



CENTRO UNIVERSITARIO  
INDOAMERICANO

*Conocer para Trascender*

**CENTRO UNIVERSITARIO INDOAMERICANO**

---

---

INCORPORADO A LA UNAM CLAVE 8909 - 25

“LA PROLIFERACIÓN DE PERSONALIDADES EN EL  
TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO”

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**  
P R E S E N T A :  
**LILIANA CAMARENA RANGEL.**

ASESOR: MTRA. MARÍA EUGENIA NICOLÍN VERA

TLALNEPANTLA DE BAZ, ESTADO DE MÉXICO

2007



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS.

A mis **padres** por haber permitido que cometiera los errores que me llevaron a tomar las decisiones correctas para mí, por haber estado a mi lado en momentos fáciles, no tan fáciles y muy difíciles y por amarme de la manera en la que únicamente yo se que me aman. Gracias, sin ustedes no estaríamos aquí.

A mi **hermana** porque su mera existencia me ha dado las fuerzas para existir y porque simplemente "Without her I don't make sense"

A **Adrián**, mi esposo y compañero de vida, por creer en todo lo que soy y seré, por ayudarme a creer en la felicidad, por crearla y compartirla conmigo. Por enseñarme que es mejor la satisfacción a la perfección y que la vida se construye de sonrisas y no de risas. Te amo!!!!

A **Rocío**, mi manta, porque a pesar de los altibajos, de los malos ratos y de los momentos extraños hemos logrado construir lo mas cercano a un lazo filial. A ella que sabe lo que es dar sin esperar, en esta ocasión le doy este espacio en un momento tan especial.

".....If I murdered someone she's the person I'd call to help me drag the corpse across the living room floor..... She's my person."

A **Jenny, Humberto y Tía Caro** porque en los momentos difíciles ayudaron, en los fáciles estuvieron y en los importantes se regocijaron. Gracias!

A mi **Tío Marco** porque me enseñó que en este mundo nunca estamos solos y que efectivamente hay idiomas que solo ciertas personas conocemos.

Al **Dr. Antiga** por haber compartido conmigo el largo viaje de la demencia a la normalidad.

A la **Maestra Ma. Eugenia Nicolín** no solo por su ayuda y dirección en la realización de este trabajo, sino por todos los conocimientos que me proporcionó dentro y fuera del aula.

A todos mis **maestros** por haberme hecho mejor profesionalista y persona.

## TABLA DE CONTENIDOS.

I.	Introducción.....	5
II.	Resumen.....	7
III.	La Importancia del Estudio de Identidad Disociativo.....	8
IV.	Antecedentes.....	14
	A) El Trastorno de Identidad Disociativo a través de la Historia.....	14
	B) Casos Importantes de Trastorno de Identidad Disociativo.....	18
V.	El Trastorno de Identidad Disociativo.....	24
	A) Síntomas.....	24
	B) Criterios DSM-IV.....	26
	C) El Sistema.....	27
	1) Personalidad anfitriona.....	28
	2) Identidades Alternantes.....	28
	D) Riesgos.....	30
VI.	Causas del Trastorno de Identidad Disociativo.....	35
	A) El Maltrato infantil como posible causa del TID.....	35
	1) El Maltrato infantil en México.....	37
VII.	La Proliferación de Personalidades.....	41
	A) La falta de integración de la personalidad.....	41
	B) Identidades que forman parte de la personalidad original.....	42
VIII.	Conclusiones.....	49
IX.	Anexo.....	62
X.	Glosario.....	63
XI.	Referencias.....	65

## I. INTRODUCCIÓN.

Durante muchos años, la personalidad ha sido uno de los temas más abordados en la psicología. Así mismo, hemos observado a través del tiempo y de la historia de la psicología como otro fenómeno estudiado a fondo son los trastornos mentales que aquejan a la sociedad. En las últimas dos décadas un trastorno en específico ha causado gran revuelo y ha dado de que hablar a los profesionales de la salud mental.

Este padecimiento era conocido como el trastorno de personalidad múltiple hasta el año de 1994 cuando el comité del DSM (en su cuarta edición) decidió re-nombrarlo como Trastorno de Identidad Disociativo. Este trastorno, cuya principal característica es que el individuo tenga más de una personalidad, se vio manifestado de muchas formas incluyendo la de los medios de comunicación.

Estos medios de comunicación ( Televisión, cine, literatura, etc..) comenzaron a hacer una gran difusión acerca de este trastorno y pronto era un problema que se encontraba en una cantidad importante de la población mundial. Como ejemplo, podremos recordar el libro Sybil en la década de los setentas, el cuál fue llevado al cine unos años después y que narra la historia de una niña que como consecuencia del abuso y maltrato de su madre llegó a desarrollar 16 personalidades.

Algunos psicólogos y psiquiatras han afirmado que estos casos presentados son manipulados por los mismos terapeutas y que han sido con personas altamente influenciables. Por supuesto, los terapeutas a favor del diagnóstico niegan que haya manipulación de los casos. La realidad es que no se ha podido esclarecer la verdad de estos casos ni el porque de ellos.

Actualmente sabemos que las personas con TID pueden tener de 1 a 10 (en promedio) personalidades alternas, que uno de los criterios principales es la amnesia y que puede ser el resultado de años de abuso. A pesar de todo esto

las explicaciones de las razones por las que se da este fenómeno psíquico no han sido establecidas claramente.

Es por todo lo anterior que fue necesario llegar a conclusiones que nos permitan llegar a soluciones. Éstas solo se lograrán tener cuando se pueda comprender completamente este trastorno que se manifiesta con una supuesta proliferación de personalidades y que va en aumento.

Entonces, el cuestionamiento que surgió de la información con la que se cuenta en la actualidad es el siguiente: ¿En verdad existe una multiplicidad en cuestión de identidades en un mismo sujeto? y ¿Qué es lo que ocasiona que se de este fenómeno en una persona?

Finalmente, tomando en cuenta la teoría de Cárdeña, la cual dice que la falta de integración de la personalidad es la razón por la que se presenta este padecimiento, se tuvo el siguiente cuestionamiento abierto y a investigar ¿Es posible que la falta de integración de la personalidad haga que ésta se manifieste de manera fragmentada en lugar de presentar múltiples personalidades?

## II. RESUMEN.

El presente trabajo es un estudio del Trastorno de Identidad Disociativo y la supuesta proliferación de personalidades que lo caracteriza. Esta aproximación, basada en la teoría de Cardeña, abarca desde los principales síntomas, como la amnesia, hasta sus posibles causas como lo es el maltrato y abuso infantil.

Logrando concluir, así, que el TID no es la fragmentación de la personalidad sino el fracaso de la integración de los sistemas, subsistemas y rasgos que conforman la personalidad. Esto deriva en la posibilidad de que las personalidades alternas que se encuentran en este trastorno no sean una proliferación en sí, sino la manifestación de cada uno de los rasgos que forman parte de la personalidad de forma individual. Como consecuencia tenemos que cada una de estas identidades serán parte de la personalidad original que fracasaron en el intento de integrarse.

El objetivo terapéutico estará únicamente enfocado a lograr la integración de todas las identidades alternas en una sola, transformando la información adquirida por cada una de ellas en los sistemas, subsistemas y rasgos que darán paso a lo que en algún momento fue la personalidad original.

**Palabras Clave:** Disociación, Amnesia, Violencia, Maltrato Infantil, Personalidades Múltiples, Cardeña, Schultz, Personalidad.

### **III. LA IMPORTANCIA DEL ESTUDIO DEL TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO.**

Estudios actuales acerca del Trastorno de Identidad Disociativo (TID) demuestran que alrededor de 1% de la población mundial lo padece y que entre 5 y 20% de la población en hospitales psiquiátricos lo presenta ("Dissociative Disorders", 2003). Si es así entonces, encontraríamos que aproximadamente 1 millón de personas de la población mexicana estaría padeciendo de este trastorno. Estas cifras representan un porcentaje que al parecer no es tan relevante pero si tomamos en cuenta la rareza del trastorno y el hecho de que en ocasiones puede confundirse con trastornos como la esquizofrenia, entonces podríamos afirmar que las estadísticas nos revelan la importancia que este trastorno esta adquiriendo en la actualidad.

Si este es un trastorno de incidencia en aumento en la actualidad entonces, debería de haber más estudios al respecto. Sin embargo, encontramos que hay pocos estudios en cuanto a las causas y razones por las cuales los síntomas que se manifiestan son de esa naturaleza. Un ejemplo de esta situación son los Archivos Generales de Psiquiatría en donde de cada 40 artículos consultados 4 abordan este trastorno bajo el nombre de Trastorno de Identidad Disociativo y de cada 40 artículos bajo el nombre de Trastorno de Personalidad Múltiple, únicamente se encuentran 3 estudios acerca del mismo.

Dentro de las explicaciones algunos teóricos hablan acerca del abuso infantil como causas premorbidas de la presencia del TID y de la falta de integración de la personalidad desde una edad temprana, dejando a un lado la explicación de lo que sucede entre la falta de integración de la personalidad y la aparición de las distintas personalidades en un individuo.

Las cifras de maltrato y abuso infantil en México se han tornado cada vez más alarmantes con el paso de los años. Entre 1979 y 2002, más de 610 niños y niñas menores de 14 años fueron asesinados en promedio cada año. Lo que lleva a que en México, desde hace 25 años, mueren asesinados 2 menores por día. En 2002, el Sistema de Salud reportó más de 19 mil menores de 14 años

con lesiones ocasionadas por violencia. Durante el periodo 2000-2004 el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) ha venido atendiendo entre 20 y 25 mil casos de maltrato infantil cada año. (Cámara, 2005)

Según los resultados de la Consulta Infantil y Juvenil realizada por el Instituto Federal Electoral (IFE) en el 2003, entre niños de 6 a 9 años 28% dijeron que son tratados con violencia en su familia y 16% en sus escuelas. Asimismo, 3.5% dijeron que han sufrido abuso sexual en su casa o en la escuela. (Instituto Federal Electoral, 2004).

Si una de las causas que propician la aparición del TID es el maltrato infantil, entonces podemos ver que hay una gran posibilidad de que este trastorno se manifieste en el futuro. Para poder prevenir que esta situación se presente es importante dar atención a los niños que sufren de abuso sexual o maltrato. Así mismo, para prevenir la aparición de este trastorno es necesario conocerlo para coadyuvar en una integración de la personalidad a través de un tratamiento de los síntomas y causas del mismo.

Otro factor a considerar es la globalización ya que actualmente los niños y jóvenes están expuestos a una gran cantidad de medios masivos de comunicación. Éstos revelan diariamente una serie de modelos a seguir que se presentan como la forma idónea de vivir la vida. Si aunamos la cantidad de transculturización a la que están expuestos día a día al incremento del abuso y/o maltrato, entonces se podría encontrar una relación que podrá favorecer la aparición del TID en el futuro.

Como menciona Beere (1995) los niños durante etapas de maltrato y abuso entran en un estado autohipnótico y fantasioso parecido al que tienen al momento de jugar. Si esto sucede y los niños comienzan a fantasear con una serie de personalidades que ellos han visto en los medios de comunicación, entonces es posible que en un futuro lo que encontremos sea que estos niños, ya como adultos, comiencen a actuar de esa forma ya que eso era lo que ellos querían ser en momentos de sufrimiento y estrés.

No se puede ignorar el hecho de que hay un gran espacio en blanco en las explicaciones de los investigadores actuales acerca del trastorno. Es necesario llegar, aunque sea de manera teórica, a posibles conclusiones acerca de lo que sucede en este trastorno. El hecho de que su presencia no sea muy frecuente hace necesario su estudio.

Partir de la existencia del TID le restará importancia a la controversia acerca del mismo, lo que nos lleva a buscar: atención especializada y acertada a las personas que tengan este problema. Si no se conoce a profundidad el tema, las causas y las razones, no se podrá dar un tratamiento correcto y, entonces, los profesionales simplemente se enfocaran a discutir si la existencia del trastorno es verdadera o no. Finalmente, lo que percibe el paciente como su realidad es lo que debemos de tomar en consideración.

Por todo lo anterior se planteó el siguiente objetivo: explicar la teoría de la multiplicidad de personalidades en aras de obtener información más amplia para proporcionar un mejor tratamiento y así poder ofrecer, también, una prevención debido a las grandes posibilidades que los niños que sufren de maltrato tienen de presentarlo en un futuro. Para poder llegar a estas soluciones fue necesario dar respuesta a la pregunta planteada anteriormente. ¿Es posible que la falta de integración de la personalidad haga que la misma se manifieste de manera fragmentada en lugar de presentar múltiples “personalidades”? Si es así, entonces estaríamos empezando a dar respuestas y conclusiones al enigma que representa el trastorno de identidad disociativo y que potencialmente podría empezar a manifestarse en un futuro en México.

El Trastorno de Identidad Disociativo es uno de los trastornos que en los últimos años ha desarrollado una gran controversia en cuanto a su existencia y validez.

McHugh (1992), cree que los pacientes que presentan TID están demostrando una historia cuyo objetivo es tener, de manera más o menos inconsciente, la atención de las demás personas y parecer de alguna manera relevante en sus ojos. Este mismo autor, junto con Merskey (1992) creen que el TID es una conducta aprendida.

No hay datos que corroboren estas teorías, sin embargo estos autores han hecho, durante muchos años, esfuerzos por tratar de dar una explicación a este trastorno que no implique aceptar la teoría de la multiplicidad de identidades o personalidades.

Para poder seguir con este tema será necesario dar una definición de lo que tomaremos por personalidad. Para este trabajo se utilizó la definición desde el punto de vista cognitivo la cual nos dice que ésta es una organización jerárquica de sistemas, subsistemas y rasgos que traducen, transforman e integran información (Coon, 1999).

Se pueden encontrar explicaciones acerca de lo que es el trastorno como lo vemos en el DSM- IV- TR (2002) donde vemos que podemos encontrar reflejado un fracaso en la integración de varios aspectos de la identidad, la memoria y la conciencia. También en este manual podremos ver que se acepta la teoría de la multiplicidad ya que cada personalidad que presente el individuo está descrita como un ente o identidad separada del resto del "anfitrión", con su historia personal, imagen y nombre individual. A pesar de que estos criterios fueron considerados en ediciones anteriores (DSM, 1980), no fue esta la cuarta revisión del mismo que se consideró necesario incluir el criterio de la amnesia como un síntoma fundamental para el diagnóstico.

En la mayoría de la bibliografía consultada acerca del tema se encontraran definiciones más o menos parecidas a ésta, en todas aceptando el hecho de que el maltrato o abuso sexual o físico en la infancia tiene una gran relevancia en el desarrollo de este trastorno. Algunos otros autores, como Halgin y Whitbourne (2004), admiten que las identidades que se presentan pueden tener diferentes edades, razas, niveles de inteligencia y estilos afectivos.

Sin embargo es difícil encontrar la explicación para la creación de estas identidades con estilos de vida tan individuales y formas de pensar. Cardeña (1995) dice que el trastorno más que una proliferación de personalidades es la falta de integración de la personalidad. Resalta el hecho de que en estos pacientes sea la alteración de la memoria y conciencia lo que provocan una escisión en la personalidad. La teoría de Cardeña no ha sido relevante dentro del ámbito psiquiátrico y la teoría que se maneja hoy en día es simplemente la de la falta de integración de la personalidad y su consecuencia: la multiplicidad y proliferación de personalidades en un mismo anfitrión.

Partiendo del supuesto de que el trastorno existe y que de hecho existe una falta de integración de la personalidad debido al maltrato, abuso sexual o experiencias traumáticas en la infancia, podemos quedar con un cuestionamiento ¿En verdad existe una multiplicidad en cuestión de identidades en un mismo sujeto? y ¿Qué es lo que ocasiona que se de este fenómeno en una persona?

A través de este cuestionamiento podríamos llegar a conclusiones, a nivel teórico, importantes ya que es necesario que se le de importancia a este tipo de trastornos que pareciera que únicamente aparecen de vez en cuando en películas y libros o como grandes excusas para los asesinos en serie. Es un trastorno que, a pesar de la gran controversia que causa, se presenta de manera importante en algún porcentaje de la población mundial (1%) lo cual representa que es un tema del cual se debe de hablar e investigar.

Como se expuso anteriormente, Cardeña (1995) cree que el hecho de que la memoria y la conciencia se encuentren alteradas en los individuos que presentan este tipo de trastorno puede causar que haya una fragmentación de la personalidad. Entonces, ¿podríamos decir que las distintas identidades que presentan los sujetos con TID son parte de la personalidad inicial y que al no poder integrarse quedaron separadas? Si esto es cierto entonces tendríamos que admitir que no existe una multiplicidad de personalidades sino que la

personalidad del individuo que padece este trastorno se manifiesta de forma separada debido al fracaso de integración.

Este es el cuestionamiento que es tratado en este trabajo con la finalidad de esclarecer de manera teórica el enigma de la proliferación de personalidades en sujetos con TID. Y para poder llegar a conclusiones satisfactorias se hace una revisión de la información con la que se cuenta actualmente; se toman en cuenta los estudios que se han hecho a través de los años, se realiza una descripción profunda de lo que es el trastorno y como se manifiesta, se exponen casos que se han publicado y que han logrado contribuir al estudio de este trastorno y, finalmente, se llega a una explicación, en base a toda la teoría, del porque de la presencia de las supuestas identidades o personalidades alternas en una misma persona.

El objetivo de este trabajo es explicar las causas por las que la personalidad se manifiesta a través de distintas identidades debido al abuso infantil, a lo cual se le denomina como Trastorno de Identidad Disociativo. Como objetivo específico se plantea el siguiente: analizar los antecedentes de abuso y maltrato como precurrentes al TID.

Los resultados de este proyecto están enfocados a: en primer lugar, contribuir con los profesionales de la salud en sus investigaciones y estudios a través de encontrar las respuestas psicológicas en el estudio de la personalidad y trastornos disociativos, que auxiliaran al psiquiatra en el estudio y tratamiento de estos casos; así como al neurólogo para lograr un mayor entendimiento de las causas, síntomas y tratamiento desde la infancia hasta la presencia del trastorno.

En segundo lugar, los beneficios se verán reflejados, principalmente, en los individuos que padezcan TID y los niños que sufran de maltrato y abuso ya que este tipo de estudios proporcionarán información que constituya de ayuda a su prevención, tratamiento y comprensión.

Finalmente, este proyecto también permite que se abran otras líneas de investigación a partir de las primicias presentadas. Estas nuevas líneas de investigación podrán permitir que se construyan nuevos conceptos y conocimientos a partir de este trabajo.

## **IV. ANTECEDENTES.**

### **A) El Trastorno de Identidad Disociativo a través de la Historia.**

Durante las últimas dos décadas, el Trastorno de Identidad Disociativo (TID) es un trastorno que ha causado una gran controversia con respecto tanto a su diagnóstico como a su existencia. Dicha controversia parte de la discusión por reconocer el trastorno de manera oficial, el cual ha sido primordialmente conocido gracias a su éxito como tema de artículos, libros, y películas. (Las Tres Caras de Eva, 1957 y Sybil, 1973).

Sin embargo, no fue hasta la década de 1980 cuando se empezaron hacer estudios importantes acerca del trastorno y fue en este mismo año cuando se le incluyó en el DSM como Trastorno de Personalidad Múltiple y fue definido de tal manera que los síntomas no estaban reservados únicamente para casos tan extremos como los que se habían presentado en los libros y películas. (Cardeña, 1995; Halgin y Whitbourne, 2004)

Junto con esta ampliación de la definición, ocurrió una proliferación de casos del trastorno de personalidad múltiple, al grado de que se le consideró una "epidemia" (Boor, 1982). Esta "epidemia" se volvió notoria cuando las cifras de casos reportados, a partir de la inclusión del trastorno en el DSM, aumentaron de manera significativa mostrando que entre 1950 y 1970 solo se tenía conocimiento de unos cuantos casos y a partir de 1980 se reportaron miles de casos. Putnam (1986) dice que se reportaron más casos en un periodo de cinco años en la década de los ochenta que los documentados durante los dos siglos anteriores.

Fue debido a este incremento de reportes que en la década de los noventa los profesionales de la salud mental decidieron hacer estudios más profundos acerca del trastorno. Se desarrollaron teorías en las que los terapeutas

resultaban los culpables de este incremento, en otras tantas teorías se culpó directamente a la terapia hipnótica por resultar sumamente sugestiva.

En 1980, en su estudio, *Multiple personalities. A report of 14 cases with implications for Schizophrenia and hysteria*, E. L. Bliss reporta que después de haber trabajado con personas que habían sido diagnosticadas con el Trastorno de Personalidad Múltiple, llegó a la conclusión de que todos sus síntomas podrían haber llegado a ser también síntomas de esquizofrenia y de histeria por lo que lo que el DSM sugería era demasiado ambiguo.

Finalmente, en 1994 en la cuarta revisión del DSM se decidió hacer un cambio re-nombrando el trastorno como Trastorno de Identidad Disociativo, como se le conoce en la actualidad. Este nuevo término permitió capturar la esencia de desapego y desorganización del individuo sin entrar en la controversia del tema de la multiplicidad. Además, el haber agregado como síntoma y criterio esencial para el diagnóstico a la amnesia, permitió que se refinara un poco más la etiqueta diagnóstica (Muller, 1998)

Para ayudar a refinar y estandarizar el diagnóstico de este padecimiento, la psiquiatra Marlene Steinberg (1994) creó la Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos disociativos-revisada, incluida también en el DSM-IV (Halgin y Whibourne, 2004)

Al indagar en las causas de este padecimiento los estudiosos encontraron que muchos (87%) de los pacientes con este trastorno, reportan haber sido víctimas de abuso sexual o físico infantil ( Ellason, Ross y Fuchs, 1996; Kluft,1997; Lewis et al., 1997; Lussier, Steiner, Grey y Hansen, 1997; Scropo, Drob, Weinberger y Tagle, 1998; Simeon et al., 2001).

Estos estudios, y muchos otros más, dejaron abierta la pregunta acerca de la conexión entre una infancia traumática y el desarrollo de un trastorno de identidad disociativo. Según Beere (1995) los niños aprenden a entrar en un estado autohipnótico y disociativo, lleno de fantasía y de pensamientos de ser alguien más. Como sabemos, esto es común en esta etapa del desarrollo y si

se presenta en conjunto con un periodo de abuso, podría resultar perjudicial debido a que se podría convertir en un patrón de conducta al que estos niños, en una etapa adulta, recurran en momentos de estrés o conflicto.

Algunos estudios en EEUU sugieren que alrededor del 1% de la población presenta síntomas de «disociación patológica», estado que puede desencadenar TID y en 1995 en Ámsterdam el Ministerio de Sanidad holandés financió un estudio, dirigido por Suzette Boon y Nel Draijer, psicólogos de la Universidad Libre de Amsterdam, cuyos resultados apuntaron a que el 19% de una muestra representativa de pacientes psiquiátricos de Holanda presentaba síntomas de estados de disociación o de TID. (“El Rostro de las Mil Caras”, 1995)

Este trastorno causó controversia en otros ámbitos fuera de la psicología clínica y la psiquiatría; empezó a ser nombrado en la psicología forense ya que, en intentos desesperados para no tomar responsabilidad de ciertos crímenes, los acusados en juicio comenzaron a presentar síntomas del TID con más frecuencia. Esto se vió reflejado claramente en un caso, cuyo dramatismo atrajo la atención de mucha gente, en 1984. Este era el caso de Keneth Bianchi, un asesino en serie, que fingió tener TID en un intento por evitar la persecución de sus delitos. (Fombellida y Velasco, 2003)

El sistema legal y la psicología forense también han llevado a cabo estudios importantes para poder detectar la simulación de los síntomas en personas que estén declarando incompetencia o enfermedad mental en base a los criterios utilizados para el diagnóstico del TID. Según Ross (1989), el sistema legal favorece la simulación como un medio para evitar la responsabilidad y las consecuencias de actos criminales.

A pesar de que la psiquiatría y psicología forense, en su bibliografía, generalmente no le dedica más de una página al TID, haciendo hincapié en lo raro o poco frecuente de la personalidad múltiple, y la excepcionalidad delictiva actualmente se encuentran casos importantes al respecto que nos llevan a

pensar que probablemente el surgimiento del trastorno en el ámbito legal no fue únicamente una moda.

En Diciembre del 2002, en Sevilla, se dio el caso de una mujer que había matado a su hija recién nacida pocas horas después de haber dado a luz. El caso demostró que esta mujer presentaba los síntomas de TID ya que no recordaba haber estado embarazada. Los estudios que se hicieron fueron profundos e importantes debido a la rareza del caso. Los profesionales concluyeron que lo que ésta mujer presentaba era TID (Fombellida y Velasco, 2003)

Estos estudios recientes, que aunque derivan de otro tipo de prioridades, han logrado demostrar que, a pesar de ser un tema controversial e incluso considerado arcaico, el TID sigue siendo un padecimiento que existe para muchos estudiosos y que aún necesita ser estudiado para poder demostrar de manera científica su autenticidad.

Con el objetivo de demostrar esto, Vidal et. al. (2006) realizaron un estudio acerca del tratamiento para el trastorno de identidad disociativo (*Un caso clínico de Trastorno de Identidad Disociativo (TID) tratado con EMDR e ICV*). En su reporte dan un recuento de cómo se manifiestan los síntomas tratando de demostrar que los síntomas no se dan de manera exagerada y, sin embargo, encajan plenamente en los criterios que ofrece el DSM- IV-TR.

Los estudios actuales acerca del TID, como podemos ver, están plenamente enfocados a determinar su existencia y autenticidad. Los profesionales e investigadores que defienden la idea de que es un trastorno que debe tomarse en cuenta, enfocan todos sus esfuerzos en demostrar esto y los que piensan lo contrario toman la misma posición de debate. Poca gente ha dedicado sus estudios plenamente a investigar las causas, más allá de la falta de integración de la conciencia y del maltrato y abuso tanto físico como sexual en la infancia.

De igual manera no se han llegado a preguntar si esta aparición de personalidades dentro de una misma persona es esto, solo un surgimiento de

diversas personalidades o si la falta de integración ha llevado a la persona a sentirse como distintos individuos.

Es por lo anterior que este trabajo estará enfocado en tratar de explicar de manera teórica como es que la falta de integración de la personalidad en edades tempranas lleva a que el individuo genere diversas personalidades que, finalmente, serán parte esencial de lo que pudo haber sido su personalidad en caso de que hubiera habido una integración óptima.

## **B) Casos Importantes De Trastorno de Identidad Disociativo.**

El Trastorno de Identidad Disociativo ha sido revelado a detalle en las últimas dos décadas a través de diversas publicaciones como libros, artículos de revista y películas. Sin embargo, la historia demuestra que, a pesar de haber sido un trastorno aceptado científicamente en la década de los ochentas, se han documentado casos que datan del siglo XIX.

Una monografía publicada en Francia por el Dr. Antoine Despine en 1840 reporta el caso de Estelle, una niña suiza de 11 años que sufría de parálisis e hipersensibilidad al tacto. Estelle desarrolló una segunda personalidad la cual podía caminar, jugar y no toleraba la presencia de su madre. Ambas personalidades presentaban diferencias significativas en conducta, preferencias y la forma de relacionarse con los demás. Despine, posteriormente, relata haber logrado una cura, lo que hoy en día conocemos como integración. (A History of Dissociative Identity Disorder, 1995)

A finales del siglo XIX el Dr. Eugene Azam reporto el caso de Felida X, un caso de personalidades multiples que fue documentado ampliamente y al que el Dr. Azam le dio un seguimiento de 35 años. El Dr. Azam reporto que la primera personalidad alterna surgió cuando Felida X tenía 13 años y que, ya en edad adulta, la personalidad principal estuvo embarazada sin tener una explicación para la situación hasta que la segunda personalidad asumió la responsabilidad. (A History of Dissociative Identity Disorder, 1995)

Durante el siglo XX se consideró que el TID estaba “extinto” hasta 1954 cuando el caso de Christine Costner-Sizemore, uno de los casos más conocidos, fue publicado por los doctores Corbett H. Thigpen y Hervey M. Cleckley. Este caso es conocido por el libro, y posteriormente la película, publicados como *Las Tres Caras de Eva* donde encontramos a una mujer que presenta dos personalidades alternas: Eva Black y Jane. Ninguna de estas dos publicaciones estuvo cerca de relatar la verdadera situación del caso de Costner y ella misma escribió su autobiografía documentando, así, su caso de manera más veraz. (Mysteries of the mind unfold at program, 2006)

En 2006, durante una entrevista en la universidad de Stetson, Chris Costner habló de su caso. A diferencia de lo que se vio en la película y en el libro, Costner admite haber tenido más de 20 personalidades las cuales se presentaban en grupos de tres y por etapas. Sus personalidades no tenían nombres propios y Chris únicamente se refiere a ellas por sus características principales. Como ejemplo encontramos a la Strawberry Lady (la dama de las fresas) a quien le gustaba comprar todo con sabor a fresa o la Purple Lady (la dama púrpura) que tenía una gran obsesión por dicho color. (Mysteries of the mind unfold at program, 2006).

A pesar de que lo que fue documentado en el libro y película acerca de su cura, la cual ocurre en el momento en que Eva recuerda la raíz de su trastorno (dos muertes familiares y un accidente) es verdad, Costner relata que algunos meses después el trastorno volvió y tuvo que retomar la psicoterapia, con el doctor Tsitos, la cual la llevó a su integración casi 15 años después. Para finalizar esta entrevista Chris Costner comentó que a pesar de que sus personalidades nacieron a partir de eventos dolorosos, en la actualidad, no las necesita debido a que ha aprendido a enfrentar su realidad como una persona completa. (Mysteries of the mind unfold at program, 2006).

Con esta publicación se logró una gran difusión del trastorno incluso fuera del área de competencia de la psicología y la psiquiatría pero no fue hasta 1973 cuando se publicó el caso que hasta ahora se considera el más importante y

mejor documentado de la historia de la psiquiatría. Este es el caso de Sybil Dorsett. El primer caso documentado con gran apego a la realidad y autorizado por la propia paciente. Sybil Dorsett fue el nombre dado a Shirley Mason para proteger su identidad. (Identity of Sybil Revealed, 1988).

Shirley Mason fue tratada por la doctora Cornelia Wilbur, psicoanalista, durante 11 años en la ciudad de Nueva York. Mason acudió a ella por primera vez presentando una serie de síntomas relativos al TID: amnesia, confusión en muchas áreas de su vida y un estado emocional depresivo. A través de los años la doctora Wilbur fue descubriendo las 16 personalidades que integraban el sistema de Shirley. También descubrió la razón por la que este trastorno apareció. La raíz del problema fueron los abusos físicos y sexuales por parte de su madre Mattie ( en el libro Hattie) durante los primeros años de su vida. También se supo que en algún momento la madre de Shirley había sido diagnosticada con esquizofrenia de tipo catatónica y que esta había influido durante su infancia.(Sybil, 1973)

En este libro podemos encontrar que las distintas personalidades de Mason relatan los intensos abusos a los que fue sometida Shirley y que no recordaba debido a que eran recuerdos de las otras identidades. Estos no eran los únicos recuerdos que Mason había perdido, había periodos de hasta dos años que para ella habían pasado en un abrir y cerrar de ojos y de los cuales no tenía recuerdo alguno. En sesiones posteriores se supo que estos recuerdos eran poseídos por las otras personalidades y las cuales fueron las encargadas, cuando hubo una integración, de proporcionarle a la personalidad original los conocimientos y experiencias obtenidos durante esos años. (Sybil, 1973).

El sistema que Mason presentaba es uno de los más complejos que jamás se hayan documentado debido a que incluye desde los nombres completos de las identidades, sus características físicas y de personalidad y fechas de surgimiento, o nacimiento como lo llamaba la doctora Wilbur. A continuación se presenta lo que se conoce como la relación de personalidades o sistema de Shirley Mason (todos los apellidos Dorsett probablemente eran Mason

originalmente pero fueron cambiados para poder darle congruencia a la historia)

- Shirley Ardell Mason (1923): la personalidad primaria.
- Victoria Antoinette Scharleau (1926): apodada Vicky; una rubia con mucha seguridad en sí misma, sofisticada y atractiva; continuidad memorística de las personalidad de Shirley.
- Peggy Lou Baldwin (1926): una adolescente entusiasta y a menudo irritada, con nariz respingona y sonrisa malévola.
- Peggy Ann Baldwin (1926): contrapartida de Peggy Lou con características físicas similares; se muestra más a menudo temerosa que irritada.
- Mary Lucinda Saunders Dorsett (1933): Una persona mediatruda, contemplativa, maternal, amante del hogar; es obesa y tiene el cabello largo y castaño oscuro, peinado hacia un lado. Identificación con su abuela.
- Marcia Lynn Dorsett (1927): a veces con apellido Baldwin; escritora y pintora, tremendamente emocional; tiene un rostro en forma de escudo, ojos grises y cabello castaño con raya a un lado.
- Vanessa Gail Dorsett (1935): intensamente dramática y tremendamente atractiva; una pelirroja alta de esbelta figura, ojos marrón claro y un expresivo rostro ovalado.
- Mike Dorsett (1928): una de las dos personalidades masculinas de Shirley; carpintero y ebanista; tiene la piel aceitunada, cabello oscuro y ojos marrones. Identificación con su padre.
- Sid Dorsett (1928): la otra personalidad masculina de Sybil; es carpintero y se encarga de todo tipo de reparaciones; tiene la piel clara, cabello oscuro y ojos azules. Identificación con su abuelo.
- Sybil Ann Dorsett (1928): despistada hasta llegar a la neurastenia, pálida y tímida, con cabello rubio ceniza, rostro ovalado y nariz recta.
- Ruthie dorsett (fecha sin determinar): una niña, se trata de una de las personalidades menos desarrolladas.
- Clara Dorsett (fecha sin determinar): intensamente religiosa, critica intensamente a la Shirley de la vida real.

- Helen Dorsett (1929): muy temerosa pero determinada a lograr su realización; tiene cabello castaño claro, ojos color avellana, nariz y labios delgados.
- Marjorie Dorsett (1928): serena, vivaz y de risa fácil; una bromista; morena pequeña y bien parecida con piel clara y nariz respingona.
- La Rubia (1946): sin nombre; una quinceañera perpetua; tiene cabello rubio rizado y voz cantarina.
- La Nueva Shirley (1965): la decimoséptima personalidad; una amalgama de las otras dieciséis.

Después de 11 años de análisis y psicoterapia con la doctora Cornelia Wilbur, Shirley Mason logro una integración de todas sus personalidades en una, esto fue posible debido a que la misma Mason acepto conocer, a través de la hipnosis, a cada una de sus personalidades para poder lograr una mejor convivencia.

Las investigaciones que se han realizado, en aras de conocer la vida de Shirley después de su integración y lo narrado en el libro, demuestran que Mason vivió en Kentucky durante 20 años trabajando como maestra y pasando tiempo con la doctora Wilbur hasta 1998 cuando murió a causa de cáncer de mama a la edad de 75 años. Fue hasta entonces que su verdadera identidad fue revelada.

A partir del caso "Sybil" el Trastorno de Identidad Disociativo se hizo mundialmente conocido y se logró la incorporación del mismo al DSM. A pesar de lo anterior, los criterios fueron demasiado ambiguos y una revisión, en 1994, dio a lugar a lo que hoy conocemos como TID.

## **V. EL TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO.**

El TID es el trastorno disociativo más controvertido, especialmente por el aparente incremento de este diagnóstico en años recientes. En tanto que algunos expertos señalan que la rareza de esta condición en años anteriores se debía a la falta de conocimiento sobre este trastorno, otros sugieren que el trastorno es iatrogénico, es decir, la alteración del estado del paciente producida por el médico. Los críticos de este diagnóstico no han proporcionado mayor evidencia empírica para establecer su teoría. (Cardeña, 1995).

La presencia de este trastorno entre poblaciones de pacientes psiquiátricos varía entre 2.4 y el 11.3%, el curso suele ser crónico y recurrente y la mayoría de los pacientes son diagnosticados con un promedio de edad de 30 años, aunque se pueden presentar síntomas graves durante la infancia o la adolescencia (especialmente durante los últimos años de ésta). El trastorno puede volverse menos observable cuando el individuo se acerca a los 50 años, pero podría resurgir durante periodos de estrés o trauma o con el abuso de sustancias psicoactivas. (Carlson y Armstrong, 1994)

### **A) Síntomas.**

El individuo que presenta trastorno de identidad disociativo posee al menos dos identidades o estados de personalidad distintos, cada uno con su propio patrón de percepción, con su pensamiento y relación, así como con su propio estilo de conducta, historia personal y autoconcepto. ( Halgin, Krauss Whitbourne, 2004).

En este tipo de casos se puede encontrar que el sujeto tiene lagunas que afectan tanto al pasado distante como al reciente. Estas lagunas incluyen a gente, lugares y acontecimientos que a pesar de ser importantes se han olvidado (Ej. Evento escolar, muerte de algún conocido, etc.) Estos recuerdos que han sido olvidados pueden ser recordados por alguna de las identidades del sujeto, sin embargo, la mayoría de la

información perdida será recordada, únicamente, por las identidades activas ya que las pasivas tienen acceso limitado. (Stephens, L., 2005).

Es posible que estas personas frecuentemente se encuentren ante situaciones en las que conocidos les hablen de conductas que han tenido pero que ellos no recuerdan o que tengan en su poder objetos que no recuerdan haber adquirido, deudas que no son de ellos e incluso encontrar escritos con una letra que no es la de ellos. Todos estos acontecimientos forman parte de las lagunas de tiempo que caracterizan a los pacientes con TID.

Debido a que este es un trastorno disociativo, es común que se encuentren los síntomas de la despersonalización en los que el individuo puede manifestar una sensación de no sentirse como él mismo o sentirse irreal, aislado de los propios procesos mentales y físicos. El paciente se sentirá como un mero observador de su propia vida y puede llegar a verse a sí mismo como si estuviera mirando una película. (Vallejo-Nagera, J., 1991)

Es común, también, encontrar el proceso de desrealización en el cuál la persona refiere la sensación de que las personas, cosas y lugares, conocidos o no, le son desconocidos, extraños o irreales. (Wikipedia, 2007)

Otros síntomas que comúnmente se presentan en conjunto con este trastorno son:

- Depresión
- Ansiedad y ataques de pánico.
- Fobias.
- Migrañas
- Alteraciones en la sexualidad.
- Trastornos alimenticios.
- Estrés post-traumático.
- Intentos o ideas suicidas.

- Auto mutilación.
- Abuso de sustancias.
- Alucinaciones visuales o auditivas. Estas son generalmente la manifestación de las distintas personalidades comunicándose entre sí.
- Periodos de desadaptación social.

## **B) Criterios DSM-IV.**

Los criterios para el diagnóstico del TID según el DSM-IV son los siguientes:

- 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).

Cada personalidad se vive como una historia personal, una imagen, una identidad e incluso un nombre distintos. Generalmente hay una identidad primaria con el nombre del individuo, que es pasiva, dependiente culpable y depresiva. Las identidades alternantes poseen habitualmente diferentes nombres y rasgos que contrastan con la identidad primaria. (Masson, 2003)

- B. Al menos dos de estas identidades o estados de personalidad controlan de forma recurrente el comportamiento del individuo.

Las personalidades alternantes se presentan como si se controlaran secuencialmente, una a expensas de la otra, pudiendo negar el conocimiento entre ellas, ser críticas unas con otras, e incluso entrar en conflicto abierto. Ocasionalmente, una o algunas de las identidades más poderosas pueden planificar el tiempo ocupado por las otras. Algunas veces, las identidades hostiles o agresivas pueden interrumpir las actividades o colocar a las otras en situaciones desagradables. (Masson, 2003).

- C. Incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario.

Los individuos con este trastorno presentan frecuentemente lapsos de memoria que afectan a su historia personal; estos lapsos pueden ser de memoria remota o de memoria reciente. La amnesia es habitualmente asimétrica. Las identidades más pasivas tienden a mostrar recuerdos más limitados, mientras que las más hostiles controladoras y protectoras son capaces de recuerdos más completos. Sin embargo, una identidad que no esté actuando puede llegar a la conciencia (mediante alucinaciones visuales y auditivas). (Masson, 2003).

- 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.

### **C) El Sistema.**

Se le llama sistema al conjunto de la identidad anfitriona, las identidades alternantes, su interacción, características y nivel de co-consciencia. El sistema estará integrado, generalmente, por identidades pasivas y activas las cuales tendrán una serie de características que permitirán que su diferenciación y función dentro del mismo sistema sea fácil de distinguir. El sistema puede cambiar de individuo a individuo, el tipo de identidades que se presentan pueden variar y no siempre se encontrará el mismo patrón. (Swartz, 2001)

Se le llama co-consciencia al nivel en el que las diferentes identidades que integran el sistema reconocen la existencia de las otras; que tanto pueden comunicarse y trabajar unas con otras para evitar los olvidos e incapacidad para recordar.

El que haya un buen nivel de co-consciencia dentro del sistema hará que el proceso de integración sea más fácil. Este proceso es por medio del cual, después de un largo periodo de psicoterapia, la personalidad anfitriona y las identidades alternantes logran unirse para formar una sola persona, completa y con las características que todas aquellas identidades presentaron alguna vez. Esto es a lo que se le podría llamar la cura del trastorno de identidad disociativo (Swartz, 2001).

### **1) *Personalidad Anfitriona.***

Se dice que la personalidad anfitriona, o primaria, es la que esta asociada con el nombre de la persona. Es la identidad que esta presente y tiene el control del cuerpo la mayor parte del tiempo, la que tiene que enfrentarse al sistema y ante sus consecuencias.

Esta identidad suele ser pasiva, dependiente, deprimida y culposa. Según Richard Kluft (1984) la clásica personalidad del anfitrión, que busca ayuda profesional, tiende a ser deprimida, ansiosa, compulsivamente “buena”, masoquista y moralista.

A pesar de que es a esta a la personalidad a la que se le llama primaria y la cual se asocia con el nombre, los científicos que han estudiado el trastorno creen que no es la identidad original. Se cree que la identidad original es la que existió antes de que se diera la primera disociación; antes de que hubiera un cambio importante en la personalidad del individuo. También se cree que una vez que se de la integración del sistema en una personalidad, se logrará formar lo que en algún momento fue la identidad original del sujeto. (Swartz, 2001).

### **2) *Identidades Alternantes.***

Los individuos que presentan TID pueden tener de dos hasta cien personalidades alternantes. La cantidad promedio de identidades es aproximadamente de 10.

Usualmente, las identidades son estables y juegan roles específicos en la vida de la persona durante años. Sin embargo, algunas identidades pueden abrigar tendencias agresivas dirigidas hacia personas en el ambiente directo del individuo o hacia otra identidad que reside dentro de la misma persona. (Swartz, 2001; Halgin y Whitbourne, 2004).

Las identidades alternantes suelen ser sumamente diferentes a la personalidad anfitriona, pueden actuar de manera hostil, demandante o autodestructiva. Pueden tener diferentes edades, razas, niveles de inteligencia y estilos afectivos, e incluso ser del género opuesto. (Halgin, Krauss Whitbourne, 2004).

La principal tarea de estas identidades es el la de proteger a la personalidad anfitriona del recuerdo del daño y trauma que sufrió en la niñez, por lo tanto, no es necesario que difieran en su apariencia y comportamiento. Es común encontrar que el comportamiento es diferente, pero al analizar detenidamente a estas identidades se ha encontrado que no hay muchas diferencias entre ellas y la personalidad anfitriona, simplemente, se manifiestan de manera individual (Swartz,2001).

La transición de una identidad a otra suele ser súbita provocada por estrés psicosocial o un estímulo sobresaliente. En un momento dado sólo una identidad interactúa con el ambiente externo, aunque las demás pueden percibir de forma activa lo que está sucediendo, o influir en la situación. La mayoría de las personalidades tienen un sentido de pérdida o de distorsión de las experiencias del tiempo. (Halgin, Krauss Whitbourne, 2004; Masson, 2003; Cardeña, 1995).

Swartz (2001), hace una clasificación del tipo de personalidades que se encuentran comúnmente. La autora ha encontrado que las identidades alternantes más típicas son depresivas y exhaustas, fuertes, protectores iracundos, niños asustados y maltratados, ayudantes, y un perseguidor moral que generalmente culpa a alguna de

las otras identidades por el abuso al cual han sido sometidos, usualmente esta identidad toma el nombre de la persona que infligió el daño o abuso a la persona.

Kluft (1984), jugó un papel importante en la difusión del trastorno en la comunidad científica. En la descripción de las características del TID incluyó la naturaleza de las identidades. Este autor dice que las identidades observadas con mayor frecuencia incluyen niños, protectores, ayudantes, manifestadores de impulsos prohibidos, personalidades de recuerdos perdidos o secretos familiares, vengadores que expresan su enojo sobre experiencias de abuso, y defensores de abusadores.

#### **D) Riesgos.**

Es necesario abordar el tema de los riesgos que conlleva este trastorno. Se conocen las consecuencias como resultado de las transiciones entre identidades, pérdida de memoria, inconsistencia en conocimientos y acontecimientos, entre otros. Usualmente se cree que el mayor problema de este trastorno es la incapacidad de la persona para mantenerse como sí misma y vivir en un estado de confusión constantemente. Sin embargo, estas consecuencias pueden traer riesgos importantes para la integridad de la personalidad anfitriona, daños físicos, morales, económicos y emocionales. Es por todo lo anterior que se le debe de considerar a este trastorno como un estado de riesgo en potencia para las personas que lo sufren y para los que los rodean. .

Para poder entender los riesgos que este trastorno puede traer es necesario abordar las consecuencias que se derivan de él. Si tomamos en cuenta que el criterio principal para diagnosticar este trastorno es la amnesia, entonces podríamos considerar que los acontecimientos derivados de las transiciones pueden ser graves. Sin embargo, es posible que al hacer una evaluación al paciente se pase por alto este elemento y se llegue a un diagnóstico erróneo.

El TID puede ser confundido fácilmente con el Trastorno Límite de la Personalidad debido a que las personas que presentan este trastorno suelen estar confusas acerca de su propia identidad o del concepto de lo que son. La incertidumbre sobre quienes son puede expresarse por cambios súbitos en sus elecciones, como sus planes de una carrera, valores, metas y tipo de amigos (Halgin y Whitbourne, 2004) En el caso de un diagnóstico erróneo la presencia de personalidades alternas podría ser confundida con este tipo de cambios repentinos en la rutina diaria y en la confusión de identidad que se presenta en los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad.

El TID también puede ser confundido con esquizofrenia o psicosis debido a los cambios de actitud de la persona, los cambios de voz, la presencia de voces y los cambios de ánimo evidentes que se observan en las personas que presentan identidades alternas.

El dar un diagnóstico erróneo puede tener como consecuencia la hospitalización permanente del paciente o el tratamiento no indicado para su estado lo cual será riesgoso para la seguridad y calidad de vida del paciente ya que no se le dará la atención pertinente al trastorno y los posibles medicamentos que se administren podrán dañar el organismo del individuo y alterar, aún más, su estado de conciencia.

Comúnmente, y sin indagar en los acontecimientos, se cree que la persona no corre ningún peligro ya que, en estos periodos en los que se encuentran lagunas y pérdidas de memoria y recuerdos, es una de las identidades la que esta a cargo del cuerpo. A pesar de esto, como ya sabemos, algunas identidades no tienen la capacidad de hacerse cargo de sí mismos o de las actividades ordinarias de la personalidad anfitriona.

Si tomamos como ejemplo una identidad alterna infantil que se encuentra en una calle transitada al momento de la transición, podemos considerar a esa situación como un gran riesgo para el individuo. Un niño no tiene la capacidad para manejarse

en una ciudad donde tiene que atravesar calles, tomar autobuses y conocer direcciones para llegar a su destino. Situaciones como esta pueden llevar a la persona a encontrarse con circunstancias riesgosas hasta que haya una transición a una identidad adulta o la personalidad anfitriona.

Otra consecuencia derivada de la pérdida de memoria es la falta de conocimientos. En ocasiones cuando una identidad alterna aparece en un momento en el cual se están adquiriendo conocimientos completamente nuevos es probable que ninguna de las otras identidades e incluso la personalidad anfitriona pueda tener acceso a éstos. Puede haber excepciones en los casos en los que el individuo se está acercando al momento de la integración y esta en más contacto con sus identidades, las cuales cooperaran y compartirán todos aquellos conocimientos que no fueron incorporados a la personalidad anfitriona.

Si el caso de la integración no esta presente en el momento de la pérdida de la memoria, entonces estaríamos ante un caso potencial de riesgo. La personalidad anfitriona no podrá desempeñarse en su profesión o estudios, no sabrá como laborar o no logrará obtener los resultados esperados en sus estudios. Pasará de un grado a otro sin darse cuenta del momento en que curso el anterior o será despedido sin saber la causa del mismo. Esta consecuencia traerá como riesgo la inestabilidad emocional del sujeto ya que es posible que se sienta inadecuado en su ambiente y que se encuentre con la imposibilidad de poder mantener la estabilidad en su vida productiva. Esta situación aunada a que generalmente la personalidad anfitriona suele ser depresiva, aquellos sentimientos de inconsistencia y confusión que se experimentan podrían derivar en pensamientos y/o intentos suicidas.

Las pérdidas económicas en estos individuos es una situación común ya que en muchas ocasiones las identidades alternas suelen gastar los ingresos de la personalidad anfitriona en gustos y necesidades que ellos mismos tienen. En otras ocasiones, el individuo tendrá que pagar daños a propiedades ajenas provocados por las otras identidades. El mayor riesgo en estas situaciones es la incapacidad de la

persona de manejar las deudas y estrés que la situación ocasiona y esto, como se menciono anteriormente, puede llevar a que las transiciones de identidades puedan convertirse en una situación permanente. Finalmente, esta situación se volvería en un círculo vicioso del cual la persona no podrá salir a menos que el estrés económico sea reducido y el trastorno sea tratado de manera profesional.

Uno de los riesgos más importantes a los que se pueden enfrentar los individuos que sufren de este trastorno es el del daño físico hacia ellos mismos o hacia los demás. De acuerdo a la categorización de identidades de Kluft, es muy posible encontrar identidades que sean agresivas, protectoras y hostiles. Estos sentimientos de hostilidad y venganza, hacia las personas que causaron daño originalmente, pueden ser dirigidos a cualquier situación o agente del ambiente que represente peligro o estrés a cualquier nivel. En caso de que el agente que represente peligro sea una persona, ésta será atacada por las identidades que sientan la necesidad de protegerse del peligro, estrés o recuerdo que las este amenazando.

En el caso de los sentimientos autodestructivos, la personalidad anfitriona se puede enfrentar a identidades alternantes que tengan estas tendencias y que las manifiesten a través de actividades riesgosas como deportes extremos. Esto resulta riesgoso por la posibilidad de que ocurra una transición y la incapacidad de las otras identidades o la personalidad anfitriona de continuar con la actividad. Otro caso de tendencias de autodestrucción son las adicciones, se pueden encontrar identidades que ingieran alcohol, drogas o que entablen relaciones sexuales sin protección, lo cual representará un gran peligro para la salud del individuo.

Se han reportado casos, como el de una mujer en Sevilla, que fue arrestada por la muerte de un recién nacido. La personalidad anfitriona desconocía el hecho de haber estado embarazada, sin embargo después de hacer una serie de estudios se encontró que esta mujer acababa de pasar por un parto y de acuerdo a los resultados del examen de ADN el infante asesinado era su hijo. Fue entonces cuando se logró identificar el trastorno y la causa por la que ignoraba su embarazo.

En resumen, podemos considerar que el riesgo principal del trastorno es la incapacidad de la persona de tener autocontrol. Le resulta imposible tener una organización en su vida y sus aspectos personales, laborales y sociales. Es necesario diferenciar la falta de autocontrol con la impulsividad. Cuando nos referimos a la falta de autocontrol de los individuos que sufren de este trastorno estamos hablando acerca de la incapacidad de la persona de poder mantener su propia personalidad en todas las situaciones en las que se le presenten y, sobre todo, tener la capacidad de enfrentar las situaciones problemáticas y de estrés a las que se pueda enfrentar. Por lo contrario, como un mecanismo de defensa, la persona enfrenta estas situaciones con transiciones que afectan su estado mental, de salud y emocional.

Entonces, la principal razón por la que este trastorno debe ser tratado y entendido en su mayoría es para poder brindar ayuda a estas personas en aras de evitar los riesgos que puedan encontrar y, así, hacer de la integridad y bienestar de la persona el principal objetivo del tratamiento, así como la mejora de la calidad de vida del individuo la cual le permitirá tener una estabilidad emocional y la capacidad para conducirse en su vida con un autocontrol, seguridad y confianza.

## **VI. CAUSAS DEL TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO.**

### **A) El Maltrato infantil como posible causa del TID.**

El maltrato infantil, ya sea físico y/o sexual, ha sido considerado por la mayoría de los investigadores y profesionales de la salud mental como la principal causa del trastorno. Cardeña (1995), dice que los pacientes que presentan TID relatan una enorme prevalencia de abuso durante la infancia (del 90% al 100% en varias investigaciones). Aunque existen pocas investigaciones sobre la validez de estos informes, Coon y Milstein (1986) encontraron confirmación independiente en la mayoría de los casos que investigaron.

En el DSM-IV (TR) se considera al maltrato como principal causa del trastorno ya que las personas que lo padecen por lo general refieren haber padecido abusos físicos y sexuales, sobre todo durante la infancia. Sin embargo, se considera que la exactitud de estos actos ha sido motivo de polémica, ya que los recuerdos de la niñez no son muy fiables debido a la fantasía que los niños experimentan en esa etapa. A pesar de esto, las informaciones comunicadas por los individuos que padecen TID acerca de antecedentes de abuso sexual o físico son a menudo confirmadas por evidencias objetivas, como cicatrices, lesiones e historiales médicos. Es también en esta misma edición, que encontramos que es común que este tipo de pacientes sufra de estrés postraumático con flashbacks, pesadillas o sobresaltos con consecuencias como la auto mutilación y comportamiento suicida.

Para Halgin y Krauss Whitbourne (2004) la principal explicación del trastorno de identidad disociativo se enfoca a las perturbaciones infantiles que influyeron en el desarrollo del sentido del sí mismo. Estos autores afirman que durante la niñez es cuando se desarrolla un sentido de identidad a través de las interacciones con los padres y los compañeros; y es en este proceso donde se mantiene un sentido de continuidad a lo largo del tiempo. Cuando se sufren abusos y perturbaciones durante

esta etapa y se desarrolla el trastorno, esta continuidad y el sentido de una identidad integrada se pierde.

Es imposible concluir que el abuso es la única causa por la que se presenta el trastorno de identidad disociativo ya que muchas de las personas que han sufrido de grandes abusos en su infancia no llegaron a presentar este trastorno. Es por lo anterior que Terr (1991) concluyó que entre los niños traumatizados sólo aquellos que sufren un daño crónico suelen presentar patrones disociativos. Entonces, se puede concluir que el trastorno se presentará en aquellos niños en los que el daño sea tan severo a nivel psíquico, y no solo físico, que las consecuencias se vean reflejadas en la falta de integración de la personalidad.

El trauma que provoca que el TID se desarrolle no tiene que ser necesariamente uno crónico como Terr (1991) propuso. Este trauma puede ser provocado por un solo evento que resulte tan impactante a nivel emocional y psíquico que afecte el desarrollo de la personalidad de manera, relativamente, permanente. En estos casos el trauma puede convertirse en un estresor, y detonante del fracaso de la personalidad, cuando aquel que causa el daño en el infante resulta ser alguien en quién él confía. Es posible que después de tener una relación de apego seguro con algún miembro de la familia o conocido, ésta se transforme luego de una experiencia de maltrato o de abuso. Cuando esto ocurre, la percepción que el niño tenía de un mundo consistente y nutriente no se ajuste más a su realidad (Perry, B.D, 1999).

Este mecanismo, en el que el niño tiene un fracaso en la integración de la personalidad debido al maltrato inflingido por alguien cercano y respetado, es parecido al que se encuentra en veteranos de guerra y sobrevivientes de desastres naturales que presentan Trastorno de Estrés Post- traumático.

Muchas de las personas que tienen este trastorno parecen “encerrarse” en un tipo de embotamiento emocional, que les provoca poca reactividad hacia la mayoría de las

situaciones. Por ejemplo, una mujer se da cuenta que es incapaz de sentir o expresar a su esposo el amor que era tan evidente antes del trauma.

Durante un largo periodo, estos individuos experimentan un nivel de activación fisiológica incrementado, en el cual se evidencia en dificultades para dormir, arranques de ira, problemas en la concentración, respuestas exageradas de sobresalto o hipervigilancia general. (Halgin y Whitbourne, 2004). Esto también puede ser visto en los veteranos de guerra y los sobrevivientes a los campos de concentración los cuales presentaban efectos psicológicos perdurables como depresión crónica, ansiedad y dificultad en las relaciones interpersonales (Ochotorena, 1994).

Algunos autores (Halgin y Whitbourne, 2004; Ochotorena, 1994) incluso manejan el término de personalidad anterior y posterior al trauma. Con respecto a esto podemos hacer referencia al tipo de trauma, único y no crónico, que puede ocasionar que un infante desarrolle el TID. El proceso será parecido al que vive una persona adulta que ha vivido un evento traumático; el impacto será muy fuerte y tendrá graves consecuencias en su personalidad llevando a que ésta sufra cambios radicales. La diferencia entre el adulto y el niño es que un adulto al momento en que atraviesa por un evento de tal magnitud ya tiene una personalidad integrada y formada, personalidad que pudiera ser permanente pero que a partir de ese impacto puede cambiar. En el niño, el evento puede causar los mismos estragos sin embargo, la personalidad esta en proceso de formación e integración y el impacto tendrá como consecuencia la interrupción de este proceso y ocasionará que la personalidad no se integre y siga el proceso de manera fragmentada desarrollando, así, el trastorno de identidad disociativo.

### 1) ***El Maltrato Infantil en México.***

Es importante hablar del maltrato infantil en nuestro país ya que este es un problema que va en aumento, incluso ha sido clasificado como un problema de salud pública. Si una de las principales causas del Trastorno de Identidad Disociativo es el abuso

crónico durante la infancia, entonces se podría estar hablando de que muchos de los menores de nuestro país podrían estar en peligro de desarrollar este trastorno.

Para poder hablar del maltrato infantil en México, es necesario darle una definición al mismo. Para la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) el maltrato infantil es: “Todo acto u omisión encaminado a hacer daño aun sin esta intención pero que perjudique el desarrollo normal del menor”.

La violencia infantil compete a todos los sectores ya que constituye un problema serio y requiere de acciones conjuntas del gobierno y la sociedad para disminuir el riesgo de que un menor se convierta en víctima.

En 1993 la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal informaba que el abuso sexual ocupaba el segundo lugar de los delitos notificados en esta institución; la incidencia era de 24.1% del cual casi el total (23.9%), correspondía a agresiones que habían sido perpetradas hacia menores de 13 años. (Santana et. al, 1998). Para 1999, en México el número de casos de maltrato fue de 12,516 niños y 12,433 niñas ( Márquez, 2003).

De acuerdo con UNICEF, la mayor parte de la violencia que sufren los menores, se da dentro del seno familiar, por los padres, familiares cercanos a la víctima y de otros niños y niñas. En nuestro país el maltrato infantil se extiende en los distintos entornos sociales como las escuelas, orfanatos y otras instalaciones de atención residencial para menores, en las calles, en el lugar de trabajo y en las prisiones.

Durante el periodo 1999-2003, el maltrato a menores muestra el siguiente patrón:

- En más del 50 por ciento de los casos denunciados no se comprueba el maltrato,
- Del total de denuncias de maltrato, aproximadamente el 50 por ciento recibe atención,

- Casi el 40 por ciento de los maltratados son menores de entre 6 y 12 años, que reciben educación primaria, seguido de niños en edad preescolar y, en tercer término los lactantes. Es evidente que el abuso se verifica ante la total indefensión de los menores. (Violencia y Maltrato a Menores en México, 2005).

La violencia intrafamiliar en México se da en uno de cada tres hogares. En la mayor parte de los casos son las madres las principales agresoras; en segundo término, son los padres. De acuerdo a la frecuencia del tipo de agresor, después de los padres, siguen los padrastros, madrastras, y otros; pero la mayoría de los casos, son las madres las autoras potenciales de maltrato físico, psicológico y por descuido. (Violencia y Maltrato a Menores en México, 2005).

Cabe mencionar que los estados con mayor índice de maltrato infantil en todas sus modalidades son Coahuila, Distrito Federal, Estado de México, Guanajuato y Nuevo León, principalmente. No obstante, en las entidades con centros de atracción turística como Veracruz, Quintana Roo y en las zonas fronterizas como Ciudad Juárez y Tijuana la explotación sexual comercial de menores presenta un elevado número de casos (Maltrato a Menores en las Identidades Federativas 1999-2004, 2005).

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF, 2005), registró de 1995 al 2000, un promedio de 25,000 casos de maltrato a menores cada año. Se ha encontrado que los casos comprobados de denuncias de maltrato han disminuido entre 1995 y 2004, manteniéndose el porcentaje entre 58 y 63% en el resto de años. Podríamos hablar por tanto de que actualmente alrededor de seis de cada 10 casos de denuncias se comprueban. En numerosos casos no se prueba el maltrato porque no hay evidencia física, omitiéndose que la agresión emocional, verbal, la negligencia y el abandono son formas de maltrato (Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, 2005).

Por todo lo anterior, y tomando en cuenta lo tratado en capítulos anteriores, podríamos entender la importancia de ahondar en el TID. Si los niveles de maltrato infantil en nuestro país son alarmantes, las consecuencias que se pueden presentar a raíz del mismo son preocupantes. El TID puede ser una de esas consecuencias que puede presentarse a largo plazo y que el poseer información acerca de éste permitirá elaborar planes de prevención en todos los niveles (primario, secundario y terciario) para evitar que el trastorno se presente como última instancia del maltrato infantil y poder proporcionar un tratamiento basado en el conocimiento del trastorno.

## **VII. LA PROLIFERACIÓN DE PERSONALIDADES.**

La proliferación de las personalidades es la principal razón por la que el trastorno de identidad disociativo es causa de gran polémica. La creencia común es que el individuo que presenta este trastorno tiene más de una personalidad la cuál se manifiesta en momentos de estrés. Sin embargo, existen teorías más elaboradas al respecto de la supuesta proliferación de personalidades. Estas teorías serán la base para construir, a su vez, una teoría cuya finalidad será dar una explicación a la aparición de más de una personalidad en ciertos individuos.

### **A) La Falta de Integración de la Personalidad.**

Para la mayoría de los teóricos y profesionales de la salud mental que se dedican al estudio del TID la principal razón para la proliferación de personalidades o identidades es la falta de integración de la personalidad que se da en una etapa temprana, en la infancia, y que es causada por el maltrato crónico. La mayoría coincide en esto, sin embargo, cada uno de estos teóricos tiene una visión distinta del porque es imposible que la integración del niño se logre concretar.

Para Halgin y Krauss Whitbourne (2004), las personas que padecen de trastorno de identidad disociativo no logran desarrollar un sentido de identidad integrado y continuo, debido a que fueron traumatizados de manera severa en algún momento de su infancia. Es decir, el abuso y maltrato físico y/o sexual impiden que el niño logre desarrollar una personalidad completa y pierde la continuidad de lo que es su vida.

Según Swartz (2001), esta falta de integración en la personalidad es ocasionada por un mecanismo de defensa activado por el infante en el momento del maltrato. Esta visión es compartida por Beere (1995) quien asume que los niños aprenden a entrar en un estado auto hipnótico y disociativo, lleno de fantasías y de pensamientos de ser alguien más.

En el DSM-IV (TR) encontramos que el TID refleja un fracaso en la integración de varios aspectos de la identidad, la memoria y la conciencia. En este planteamiento se agrega a la falta de integridad de la identidad, la memoria y la conciencia, lo cual explica por que uno de los criterios obligatorios para el diagnóstico del trastorno, según el manual, es la amnesia.

Finalmente, esta Cardeña (1995) con uno de los planteamientos más completos acerca de las causas por las que se presenta más de una identidad en un individuo. Cardeña, al igual que en el DSM-IV (TR), dice que el TID se caracteriza por fracasos crónicos e incapacidad en la integración de la identidad, la memoria y la conciencia, más que una proliferación de personalidades. Menciona que las alteraciones de la memoria y la conciencia provocan una escisión en la personalidad, que se presenta como una serie de identidades con patrones conductuales y cognitivos determinados, y con amnesia cuando menos entre algunas de estas identidades.

En resumen, podemos decir que la principal razón por la que aparecen identidades alternantes es el fracaso en la integración de la personalidad en una edad temprana y a raíz de esto es imposible la integración a nivel de la memoria y la conciencia. Sería incorrecto utilizar el término de fragmentación. En un adulto con TID podemos encontrar una personalidad fragmentada pero en realidad es el resultado del intento de integración de la misma que fue interrumpido por un evento de gran impacto emocional, psíquico y emocional durante la infancia. Es por eso que se dice que la personalidad no se fragmentó sino que nunca logro integrarse.

## **B) Identidades que forman parte de la personalidad original**

En toda la teoría que fue revisada a lo largo de este trabajo hemos encontrado de manera significativa la explicación del trastorno de identidad disociativo, sus síntomas, manifestaciones, causas y las razones por las que se manifiesta de la manera en que lo hace. Sin embargo, a pesar de indagar en la literatura, ha sido imposible encontrar una explicación de cómo es que la falta de integración de la

personalidad lleva a que se manifiesten las llamadas identidades alternantes. Tomando como base la teoría de Cardeña, construiré una que logre dar una explicación lógica a la supuesta proliferación de personalidades en individuos con TID y a la diversidad de éstas.

Según Cardeña el hecho de que el TID sea llamado así en la actualidad y no Trastorno de Personalidad Múltiple es para poder subrayar que el problema del individuo que lo padece es una incapacidad de integración de la personalidad, más que una proliferación de personalidades. Mediante esta aportación, Cardeña está diciendo que el TID no es una proliferación de personalidades, entonces, con esto se evidencia la necesidad de encontrar una explicación a la forma en que se manifiesta el trastorno.

Retomemos la definición de personalidad que da Coon (1999): la personalidad es una organización jerárquica de sistemas, subsistemas y rasgos que traducen, transforman e integran información. Si tomamos esta definición, entonces podríamos concluir que la falta de integración de la personalidad tendría como resultado el que todos los sistemas, subsistemas y rasgos se manifiesten de manera individual sin lograr transformar e integrar toda la información en una sola personalidad.

Es decir, estaríamos encontrando que la personalidad original no logró una integración durante la infancia y que la manifestación individual de esos rasgos podría ser lo que llamamos las identidades alternantes. Entonces, resultaría posible considerar que estas personalidades alternantes son parte de la personalidad original que fracasó en el intento de integrarse. No resulta muy difícil el imaginar que esto podría ocurrir en un individuo que presenta TID. Sin embargo, será importante el hacer una revisión de algunos puntos esenciales de la teoría que se pueden ligar de manera importante a la posibilidad que esto es lo que ocurre en pacientes con el trastorno.

Es necesario empezar por la principal causa del trastorno y como es que esto ocasiona que la identidad no se integre de manera óptima. Ya hemos mencionado que Beere (1995) dice que a causa del maltrato que experimentan los niños, éstos aprenden a entrar en un estado de fantasía al cual recurren con más frecuencia en medida en que el maltrato se vuelve crónico. A su vez, Ross (1997) dice que conforme esto sucede, las partes divididas y disociadas de la experiencia y la memoria se desarrollan de manera independiente, y la personalidad y el sentido de identidad del niño no logran integrarse. Es esta la razón por la que se da el fracaso en la integración.

Tomando lo anterior, podemos empezar a hacer una construcción en la que la explicación para la aparición de las identidades alternantes sea posible. Una vez que la personalidad, la cual es formada en la infancia, no se integra, las partes que quedan disociadas y divididas se estarán manifestando de manera individual. Si los sistemas que integran la personalidad se refieren a costumbres, sentimientos, rasgos, creencias, expectativas, estilos de conducta, constitución física, sistema glandular y nervioso (Allport, 1968) entonces podríamos concluir que al no haber integración estos sistemas derivaran en las identidades alternantes.

Estas manifestaciones individuales de la personalidad son reconocidas como un mecanismo de defensa ante el abuso infantil por algunos autores como Halgin y Krauss Whitbourne (2004). Sin embargo, estos mecanismos de defensa aprendidos durante los primeros años de vida persistirán durante la vida adulta en la cual, probablemente, ya no existe el abuso físico y/o sexual pero serán necesarios en situaciones que representen peligro y así como en la infancia se recurrió a la disociación, también será en la edad adulta.

Debido a que la personalidad se forma a través de los años, durante la infancia y la adolescencia, en la etapa adulta todos los sistemas que la integran tienen definidos todos los rasgos que Allport(1968) describió. Si durante la infancia estos sistemas llegaron a manifestarse de manera individual dando como resultado las identidades

alternantes, entonces en la edad adulta veremos que estas manifestaciones son mucho más diversas y complejas. Es decir, las identidades alternantes se manifestaran como tales, identidades individuales con gustos, raza, costumbres e incluso sexualidad individual. Todas estas identidades serán los sistemas de la personalidad original manifestadas de manera individual.

La razón por la que podemos decir que estas identidades son parte de lo que hubiera sido la personalidad original es por la diversidad que ellas manifiestan. Podemos recordar las clasificaciones de Kluft (1984) y Swartz (2001) donde hablan de los tipos de identidades que se encuentran con más frecuencia. Por ejemplo, es común encontrar una identidad que tenga la tendencia a ser protectora. Esto nos podría estar demostrando que esa parte protectora que aparece en situaciones que representan un peligro y a la que, de manera natural, la mayoría de las personas recurre como un instinto de conservación, en pacientes que presentan TID se manifiesta como una identidad individual que surge para ayudar a la personalidad anfitriona a lidiar con esa situación que le es difícil de manejar. En el caso de Mason encontramos a Vicky, la identidad que llevaba la continuidad de todo lo ocurrido y que en momentos de peligro o estrés surgía, como ejemplo, Vicky surgió en el momento en que Sybil (Shirley) había decidido suicidarse.

También, generalmente en este tipo de pacientes se encuentra una identidad que se manifiesta como un niño, usualmente asustado y herido. En circunstancias comunes encontramos que las personas tienden a tener regresiones que se manifiestan en sus síntomas mediante los cuales se representan los problemas de la infancia. En los pacientes con TID, el maltrato que se sufrió durante la infancia se muestra a través de una identidad infantil, mediante la cual, generalmente, se pone de manifiesto el desacuerdo ante dicho abuso.

El hecho de que la identidad alternante de tipo infantil sea la más encontrada en los individuos con TID tiene que ver con el periodo en el que surgió el trastorno. Si tuviéramos que hablar de una personalidad original estrictamente como eso, una

personalidad existente antes de la aparición del trastorno, hablaríamos de la personalidad del infante como tal; la de un niño. Entonces, la aparición de una identidad alterna de este tipo es muy común porque esa es la personalidad que existió desde un principio y la que continuó presente durante todo el desarrollo de la personalidad no integrada. Un ejemplo claro de esto es el de las identidades infantiles que presentaba Shirley Mason (Sybil): Peggy Ann y Peggy Lou, las que generalmente se mostraban irritadas y con la tendencia a revivir y repetir de manera compulsiva los momentos que representaron un gran peligro. Estas personalidades fueron las primeras dos en aparecer; en un principio eran una sola, Peggy Louisiana, y con el tiempo se manifestaron de manera individual. Sin embargo, esto nos demuestra que las identidades infantiles son las primeras en aparecer y las que manifiestan la edad en la que el niño sufrió el impacto que ocasiono el trastorno.

Es común también encontrar las identidades que son extremadamente críticas con la personalidad anfitriona, con sus creencias, su manera de actuar y lo que han hecho a través de los años. Esto se podría clasificar como la culpa que experimentan las personas que no presentan este problema. Las identidades críticas también pueden tornarse hostiles hacia la personalidad anfitriona y pueden causar daños físicos o a su entorno como una manifestación de su crítica y desacuerdo. En personas que no presentan el trastorno la culpa también los puede llevar a tener conductas autodestructivas.

Las personalidades de sexo opuesto también son comunes en pacientes con TID. Estas personalidades demuestran las características que han interiorizado de las personas más importantes del sexo opuesto en su vida. Actividades específicas, creencias, actitudes que fueron de una importancia significativa. Comúnmente estas características se interiorizan y se manifiestan a través de la elección de profesión o creencias particulares. En el caso de los pacientes con TID se manifiestan en una identidad en particular. En el caso de Mason podemos encontrar dos identidades del sexo opuesto Sid y Mike. Mike era la identificación con su padre y tenía como profesión el ser ebanista, Sid era la identificación con su abuelo y tenía como

profesión la carpintería y hacer las reparaciones en casa, al igual que el abuelo de Shirley.

Esta diversidad de identidades demuestra que todo lo que se interioriza en la infancia, lo que construye una personalidad a través de los años, se manifiesta de manera individual debido al fracaso de la integración de la personalidad. Entonces, al hablar de este fracaso podríamos afirmar que ya en la edad adulta la personalidad se manifestara en fragmentos resultado de dicho fracaso, un resultado que deja a la personalidad en pedazos que se manifestaran por si solos pero que no dejan de ser parte de lo que la personalidad original integrada podría haber llegado a ser.

Estos fragmentos de la personalidad son partes inherentes de la persona y son necesarios para ella, son partes de ella misma que en condiciones naturales serían utilizados como mecanismos de defensa, como recursos utilizados para sobrevivir y para tener la capacidad de llevar su vida tomando decisiones y teniendo creencias propias. De manera opuesta, la persona que tiene una personalidad no integrada no tiene la capacidad de tener control de todos esos recursos. Todos estas partes de la personalidad actúan de manera independiente y se presentan en las circunstancias en las que la persona necesita esos recursos para poder sobrellevar las situaciones de estrés o complicadas.

Es por esta razón que la personalidad anfitriona generalmente se presenta como una persona deprimida y con pocas habilidades sociales, retraída y con incapacidad para resolver problemas. Comúnmente, estas personas son percibidas como vacías y es porque los sistemas de los que esta constituida su personalidad se manifiestan de manera individual y no en el mismo tiempo y espacio.

También es por eso que al momento de la integración la personalidad anfitriona tiene la capacidad de escuchar lo que las demás identidades desean. Es con la integración que poco a poco estos fragmentos se van integrando en una misma personalidad y la persona tiene la capacidad de utilizar ciertos recursos en las situaciones necesarias.

En conclusión, la razón por la que la supuesta proliferación de personalidades en el trastorno de identidad disociativo no es eso, una proliferación, sino la manifestación de la personalidad original de manera individual, es por la falta de integración de la misma. Los pacientes con este trastorno manifiestan esta problemática con distintas identidades que finalmente son parte de ellos mismos y que encontraron una manera de defenderse ante el abuso mediante la disociación y la incapacidad para mantener una personalidad integrada que los ayudara a sobrellevar las circunstancias de estrés y peligro que se dan de manera común. La presencia de las identidades alternantes solo se podrá modificar mediante el proceso de integración el cual le dará al individuo la oportunidad de tener una personalidad completa e integrada que le ayude a utilizar todos los recursos necesarios para llevar una vida normal.

## VIII. CONCLUSIONES.

Como ya se presentó, a lo largo de este trabajo, el Trastorno de Identidad Disociativo es el resultado del abuso crónico durante la infancia y la disociación a la que el infante se ve obligado a recurrir debido a este maltrato. Esta disociación tiene, también, como consecuencia el fracaso en la integración de la personalidad lo cual resulta en la manifestación de diversas identidades alternas que se presentan en momentos de estrés o en situaciones complicadas. Estas identidades forman parte de lo que pudo haber sido la personalidad original y se dará lo que, para muchos, es llamada la proliferación de personalidades. Hemos revisado los índices de maltrato y abuso infantil en nuestro país, lo cual nos lleva a la conclusión de que estas cifras podrían estar representando un peligro potencial de que algunas de las víctimas de este maltrato sufran y recurran a la disociación y como consecuencia, presenten el trastorno.

Esta es la razón por la que es necesario elaborar una serie de planes de intervención y prevención en sus tres distintos niveles para evitar que este trastorno, en un futuro, llegue a convertirse en un problema de salud pública. Los programas de intervención en psicología tienen técnicas y estrategias eficaces especialmente dirigidas a cumplir los fines propios de cada uno de los distintos instantes en los que se interviene. Una clasificación de dichos momentos se ofrece a continuación:

**Prevención Primaria:** Su objetivo es modificar anticipadamente las condiciones sociales y ambientales así como las conductas de las personas que pueden afectar negativamente a su salud tanto a corto, mediano o largo plazo, y promover conductas favorecedoras de la misma. De esta forma se pretende evitar la aparición de problemas. La intervención en este primer momento se suele llevar a cabo a nivel comunitario, aunque también se dirige a veces a colectivos especiales o grupos específicos de alto riesgo.

**Prevención Secundaria:** Su objetivo es localizar y tratar lo antes posible los trastornos cuya aparición no ha podido impedirse por medio de la prevención primaria. Se trata pues de identificar los trastornos en los momentos iniciales de su aparición o incluso antes de ésta, cuando hay una previsión de que va a producirse con inminencia. Esta detección precoz suele facilitar una intervención más temprana y con frecuencia con mejores expectativas de éxito.

**Prevención Terciaria:** Su objetivo es actuar sobre los trastornos que ya han sido objeto de tratamiento, para prevenir recaídas y evitar posibles complicaciones posteriores. En el caso de los trastornos crónicos también puede señalarse como objetivo el reducir o disminuir los efectos negativos de éstos, con el objetivo de, aunque no sea posible curar el problema, mejorar la calidad de vida. La prevención terciaria, tal y como se ha definido aquí, asume en gran medida el concepto clásico de rehabilitación. (Psicología Clínica y de la Salud, 1998)

### Prevención Primaria.

La prevención a nivel primario solo será posible a través de una intervención social en la que el principal objetivo sea el evitar el maltrato y abuso infantil. Por medio de un programa, en el cual sea posible involucrar a medios de comunicación.

Para poder realizar una campaña de este tipo será imprescindible el tener en cuenta cuales son las principales causas por las que se da el maltrato infantil. Pérez Moguel (2000), nos dice a través de su ensayo acerca del maltrato infantil, que sus principales causas son: La repetición de una generación a otra de una pauta de hechos violentos o negligencia, concepto equivocado de la disciplina, Psicopatías, adicciones, hijos no deseados, desorganización hogareña, problemas económicos, entre otros. Estos factores nos darán una pauta para construir una intervención que sea efectiva. Para poder evitar el maltrato infantil será necesario abordar estos factores que contribuyen al mismo.

Sería óptimo el abarcar cada uno de estos factores de manera adecuada para poder dar una atención exitosa al problema presentado. Sin embargo, en este trabajo, se abordará solo uno de esos factores de manera amplia: Los hijos no deseados. En este caso, será necesario elaborar una campaña que tenga como objetivo fomentar la paternidad responsable para prevenir el maltrato infantil y que nos permita llegar a las poblaciones objetivo a través de los medios de comunicación gráficos y de vía pública (periódicos, revistas, afiches, carteles, etc...).

Para la construcción de esta campaña será necesario realizar una investigación que nos permita tener datos acerca de la educación sexual, conocimiento de métodos anticonceptivos y paternidad responsable de la población a la cual nos dirigimos. Esta población abarcará tanto a adolescentes como personas con pareja estable o matrimonios que no deseen tener hijos aún. Para tener datos completos y válidos es necesario indagar en investigaciones previamente hechas acerca del tema y las decisiones tomadas para mejorar la situación así como alternativas previamente propuestas. También, se harán investigaciones que incluyan sondeos de opinión e investigaciones de tipo cualitativo para obtener los datos deseados para construir la campaña.

Para mejorar el impacto de la campaña se hará una segmentación en la población de acuerdo a un rango de edad. Es decir, se seguirán las mismas pautas y objetivos, sin embargo, se dará un enfoque distinto a los medios gráficos destinados a las personas en el rango de edad de 15-20 años y a las de 35-45 años. De esta campaña se derivarán los afiches que serán publicados en los medios gráficos y de vía pública (Anexo 1).

Una campaña a nivel social de este tipo implicaría ofrecer una gran diversidad de beneficios que no solo estarán enfocados a mejorar la calidad de vida de los niños del país, una educación y un desarrollo adecuado sino a prevenir el maltrato infantil y la aparición del Trastorno de Identidad Disociativo.

Prevención Secundaria.

A nivel secundario el programa deberá estar enfocado a los niños que sean víctimas del abuso y/o maltrato; menores en los cuales se detecte un daño o que hayan vivido una situación que haya podido causar un gran impacto en su vida. Esta intervención sería dirigida especialmente a niños que se aíslan de su mundo a través del diálogo interno, es decir, que frecuentemente se les vea solos, que tengan poca o nula relación con las demás personas y que, sobre todo, sean muy callados. Estos rasgos son especialmente importantes debido a que si el niño tiende a tener un diálogo interno esto podría favorecer a la aparición de identidades alternas. Un diálogo interno significa que el infante podría estar creando, en su imaginación, identidades con las que podría entablar conversaciones de manera regular; estas conversaciones podrían dejar de ser solo imaginación para él y llegar a convertirse en algo más que un hábito y así evolucionar en el TID.

En estos casos se les proporcionaría un tratamiento psicoterapéutico cuyo objetivo estará enfocado a evitar que el proceso de formación e integración de la personalidad se vea detenido o alterado debido a las circunstancias en las que viven. Este programa también podrá beneficiar a los adolescentes que hayan o aún sufran de maltrato por parte de alguien, ya sea los padres, tutores e incluso el acoso por parte de los pares quienes en esta etapa en especial tienen una gran influencia. Debido a que es durante la adolescencia cuando se hace más evidente el trastorno y es una etapa que, generalmente, indica un periodo en el que la personalidad del individuo tiene una reestructuración, es posible evitar el trastorno de manera exitosa. Consideramos que la adolescencia es una etapa importante en este trastorno debido a todo lo que ésta implica. Es en la adolescencia cuando el comportamiento está caracterizado por la inestabilidad en los objetivos, conceptos e ideales derivados de la búsqueda de una entidad propia, el adolescente hace una reestructuración de la misma y tendrá una última oportunidad para lograr una integración.

Esta búsqueda de la identidad es mencionada por varios autores que han estudiado la etapa. Freud, al hablar de la metamorfosis en la pubertad, menciona la re-edición del complejo de Edipo en la que el sujeto en su intento

de elaborar este complejo busca alternativas para estructurar su propia personalidad lejos de la de sus padres. (Papalia, 2004).

Erickson habla de esta etapa como la de Identidad frente a la Confusión de Identidad en la que la búsqueda de "quien soy" se vuelve particularmente insistente a medida que el sentido de identidad del joven comienza donde termina el proceso de identificación. La identificación se inicia con el moldeamiento del yo por parte de otras personas, pero la información de la identidad implica ser uno mismo, en tanto el adolescente sintetiza más temprano las identificaciones dentro de una nueva estructura psicológica. (Papalia, 2004)

Finalmente, Marcia amplió y aclaró la teoría de Eriksson al determinar varios niveles de identidad y correlacionarlos con otros aspectos de la personalidad; identificó cuatro niveles que difieren de acuerdo con la presencia o ausencia de crisis y compromiso, relacionando estos niveles de identidad con características de la personalidad con ansiedad, autoestima, razonamiento moral y patrones de comportamiento. Marcia clasificó a las personas en una de cuatro categorías:

**Exclusión:** (compromiso sin ninguna crisis) nivel de identidad descrito por Marcia, en el cual una persona que no ha dedicado tiempo a considerar alternativas, es decir, que no ha estado en crisis, se compromete con los planes de otra persona para su vida.

**Moratoria:** (crisis sin compromiso) nivel de identidad descrito por Marcia, en el cual una persona considera alternativas (está en crisis) y parece dirigirse hacia un compromiso.

**Logro de la identidad:** (crisis que lleva a compromiso) nivel de identidad descrito por Marcia, que se caracteriza por el compromiso con opciones tomadas después de un período de crisis, un tiempo delicado a pensar en alternativas.

**Confusión de la identidad:** (sin compromiso, crisis incierta) nivel de identidad descrito por Marcia, que se caracteriza por la ausencia de compromiso y al

cual, puede seguir un período de consideraciones de alternativas. (Marcia et. al., 1993)

Cuando en esta etapa se dan los abusos o situaciones que causen un gran impacto emocional y el individuo esta en búsqueda de su identidad, la reestructuración de la personalidad se verá interrumpida y, entonces, encontraremos que el individuo estará en riesgo de presentar TID debido a que la personalidad no logrará integrarse de manera óptima.

En el caso de adolescentes, el tratamiento puede ser sumamente exitoso debido a que si se detecta a tiempo el maltrato y como consecuencia la probabilidad de que el individuo desarrolle TID, la posibilidad de que haya una integración de la personalidad, antes de que haya una disociación completa, será mucho más fácil. Esto es debido a que el adolescente ya esta en busca de su identidad, entonces con un tratamiento que se enfoque específicamente a esto, a su integración y búsqueda, el resultado será de gran beneficio para él y logrará prevenir el surgimiento del trastorno.

Probablemente, el mejor tratamiento en estos casos sea la terapia cognitivo-conductual utilizada con menores que sufren de Trastorno de Estrés Post-Traumático; esto es porque los niños que han sufrido maltrato, abuso o han pasado por una experiencia de gran impacto emocional generalmente muestran los síntomas del TEP. Los niños pequeños que han sobrevivido a un trauma suelen desarrollar síntomas diferentes a los de los adultos; en lugar de sentir que reexperimentan el evento traumático, tienden a involucrarse en un juego relacionado con el trauma, de forma repetitiva. También tienen posibilidades de desarrollar síntomas físicos, como dolores de cabeza o de estomago, que reflejan su estado perturbado (Halgin, Krauss Whitbourne, 2003).

Este tratamiento estará enfocado a ayudar al niño o adolescente a adquirir habilidades que le permitan controlar la ansiedad, estrés y/o angustia provocadas por ciertas situaciones o circunstancias a las que se ve expuesto, así como proporcionar recursos con los que el individuo adquiera la habilidad

para dominar, aceptar y reconocer las situaciones que provocaron una inestabilidad a nivel emocional y psíquico.

El tratamiento que está más enfocado a este objetivo es el que está basado en la Teoría del Procesamiento de la Información la cual dice que el afecto postraumático no se limita al temor y que los individuos con un TEP pueden igualmente experimentar otras fuertes emociones, tales como vergüenza, ira o tristeza. Estas emociones surgen directamente del trauma, pero también de las interpretaciones que hacen los individuos sobre el acontecimiento traumático y del papel que han jugado en él. (Resick y Schnicke, 1993)

Esta teoría se enfoca a la codificación, organización, almacenamiento y recuperación de la información en la memoria. Postula que la gente desarrolla esquemas cognitivos o mapas genéricos para ayudarse en este proceso. Por consiguiente, la información se interpreta normalmente en términos de esquemas cognitivos. Cuando sucede algo que discrepa con el esquema, los individuos tienen que reconciliar este acontecimiento con sus creencias sobre sí mismo y sobre el mundo. Sus sistemas de creencias, o sus esquemas, deben modificarse o adaptarse para incorporar esta nueva información. De este modo, en vez de adaptar sus creencias para incorporar el trauma, las víctimas pueden distorsionar (asimilar) el trauma para mantener intactas sus creencias.

Los individuos con TEP no procesan, categorizan y adaptan los recuerdos de un acontecimiento traumático sino que estos surgen como recuerdos retrospectivos o estímulos recordatorios invasores, o durante la noche bajo la forma de pesadillas.

Teniendo en cuenta este modelo de procesamiento de la información, será necesaria la expresión afectiva, no para la habituación, sino con el fin de que el recuerdo del trauma se procese totalmente. Se supone que el afecto, una vez que se ha tenido acceso a él, se desvanecerá rápidamente y puede empezar el trabajo de adaptar los recuerdos a los esquemas. Solo se podrá tener acceso a el afecto si se logra que la persona lo verbalice, la verbalización, a su vez, actuara como una catarsis en donde el individuo volverá a vivir la emoción que

experimentó en el momento del trauma o abuso y finalmente, este afecto que ha sido guardado durante cierta cantidad de tiempo por el individuo, será experimentado únicamente como pensamientos y no como emociones que no le permitan funcionar de manera adecuada.

Además de ser un modelo, la teoría de procesamiento cognitivo también es una terapia utilizada en pacientes con Trastorno de Estrés Post-traumático. En esta terapia se le enseña al paciente a identificar la conexión entre acontecimientos, pensamientos y sentimientos. En ocasiones, es necesario que el paciente recuerde detalladamente el trauma. Una vez que se haya logrado que el paciente recuerde el evento traumático y hable de él, se le cuestiona y el terapeuta enseña al paciente a hacer preguntas sobre sus suposiciones y autoverbalizaciones con el fin de empezar a refutarlas para, finalmente, reemplazar las creencias y pensamientos desadaptativos.

Debido a que estamos hablando de niños con TEP, este tipo de terapia parece difícil de aplicar, sin embargo, se puede lograr a través del juego. El juego es un lenguaje que tiene unos significados de índole psicológica que hay que saber descifrar. Un niño que ha sufrido un accidente de coche puede jugar al escondite o reproducir en el juego con unos coches de juguete el trauma que ha sufrido por el accidente. Un menor que juega a que una tormenta derriba una casa puede comunicar con esta metáfora su estado de ánimo negativo. El terapeuta debe estar alerta para reconocer los sentimientos que expresa el niño y éstos los devuelve de tal manera que el niño obtiene “insight” dentro de su conducta. (Alvarez, 2003). Este “insight” será el equivalente a la verbalización de los afectos que causan el conflicto del niño y a través del juego se podrá revivir de nuevo el evento.

Con estas expresiones a través del juego, el terapeuta puede lograr poco a poco que el niño logre manifestar las creencias negativas que tiene acerca del acontecimiento traumático y de él mismo como el creer que está mal el demostrar su enojo o tristeza, que el evento le ha ocurrido a él porque es una mala persona o porque se lo merecía y que las personas que hayan infligido algún daño sobre él son totalmente buenas y están en lo correcto. Al lograr

esta manifestación se podrán reemplazar las creencias y pensamientos desadaptativos, los cuales propician el desarrollo del Trastorno de Identidad Disociativo ya que son éstos los que obligan al niño a buscar alternativas para afrontar el maltrato y/o evento impactante a través de la disociación.

#### Prevención Terciaria.

La intervención a nivel terciario estará enfocada hacia las personas en las que el TID ya haya sido detectado. Esta intervención tendrá como objetivo lograr una integración de la personalidad, es decir, lograr que cada una de las identidades alternantes se vuelva parte de una sola personalidad, la cual será lo que se llama la personalidad original.

El tratamiento que actualmente se reconoce como el más efectivo en el tratamiento de este trastorno es el que tiene un enfoque psicoanalítico y la técnica más utilizada es la hipnosis. A través de esta se ha logrado la integración de muchos individuos que sufren del trastorno (Powell y Gee, 2000). Sin embargo, ha sido criticada abiertamente debido al estado alterado de la conciencia en el que la persona se encuentra completamente inconsciente y sin autocontrol, y la sustitución de síntomas que esta técnica conlleva.

Por consiguiente, es necesario proponer nuevas técnicas terapéuticas que permitan que este trastorno sea tratado sin que el factor de la inconsciencia este presente. La técnica más cercana a la hipnosis pero que evita que el paciente este completamente inconsciente de lo que sucede es la técnica de la relajación. Existen una gran cantidad de técnicas de relajación que han probado su eficacia en casos de estrés o en tratamientos enfocados al auto control emocional.

Sin embargo, para casos de TID, considero que la técnica de relajación de Schultz, la cual es llamada Entrenamiento Autógeno de Schultz. Con esta técnica, Schultz planteo un método en el que los pacientes pudieran obtener los beneficios de la hipnosis sin someterse a la voluntad de otra persona (Barrios, F., 2003).

Según el propio Schultz: "El principio sobre el que se fundamenta el método consiste en producir una transformación general del sujeto de experimentación mediante determinados ejercicios fisiológicos y racionales y que, en analogía con las más antiguas prácticas hipnóticas exógenas, permite obtener resultados idénticos a los que se logran con los estados sugestivos auténticos." (Schultz, 1969)

El método de Schultz comprende dos ciclos de ejercicios, uno inferior y otro superior.

### Ciclo inferior

Está compuesto por seis ejercicios dirigidos a alcanzar una progresiva modificación del tono muscular, de la funcionalidad vascular, de la actividad cardíaca y pulmonar, del equilibrio neurovegetativo y del estado de conciencia.

**1º** Se propone determinar distensión neuromuscular, pasividad psíquica y progresivo estrechamiento del campo de conciencia. La hipotonía que se alcanza interesa la musculatura voluntaria y la de las paredes vasculares.

**2º** El sentido de calor que deriva del primer ejercicio y el entrenamiento a la percepción de estas modificaciones constituye el segundo ejercicio, el del calor.

**3º** Se aflojan las tensiones psíquicas y la neuromuscular, tiende a normalizarse la respiración, que se convierte en rítmica, espontánea. Es como si el cuerpo respirara prescindiendo de la esfera psicológica, que se va convirtiendo siempre en más pasiva.

**4º** Control cardíaco, con el cual se entrena a percibir los latidos del corazón. Es seguramente un conocimiento tranquilizador el que se va alcanzando: el corazón late tranquilo, rítmico, regular.

5º El del plexo solar, el entrenamiento va dirigido a la realización de una sensación de distensión de los órganos abdominales.

6º Misión del último ejercicio es la de llegar a la percepción de la frente como separada del cuerpo. Es una sensación de calma, de vacío psicológico, de paz interior.

### Ciclo superior.

Es un acercamiento meditativo y psicoterapéutico. El relajamiento tiende a hacer adquirir al sujeto un estado "autógeno" de estrechamiento auto-inducido del campo de la conciencia. En consecuencia, al realizar los ejercicios, el sujeto debe actuar una condición de concentración pasiva; debe, en otras palabras, limitarse a imaginar aquello que el ejercicio propone. La aplicación de tales ejercicios está permitida solamente a los psicoterapeutas, que poseen, además de una experiencia personal del método, también una conciencia de la dinámica psicológica profunda. (Barrios, 2003)

A través de la aplicación de esta técnica de relajación el paciente podrá, poco a poco, lograr la integración debido a al nivel de autoconciencia logrado en un estado de alteración de la misma. Así se podrá lograr que el paciente pueda recordar cuales fueron los eventos que lo llevaron a recurrir a la disociación durante la infancia. Una vez que se logra esto, es posible lograr que el individuo empiece a encontrar

recursos para afrontar ese evento en específico para que, finalmente, encuentre recursos para enfrentar cualquier situación que implique peligro y estrés sin tener que recurrir a la disociación.

Otra técnica puede ser el tratamiento que utilizan los terapeutas cognitivo-conductuales cuyo objetivo es el cambiar las actitudes funcionales del cliente. Estas actitudes, que surgen de la historia de abuso del cliente, incluyen la creencia de que las diferentes partes del yo son identidades separadas, que la víctima es responsable del abuso, que es malo mostrar enojo o desafío, que el

anfitrión no puede manejar recuerdos dolorosos, que una de las identidades odia a los padres, que el anfitrión debe ser castigado y que no se puede confiar en ninguna de las identidades. Cada una de estas creencias conlleva un conjunto de supuestos que guían la conducta del individuo. Aun cuando no se considera suficiente contrarrestar estas creencias para tratar el TID, podría ser un componente importante de un plan de tratamiento completo. Es decir, es posible que utilizando en conjunto esta postura y la relajación se puedan lograr resultados importantes y, sobre todo, permanentes, que eviten la recaída del paciente. Es necesario que el tratamiento este enfocado a que el paciente logre un control de sus emociones, buenas o malas, que sepa como afrontar el estrés y, una vez lograda la integración, aprenda a vivir como una persona completa que se podrá desarrollar en distintos ámbitos de su vida sin tener que recurrir a la disociación.

El abordar este trastorno, dando respuestas a interrogantes planteadas y proponiendo alternativas para la solución del mismo, resulta una tarea importante ya que el TID ha sido un trastorno poco estudiado y muy criticado. Sin embargo, es una condición que existe en la actualidad y que es necesario estudiar a fondo para lograr que las personas que pidan ayuda a los profesionales de la salud mental, sin importar la cantidad o frecuencia, la obtengan con calidad y con la posibilidad de encontrar soluciones a sus problemas; que estos profesionales tengan la capacidad de hacer el diagnóstico adecuado, evitando los diagnósticos y tratamientos erróneos, y que sólo así el paciente tenga la seguridad de que su calidad de vida mejorará y los riesgos en su vida disminuirán.

IX. ANEXO

**UN HIJO NO SE BORRA  
CUANDO TU QUIERES.**



**SI VAS A TENERLO,  
HAY QUE QUERERLO.**

**UN HIJO NO SE BORRA  
CUANDO TU QUIERES.**



**SI VAS A TENERLO,  
HAY QUE QUERERLO.**

## X. GLOSARIO

**Co-consciencia:** Nivel en el que las diferentes identidades que integran el sistema reconocen la existencia de las otras, que tanto pueden comunicarse y trabajar en conjunto para un bien común.

**Despersonalización:** sensación que los individuos que la experimentan generalmente describen como una de no sentirse como ellos mismos o aislado de los propios procesos mentales y físicos.

**Desrealización:** sensación de que las personas, cosas y lugares, conocidos o no, le son desconocidos, extraños o irreales.

**Identidad anfitriona:** También conocida como primaria. Es la que esta asociada con el nombre de la persona; la que esta presente y tiene el control del cuerpo la mayor parte del tiempo.

**Identidad original:** Es la identidad que existió antes de que se diera la primera disociación

**Personalidad:** Organización jerárquica de sistemas, subsistemas y rasgos que traducen, transforma e integran información.

**Sistema:** conjunto de la identidad anfitriona, identidades alternantes, su integración, características y nivel de co-consciencia.

**Trastorno por Estrés Postraumático:** Se caracteriza por la aparición de síntomas característicos que siguen al a exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier amenaza para su integridad física.

**Trastorno Disociativo:** Consiste en una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. Esta alteración puede ser repentina o gradual, transitoria o crónica.

**Trastorno de Identidad Disociativo:** Se caracteriza por la presencia de uno o más estados de identidad o personalidad que controlan el comportamiento del individuo de modo recurrente, junto con una incapacidad para recordar información personal importante.

## XI. REFERENCIAS

### Bibliografía.

- Allport, G. (1968). *The Person in Psychology*. Boston: Beacon Press.
- Cardeña, E. (1995). *Manual de Psicopatología y Trastornos Psiquiátricos*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Coon, D. (1999). *Psicología. Exploración y Aplicaciones*. México: Thomson Editores.
- Halgin R.P., Whitbourne, S.K. (2004). *Psicología de la Anormalidad*. México: McGrawHill
- Marcia, J.E., Matteson, D.R., Orlofsky, J.L., Waterman, A.S. (1993). *Ego Identity: A Handbook for Psychological Research*. New York: Springer.
- Masson (2002). *DSM-IV-TR*. México: Masson Doyma México.
- Ochotorena, J. (1994). *Manual de Psicopatología y Trastornos Psiquiátricos*. Madrid: Siglo Veintiuno
- Papalia, Diane. (2004) *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. Editorial Mc Graw Hill 3ra. Edición.
- Rheta Schreiber, F. (1973). *Sybil*. Barcelona: Pomaire.
- Sarason, I.; Sarason B. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México: Prentice Hall.

- Schultz, J. (1969). *El Entrenamiento Autógeno*. Barcelona: Editorial Científico-Médica.

### **Hemerografía.**

- Bliss, E.L. (1980). Multiple Personalities. A report of 14 cases with implications for Schizophrenia and hysteria. *Archives of General Psychiatry*, 37 (12).
- Coons, P.; Milstein,V. (1986). *Psycosexual disturbances in multiple personality; Characteristics, etiology, and treatment*. *Journal at Clinical Psychiatry*, 47, pp. 106-110.
- Terr,L.C. (1991). *Childhood Traumas: An outline and overview*. *American Journal of Psychiatry*, 148, pp. 10-20.

### **Ciberografía.**

- *A History of Dissociative Identity Disorder*. (1995). Consultado en Marzo, 19,2007 en <http://www.fortea.us/english/psiquiatria/history.htm>.
- Barrios, F. (2003). *Entrenamiento Autógeno*. Schultz. Consultado en Mayo, 15, 2007 en <http://www.larelajacion.com/larelajacion/15schultz.php>.
- Cámara, M. (2005). Maltrato Infantil en México. Consultado en Enero, 16,2007 en <http://www.uneabasto.com/modules.php?name=News&file=article&sid=170>.
- Centro de Estudios Sociales y de Opinión Públca (2005). Violencia y Maltrato a Menores en México. Consultado en Abril, 4, 2007 en <http://www.diputados.gob.mx/cesop/doctos/VIOLENCIA-MENORES.pdf>.

- Colegio Oficial de Psicólogos de España (1998). Psicología Clínica y de la Salud. Perfiles del Psicólogo. Consultado en Junio, 11, 2007 en <http://www.cop.es/perfiles/contenido/clinica.htm>.
- El Mundo (1995). *El rostro de las mil caras*. Consultado en Diciembre, 31, 2006 en [www.elmundo.es/salud/1995/165/00902.html](http://www.elmundo.es/salud/1995/165/00902.html).
- Fombellida, L; Sanchez, J. A. (2003). Personalidad múltiple: un caso raro en la practica forense.. Cuadernos de Medicina Forense. Consultado en Diciembre, 31, 2006 en [http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-76062003000100002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062003000100002&lng=es&nrm=iso).
- *Identity of Sybil Revealed*. (1998). Consultado en Marzo, 19,2007 en <http://www.astraeasweb.net/plural/sybilid.html>.
- IFE Para Niños (2004). Consulta Infantil y Juvenil 2003. Consultado en Enero, 16, 2007 en <http://www.ife.org.mx/portal/site/ife/menuitem.9d01e69f97415004169cb73110000f7/>.
- Márquez, A. (1999). El Abuso Infantil: una práctica permanente. . Consultado en Abril, 4, 2007 en [http://www.derechosinfancia.org.mx/Temas/temas\\_abuso1.htm](http://www.derechosinfancia.org.mx/Temas/temas_abuso1.htm).
- Muller, R.J. (1998). A patient with Dissociative Identity Disorder "switches" in the Emergency Room. *Psychiatric Times*. Consultado en Diciembre, 31, 2006 en [www.psychiatrictimes.com/p981107.html](http://www.psychiatrictimes.com/p981107.html).

- Perry, B.D. (1999). *Formación de Vínculos y el Desarrollo de Apego en niños maltratados*. Consultado en Mayo, 4, 2007 en [http://www.asatlas.org/salud/vinculos\\_%20maltratados.pdf](http://www.asatlas.org/salud/vinculos_%20maltratados.pdf).
- Sidran. (2003). *Dissociative Disorders*. Consultado en Diciembre, 31, 2006 en <http://www.sidran.org/didbr.html>.
- Stephens, L. (2005). *Dissociative Identity Disorder (Multiple Personality Disorder)*. Consultado en Marzo, 21, 2007 en <http://www.psychologytoday.com/conditions/did.html>.
- Stetson University (2006). *Mysteries of the mind unfold at program*. Consultado en Marzo, 19, 2007 en <http://www.stetson.edu/marcom/articles/view.php?type=stories&id=198>.
- Swartz, A. (2001). *Dissociative Identity Disorder*. Consultado en Marzo, 23, 2007 en <http://allpsych.com/journal/did.html>.
- Vallejo-Nagera, J.A. (1991). *Despersonalización*. Consultado en Marzo, 21, 2007 en <http://www.mercaba.org/Rialp/D/despersonalizacion.htm>.
- Vidal, C, et al. (2006). *Un caso clínico de Trastorno de Identidad Disociativo (TID) tratado con EMDR e ICV: una cierta integración*. Consultado en Diciembre, 31, 2006 en [http://www.psiquiatria.com/articulos/tr\\_disociativos/24919/](http://www.psiquiatria.com/articulos/tr_disociativos/24919/).
- Wikipedia (2007). *Dissociative Identity Disorder*. Consultado en Marzo, 23, 2007 en [http://en.wikipedia.org/wiki/Dissociative\\_identity\\_disorder#Symptoms](http://en.wikipedia.org/wiki/Dissociative_identity_disorder#Symptoms).

## **Autores Consultados:**

- Beere (1995) en Halgin R.P., Whitbourne, S.K. (2004). *Psicología de la Anormalidad*. México: McGrawHill
- Boor (1982) en Halgin R.P., Whitbourne, S.K. (2004). *Psicología de la Anormalidad*. México: McGrawHill.
- Carlson y Armstrong (1994) en Cardeña, E. (1995). *Manual de Psicopatología y Trastornos Psiquiátricos*. Madrid: Siglo Veintiuno
- Ellason, Ross y Fuchs (1996) en Halgin R.P., Whitbourne, S.K. (2004). *Psicología de la Anormalidad*. México: McGrawHill
- Kluft (1997) en Halgin R.P., Whitbourne, S.K. (2004). *Psicología de la Anormalidad*. México: McGrawHill
- Lewis et al (1997) en Halgin R.P., Whitbourne, S.K. (2004). *Psicología de la Anormalidad*. México: McGrawHill
- Lussier, Steiner, Grey y Hansen (1997) en Halgin R.P., Whitbourne, S.K. (2004). *Psicología de la Anormalidad*. México: McGrawHill
- Merskey (1992) en Muller, R.J. (1998). A patient with Dissociative Identity Disorder "switches" in the Emergency Room. *Psychiatric Times*. Consultado en Diciembre, 31, 2006 en [www.psychiatrictimes.com/p981107.html](http://www.psychiatrictimes.com/p981107.html).
- Mchugh (1992) en Muller, R.J. (1998). A patient with Dissociative Identity Disorder "switches" in the Emergency Room. *Psychiatric Times*. Consultado en Diciembre, 31, 2006 en [www.psychiatrictimes.com/p981107.html](http://www.psychiatrictimes.com/p981107.html).

- Powell y Gee (2000) en Halgin R.P., Whitbourne, S.K. (2004). *Psicología de la Anormalidad*. México: McGrawHill
- Putman et al. (1986) en Halgin R.P., Whitbourne, S.K. (2004). *Psicología de la Anormalidad*. México: McGrawHill
- Ross (1989) en Halgin R.P., Whitbourne, S.K. (2004). *Psicología de la Anormalidad*. México: McGrawHill
- Scropo, Drob, Weinberger y Tagle (1998) en Halgin R.P., Whitbourne, S.K. (2004). *Psicología de la Anormalidad*. México: McGrawHill
- Simeon et al.( 2001) en Halgin R.P., Whitbourne, S.K. (2004). *Psicología de la Anormalidad*. México: McGrawHill
- Steinberg (1994) en Halgin R.P., Whitbourne, S.K. (2004). *Psicología de la Anormalidad*. México: McGrawHill