad de aprendizaje con el desempeño académico de estudiantes universitarios*. Disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1135755X1500007X>
- DID Research. [actualizado 14 dic 2015; citado 5 jun 2016]. *DID Around the World*. Disponible en <http://did-research.org/controversy/international.html>
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. [actualizado 2014; citado 24 jun 2016]. *Epidemiología en Salud Mental y Adicciones*. Disponible en http://www.msal.gob.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2015-04-24_epidemiologia-en-smya.pdf
- Eryilmaz, G., Kesebir, S., Göğcegöz, I., Özten, E., y Oğuz, K. [actualizado 2015; citado 15 may 2016]. *Dissociative experiences in bipolar disorder II: Are they related to childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms?*. Disponible en http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832015000200038
- Eryilmaz, G., Kesebir, S., Göğcegöz, I., Özten, E., y Oğuz, K. [actualizado 2015; citado 6 jul 2016]. *Dissociative experiences in bipolar disorder II: Are they related to childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms?*. Archives of Clinical Psychiatry. Disponible en <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/>
- Fisher Center for Alzheimer's Research Foundation. [actualizado 2016; citado 24 jun 2016]. *Explore Alzheimer's Research*. Disponible en <http://www.alzheimers-support.com/es/alzheimer-stats-usa.html>

- Fundación UNAM. [actualizado 3 mar 2015; citado 24 jun 2016]. *Personalidad múltiple*. Disponible en <http://www.fundacionunam.org.mx/salud/personalidad-multiple/>
- Gálvez, M. [actualizado 17 feb 2014; citado 20 may 2016]. *Sistema límbico*. Disponible en <http://es.slideshare.net/manueluz6/sistema-lmbico-31315021>
- Giesbrecht, T., Merckelbach, H., y Geraerts, E. [actualizado 2007; citado 24 jun 2016]. The Dissociative Experiences Taxon Is Related to Fantasy Proneness. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17984778>
- Gonzales, A. [actualizado 29 ene 2015; citado 4 abr 2016]. *Disociación y Trauma*. Disponible en <https://trastornosdisociativos.files.wordpress.com/2012/10/trauma-y-disociacion-cadernos-psicologia.pdf>
- González, M., y Luque, M. [actualizado 2015; citado 20 may 2016]. *Relación entre el grado de disociación y el desempeño en tareas de memoria verbal a corto plazo, según la presencia o no de carga emocional en los estímulos, en población normal*. Disponible en <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/1135>
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation. [actualizado 2004-2015; citado 4 abr 2016]. *Dissociation FAQ's*. Disponible en <http://www.isst-d.org/default.asp?contentID=76>
- López, J. (actualizado 2016; citado 6 jul 2016). Experiencias traumáticas y memoria en adultos de 18 a 60 años que se encuentran dentro del Sistema de Protección Asistencial a víctimas y testigos de la Fiscalía de Tungurahua del cantón Ambato. Disponible en <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/23302>

- Lozoya, P., Ruiz, J., y Pedrero, E. [actualizado 2012; citado 5 jun 2016]. *Validación de un cuestionario de quejas cognitivas para adultos jóvenes: relación entre las quejas subjetivas de memoria, la sintomatología prefrontal y el estrés percibido.* Disponible en <http://www.neurologia.com/pdf/Web/5403/bh030137.pdf>
- Marín R., M., Dujó, V., y Gonzales, D. [actualizado 2013; citado 5 may 2016]. *Los trastornos disociativos: Abordaje clínico y análisis de las repercusiones forenses en el victimario dentro del ámbito penal.* Disponible en <http://www.masterforense.com/pdf/2013/2013art5.pdf>
- Maureira, F., Henríquez, F., Carvajal, D., Vega, J. y Acuña, C. [actualizado 2015; citado 24 jun 2016]. *Efectos del ejercicio físico agudo sobre la memoria visual de corto plazo en estudiantes universitarios.* Disponible en https://www.researchgate.net/publication/279771872_EFECTOS_DEL_EJERCICIO_FISICO_AGUDO SOBRE LA MEMORIA VISUAL DE CORTO PLAZO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS
- Mental Health America. [actualizado 2016; citado 24 jun 2016]. *Dissociation and Dissociative Disorders.* Disponible en <http://www.mentalhealthamerica.net/conditions/dissociation-and-dissociative-disorders>
- Montes, S., Poó, F., Valle, V., y López, S. [actualizado 2012; citado 12 jun 2016]. *Tendencias disociativas e incidentes de tránsito.* Disponible en <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/racc/article/view/5177>
- National Institute for Health and Welfare. [actualizado 7 abr 2016; citado 10 may 2016]. *Memory disorders.* Disponible en <https://www.thl.fi/web/chronic-diseases/memory-disorders>
- Organización Panamericana de la Salud. [actualizado 1 oct 2015; citado 25 jun 2016], *Crece la cantidad de personas con Alzheimer y otras demencias en las Américas.* Disponible en

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11322%3Adementias-are-on-the-rise-in-the-americas&catid=8209%3A54th-session-news&Itemid=41586&lang=es

Organización Mundial de la Salud. [actualizado abr 2016; citado 20 may 2016]. *Demencia*. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>

Ostrosky, F., Ardilla, A., y Rosselli, M. [actualizado 14 ene 2014; citado 11 feb 2016]. *Neuropsi*. Disponible en <http://es.slideshare.net/JuanUrazan/neuropsi-29999127>

Özdemir¹, O., Cilingir, V., Güze, P., Milanlioglu, P., Hamamci, M., y Yilmazl, E. (actualizado 2016; citado 6 jul 2016). Dissociative experiences in patients with epilepsy. Disponible en <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/>

Patiño, A. Granados, S. y Gil, S. [actualizado 12 jun 2013; citado 1 jun 2016]. *Sistema Límbico*. Disponible en http://2.bp.blogspot.com/-WHvQ84bWd8g/UbjeI6tsxNI/AAAAAAAAAQI/XLadbXFI_g8/s640/ala2.png

Perona, S., Carrascoso, F., García, J., Ductor, M., López, A., Vallina, O., Pérez, M., y Gómez, M. [actualizado 2012; citado 20 may 2016]. *Dissociative experiences as mediators between childhood trauma and auditory hallucinations*. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22589015>

Qué es el/la?. [actualizado 30 sep 2015; citado 5 jun 2016]. *¿Qué es el cerebro humano? Partes y funcionamiento*. Disponible en <http://queesela.com/wp-content/uploads/partes-de-cerebro-humano-FILEminimizer-e1462459758240.jpg>

Rodríguez, J. y Gutierrez, R. [actualizado 2014; citado 20 may 2016]. *Demencias y enfermedad de Alzheimer en América Latina y el Caribe*. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21431356008>

- Ross, C., y Browning, E. [actualizado 2016; citado 4 jun 2016]. *The relationship between catatonia and dissociation: A preliminary investigation*. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26751346>
- Rosso, V. [actualizado 2 nov 2009; citado 20 may 2016]. *Sistema nervioso*. Disponible en <http://es.slideshare.net/verorosso/sistema-nervioso-2405399>
- Santoro, M. [actualizado 2015; citado 3 may 2016]. *Relación entre el grado de disociación y el desempeño en tareas de memoria verbal a corto plazo, según la presencia o no de carga emocional en los estímulos, en población normal*. Disponible en <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/1135/TFM000147.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Science, natural phenomena & medicine [actualizado 18 nov 2011; citado 1 jun 2016]. *Insula brain*. Disponible en http://2.bp.blogspot.com/-mgfK5mzGPAI/TsZcza1aMwI/AAAAAAAAAIXs/MjyAAB0WVAs/s1600/Insula_brain.jpg
- Sidran Institute. [actualizado 2013; citado 20 may 2016]. *What Is a Dissociative Disorder?*. Disponible en <http://www.sidran.org/resources/for-survivors-and-loved-ones/what-is-a-dissociative-disorder/>
- Slideshare. [actualizado 1 oct 2011; citado 21 jun 2016]. *Neurociencia y pensamiento*. Disponible en <http://es.slideshare.net/JuanCorrea2/neurociencia-y-pensamiento>
- Tejedor, D. [actualizado 4 jul 2015; citado 1 jun 2016]. *Lóbulo frontal*. Disponible en <https://psicowisdom.files.wordpress.com/2014/05/lc3b3bulo-frontal-psicowisdom.jpg>
- Trafton, A. [actualizado 16 mar 2016; citado 1 jun 2016]. *“Lost” memories can be found*. Disponible en <http://news.mit.edu/2016/retrieve-missing-memories-early-alzheimers-symptoms-0316>

Universidad Complutense de Madrid. [actualizado 2016; citado 11 feb 2016].
Escala de Experiencias Disociativas II. Disponible en
<http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Menu%20instrumentos.htm>

Villa, M. [actualizado 7 nov 2013; citado 4 jun 2016]. *La función de los ganglios basales*. Disponible en
http://www.villaneuropsicologia.com/uploads/1/4/4/5/14457670/gb_y_psicopatologia.pdf

Virtual Medical Center. [actualizado 30 sep 2015; citado 25 may 2016].
Disponible en <http://www.myvmc.com/diseases/dissociative-disorders/>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS BASES DE DATOS UTA

EBRARY: Alexandrov, A. y Fedoseev, L. [actualizado nov 2012; citado 13 ago 2016]. Long-Term Memory. Disponible en <http://site.ebrary.com/lib/uta/reader.action?docID=10687803>

EBRARY: Baddeley, A. [actualizado mar 2007; citado 13 ago 2016]. Oxford Psychology Series : Working Memory, Thought, and Action. Disponible en <http://site.ebrary.com/lib/uta/reader.action?docID=10220120>

EBRARY: Conway, A., Jarrold, C., y Kane, M. [actualizado; citado 5 ago 2016]. Feb2007]. Variation in Working Memory. Disponible en <http://site.ebrary.com/lib/uta/reader.action?docID=10271571>

EBRARY: Klingberg, T. [actualizado nov 2008; citado 13 ago 2016]. Overflowing Brain : Information Overload and the Limits of Working Memory. Disponible en <http://site.ebrary.com/lib/uta/reader.action?docID=10254418>

SCOPUS: Ross, C. y Browning, E. [actualizado 2016; citado 6 jul 2016]. The relationship between catatonia and dissociation: A preliminary investigation. *Journal of Trauma and Dissociation*. Disponible en <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84969640977&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=dissociative+experiences&st2=&sid=F27D48682CCC20096FCDA76DB84EF926.aqHV0EoE4xIIF3hgVWgA%3a10&sot=b&sdt=b&sl=39&s=TITLE-ABS-KEY%28dissociative+experiences%29&relpos=0&citeCnt=0&searchTerm=>

ANEXOS

1. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

a. ESCALA DE EXPERIENCIAS DISOCIATIVAS (DES-II).

Este cuestionario consta de 28 preguntas que tratan sobre experiencias que pueden ocurrir en la vida diaria. Nos gustaría conocer la frecuencia con la que usted tiene estas experiencias en condiciones normales, es decir, sin encontrarse bajo los efectos del alcohol o las drogas. Para responder a las preguntas, por favor determine en qué grado la experiencia descrita en las preguntas se aplica a su caso y seleccione el porcentaje del tiempo que usted tiene esa experiencia.

1. Algunas personas refieren la experiencia de que cuando van conduciendo o montados en un coche, autobús, o metro, repentinamente se dan cuenta de que no recuerdan lo que ha sucedido durante parte o todo el trayecto.

(Nunca) 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(Siempre)

2. Algunas personas refieren q algunas veces están escuchando a alguien hablar y repentinamente se percata que no se han enterado de parte o todo lo que han dicho.

(Nunca) 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(Siempre)

3. Algunas personas experimentan la sensación de estando en un lugar determinado, no tienen ni idea de cómo han llegado hasta allí.

(Nunca) 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(Siempre)

4. Algunas personas refieren la experiencia de encontrarse vestidos con ropas que ellos no recuerdan haberse puesto.

(Nunca) 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(Siempre)

5. Algunas personas refieren la experiencia de encontrarse entre sus pertenencias cosas que ellas no recuerdan haber adquirido.

(Nunca) 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(Siempre)

6. Algunas personas, en ocasiones, descubren que son saludados por personas que no conocen, que las llaman por otro nombre o que insisten en que ya se habían encontrado en otra ocasión.

(Nunca) 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(Siempre)

7. Algunas personas, en ocasiones, tienen una sensación como si estuvieran de pie al lado de sí mismas, o viéndose a sí mismas hacer alguna cosa y se ven a sí mismas como si fueran parecidas a otra persona.

(Nunca) 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(Siempre)

8. Algunas personas relatan que en algunas ocasiones no reconocen a amigos o miembros de su familia.

(Nunca) 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(Siempre)

9. Algunas personas observan que no conservan recuerdo de alguno de los sucesos importantes en sus vidas (por ejemplo su boda o graduación).

(Nunca) 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(Siempre)

10. Algunas personas tienen la sensación de ser acusadas de mentir cuando ellas no creen que hayan mentido.

(Nunca) 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(Siempre)

11. Algunas personas experimentan la sensación de mirarse al espejo y no reconocerse.

(Nunca) 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(Siempre)

12. Algunas personas tienen la sensación de que las otras personas, objetos y el mundo que las rodea no es real.

(Nunca) 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(Siempre)

13. Algunas personas experimentan la sensación de experimentan la sensación de que sus cuerpos parecen no pertenecerles a ellas.

(Nunca) 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(Siempre)

14. Algunas personas experimentan, en ocasiones, el recuerdo de un suceso ya pasado de forma tan vívida que sienten que están reviviendo el evento.

(Nunca) 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(Siempre)

15. Algunas personas tienen la sensación de no estar seguras de si las cosas que ellas recuerdan sucedieron realmente o si ellas las han soñado.

(Nunca) 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(Siempre)

16. Algunas personas tienen la sensación de aun encontrándose en un lugar familiar, lo encuentran extraño y no familiar.

(Nunca) 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(Siempre)

17. A alguna personas les ocurre que cuando están viendo la televisión o una película se involucran tanto en la historia que no son conscientes del resto de cosas que suceden a su alrededor.

(Nunca) 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(Siempre)

18. A algunas personas les sucede que se ven involucradas de tal modo en una fantasía o un sueño que sienten como si les estuviera sucediendo realmente a ellas.

(Nunca) 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(Siempre)

19. A algunas personas les sucede que en ocasiones son capaces de ignorar el dolor.

(Nunca) 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(Siempre)

20. Algunas personas, en ocasiones, descubren que se sientan mirando fijamente al vacío, sin pensar en nada y no tienen conciencia del paso del tiempo.

(Nunca) 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(Siempre)

21. Algunas personas, en ocasiones, descubren que cuando se encuentran solas se hablan en voz alta a sí mismas.

(Nunca) 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(Siempre)

22. Algunas personas descubren que ante una situación pueden actuar de forma tan diferente que frente a otra, que se sienten como si fueran personas diferentes.

(Nunca) 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(Siempre)

23. Algunas personas, en ocasiones, descubren que en determinadas situaciones son capaces de hacer cosas, en principio difíciles para ellas, con una facilidad y espontaneidad asombrosas.

(Nunca) 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(Siempre)

24. En ocasiones, algunas personas descubren que no pueden recordar si ellas han hecho una determinada cosa o solo han pensado en hacerla (por ejemplo no saben si han enviado una carta o solo han pensado en enviarla).

(Nunca) 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(Siempre)

25. Algunas personas descubren evidencias de haber hecho una cosa que no recuerdan haber hecho.

(Nunca) 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(Siempre)

26. Algunas personas, en ocasiones descubren entre sus pertenencias escritos dibujos o notas que ellas han hecho pero no pueden recordar que las hayan realizado.

(Nunca) 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(Siempre)

27. En ocasiones, algunas personas descubren que oyen voces dentro de su cabeza que les dicen de hacer cosas o les comentan sobre cosas que ellas ha hecho.

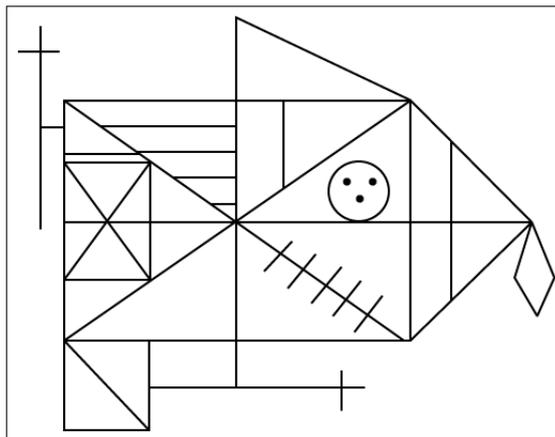
28. Algunas personas, en ocasiones, sienten que están mirando a su alrededor a través de la niebla de tal manera que la gente y los objetos aparecen ante ellos alejados o difuminados.

(Nunca) 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
(Siempre)

b. SUBESCALA DE MEMORIA - NEUROPSI.

Escala Total Memoria

- Dígitos Regresión: “Voy a leerle una serie de número. Cuando termine, usted me los repite al revés, desde el último hasta el primero.”
- Cubos regresión: “Ahora voy a señalar una serie de cubos. Cuando termine, usted deberá señalarlos al revés, desde el último hasta el primero...”
- Curva memoria codificación volumen promedio: “A continuación voy a leerle una lista de palabras, las cuales debe repetir, sin importar el orden, inmediatamente después de que yo termine.”
- Pares asociados codificación volumen promedio: “Voy a leerle una lista de pares de palabras. Al terminar, le diré la primera palabra de cada par y usted deberá decirme la segunda.”
- Memoria lógica codificación promedio historias: “Voy a leerle dos historias, Cuando termine de leer cada una, le pediré que me diga todo lo que pueda recordar.”
- Memoria lógica codificación promedio temas.
- Figura semicompleja / Rey-Osterreith codificación



- Caras codificación: “A continuación le mostraré las fotografías de algunas personas, junto con sus nombres. En cuanto yo termine usted deberá repetir los nombres que recuerde”

- Memoria verbal espontánea total: “Hace un momento aprendió una lista de palabras, ¿Cuáles de éstas recuerda?”
- Memoria verbal por claves total: “De la lista de palabras que se aprendió, mencioné algunas frutas, ¿Cuáles eran?”
- Memoria verbal reconocimiento total: “Voy a leerle una lista de palabras, si alguna de ellas pertenece a las palabras que usted memorizó anteriormente, me dirá “sí”, en caso contrario, ”no””
- Pares asociados evocación total: “¿Recuerda los pares de palabras que aprendió hace un momento?”
- Memoria lógica evocación promedio historias: ¿Recuerda las historias que le leí antes? Dígame todo lo que pueda recordar de a primera”
- Memoria lógica evocación promedio temas
- Figura semicompleja / Rey-Osterreith evocación: “Recuerda la figura que copió hace un momento? Trate de dibujarla nuevamente en esta hoja”
- Evocación de nombres: “Hace un momento le mostré fotografías de algunas personas, ¿Puede decirme cuáles eran sus nombres?”
- Reconocimiento de caras total: “Le voy a mostrar algunas fotografías, si alguna de ellas pertenece a las fotografías que vio anteriormente, me dirá “sí”, en caso contrario, “no””

2. PROCESO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ con Cédula de Identidad _____ autorizo al Sr/Srta/Sra Estefania Daniela Guerrero Jaramillo hacer uso de la información que yo pueda proporcionarle para la realización de su proyecto de investigación que tiene por tema “Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria” de la Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera Psicología Clínica, la misma que se llevará a cabo en _____.

El objetivo de este documento es darle a conocer que:

La participación en esta investigación es definitivamente de forma voluntaria. Esto quiere decir que si usted lo desea puede negarse a participar o abandonar el estudio en el momento que quiera sin tener que rendir cuentas.

Es probable que usted no reciba ningún beneficio directo del estudio realizado, pues los datos proporcionados tienen como finalidad producir conocimientos que podrían ser usados para elaborar estrategias de entrenamiento cognitivo en cuanto a la memoria, en complemento con tratamiento psicoterapéutico.

Finalmente cabe recalcar que el estudio no produce ningún daño o riesgo y que se garantiza total discreción y confidencialidad en la información obtenida.

Con el fin de agilizar la investigación se procederá a hacer un acompañamiento donde se emitirá una explicación previa, antes de que conteste las baterías de evaluación, para un mejor desenvolvimiento.

Firma: _____

Fecha: _____

3. SOLICITUD PARA LA AUTORIZACIÓN DE LAS COORDINACIONES DE CARRERA

Ambato, 5 de abril de 2016

Título

Nombre y Apellido

CARGO

Presente:

De mis consideraciones:

Yo, Estefania Daniela Guerrero Jaramillo con número de cédula 180384414-9, estudiante de décimo semestre de Psicología Clínica de la Universidad Técnica de Ambato, solicito a usted de la manera más comedida su colaboración en el Proyecto de Investigación con el tema “Experiencias disociativas y su incidencia en la memoria”.

La población seleccionada está conformada por los estudiantes de primer semestre de todas las carreras de la Facultad de Ciencias de la Salud: Psicología Clínica, Medicina, Estimulación Temprana, Laboratorio Clínico, Enfermería y Terapia Física en el periodo abril – septiembre 2016.

La presente investigación se la realizará mediante la aplicación de dos reactivos psicológicos y neuropsicológicos: La Escala de Experiencias Disociativas – DES y la subescala de memoria del Neuropsi.

La aplicación se la realizará de forma individual en el consultorio de psicología clínica de la Facultad de Ciencias de la Salud, para lo cual se requiere de la asistencia de los estudiantes para su evaluación y posterior certificación de su asistencia.

La agenda de citas se programará con los estudiantes y el tutor de curso en una semana en la cual podrán asistir en horario matutino de 7 am a 1 pm o en horario vespertino de 2 pm a 6 pm. Para lo cual será de mucha importancia que la asistencia a la consulta sea propuesta como obligatoria por parte de la coordinación de la carrera.

Por la atención prestada a la presente, quedo agradecida.

Atentamente,

Estefania Guerrero J.

Investigadora