



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**FRACTURA DEL APARATO PSÍQUICO: TRASTORNO DE IDENTIDAD  
DISOCIATIVO E HISTERIA.**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTAN:**

**LAURA CECILIA GONZÁLEZ IBARRA**

**DIEGO VELASCO UREÑA**

**DIRECTORA: LIC. BLANCA ESTELA REGUERO REZA**

**REVISOR: MTRO. JUAN CARLOS MUÑOZ BOJALIL**

**MÉXICO, D. F      2010**





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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 PROFESIONALES**

Queremos agradecer a nuestra directora de tesis Blanca Reguero, por su flexibilidad ante un proyecto con el que ni nosotros sabíamos qué hacer en un principio, por sus buenos consejos y disposición para ayudar.

A nuestro revisor Juan Carlos Muñoz Bojalil, por su tolerancia y apoyo, por recordarnos la humildad y el peso de la palabra.

Gracias a nuestras sinodales Alma Mireia López-Arce, Damariz García y Lilia Díaz San Juan, por su accesibilidad y buen trato; por entusiasrnos con sus comentarios.

A Juan Carlos Huidobro, porque gracias a su apoyo e inteligencia pudimos dar forma a este proyecto; por sus importantes aportaciones y por dedicarnos su tiempo.

Gracias a Tania Rocha por siempre mostrar sincero interés en el proyecto, por enseñarnos tanto a lo largo de este tiempo y por ser, además de una gran mentora, una gran amiga.

## **AGRADECIMIENTOS PERSONALES**

A mis papás, por dejarme ser; por permitirme elegir lo que pienso que es bueno para mí y al mismo tiempo estar a mi lado haciéndome saber que puedo contar con ustedes. Gracias por motivarme y apoyarme.

A mi hermana y excelente amiga Ale; ahora que no estás en casa me doy cuenta de cuánto te quiero y te extraño; gracias por tu sinceridad ante todo.

A Chucho, por ser un increíble compañero de vida lleno de buen humor e inteligencia, gracias por tus consejos, por tu paciencia, por tu apoyo en todos los sentidos. Te quiero siempre.

A mi compañera de tesis, Lau, por compartir conmigo emoción, desesperanza e inocencia al creer que nuestro trabajo era el mejor que se hubiera escrito jamás. Gracias por hacer que esta tesis fuera tan divertida. Ha sido un placer trabajar contigo.

Gracias Fer, porque en ti encontré a una persona excepcional, de esas que no se pueden olvidar. Por tu sentido del humor, por tu gran inteligencia e increíble amistad.

A Héctor, por enseñarme tantas cosas, por asombrarme con tus talentos y tu enorme corazón.

Diego

Quiero agradecer a mi familia, amigos y a los profesores que participaron de manera directa o indirecta en la elaboración de este proyecto, por todo el apoyo que me brindaron y por estar siempre presentes. Cada uno contribuyó de manera distinta pero igualmente importante. Pero sobretodo quiero agradecerle a Diego su paciencia, cariño y amistad sincera, sin él nada de esto hubiera sido posible, por todos los buenos ratos, risas y por brindarme la oportunidad de crecer y aprender a su lado.

Laura

*"Una persona ¿es continuamente ella misma, o lo es una y otra vez de una manera consecutiva, a una velocidad tal que produce la ilusión de una estructura continua, como el parpadeo de las viejas películas mudas?"*

*-Lawrence Durrell-*

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>7</b>
<b>2. APARATO PSÍQUICO Y SU FRACTURA.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1. Aparato psíquico.....</b>	<b>13</b>
2.1.1. Desarrollo psicosexual en la teoría de Erikson.....	15
2.1.1.1. Primera infancia: estadio incorporativo (primer año).....	15
2.1.1.2. Temprana infancia (segundo año).....	17
2.1.1.3. Infancia (finales del tercer año).....	17
2.1.1.4. Edad escolar.....	18
2.1.2. Otros autores.....	19
<b>2.2. Fractura del aparato psíquico.....</b>	<b>25</b>
<b>3. REVISIÓN HISTÓRICA Y DESARROLLO DEL TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO Y DE LA HISTERIA.....</b>	<b>30</b>
<b>3.1. Trastorno de Identidad Disociativo (enfoque psiquiátrico).....</b>	<b>30</b>
3.1.1. Concepto de disociación.....	36
3.1.2. Concepto de trauma.....	38
3.1.3. Descripción y clasificación del Trastorno de Identidad Disociativo...	40
3.1.4. Epidemiología.....	43
3.1.5. Curso.....	44
3.1.6. Comorbilidad y síntomas asociados.....	45
3.1.7. Diagnóstico diferencial.....	45
3.1.8. Tests psicológicos.....	46
<b>3.2. Histeria (enfoque psicoanalítico).....</b>	<b>46</b>
3.2.1. Descripción y clasificación de la Histeria.....	52
3.2.2. Concepto de represión.....	55
3.2.3. Concepto de trauma psíquico.....	56
3.2.4. Características del cuadro histérico.....	57
<b>4. ESPECIFICACIONES Y DISCUSIÓN.....</b>	<b>60</b>
<b>4.1. Especificaciones.....</b>	<b>60</b>

4.1.1. Trastorno de Identidad Disociativo.....	60
4.1.1.1. Origen.....	60
4.1.1.2. Mecanismo de defensa (uso patológico) y estado de consciencia.....	61
4.1.1.3. Manifestaciones.....	63
4.1.1.3.1. Elaboración de identidades alternas.....	63
4.1.1.3.2. Tipos de identidades alternas.....	64
4.1.1.4. Tratamiento.....	66
4.1.1.4.1. Hipnosis.....	66
4.1.1.4.2. Recuperación de la memoria.....	67
4.1.1.4.3. Psicofarmacología.....	69
4.1.2. Histeria.....	69
4.1.2.1. Origen.....	69
4.1.2.2. Mecanismo de defensa (uso patológico) y estado de consciencia.....	71
4.1.2.3. Manifestaciones.....	72
4.1.2.4. Tratamiento.....	72
<b>4.2. Discusión.....</b>	<b>73</b>
<b>4.3. Aportaciones.....</b>	<b>88</b>
<b>5. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>90</b>

# 1. INTRODUCCIÓN

En esta tesis realizaremos un análisis general sobre el desarrollo del aparato psíquico y su fractura, partiendo de esto revisaremos dos trastornos abordados por disciplinas distintas pero que se unen por su temática, el Trastorno de Identidad Disociativo (TID) y la Histeria.

El TID ha sido abordado casi exclusivamente por la psiquiatría dándole una estructura esquemática, mientras que la Histeria ha sido analizada por el psicoanálisis fundamentado en conceptos propios, es decir, cada disciplina tiene su concepción específica de las psicopatologías y de su origen y características.

En el **primer capítulo** haremos una revisión general del desarrollo del aparato psíquico en la infancia y en la adolescencia temprana, así como una explicación de las etapas infantiles propuestas por Erik Erikson en donde se exponen las principales características de cada una. Asimismo, se expondrán las teorías de otros autores, Putnam, Blos, Hartman y Anna Freud, con diferentes aproximaciones que brindan una visión más completa y enriquecedora, que creemos aporta aspectos que se dejan de lado en las etapas psicosexuales de Erikson. Posteriormente se analizarán los posibles factores que alteran la consolidación del aparato psíquico y que como consecuencia lo pueden fracturar; se explicarán a partir de esta categoría (fractura del aparato psíquico) los dos trastornos específicos antes mencionados, el Trastorno de Identidad Disociativo y la Histeria.

En el **capítulo dos** se realizará una revisión histórica del desarrollo del Trastorno de Identidad Disociativo y de la Histeria, partiendo de la explicación de los conceptos básicos para entenderlos, se incluirán también las características principales así como su clasificación dentro de los manuales diagnósticos actuales (DSM-IV-R y CIE10).

Por último en el **capítulo tres** se incluirán algunas especificaciones que consideramos importantes de ambos trastornos, dividiéndolo en cuatro áreas que surgieron a partir de la revisión bibliográfica y del análisis, éstas serán: origen, mecanismo de defensa (uso patológico) y estado de consciencia, manifestaciones y tratamiento. Finalmente se hará una discusión sobre los elementos considerados más significativos, así como una reflexión y sugerencias para futuros estudios.

Como parte de las conclusiones subrayamos la importancia de la infancia y de la adolescencia temprana en la conformación de la identidad y del aparato psíquico, de las posibles consecuencias de vivir experiencias traumáticas (imaginarias o reales) y de lo que implica una traición al individuo. Otro tema importante del cual discutiremos es el de los **mecanismos de defensa**, los cuales son utilizados en la vida cotidiana por casi todas las personas, pero que en el caso específico de la disociación y la represión se usan de manera patológica.

Para entender la estructura del aparato psíquico Freud propone dos tópicos a partir de los cuales pueden ser analizados los fenómenos mentales y el desarrollo psíquico. En la primera tópica habla del Consciente, Preconsciente e Inconsciente; la segunda tópica trata sobre el Yo, el Ello y el Superyó.

Es en los primeros años de vida que se empieza a consolidar el aparato psíquico del sujeto; teóricos con diferentes aproximaciones establecen etapas y aptitudes que se supone se alcanzan en éstas, tal es el caso de Erik Erickson con su teoría psicosexual; y a pesar de la diferencia de perspectivas (psiquiátricas y psicoanalistas), los autores consultados en esta tesis (Blos, Putnam, Ana Freud, Bleichmar) coinciden en la importancia de la infancia y de la adolescencia temprana y del impacto que tienen las trasgresiones en el desarrollo y en la vinculación del sujeto con su entorno y consigo mismo. Se dice que el logro final de la adaptación social es el resultado de un número variado de progresos en el desarrollo.

Todos los **mecanismos de defensa** sirven simultáneamente para la restricción interna de los impulsos y para la adaptación externa, es decir, tanto para disminuir la angustia como para ser socialmente funcionales; sin embargo, lo que atañe a esta investigación es el uso patológico que se le puede dar a dichos mecanismos como resultado de experiencias traumáticas (reales o imaginarias) en la vida del individuo, y que tienen como finalidad disminuir la angustia y brindar alivio, pero que tienen repercusiones en la forma de relacionarse con el mundo externo.

Anna Freud (1965/1981) expone que los trastornos mentales son más frecuentes y más variados en los niños que en los adultos. Su frecuencia aumenta, por una parte, debido a su dependencia de los cuidadores primarios y, por otra, debido a los esfuerzos y tensiones relacionados con los procesos del desarrollo en sí. Durante la infancia existen una serie de tintes patológicos, por lo que es muy complicado saber a ciencia cierta qué patología, si es que la hay, marcará la vida adulta del niño. Con la **maduración del Yo**, las defensas que se utilizan contra la ansiedad cambian por otros mecanismos de defensa más complejos; esto explica el paso de una sintomatología específica a otra distinta, y el porqué la patología infantil está fuera de cualquier diagnóstico estricto y determinante.

Se considera que el Yo infantil se debilita a causa de dolores físicos, enfermedades, ansiedad, hechos desagradables, tensiones emocionales, entre otros. La intensidad de los impulsos también está determinada, bien por el ambiente al haber exposición a observaciones, indulgencia o frustración excesiva; bien internamente por las transiciones de un nivel del desarrollo al siguiente (Anna Freud, 1965/1981). Estos aspectos se desarrollarán con mayor profundidad en el capítulo uno.

A partir de esto observamos que puede haber casos en los que el desarrollo del aparato psíquico se vea interrumpido o alterado, es decir, que se dé una fractura debido a que no se resuelvan o superen adecuadamente las tareas de

cada etapa, de forma que devengan trastornos específicos, cualesquiera que sean, sin embargo, para los fines de esta tesis, se eligieron dos en particular: el Trastorno de Identidad Disociativo (TID) y la Histeria.

En lo que se refiere a la fractura del aparato psíquico, un concepto básico es el de “**trauma**” que desde la perspectiva psiquiátrica puede ser entendido como la experiencia de verse convertido en un objeto o en una cosa. Es la experiencia extrema del sentimiento de indefensión y de pérdida de control sobre el propio cuerpo.

Un mecanismo de defensa conocido es la disociación, que la psiquiatría define como un estado de experiencia o conducta en donde se produce una alteración discernible en los pensamientos, sentimientos o acciones de una persona, en el que por un periodo de tiempo la información no está asociada o integrada con otra información como lo estaría normal o lógicamente (West en Putnam, 1989).

La “**disociación**” también puede entenderse como una desconexión entre los pensamientos, recuerdos, acciones y el sentido que se tiene de uno mismo; es decir, es un evento que ocurre en las funciones usualmente integradas de la conciencia, memoria, identidad o percepción, resultando en discontinuidades en el estado alerta del individuo. Esta es una experiencia normal en las personas que ocurre, por ejemplo, al soñar despierto, en la hipnosis de la carretera, o al “perdersse” en un libro o película, la cual involucra una “pérdida de contacto” con el entorno inmediato. La disociación es considerada patológica cuando excede ciertos límites en intensidad o frecuencia, provocando trastornos que pueden ser una fuga disociativa o el Trastorno de Identidad Disociativo, entre otros (Putnam, 1989).

Actualmente desde la perspectiva psiquiátrica se considera al Trastorno de Identidad Disociativo (**TID**) como un trastorno del desarrollo con una base

postraumática, que generalmente se origina en la infancia. Circunstancias traumáticas, como el maltrato físico, sexual, psicológico o cualquiera de sus combinaciones, aunadas a una perturbación entre el niño y su cuidador, conducen a estados extremos de conciencia en el niño. Esto interrumpe la consolidación normal de la identidad personal. El trauma causa unión de los recuerdos y afectos intolerables en estados conductuales y “disociativos”, a fin de apartar las experiencias traumáticas para permitir el desarrollo en otras áreas vitales. Existe una formación de entidades que pueden mostrar cierto grado de desarrollo relativamente independiente de las otras identidades en la persona y pueden utilizarse de manera subsecuente para enfrentar circunstancias vitales y de la vida cotidiana. El resultado es una persona que engloba varios estados de sí mismo relativamente concretos e independientes (Goldman, 2001).

La disociación funciona, por tanto, como mecanismo de defensa ante el trauma; es un intento para mantener el control mental cuando se ha perdido el control físico (Hales y Yudovsky, 2005).

Por otro lado, el mecanismo de defensa empleado en la Histeria es la represión, la cual se encarga de llevar las vivencias traumáticas al inconsciente. A diferencia de la disociación, lo que se reprime sufre una deformación, una modificación, de esta manera, cuando lo reprimido llega a la consciencia en forma de síntoma, se revelará no como una manifestación literal de lo sucedido sino como una metáfora de la experiencia traumática.

Se considera que la Histeria, abordada por el psicoanálisis, tiene su origen en traumas (imaginarios o reales) y en una ambivalencia sostenida por los padres en cuanto a quién posee el falo. Lazare, A., Klerman, G. y Armor, D., 1996 (en Alonso y Mireles, 2008) refieren como resultados de un estudio factorial, siete síntomas característicos de la personalidad histérica: egocentrismo, exhibicionismo, sugestibilidad, dependencia, erotización de las relaciones y miedo a la sexualidad.

Otros elementos conocidos del discurso de los histéricos son los sueños edípicos, la culpabilidad sexual, la falización del cuerpo propio, alucinaciones visuales, fantasmas de fragmentación del cuerpo, capacidades para la desidentificación y para proyecciones identificatorias, aptitud para la regresión a demandas infantiles, aptitudes para la despersonalización y reidentificación, entre otros. Esto se abordará con detalle en el capítulo dos.

La razón por la cual elegimos el Trastorno de Identidad Disociativo (TID) y a la Histeria es que ambas son consecuencia de **vivencias traumáticas**, ya sea que hayan sucedido en el mundo externo o en la mente del individuo y dan como resultado alteraciones en la identidad del individuo y en la conformación de su aparato psíquico. Estas alteraciones serán distintas y con diferentes niveles patológicos y con consecuencias diversas en la vida de quien las padece, lo cual dependerá de la naturaleza del trauma y de las características de la patología.

El origen de ambos trastornos se ubica en las experiencias traumáticas vividas por el individuo, que fueron intolerables en la época en la que se vivieron y que tienen repercusiones en la conformación del aparato psíquico. Por su parte el mecanismo de defensa del que se vale cada individuo, en el TID la disociación y en la Histeria la represión, es usado de manera patológica, lo cual tiene consecuencias en la forma en la que la persona se relaciona con el mundo y se percibe a sí mismo. En el caso del TID encontramos a las identidades como una de las manifestaciones del síntoma, en la Histeria podemos identificar una gama variable de síntomas conversivos y de la personalidad. En cuanto al tratamiento se refiere, el más utilizado en ambos trastornos es la psicoterapia, en cada uno de ellos se buscan objetivos diferentes, en el TID la integración de las identidades y en la Histeria el entendimiento del origen de los síntomas y la emergencia de los elementos reprimidos. Todo esto se abordará en el capítulo tres, a la par de la discusión y de las aportaciones.

## 2. APARATO PSÍQUICO Y SU FRACTURA

### 2.1 Aparato psíquico

Para llevar a cabo cualquier análisis es necesario realizar, en primera instancia, una revisión general sobre el tema del que se parte, en este caso, para poder entender y analizar una patología, es necesario indagar sobre el desarrollo de los individuos, hacer una integración de los posibles aspectos que se van estructurando desde la vida temprana, de las posibles consecuencias de un conflicto y de las alteraciones que estos pueden generar en etapas posteriores de la vida.

Para comenzar el análisis partiremos de la definición que Freud daba al **concepto de aparato psíquico**, entendiéndolo como un sistema de cargas y un sistema de representaciones íntimamente ligados o patológicamente disociados, cuya regulación hace posible un funcionamiento más organizado de ambos. En la primera tópica dividió al aparato psíquico en tres estratos o niveles: Consciente, Preconsciente e Inconsciente, y en la segunda tópica (que no se opone a la primera sino que la complementa) en tres instancias o dimensiones psíquicas: Ello, Yo y Superyó.

Elegimos específicamente esta propuesta de Freud ya que creemos que el tema del aparato psíquico es abstracto, y debido a que no es posible tener nociones o conceptos concretos, consideramos que Freud propuso un esquema claro y conciso con el que estamos de acuerdo y que brinda la posibilidad de explicar su estructura y da pauta a que más adelante se aborde el desarrollo del aparato psíquico y su posible fractura, manteniendo a lo largo de toda esta tesis los mismos conceptos básicos y fundamentales.

La facultad para mantener el equilibrio homeostático del aparato psíquico, es decir, la suma total de los procesos mentales que salvaguardan el

funcionamiento mental, están localizados en el **Yo**, éste puede ser comprendido como un sistema regulador que adquiere el control sobre los impulsos instintivos, sobre la consciencia, la percepción, el conocimiento y la acción. Así, la instancia del Yo protege la integridad de la personalidad y funciona como mediador entre el impulso y el mundo externo, proporcionando en forma ideal el máximo de gratificación con un mínimo de angustia (Blos, 1971/1980).

El Yo es una instancia interior que asegura la coherencia de nuestra existencia filtrando y condensando todas las impresiones, emociones, recuerdos e impulsos que intentan pasar a nuestro pensamiento y que nos escindirían y fragmentarían si no fuesen clasificados y elaborados por una serie de filtrado que se ha desarrollado con el tiempo y se mantiene firme. Es importante mencionar que el Yo no siempre es consciente, sino que puede tener partes inconscientes.

La contrapartida del Yo es **el Ello y el Superyó**, es decir, el Yo filtrará lo que provenga de éstos, de manera que lo proveniente del Ello devendrá como algo muy placentero; lo proveniente del Superyó, que contiene las influencias que inhiben y critican al Yo, se hará presente no como un deber ser sino como una “buena consciencia”.

Por otra parte, el Ello y el Superyó se mantienen en contacto y no son conscientes, es decir, los impulsos, deseos e instintos del Ello, así como el *deber ser* y la moralidad del Superyó permanecen fuera de la consciencia, sin embargo, puede suceder que lleguen a la frontera entre la inconsciencia y la consciencia, la preconsciencia. Cuando esto sucede la parte consciente se ve influenciada por impulsos y mandatos provenientes de estas instancias.

Existen diversas aproximaciones respecto al desarrollo del individuo en las diferentes etapas de la vida con énfasis ya sea en el aspecto biológico, psicológico, cognitivo, etcétera, sin embargo, hemos seleccionado para empezar la teoría del desarrollo psicosexual de Erik Erikson, ya que creemos explica con

claridad dividiendo en etapas los primeros años de vida, y marca los procesos y tareas que el niño debe ir logrando al concluir cada una de ellas. La elección de esta teoría específica se debe a la clara esquematización del desarrollo infantil y de la adolescencia temprana; esto sienta las bases para poder identificar en qué situaciones puede alterarse el desarrollo del aparato psíquico y qué consecuencias trae para el individuo. Asimismo complementa y no se contrapone a las tópicos de Freud.

### 2.1.1. Desarrollo psicosexual en la teoría de Erikson

Creemos conveniente para un mejor entendimiento, esclarecer conceptos centrales dentro de esta teoría, el de estadio o fase y el de sentidos y sentimientos.

un estadio o fase es el periodo en el que aparece por primera vez una determinada capacidad, o bien, el periodo en el que cierto número de elementos relacionados entre sí, están tan bien establecidos e integrados que puede iniciarse con seguridad el paso siguiente del desarrollo (Erikson, 1968/1974: 86).

Todos los sentidos y sentimientos hacen referencia a una crisis relacionada con algún nuevo apartamiento, la cual es resuelta de tal modo que el niño aparece siendo más él mismo, es decir, el niño al superar cada crisis se va acercando más al individuo que será (Erikson 1968/1974: 99).

#### 2.1.1.1. Primera infancia: estadio incorporativo (primer año)

Erikson (1968/1974) considera que el sentimiento de confianza básica, que es una actitud con respecto a sí mismo y al mundo derivada de las experiencias del primer año de vida, es la base de la personalidad. Se entiende por confianza el hecho de fiarse de los demás así como el sentimiento de saber que uno es digno de confianza. Llega a esta conclusión a partir de la patología en adultos, específicamente en el caso de la desconfianza básica en la que los individuos se retiran al interior de sí mismos cuando presentan conflictos consigo mismos o con los demás.

En el primer año de edad, la boca es el medio que permite una primera y general aproximación a la vida, esta etapa es llamada *estadio incorporativo*, y comprende a la primera y segunda fase oral de la teoría psicosexual de Freud. El lactante es sumamente receptivo, aparte de la necesidad de alimento, sus sentidos “ingieren” todo aquello que entra en su campo visual y aquello que se percibe como bueno.

En este primer estadio el lactante aprende a “tomar” en el sentido de recibir y aceptar lo que le es dado y esto dependerá de cómo responde la madre o el cuidador primario a sus demandas, asimismo desarrolla las bases para ser el que da.

Si a esta edad el lactante es muy sensible o no se compensa su frustración (esto puede hacerse no únicamente atendiendo a sus necesidades inmediatas sino también compensándolas con estímulos afectivos o en etapas posteriores del ciclo vital) podrá generarse un trastorno de sus relaciones con el mundo en general y especialmente con personas significativas.

Más tarde, maduran las capacidades para buscar y obtener placer de un modo más activo y más incorporativo; la percepción del infante es cada vez más selectiva, comienza a fijar su atención a objetos específicos; y su desarrollo motor le brinda cada vez más confianza y seguridad para interactuar con su entorno. Las crisis en esta fase pueden deberse a tres circunstancias: la primera se debe a un impulso de incorporar, apropiar y observar más activamente; la segunda, es la creciente consciencia del lactante como persona; y la última es el apartamiento gradual de la madre con respecto al niño, lo que puede dar lugar a una depresión crónica o circunstancial, a un sentimiento de división y de nostalgia. Para contrarrestar todo esto es necesario establecer y mantener la confianza básica de la que se hablaba con anterioridad.

Una vez superadas las posibles crisis en este estadio se supondría que se alcanza un sentimiento de identidad, que parece surgir en el encuentro de la figura

materna y el lactante; este encuentro debe estar caracterizado por la confianza y el reconocimiento mutuos. De no ser así, la identidad del sujeto podría no tener las primeras bases y consolidarse de manera óptima, repercutiendo en el logro de las tareas posteriores.

#### 2.1.1.2. Temprana infancia (segundo año)

La temprana infancia comienza con la capacidad de placer y voluntad que va unida con frecuencia a los órganos de excreción y el control de esfínteres, existe una necesidad de controlar a voluntad la retención y la expulsión. La capacidad de retener puede ser negativa en tanto restringe, o positiva cuando implica “tener y mantener”. De la misma manera, la capacidad de expulsar puede convertirse en una liberación de carácter hostil o en un “dejar pasar”.

La importancia general del segundo estadio reside en las ganancias sobre la maduración muscular, verbalización, discriminación y las antes mencionadas capacidades para retener y soltar, asimismo, el infante comienza a experimentar su autonomía, y aprende a delimitar su mundo en términos de lo que es y le pertenece a él y a los demás. El autocontrol adquirido gracias a estas habilidades, generaría en el niño un sentimiento de libre voluntad. El estadio de autonomía es importante ya que en él tiene lugar la primera emancipación con respecto a la madre, siendo el individuo capaz de sentirse más él mismo y de tener la iniciativa de realizar los actos que desee.

#### 2.1.1.3. Infancia (finales del tercer año)

En este estadio el niño debe decidir y buscar qué clase de persona quiere ser, existe una identificación profunda y exclusiva con sus padres, teniéndolos en una posición privilegiada. Dentro de este estadio se plantean tres desarrollos característicos: primero, el niño aprende a moverse en su ambiente con más libertad; más tarde, su lenguaje se perfecciona hasta el punto en el que puede

expresarse con mayor claridad, entender y cuestionar constantemente el mundo que lo rodea; y finalmente tanto el lenguaje como la locomoción le permiten llevar la imaginación a diversas áreas.

En esta etapa el niño empieza a interactuar con otros niños, con los que establece juegos comúnmente intrusivos, es decir, suele haber golpes, ofensas y una curiosidad demandante; además surge la excitabilidad y curiosidad de índole sexual a un nivel de genitalidad rudimentaria, es decir, en un nivel básico. Se fantasea con ser la pareja sexual del padre del sexo opuesto y las consecuencias emocionales de esto así como los temores mágicos asociados con ello constituyen el “**complejo de Edipo**”. La imaginación exacerbada da lugar a fantasías que despiertan un sentimiento de culpa, conocido como “**complejo de castración**”, el cual representa el miedo a perder el pene en el caso del varón o la convicción de que se ha perdido en el caso de la niña.

El niño no sólo siente miedo de ser sorprendido en falta, sino que también escucha la voz interior de la autoobservación y el autocastigo que lo divide interiormente, de esta manera empieza la moralidad (Erikson, 1968/1974: 103).

Como consecuencia de este conflicto, los niños buscan nuevas identificaciones que generen menos angustia y sentimientos de culpa. Si esta situación es superada de manera óptima, podría desarrollarse un compañerismo entre padre e hijo y entre madre e hija, pudiéndose integrar los sentimientos de culpa en una consciencia moral no severa.

#### 2.1.1.4. Edad escolar

A este estadio se le conoce como período *latente* pues el niño va sublimando los impulsos característicos de la etapa edípica, es decir, entra en un estado de relativa calma en relación con los deseos que le generaban angustia y se ocupa por aprender y desempeñar un buen papel en otros ámbitos de la vida, principalmente en el aspecto escolar.

En esta etapa el niño está en la mayor disposición de aprender así como de realizar actividades junto con otros; obtiene experiencia escolar, la cual conlleva nuevas metas y limitaciones. Existe una gran vinculación con los mentores así como la observación e imitación de personajes que les parezcan importantes. Cuando no obtienen un sentimiento de *laboriosidad*, es decir, cuando no se sienten capaces de lograr las tareas de manera satisfactoria, experimentan emociones de malestar e insatisfacción pues necesitan saber que tienen la capacidad o el potencial necesario para realizarlas bien.

El peligro de esta etapa reside en experimentar un sentimiento de inferioridad, que se presenta cuando el conflicto de no realizar bien las tareas no se resuelve, en otras palabras, el niño prefiere regresar al estado de comodidad en el que se encontraba en compañía de su madre, generándole culpa debido a que sigue comparándose con su padre, como en la etapa edípica.

Este es el estadio que precede a la adolescencia, durante la cual vuelven a surgir todos los impulsos anteriores en nuevas combinaciones, requiriéndose superar otro tipo de tareas y desarrollando nuevas habilidades y competencias.

#### 2.1.2. Otros autores

Como se mencionó existen otras aproximaciones respecto al desarrollo en la infancia y sobre las características en esta etapa. Putnam, Cole, Blos, Hartman y A. Freud son algunos de los autores que han contribuido en esta área; de acuerdo al propósito que perseguimos en esta tesis decidimos exponer algunas de las ideas que consideramos importantes en la teoría de cada uno de ellos.

Estos autores aportan especificaciones importantes que contribuyen al entendimiento del desarrollo en la infancia y en la adolescencia temprana. Encontramos información referente a la capacidad disociativa infantil, al proceso

de individuación en los niños, al papel de la fantasía en el juego, entre otros, que no son abordados de manera específica o desde el mismo punto de vista en la lectura de Freud y Erikson, y que son de nuestro interés, por lo que creemos se está complementando a las propuestas de estos autores. Por ejemplo, la teoría psicosexual de Erikson y las tópicas de Freud son enriquecidas con las tareas de desarrollo de Putnam y Cole, y la maduración yoica expuesta por Hartman respectivamente. Todo esto en conjunto brinda un panorama más amplio para la comprensión de la estructura de la psique y de las consecuencias de su fractura.

De acuerdo a **Putnam y Cole** (Putnam, 1997) en su *aproximación del desarrollo-psicopatológico* durante la infancia **las tareas de desarrollo** principales incluyen: 1) el descubrimiento del mundo de personas y cosas; 2) el establecimiento de relaciones sociales seguras dentro de la familia; 3) el establecimiento de un sentido básico de identidad; 4) el desarrollo de un sentido autónomo de consciencia; y 5) la adquisición de un sentido inicial de lo correcto o incorrecto, es decir, de lo bueno y malo.

En esta misma etapa **la capacidad disociativa**, en tanto habilidad funcional (ya que todos los individuos la tienen y puede ser útil en situaciones ambientales sobreestimulantes) parece incrementarse, posiblemente como resultado del aumento de sus capacidades de imaginación y fantasía (Putnam, 1997).

De acuerdo a Putnam (1997) a los dos años de edad aproximadamente, los niños empiezan el **proceso de individuación** el cual se considera alcanzará una mayor estabilidad a los tres años, empiezan también a distinguir entre la **realidad interna y la externa**, es decir, a lo concerniente a sus pensamientos, ideas y procesos internos, y a lo que respecta al mundo que lo rodea; posteriormente como a las cuatro o cinco años el niño comienza a tener deseos de ser como las personas que lo rodean, especialmente como sus padres, con esto tiene lugar un proceso de **identificación**, las identificaciones estables hacen que el niño sea más independiente de las relaciones de objeto, es decir, que pueda tener un

desapego más exitoso. En este periodo que comprende de los dos a los cinco años de edad los niños desarrollan una integración de su **sentido de identidad y restricciones sociales**, es decir, comienzan a definirse y a identificar cuáles conductas son permitidas y cuáles castigadas; asimismo, adquieren un mayor control sobre sus conductas y afectos.

Blos (1971/1980) esquematiza los logros de la siguiente manera: el de la infancia temprana está en el dominio del cuerpo, el del periodo de latencia en el del ambiente y el de la adolescencia en el de las emociones.

Por su parte **Hartman** (1958/1987) cree posible que la relación con la realidad se aprende a través de rodeos o aproximaciones progresivas, es decir, no en una forma directa e inmediata. Existiendo así, vías para la adaptación a la realidad que al principio apartan al individuo de la situación real, pero que pueden brindar un acercamiento a su realidad interior. Un ejemplo de esto es el uso de la **fantasía** en el juego, que aunque siempre implica un apartamiento inicial respecto de una situación real, también puede ser una preparación para la realidad y puede promover un mejor dominio de ésta. La fantasía puede llenar una función sintética al vincular provisionalmente nuestras necesidades y metas con modos posibles de satisfacerlas y alcanzarlas.

**Anna Freud** (1936) en Hartman (1958/1987) también examina la función de la fantasía en el desarrollo del niño. Examina la negación de la realidad en ella, y muestra el modo en que el niño, rehusándose a aceptar un fragmento desagradable de la realidad puede, en ciertas condiciones, negar su existencia y reemplazarla por formaciones de la fantasía. Este proceso está dentro de los límites del desarrollo del Yo normal; que este proceso se convierta o no en patológico depende de varios factores: uno de ellos es el grado de madurez de los aparatos yoicos de percepción, pensamiento (particularmente pensamiento causal), etcétera, que garantizan la relación del ser humano con su ambiente.

El Yo del niño pequeño es el responsable de dominar tanto su orientación en el mundo exterior como sus estados emocionales, incluyendo los caóticos. Desde el punto de vista de la economía mental es algo muy diferente el que una fantasía reemplace una pieza importante de la realidad en el adulto, o que ello ocurra en un niño, ya que la adhesión del Yo a la realidad, es en general, más fuerte, en la edad adulta debido a la madurez supuestamente alcanzada, que en la infancia.

Más adelante en la vida del individuo, cuando las necesidades ya no pueden ser satisfechas sólo por la fantasía, el aparato mental debe recurrir al mundo externo en busca de posibilidades de placer. Esta vuelta hacia la realidad puede ser también una protección contra la angustia suscitada por fantasías y puede servir para controlarla. Tanto el volverse hacia el mundo externo como la necesidad de reconocerlo están todavía bajo el imperio del principio del placer, es decir, la persona cambia displacer por placer o un placer pequeño por uno grande, sigue buscando un nivel máximo de gratificación. Pero es importante mencionar que lo denominado principio de realidad implica algo nuevo, la función de la anticipación, es decir, la posibilidad de saber qué pasará en el futuro (Hartman, 1958/1987).

Cuando se dice que un pensamiento o un sistema de pensamientos es **consistente con la realidad**, debe cumplir con dos condiciones: la primera es, que el contenido teórico de esos pensamientos sea verdadero, es decir, que corresponda a lo que ocurre; y segunda, que la traducción de estos pensamientos a la acción social conduzca a una conducta adaptativa (Hartman, 1958/1987). Para esto, es necesario que el Yo pueda utilizar regulaciones racionales, tomando también en cuenta la parte irracional de otras ideas, es decir, es importante estar consciente de ambos aspectos, y en medida de lo posible conjuntándolos para dar sentido.

El desarrollo del Yo es una diferenciación, en la cual los factores reguladores primitivos o irracionales son progresivamente reemplazados o complementados por regulaciones yoicas más eficaces y racionales; esto es necesario para controlar nuevas demandas y tareas (Hartman, 1958/1987).

Cabe mencionar que la vida mental adulta sana probablemente nunca está por completo exenta de la negación y el reemplazo de la realidad por formaciones de la fantasía.

Durante la **adolescencia** las **funciones del Yo** adquieren una mayor resistencia a la regresión, ya que el individuo se supone posee ya, herramientas más eficaces para el afrontamiento de las necesidades y conflictos que el mundo le presenta. Las actividades significativas del Yo, como son la percepción, el aprendizaje, la memoria y el pensamiento, se consolidan más firmemente cuando éste se encuentra libre de conflicto, es por esto que la angustia amenaza con menor intensidad la integridad del Yo en esta etapa que como ocurría en la niñez (Blos, 1971/1980).

Blos (1971/1980) considera que la **adolescencia tardía** es primordialmente una fase de **consolidación**, con esto se refiere a la elaboración de: 1) un arreglo estable y altamente idiosincrático de funciones e intereses del Yo; 2) una extensión de la esfera libre de conflictos del Yo; 3) una orientación sexual irreversible (constancia de identidad); 4) una catexis de representaciones del Yo y del objeto, relativamente constante; y 5) la estabilización de aparatos mentales que automáticamente salvaguarden la identidad del mecanismo psíquico. La prueba decisiva para el Yo, al menos en lo que concierne a su capacidad integradora y sintética, se consolida en esta etapa.

Una experiencia de individuación similar (a la de la niñez), aunque mucho más compleja, ocurre durante la adolescencia, que lleva en su etapa final a un sentido de identidad. Antes de que el adolescente pueda consolidar esta formación, debe pasar por etapas de autoconsciencia y de existencia fragmentada, caer en

excesos, rebeldía, resistencia, todo esto ayuda a decir 'este no soy yo' (Blos, 1971: 30).

Debido a que el niño no puede construir sistemas de pensamiento ya que **no tiene una capacidad reflexiva consolidada**, tiene una limitada posibilidad para explicar e interpretar al mundo que lo rodea y a sí mismo, no puede criticar su propio pensamiento, y es hasta la adolescencia que comienza a construir "sistemas" o "teorías" sobre sus vivencias. En esta etapa surge la capacidad para una formación sistemática de síntomas, pues está consolidada la función histórica de la mente. Las omisiones y represiones pueden estar lo suficientemente acentuadas como para causar una formación manifiesta de síntomas y una identificable deformación del carácter (Erikson, 1968/1974).

Retomando las ideas de las que partimos, el desarrollo de los infantes está marcado por la aparición de nuevas capacidades tanto físicas como cognitivas, que modifican la relación del niño con otras personas y con su medio, de manera que el **maltrato** puede influir en este desarrollo de habilidades principalmente en niños pequeños, interrumpiendo la organización de su identidad, el progreso de su autorregulación emocional, la habilidad para diferenciar estados afectivos y puede aumentar el uso de la negación y disociación como estrategia para enfrentar la realidad (Putnam, 1997).

Los infantes aprenden a entrar en un estado auto-hipnótico y disociativo, lleno de fantasía y de pensamientos de ser alguien más, y si se presenta en conjunto con un periodo de abuso, puede resultar perjudicial porque podría convertirse en un patrón de conducta y que en la edad adulta se recurra a él en momentos de estrés o conflicto (Beere, 1995 en Camarena, 2007).

La prolongada indefensión del niño está relacionada con el hecho de que el hombre adquiere por la vía del aprendizaje una parte esencial de sus procesos adaptativos. Al respecto, Bleichmar (1984/1986) habla del carácter estructurante que tiene para el sujeto humano la relación con el otro y considera que la

constitución del Yo debe estar sostenida en un sistema de creencias que el semejante brinda y soporta al niño, que es el sujeto en constitución.

Cuando el individuo logra superar los conflictos que se van presentando a lo largo de los primeros años de vida va adquiriendo las herramientas necesarias para continuar con lo que se considera un desarrollo normal, sin embargo, existen casos en los que este proceso puede verse alterado o modificado por agentes externos o por factores internos, es aquí cuando puede darse una fractura del aparato psíquico.

## **2.2. Fractura del aparato psíquico**

La relación entre el individuo y su ambiente se “altera” constantemente, volviendo siempre a un equilibrio. El “**equilibrio**” no necesariamente es normal: puede ser patológico. Carecería de sentido decir que cada interrupción del equilibrio es conflictiva, es decir, todo estímulo altera el equilibrio, pero no todo estímulo causa un conflicto (Hartman, 1958/1987).

Consideramos bien **adaptado** a un individuo si su productividad, su capacidad para disfrutar de la vida y su equilibrio mental no están perturbados. Así la adaptación es primordialmente una relación recíproca entre el organismo y su medio

De acuerdo a Hartman (1958/1987), el ser humano normal no está libre de problemas ni de conflictos, y estos forman parte de la condición humana. Naturalmente, los conflictos tienen alcance e intensidad distintos según se trate de casos patológicos o normales. De manera que una defensa “exitosa” puede equivaler a un “fracaso” respecto de un logro potencial, y viceversa.

En el caso de un conflicto patológico como lo es el trauma, Blos (1971/1980) expone que el efecto de cualquier **trauma** depende de la magnitud y

de lo imprevisto del estímulo, y de la vulnerabilidad del aparato psíquico del sujeto que lo experimenta. Se considera al trauma un fenómeno universal de la infancia, el cual debería ser trabajado toda la vida.

Existen dos aspectos en lo que concierne al trauma: el alcance con que el trauma obstaculice el desarrollo progresivo constituye el factor negativo de éste; y el alcance con que el trauma promueva e impulse el dominio de la realidad sería el factor positivo. Los remanentes de los traumas relacionan el presente con un pasado dinámicamente activo, y establecen una continuidad histórica en el Yo que le dan sentido (Blos, 1971/1980).

En una situación de **crisis** o traumática el Yo recurre a medidas de emergencia dirigidas principalmente hacia la protección de su función básica: el mantenimiento de la cohesión psíquica y el contacto con la realidad. Cualquier mecanismo psíquico que proteja al organismo mental de la sobreestimulación sirve a una función positiva y adaptativa ante las exigencias externas. Cabe mencionar que la conducta puede ser adaptativa y, sin embargo, estar en conflicto con el medio ambiente (Blos, 1971/1980).

Desde luego, nadie hace uso de todos los posibles **mecanismos de defensa**; cada persona solamente selecciona algunos de ellos, pero éstos se fijan en su Yo, estableciéndose como modos habituales de reacción para ese carácter en particular, los que son repetidos durante toda la vida siempre que ocurra una situación similar a aquella que originalmente los evocó (Freud, 1937 en Blos 1971/1980: 196).

De acuerdo a Hartman (1958/1987), los procesos de defensa pueden servir simultáneamente tanto al control de los impulsos instintivos como a la adaptación al mundo externo.

A causa de la estructura compleja del aparato mental, las perturbaciones internas fácilmente causan trastornos en la relación con la realidad.

Específicamente, un **conflicto neurótico** es un conflicto inconsciente entre un impulso del Ello que busca su descarga y una defensa del Yo que impide la descarga directa del impulso o su acceso a la consciencia (Greenson, 1986)

El Yo empobrecido es incapaz de seguir con su labor defensiva y se ve invadido a tal grado que debe permitir alguna descarga instintiva, si bien ésta también desfigurada y disimulada. Estas descargas involuntarias desfiguradas y disimuladas se manifiestan clínicamente como los síntomas de la psiconeurosis (Greenson, 1986: 34).

Freud, 1926 (en Hartman, 1958/1987) propone tres factores que desempeñan un papel determinante en la **causación de las neurosis** y crean las condiciones en las cuales las fuerzas de la mente son enfrentadas entre sí: la prolongada indefensión y dependencia del niño, el periodo de latencia y el hecho de que el Yo deba tratar ciertos impulsos instintivos como peligros. Freud caracterizó a uno de tales factores como biológico, a otro como filogenético y al tercero como puramente psicológico.

El **síntoma** en el psicoanálisis puede verse desde una *primera tópica* que abarca al inconsciente, preconsciente y consciente. Y desde una *segunda tópica* que incluye al Yo, Ello y Superyó. Los síntomas se forman por la integración de estos últimos elementos, por un conflicto.

Como se mencionó con anterioridad, debido a que los infantes son altamente dependientes de sus cuidadores, tienen un repertorio limitado para lidiar con la realidad y sus capacidades autorreguladoras son mínimas. La función de **regular la angustia** la desempeñan los padres o el cuidador primario durante los primeros años de vida y es considerada una situación vital básica con una influencia permanente; estas capacidades para regular la angustia empiezan a ser dominadas por el niño a medida que desarrolla actividades lúdicas con contenido de fantasía y significación psicológica, y las actividades calmantes empiezan a formar parte de su voluntad, adquiriendo gran importancia. Debido a que son

fácilmente afectados por estrés crónico o intenso y por ende por el trauma físico y psicológico (ya que tienen poca capacidad para entender la naturaleza del **maltrato** perpetrado contra ellos), si a esta edad crítica el cuidador no cumple su función o incluso abusa de su posición, el niño no podrá hacer uso de las herramientas se supone adquirió para el control de la angustia y mucho menos podrá consolidar de manera óptima la estructuración de la psique (Blos, 1971/1980).

Algunos individuos a quienes les han faltado los intercambios simbólicos con otros individuos, aunque hayan sido asistidos materialmente en sus necesidades, no han podido ejercer su función simbólica en lo que respecta al deseo del mundo exterior, dado que los cuidadores primarios que se ocupaban de ellos no supieron favorecer esto (F. Dolto en Bleichmar, 1984/1986).

La **ruptura de una “liga de objeto”**, es decir, del vínculo con el otro significativo necesariamente implica en mayor o menor medida, una fragmentación o pérdida del sentido de identidad, ya que se tiene que romper la identificación o el significado que el objeto brindaba al individuo, yéndose con ésta un fragmento de lo que constituía a la persona, parte de su identidad (Blos, 1971/1980).

El Yo sufre una importante construcción al sustituir al objeto perdido por una **identificación**. Esta sustitución participa considerablemente en la estructuración del Yo y contribuye sobretodo a la formación de aquello que denominamos carácter. El **carácter** del Yo es un residuo de los objetos abandonados y contiene la historia de tales elecciones de objeto (Freud, 1921/1998).

Cuando las identificaciones llegan a ser muy numerosas, intensas e incompatibles entre sí, se produce fácilmente un resultado patológico. Puede surgir, en efecto, una disociación del Yo, excluyéndose las identificaciones unas con otras por medio de resistencias. El secreto de los casos llamados de personalidad múltiple, reside quizá en que cada una de tales identificaciones atrae a sí, alternativamente la consciencia (Freud, 1921/1998: 265)

Como se mencionó con anterioridad cuando ciertos conflictos no se resuelven, o al equilibrio al que el individuo retorna después de tal conflicto es patológico, o cuando no existe una adaptación al medio ambiente, o se da la presencia de traumas de diferente índole, puede darse una fractura del aparato psíquico, lo cual tiene como posibles consecuencias el desarrollo de una psicopatología con diferentes repercusiones en la vida del sujeto. Aunque la alteración puede devenir en diversos padecimientos, para el efecto de esta tesis hemos elegido dos trastornos específicos, el Trastorno de Identidad Disociativo (TID) y la Histeria, ya que consideramos que ambos parten de la vivencia de un trauma, y las consecuencias de éste repercuten en la consolidación de la identidad del individuo en forma e intensidad diferente. Es decir, consideramos que son dos trastornos que ejemplifican con claridad el caso de una fractura en la estructura psíquica.

### **3. REVISIÓN HISTÓRICA Y DESARROLLO DEL TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO Y DE LA HISTERIA**

#### **3.1. Trastorno de Identidad Disociativo (enfoque psiquiátrico)**

Los chamanes han utilizado por mucho tiempo la disociación de una forma culturalmente integrada, ejemplos pueden ser: alucinaciones estructuradas y con significado, trances, anestésias hipnóticas, sueños simbólicos, fragmentaciones espirituales, posesiones, experiencias “fuera del cuerpo”, transformaciones de identidad, entre otras (Ross, 1989). Existe evidencia en las pinturas paleolíticas encontradas en cavernas de escenas de chamanes transformándose en animales y encarnando espíritus (Putnam, 1989).

Por su parte, el concepto de posesión demoníaca dominó el pensamiento occidental por varios siglos y fue hasta la aceptación de la posesión como una explicación para desórdenes de conducta que los casos de personalidad múltiple empezaron a ser reconocidos.

Existen reportes desde mediados del siglo XVII escritos por Paracelso sobre una mujer con una segunda identidad, este álgter ego se robaba su propio dinero mientras que la personalidad original no podía recordarlo, sufría de amnesia. Sin embargo, Eberhardt Gmelin es en ocasiones considerado como el primero en reportar un caso de lo que hoy podría llamarse Trastorno de Identidad Disociativo (TID), en 1791 realizó una compilación de datos de un “intercambio de personalidad” que describía el caso de una mujer alemana de veinte años de edad, habitante de Stuttgart, quien tenía un alter ego de nacionalidad francesa que estaba consciente de la existencia de la identidad alemana (Putnam, 1989).

Alrededor de 1800 se creía que los pacientes con el hoy conocido Trastorno de Identidad Disociativo sufrían estados de posesión (Kaplan y Sadock, 2001b). A

principios de este siglo Benjamin Rush realizó una descripción de este trastorno, él explicó que la causa del desdoblamiento de consciencia se debía a una desconexión entre los dos hemisferios del cerebro (Putnam, 1989).

En 1816 se publicó el caso de Mary Reynolds por el Doctor Samuel Latham Mitchel, siendo el primero en llamar la atención del público. Mary Reynolds nació en Inglaterra en 1785 y se mudó a Meadville Pennsylvania. Creció en un ambiente profundamente religioso y se le describía como melancólica, tímida y con interés en la oración y la meditación. A la edad de diecinueve años perdió la visión y el oído por seis semanas, tres meses después parecía no recordar todo lo que había aprendido a lo largo de su vida. Al pasar algunas semanas, aprendió a leer, escribir y realizar operaciones matemáticas, sin embargo, su desempeño nunca fue el que poseía con anterioridad. Tiempo después despertó siendo Mary Reynolds de nuevo sin recordar nada de lo sucedido. Este intercambio de personalidades se mantuvo por aproximadamente dieciséis años hasta la mitad de sus 30 años, cuando permaneció en el segundo estado hasta su muerte, treinta años después (*A History of Dissociative Identity Disorder*, 1995).

En 1836 Despine describió el caso de la niña Estelle, una niña suiza de once años de edad con dos identidades. La primera de estas presentaba parálisis e hipersensibilidad al tacto y la segunda era capaz de caminar, jugar, pero no toleraba la presencia de su madre (Putnam, 1989).

Más tarde, Eugene Azam, un profesor de cirugía, publicó reportes del caso Félida X, un extenso caso de lo que hoy podría ser el Trastorno de Identidad Disociativo (TID) y al que Azam dio seguimiento por más de treinta y cinco años. Félida X nació en 1843, perdió a su padre y a lo largo de su vida presentó tres identidades diferentes, cada una considerándose a sí misma el estado normal de Félida y a las otras como anormales. La segunda personalidad era homosexual y surgió a los trece años de edad y no presentaba las enfermedades físicas que la primera identidad sufría. Inicialmente, el cambio de identidades ocurría a diario,

pero fue disminuyendo con el paso de los años. La tercera personalidad, quien apareció solamente una vez, sufría de ataques de ansiedad y alucinaciones. En un momento en que la primera identidad estaba embarazada sin poder explicarlo, la segunda tomó responsabilidad de esto (Putnam 1989).

En 1890 Jean Martin Charcot, neurólogo francés, descubrió que la hipnosis podía reproducir y anular algunos de los déficits que presentaban sus pacientes; creía que un proceso como la hipnosis era en sí mismo una prueba de enfermedad, por lo que la alta capacidad de sugestión a la hipnosis en estos pacientes confirmaba que había un problema (*A History of Dissociative Identity Disorder*, 1995).

En 1920 el médico y psicólogo francés Pierre Janet fue el primero en denominar a este padecimiento como “disociación” y describirlo como un trastorno. Lo explicó como la separación de ciertos contenidos mentales que en condiciones normales tienden a estar agrupados y son procesados juntos, sostuvo que la disociación se da en un grupo de individuos que son fundamentalmente diferentes de los individuos “normales”; cree que la combinación de vulnerabilidad, sugestividad y eventos intensamente emocionales contribuyen a la disociación patológica; fue el primero en estudiar el trauma psicológico como causa principal de la disociación. Trabajó con pacientes histéricos que sufrían una gran variedad de síntomas. Uno de sus hallazgos más importantes fue el poder reemplazar la personalidad en vigilia de un paciente histérico, con todos sus síntomas, por otra personalidad completamente sana (Brown, 2003).

Dentro de los casos que describió, se encuentran los de Leonie (con tres identidades, incluyendo a un varón), Rose (quien sufría diferentes estados de sonambulismo, en algunos era capaz de caminar y en otros estaba paralizada), Marie, Marceline y Lucie. Esta última presentaba una segunda identidad llamada Adrienne, que revivía un evento traumático de su infancia (Putnam, 1989).

Contemporáneos a Janet se encuentran Boris Sidis y Morton Prince. Sidis llegó a la conclusión de que todos los individuos tienen dos estados de conciencia que constituyen dos identidades separadas, un ser “alerta” y otro “sub-alerta”. Morton Prince sugirió remplazar el término “subconsciencia” de Janet por el de “co-consciencia”, que creía expresaba con mayor claridad la naturaleza simultánea de la co-actividad de la consciencia; sostuvo que la disociación era una forma de hipnosis y se caracterizaba por ir de “ligeros” a “profundos” estados hipnóticos (Putnam, 1997). También le restó importancia a la amnesia, haciendo de la actividad simultánea de dos o más sistemas dentro de un individuo, el factor crucial de su modelo de disociación. Publicó el caso de Christine Beauchamp, quien tenía tres identidades adicionales; una llamada BII, otra llamada Sally o BIII, quien era aniñada, y otra llamada Idiota, que presentaba un comportamiento primitivo (Putnam, 1989).

En contraste a Janet, William James y Morton Prince explican al fenómeno disociativo como un continuo que va desde lo normal a lo patológico (Putnam, 1997). William James proclamó que Janet había demostrado la posibilidad de dividir en partes la consciencia, que ésta partes coexistieran pero que ignoraban su existencia. James en Ross (1989) habla de una pluralidad de identidades en los individuos normales, que incluía la identidad material, social, espiritual y el ego puro.

Walter Franklin Prince describió otro caso con gran detalle, tomó 1,900 páginas de notas por un período de tres años de observación diaria. La paciente, Doris Fisher, tuvo una infancia de abuso físico por parte de su padre; la personalidad primaria nunca dormía, únicamente las identidades alternas, los cambios entre las identidades ocurrían cuando una identidad se sentía cansada o experimentaba emociones dolorosas. En una ocasión observó más de 50 cambios en un día (Putnam, 1989).

Freud y Breuer reformularon el papel de la capacidad de disociación mediante el concepto de “estados hipnoides”, más que el mecanismo de disociación, creían que la disociación era producto de la capacidad de entrar en estos estados hipnoides (*A History of Dissociative Identity Disorder*, 1995).

Durante la Segunda Guerra Mundial resurgió el interés por la disociación cuando algunos psiquiatras se dieron cuenta de una elevada incidencia de síntomas disociativos, como la fuga disociativa y la amnesia entre los soldados; y de neurosis traumática en ex-internos de campos de concentración. Sin embargo, E. Stengel, en 1943, declaró “extinto” dicho padecimiento (*A History of Dissociative Identity Disorder*, 1995).

En 1954, se publicó el caso de Christine Costner Sizemore por Thigpen y Cleckley tras la desaparición aparente de las publicaciones de casos de personas con problemas de identidad, y en 1957 se popularizó en la película “Las tres caras de Eva”. Una de sus personalidades, Eva “Negra”, surgió a los 6 años de edad y cometía travesuras con el fin de que Eva “Blanca” experimentara el castigo y el dolor (Putnam, 1989).

En la década de los setentas el interés por la disociación y el trauma toma mayor fuerza gracias a diferentes acontecimientos como el movimiento feminista al vincularse con inquietudes acerca del abuso sexual infantil. La curiosidad pública sobre las personalidades múltiples se debió a la publicación de novelas y películas. Asimismo, en esta época se identificó el Trastorno por Estrés Postraumático (PTSD) en los veteranos de la Guerra de Vietnam (*A History of Dissociative Identity Disorder*, 1995).

En 1971 Margareta Bowers junto con seis colaboradores, publicaron el libro *Terapia de Personalidad Múltiple*, acontecimiento que contribuyó en el estudio de este trastorno. Por su parte, Cornelia Wilbur, Ralph B. Allison y David Caul

contribuyeron al diagnóstico y tratamiento de dicho trastorno (*A History of Dissociative Identity Disorder*, 1995).

En esta década se dio a conocer uno de los casos más importantes del entonces llamado Desorden de Personalidad Múltiple, hoy TID, el de Shirley Mason, conocida como Sybil Isabel Dorsett quien presentaba dieciséis identidades. Fue víctima de abusos por parte de su madre, quien presentaba un cuadro esquizofrénico catatónico, agresiones ignoradas por su padre. Sybil no era consciente de la existencia de los álteres mientras tomaban control de su cuerpo. La Doctora Cornelia Wilbur, después de dieciséis años de terapia le ayudó a integrar las identidades. Este caso fue publicado por Flora Rheta Schreiber y posteriormente llevado a la televisión (*A History of Dissociative Identity Disorder*, 1995).

En 1977 Hilgard desarrolló la teoría de la neo-disociación en la que la amnesia es un mecanismo de mediación crucial que proporciona las barreras que separan a un grupo de contenidos mentales de otro. De esta manera, el uso flexible de la amnesia es un instrumento de defensa básico, mientras que la inversión de ésta, es decir, el recuerdo, es un importante instrumento terapéutico (*A history of Dissociative Identity Disorder*, 1995). En su teoría, existen dos mecanismos de defensa diferentes, cada uno con un “corte” distinto en la psique. El primero es un corte horizontal que corresponde al mapa topográfico de Freud, el cual separa el material consciente del reprimido-inconsciente; el segundo es un corte vertical que se ubica en el espacio consciente y separa el material disociado ubicado en el preconscious del resto del material consciente (Phillips y Frederick, 1995).

En 1980 tras el esfuerzo de los pioneros en este campo, se publicó en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales III (DSM-III) una categoría separada para los trastornos disociativos, y se establecieron los criterios para el diagnóstico del entonces llamado Desorden de Personalidad Múltiple,

dándole legitimidad a esta condición (*A History of Dissociative Identity Disorder*, 1995).

En 1994 se cambió el nombre de Trastorno de Personalidad Múltiple (TPM) por el de Trastorno de Identidad Disociativo (TID), debido a que la personalidad está fracturada en diferentes identidades, idea que modificó la creencia anterior de la existencia de varias personalidades en un mismo individuo (*A History of Dissociative Identity Disorder*, 1995).

### 3.1.1. Concepto de disociación

Un concepto fundamental para comprender el Trastorno de Identidad Disociativo es el de disociación, éste puede ser entendido como una desconexión entre los pensamientos, recuerdos, acciones y el sentido que se tiene de uno mismo, es decir, ocurre en las funciones integradoras de la consciencia, la memoria, la identidad y la percepción, resultando en discontinuidades en el estado alerta del individuo.

Varios autores conceptuaron diferentes formas de disociación que van en un continuo, desde las disociaciones de la vida diaria hasta las formas patológicas como el TID.

Las disociaciones son consideradas patológicas sólo cuando exceden ciertos límites en intensidad o frecuencia, u ocurren en contextos inapropiados; varias definiciones de disociación distinguen cuándo la conciencia, identidad o conducta de una persona está lo suficientemente disociada para representar un proceso anormal o patológico (Putnam, 1989).

John Nemiah en Putnam (1989) identificó dos principios que pueden usarse para caracterizar la mayoría de las formas patológicas de la disociación. La primera es que el individuo bajo una reacción disociativa, experimenta una

alteración en su sentido de identidad, como puede ser la amnesia de información referente a él mismo o la existencia de diferentes identidades, como en el caso del TID. El segundo principio es que habrá una alteración en la memoria del individuo sobre los eventos ocurridos durante el periodo de disociación. Un tercer principio que surgió de estudios de reacciones disociativas, es que la mayoría de estos desórdenes son inducidos por trauma.

A pesar de que la disociación puede presentarse en un grado patológico, también puede ser considerada una adaptación porque reduce el estrés diario, el generado por el trauma, tiene un efecto de analgesia, permite al sujeto escapar de su realidad, contener recuerdos y afectos traumáticos fuera del estado normal de consciencia.

Como se mencionó en el primer capítulo, la disociación y la autohipnosis son utilizadas comúnmente por los infantes durante el juego, sin embargo si éstas siguen usándose durante la adultez, pueden ser contraproducentes y convertirse en desadaptativas. La disociación, en esta etapa, vendrá automáticamente ante situaciones percibidas como peligrosas o amenazantes.

Uno de los efectos en la memoria al haber disociación patológica es que se incrementa la vulnerabilidad del individuo de incorporar recuerdos que no existen dentro de su historia de vida (conocidos como “pseudorecuerdos”, ya que nunca tuvieron lugar en la vida de la persona). La disociación y la amnesia crean huecos en la continuidad de la memoria autobiográfica, estas lagunas por lo regular son llenadas por el sujeto de manera natural por lo que está disponible o sea plausible (Putnam, 1997).

Una de las características de la disociación es que los sujetos sufren de despersonalización, la cual puede entenderse como la sensación de no ser uno mismo, y tiene como consecuencias que el sujeto no tenga la certeza de cuáles cosas ocurrieron y cuáles no, debido a que sus recuerdos son como un sueño

permanente, mientras que otros son percibidos como si le estuvieran sucediendo a otra persona. Los pacientes que sufren disociaciones pueden tener conocimiento sobre algo, pero no saben cómo o por qué tienen esa información; no tienen la seguridad de que esa información provenga de experiencias personales directas o si fue adquirida de alguna otra manera (Putnam, 1997).

### 3.1.2. Concepto de trauma

Trauma desde la perspectiva psiquiátrica, literalmente significa herida, lesión o shock. Un evento traumático es aquel que hiere la integridad de un individuo. Existen diferentes aspectos que hacen más probable que una persona desarrolle problemas psicológicos subsecuentes a un trauma, estos son: el contexto en el que ocurrió la situación traumática, las características individuales de quien lo vivió y la etapa de la vida en la que ocurrió. Se piensa que hay mayor probabilidad de desarrollar estos desórdenes si ocurrieron en la infancia y en la adolescencia temprana, es decir, los niños y niñas son más vulnerables que los adultos porque sus cerebros no han terminado de madurar lo suficiente para poder integrar lo sucedido; podría decirse que mientras más joven, más propenso se es a sufrir desórdenes generados por trauma, asimismo, personas que no tienen un soporte social son más propensas a desarrollar este tipo de problemas que los que tienen apoyo y relaciones sociales adecuadas (Kaplan y Sadock, 2001b).

Putnam (1989) ha identificado tres detonantes de experiencias traumáticas: el primero es una situación en la que la persona no puede pelear ni escapar del peligro; el segundo es la pérdida o la amenaza de pérdida de un objeto importante; el tercero es la experiencia insoportable de un evento que genera pánico o la urgencia de un impulso suicida u homicida.

Según la Sociedad Internacional para el Estudio del Trauma y la Disociación (2009), existen diferentes tipos de eventos traumáticos:

1. Eventos únicos, de los que se es víctima una sola vez (violaciones, accidentes, desastres naturales o ser testigo de la muerte de un ser querido).
2. Eventos múltiples, prolongados o crónicos (abuso infantil o cautividad).
3. Desastres naturales, los llamados “actos de Dios” (terremotos, huracanes, tsunamis). Afectan a un grupo completo de personas.
4. Eventos estresantes que generalmente no causan desórdenes relacionados con traumas en la mayoría de las personas, pero que pueden generarlos en algunos individuos.
5. Accidentes no intencionados causados por errores humanos (accidentes automovilísticos, incendios, disparos de armas al jugar con ellas).
6. Actos de negligencia graves (accidentes automovilísticos por estado de ebriedad, situaciones de alto riesgo intencionadas).
7. Violencia interpersonal intencional (asaltos, violencia doméstica, abuso de menores, violaciones, guerras, genocidio, torturas).

Ejemplos de las posibles consecuencias del trauma reportados por veteranos de guerra cuando tuvieron experiencias en las que estuvieron a punto de morir o de matar a un enemigo, son los fenómenos disociativos tales como amnesia, desapego o sentimientos de despersonalización, “flashbacks”, abreacciones, “experiencias fuera del cuerpo”, entre otros. La mayoría de estos individuos tienen amnesia parcial o total de sus experiencias en combate (Putnam, 1989).

Mulder y cols. citados en Hales y Yudovsky (2005: 505) hallaron que “el 6.3% de una población psiquiátrica con antecedentes de abuso sexual y físico presentaba síntomas disociativos con una frecuencia tres o más veces más elevada. En estos individuos, la tasa de abuso sexual en la niñez era dos y media veces más elevada; la tasa de abuso físico era cinco veces más elevada y la tasa de trastorno psiquiátrico actual era cuatro veces más elevada que el resto de los pacientes”.

En otro estudio realizado por Draijer y Langeland (1999) citados en Hales y Yudovsky (2004) en el que se aplicó la Escala de Experiencias Disociativas (DES) y la Entrevista Estructurada para Traumas en 160 pacientes hospitalizados en un psiquiátrico, observaron que el 18% de los pacientes tenían una puntuación DES superior a 30 (el límite para trastornos disociativos). En la muestra total encontraron que el 42.1% de los pacientes comunicó haber experimentado abuso sexual y/o físico; se concluyó que los grados de disociación eran más elevados en los pacientes que refirieron trauma sexual acumulativo o crónico, o abuso tanto sexual como físico.

En la gran mayoría de los casos de TID el abuso es infligido al niño por uno de los padres u otra figura de cuidado. Ya que algunas de las tareas más importantes del cuidador primario particularmente en la infancia temprana, son ayudar al infante a que aprenda y mantenga una conducta apropiada para determinadas circunstancias y a que evite comportamientos inapropiados así como a sobreponerse de situaciones en las que el niño experimenta miedo, estrés u otros sentimientos aversivos; cuando esta figura de confianza falla se desestructura la psique del individuo al no tener la figura que le da orden refiriéndole lo adecuado e inadecuado, y el lazo que lo une afectivamente a otras personas se ve gravemente afectado impidiendo un afrontamiento adaptativo a las situaciones de la vida diaria (Putnam, 1989).

### 3.1.3. Descripción y clasificación del Trastorno de Identidad Disociativo

El Trastorno de Identidad Disociativo se encuentra en la clasificación del DSM-IV-TR (2002: 581) de los Trastornos Disociativos junto con la Amnesia Disociativa, Fuga Disociativa, Trastorno de Despersonalización y Trastorno Disociativo no Especificado. La característica principal de estos trastornos es la alteración o perturbación de las funciones integradoras de la conciencia, identidad, memoria, percepción del entorno y conducta motora. No siempre se les considera

patológicos por sí mismos ya que pueden no generar malestares ni deterioro o propiciar la búsqueda de ayuda.

Los criterios para el diagnóstico del TID son:

- a. Presencia de dos o más identidades o estados de personalidad (cada una con un patrón propio, y relativamente persistente de percepción, interacción y concepción del entorno y de sí mismo).
- b. Al menos dos de estas identidades o estados de personalidad controlan de forma recurrente el comportamiento del individuo.
- c. Incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario.
- d. El trastorno no es debido a los trastornos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.

Nota: en los niños, los síntomas no deben confundirse con juegos fantasiosos o compañeros de juego imaginarios.

DSM-IV-TR (2002: 593)

Es importante mencionar que cada personalidad (también llamados álteres, partes, identidades alternas o alternantes, alter ego, etcétera) se vive como una historia personal, una imagen, una identidad e incluso tiene un nombre distinto. Por lo regular hay una identidad primaria (anfitriona) que es pasiva, dependiente, culpable y depresiva. Las identidades alternantes se presentan como si se controlaran secuencialmente, pudiendo negar el conocimiento entre ellas, ser críticas unas con otras e incluso estar en conflicto abierto. Pueden diferir en sus conocimientos generales, vocabulario, aptitudes, entre otras características, es decir, varían en complejidad y estructura psicológica (DSM-IV-TR, 2002).

Todas las identidades alternas en conjunto componen la personalidad de un solo ser humano, es decir, son la manifestación de un todo, de una persona completa.

La incapacidad para recordar información personal es un tipo de amnesia conocida como asimétrica, es decir, no todas las identidades tienen el mismo grado de acceso a los recuerdos, unos tienen acceso a eventos traumáticos mientras que otros sólo recuerdan sucesos felices o de la vida cotidiana; puede haber una pérdida total de la memoria correspondiente a gran parte de la infancia, la adolescencia, o edad adulta. Sin embargo, una identidad que no esté al mando puede tener influencia en la consciencia (mediante alucinaciones visuales y auditivas, como escuchar una voz que da instrucciones) (DSM-IV-TR, 2002).

Por su parte, en el CIE-10 (1994: 130) existe una clasificación de los trastornos disociativos de conversión, dentro de ésta se encuentra una subcategoría llamada “otros trastornos disociativos (de conversión)” y en ella se encuentra clasificado el Trastorno de personalidad múltiple.

El estrés psicosocial es uno de los disparadores de la transición de una identidad a otra. Este cambio puede darse en unos segundos o gradualmente, es decir, la identidad alternante mejor preparada para la situación tomará el control.

Las manifestaciones de los cambios de una identidad a otra son de tipo físico y psicológico, las primeras se observan en los cambios faciales, de postura y motores, en el tono de voz y en la rapidez del habla, en la forma de vestir y de arreglarse, entre otras. Estudios han encontrado que durante la transición de una personalidad a otra, algunos pacientes con TID pueden mostrar variaciones en lectura de presión sanguínea y glucosa, cambios en agudeza visual, tolerancia al dolor, síntomas propios del asma, sensibilidad a los alérgenos, respuestas diferenciales a drogas, medicamentos y alcohol, asimismo se han observado anomalías en la actividad electroencefálica y en el flujo sanguíneo cerebral (Kaplan y Sadock, 2001b).

Estudios en Neuroimagen muestran que durante la estimulación de los recuerdos traumáticos, hay un decremento en la actividad del área de Broca, la zona del cerebro más involucrada con la verbalización de las experiencias; y un incremento en la actividad de las áreas del hemisferio derecho involucradas en el procesamiento de la información emocional y visual. Los sujetos con TID han almacenado estas representaciones visuales y emocionales de incidentes traumáticos en una identidad que está unida a estos recuerdos (Kaplan, 1998).

Resumiendo, lo que se encuentra alterado en los trastornos disociativos es la estructura u organización del contenido mental, no los propios contenidos. El verdadero problema es la capacidad de integración, más que el contenido de los fragmentos.

Todos los tipos de trastornos disociativos coinciden en la falta de acceso inmediato a la estructura completa de la personalidad o al contenido mental en una forma u otra (Hales y Yudovsky, 2005: 503).

#### 3.1.4. Epidemiología

El TID se diagnostica en una proporción similar en niños y adolescentes; en la adultez la proporción de mujeres/hombres es de hasta 9:1 (Hales y Yudovsky, 2005:513), sin embargo, se cree que esto se debe a que es mal diagnosticado en hombres, o a que éstos difícilmente solicitan ayuda. Además, “las mujeres tienden a presentar más identidades que los hombres” (DSM-IV-TR, 2002: 591).

El DSM-IV-TR (2002) menciona estudios que sugieren que el TID es más frecuente en los parientes de primer grado de los pacientes que lo padecen que en la población general. Braun (1985) en Goldman (2001) menciona que se han descrito familias multigeneracionales con TID.

Los informes de casos han descrito la presencia de TID o trastornos relacionados en asiáticos, negros, europeos, hispanos, y en habitantes de

Australia, Nueva Zelanda, Canadá, El Caribe, India, Japón, Holanda, Noruega, Suecia, Suiza y Turquía (Hales y Yudofsky, 2004).

El TID puede afectar el 1% de la población general y del 5 al 20% de los pacientes de hospitales psiquiátricos. Los trastornos disociativos son considerados como uno de los cuatro problemas mayores de salud mental hoy día (*International Society for the study of trauma and dissociation*, 2009).

En la revisión bibliográfica se encontraron estadísticas diversas sobre el porcentaje total de la población que padece este trastorno, y los datos encontrados pertenecen en su mayoría a poblaciones estadounidenses, asimismo se encontraron opiniones contradictorias y refutaciones de las bases para determinar la prevalencia, e incluso cuestionamientos de la existencia del trastorno.

#### 3.1.5. Curso

El TID parece tener un curso clínico fluctuante que tiende a ser crónico y recurrente. Se origina aproximadamente entre los seis y siete años y es posible que se presente algún síntoma en esta edad, sin embargo, por lo general se manifiesta entre la adolescencia y los treinta años de edad, puede ser menos manifiesto cuando los individuos tienen más de cuarenta años (DSM-IV-TR, 2002: 591).

Kaplan y Sadock (2001b: 757) establecen una relación entre la edad y el pronóstico, es decir, “cuanto más temprano sea el inicio del trastorno, peor es el pronóstico”.

### 3.1.6. Comorbilidad y síntomas asociados

Los pacientes con TID pueden manifestar síntomas postraumáticos como pesadillas, flashbacks, sobresaltos, entre otros, así como presentar conductas de automutilación, comportamiento suicida y agresivo. Pueden cumplir los criterios para los trastornos del estado de ánimo (depresión), trastornos de la personalidad (personalidad limítrofe), trastornos relacionados con sustancias, sexuales, somáticos, del sueño (pesadillas) y de la conducta alimentaria (DSM-IV-TR, 2002).

### 3.1.7. Diagnóstico diferencial

El TID debe diferenciarse de:

- Síntomas debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.
- Síntomas disociativos debidos a epilepsia de tipo parcial compleja.
- Efectos fisiológicos directos de una sustancia.
- Amnesia disociativa.
- Fuga disociativa.
- Trastorno de despersonalización.
- Trastorno disociativo no especificado, que incluye a los síntomas de posesión y trance.
- Trastornos mentales (esquizofrenia, trastornos psicóticos, trastorno bipolar, con ciclos rápidos, trastornos de ansiedad, trastornos de somatización y de personalidad). El diagnóstico diferencial es complicado debido al aparente solapamiento de síntomas.
- Simulación.
- Trastornos facticios (en los que se busca ayuda).

Nota: Los trastornos mencionados en esta lista pueden ser comórbidos con el TID (DSM-IV-TR, 2002: 592).

### 3.1.8. Tests psicológicos

En las evaluaciones clínicas se utilizan diferentes escalas para medir el grado de disociación, las más conocidas son la “Escala de Experiencias Disociativas (DES), los Cuestionarios de Disociación Somatomorfa (SDQ-20 y SDQ-5), la Escala de Estados Disociativos Administrada por el Clínico (CADSS), la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos Disociativos del DSM-IV-TR (SCI) y la Escala de Experiencias Disociativas para Adolescentes (ADES). La DES se ha traducido y validado al francés, alemán, español y turco” (Hales y Yudovsky, 2004: 725).

### 3.2. Histeria (enfoque psicoanalítico)

La palabra *histeria* significa *matriz* en griego y *útero* en latín, por lo que ha sido asociada principalmente con el sexo femenino, y debido a esto los primeros diagnósticos fueron en mujeres, ya que se creía que era exclusiva del sexo femenino.

Hipócrates y Platón creían que la causa de diversos padecimientos de la mujer, se debían a que el útero podía desplazarse continuamente de la cavidad vaginal a otros lugares del cuerpo, sin embargo, Galeno, alrededor del año 170 a.C. refutó esta idea proponiendo que la Histeria era provocada por la retención de la sangre menstrual. Reuniendo estos postulados se concluyó que la Histeria obedecía a dos principios: el primero, que la Histeria era una enfermedad que provocaba problemas orgánicos; y segundo, que su etiología era de naturaleza sexual, no erótica (Alonso y Mireles, 2008).

En la Edad Media a la Histeria se le adjudicó un valor demoniaco, padeciendo este trastorno aquellas personas con una sexualidad marcada o que fueran considerados como practicantes de brujería, debido a que se creía que esta condición se podía extender a la población eran perseguidos por la iglesia católica

y condenados a morir en la hoguera. Para una revisión extensa sobre esta etapa, y específicamente sobre la caza de Brujas se puede consultar el *Malleus Maleficarum*, escrito por Kramer y Sprenger en 1487.

Durante el siglo IX los médicos árabes consideraban que los trastornos histéricos eran generados por la continencia sexual; sin embargo, en el siglo XI se consideró que su etiología se debía a vapores tóxicos que venían del útero y del tracto digestivo.

Con el paso del tiempo en el siglo XVI se reconsideran sus causas desde un punto de vista somático, y por una sofocación por el desplazamiento de la matriz. A finales de este siglo se toman en cuenta los factores emocionales aunados a los físicos, y cambia su origen demoniaco por el de una enfermedad.

De acuerdo a Wolman, 1965 (en Alonso y Mireles, 2008) Celso, en el siglo XVII fue quien clasificó por primera vez a la Histeria como una patología mental, remplazando a la teoría uterina. Asimismo, en este siglo, se reconoció que los síntomas histéricos provenían de la cabeza, la parte afectada. Se reconoció la Histeria masculina y la infantil. Más tarde se sostuvo que la Histeria era fundamentalmente psíquica, y fue equiparada con la hipocondría, es decir, que imitaba a casi todas las enfermedades que afectan al género humano. En el siglo XVIII se retoma la teoría uterina y se diferencia de la hipocondría.

Pinel clasifica a la Histeria entre las neurosis considerando que ésta tiene una base moral (Fenichel, 1996 en Alonso y Mireles, 2008).

A finales del siglo XIX, por influencia de Charcot, la Histeria pasó al pensamiento médico y al método positivista. Se buscó su solución en dos direcciones: la primera, ante la ausencia de lesiones orgánicas se atribuyeron los síntomas histéricos a sugestiones, autosugestión o incluso a una simulación; en la segunda, se le dio a la Histeria la denominación de enfermedad como cualquier

otra en una búsqueda por sistematizar sus síntomas y diferenciarla de los ataques epilépticos. Más tarde, debido a que la Histeria era la enfermedad de la época, Breuer y Freud se dedicaron a estudiarla y a tratar a pacientes que la padecieran, como resultado la identificaron como una enfermedad psíquica bien definida que exige una etiología específica (Laplanche, 1996).

Al ser la Histeria una enfermedad común en esta época, su tratamiento se fue adaptando según las necesidades y demandas que se fueron presentando. En un principio se creyó que la solución consistía en hacer uso de la sugestión hipnótica, sin embargo, esto no solucionaba por completo la aparición de los síntomas. En sus comienzos, Freud utilizaba el método de sugestión hipnótica con sus pacientes histéricas debido a que creía que eran individuos con inseguridad subjetiva y no conseguían excluir la representación contraria de sus deseos como lo haría una persona sana, inhibiéndola, de modo que el resultado era un conflicto en que dos fuerzas se contrarrestan mutuamente. Así, la sugestión hipnótica actuaba reforzando el deseo o la voluntad consciente.

Más tarde, con el surgimiento de la psicoterapia moderna, Freud desarrolló el método psicoanalítico a partir del método catártico descrito por J.B. Breuer el cual surgió durante el tratamiento de su paciente Ana O. Ésta al introducir comentarios sobre su vida psíquica en las sesiones, hizo evidente que cuando la conversación le conducía a recordar incidentes específicos de su pasado en los que había aparecido un síntoma, éste desaparecía. A partir de esto, Breuer se enfoca en promover la catarsis, es decir, en ayudar al paciente a revivir y descargar con toda la intensidad y carga afectiva las emociones patógenas vinculadas con los recuerdos traumáticos; de esta forma se creía que se abordaba la supuesta causa del síntoma. Freud descubrió que el método catártico no funcionaba con todos los pacientes debido a la reincidencia de los síntomas y de la defensa que presentaban algunos de ellos, lo que le llevó a desarrollar el método de la asociación libre, donde les proponía a los pacientes un tema de su

vida sobre el que debían hablar sin ejercer ningún control. Hasta la fecha la asociación libre es la piedra angular del psicoanálisis (Feixas y Miró, 1993).

Verhaeghe (1999) plantea que en la Histeria existe una separación entre el recuerdo traumático y su carga afectiva, la causa de esta escisión es un conflicto entre el Yo y un grupo de representaciones incompatibles referentes a la sexualidad. Lo que el Yo realiza ante este conflicto es debilitar al grupo de representaciones o recuerdos quitándoles su carga afectiva, de modo que desaparezca de la consciencia. Debido a este proceso, la energía queda “flotando” y debe investirse en otra parte. En el caso de la Histeria de conversión, la cual se revisará más adelante, esta energía va al cuerpo, es decir, genera una conversión, la cual es un símbolo mnémico de la representación reprimida y se manifiesta como un síntoma en el cuerpo.

Laplanche en su *Diccionario de Psicoanálisis (1996)* describe la evolución del concepto de Histeria; el primer término empleado por Breuer y Freud en los años 1894-1895 fue el de **Histeria hipnoide**. Consideraban que tenía su origen en los estados hipnoides, y que el sujeto no podía integrar en su persona y en su historia las representaciones que aparecían durante estos estados. Estas representaciones formaban un grupo psíquico separado, inconsciente y capaz de provocar efectos patógenos. Para estos, la revelación de los traumas reprimidos entrañaba la resolución de los síntomas, sea que se tratara de conversiones, alucinaciones o delirios (Maleval, 1991).

Más tarde surgió la **Histeria de retención**, que se caracterizaba por el hecho de que los afectos no podían ser descargados por abreacción, (definida por la American Psychiatric Association, 1980, en Phillips, M. y Frederick, C., 1995, como una liberación emocional tras recordar una experiencia dolorosa que ha sido reprimida por ser considerada intolerable) a través de la actividad asociativa o motriz debido a causas externas desfavorables. A diferencia del estado hipnoide, es la naturaleza del trauma lo que imposibilita la abreacción. Cuando Freud intentó

describir el proceso de la retención, se encontró con que el sujeto se resistía y llegó a la conclusión de que esta defensa es la que transforma todo el proceso en un fenómeno histérico. Es por esto que surge la **Histeria de defensa**, que se caracterizó como su nombre lo dice, por la actividad defensiva que tiene el sujeto ante las representaciones (recuerdos) que podían provocar afectos displacenteros (Laplanche, 1996).

Con este tipo de Histeria, la de defensa, surgió una idea muy importante, la de la división de la psique, en la que se planteaba que, como resultado del rechazo al grupo de representaciones se generaba un segundo grupo psíquico que contenía las representaciones incapaces de volverse conscientes, las cuales formaban el núcleo de la patología (Verhaeghe, 1999).

Posteriormente, debido a que Freud generalizó la defensa para casi todos los padecimientos, ésta dejó de ser el indicador de la existencia de un cuadro histérico, y fue la conversión la que se convirtió en la particularidad de la Histeria (Verhaeghe, 1999).

Es preciso aclarar que en la Histeria se desplaza el deseo psicosexual, de manera que la Histeria ya no se determina por un suceso traumático misterioso, sino por un deseo inarticulable que sigue siendo desplazado (Verhaeghe, 1999).

A partir de esta idea, se piensa que la Histeria es causada por una defensa excesiva contra las representaciones psicosexuales, cada una de las cuales tiene un monto de afecto inicialmente somático que es elaborado psíquicamente y convertido en un grupo de estas representaciones, el cual será rechazado por el Yo y regresado a la región somática, resultando en una conversión. Así, surgió el término de **Histeria de conversión**, que se caracteriza por presentar síntomas paroxísticos (crisis emocionales con teatralidad) o duraderos (anestias y parálisis histéricas).

La **Histeria de angustia** se caracteriza por el desplazamiento del conflicto psíquico hacia un objeto externo o fóbico, sin presentar el mecanismo de conversión, es decir, los síntomas no se presentan en el cuerpo.

Freud corrigió su teoría inicial de la existencia real de un evento traumático (Teoría de la Seducción) por la teoría de la causación psíquica de ese trauma. Advirtió que además de las vivencias existe la presencia de una vida psíquica cargada de elementos de fantasía en los pacientes, es decir, es necesario tener en cuenta junto a la realidad práctica una realidad psíquica, sin embargo, nunca dejó de reconocer la existencia, la frecuencia y el valor patógeno de las escenas de seducción efectivamente vividas por los niños.

La raíz de esta nueva teoría de la causación psíquica, estaría en una vivencia sexual infantil que se ha sobreerotizado, es decir, la causa psíquica de la Histeria se refiere a una fijación en la infancia que ha sido catectizada excesivamente y no siempre es accesible a la consciencia. De este modo, la Histeria, con la expresión de sus síntomas, muestra en ellos la realización de una fantasía, que indica un cumplimiento de deseo, el cual corresponde al retorno de una modalidad de satisfacción infantil que fue reprimida (Alonso y Mireles, 2008).

Por su parte, Charcot describió la **Histeria traumática**, en la que los síntomas traumáticos aparecen después de un período de latencia (de elaboración psíquica) consecutivo a un trauma físico. Freud decía que en la Histeria raramente puede identificarse un sólo acontecimiento de importancia, sino una serie de impresiones afectivas (Laplanche, 1996).

Para Lacan, la neurosis (que para éste es una estructura y no un conjunto de síntomas como lo es para Freud) es un modo de defensa contra la castración que tiene su origen en el Edipo, el complejo de castración se instala en ambos sexos cuando se descubre la castración de la madre, es decir, que no es omnipotente, que tiene falta. Cada estructura se distingue por una operación

diferente, en el caso de la Histeria, la represión. Lo que se reprime es el brote de una sexualidad excesiva en un lugar erógeno, es decir, una carga libidinal excesiva. La situación característica en la etapa edípica de esta estructura, es que el individuo no sabe a ciencia cierta si el padre o la madre tiene el falo, al no quedar clara para el individuo la sexuación de los padres, deviene histérico (Alonso y Mireles, 2008).

### 3.2.1. Descripción y clasificación de la Histeria

Actualmente la Histeria se encuentra clasificada en el DSM-IV-R (2002: 546), no como un trastorno único sino que se localiza dentro de los Trastornos Somatomorfos, caracterizados por la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica pero que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental. Asimismo no se considera que estén bajo el control del sujeto, como sí ocurre en los trastornos facticios y en la simulación; específicamente se le identifica como el Trastorno de Somatización, el cual se caracteriza por un patrón de síntomas somáticos, recurrentes, múltiples y clínicamente significativos (que requieren tratamiento médico), causan deterioro en la vida social o laboral o en otras áreas importantes de la actividad del individuo; empieza por lo general antes de los treinta años y persiste durante varios más; debe existir una historia de dolor relacionada con al menos cuatro zonas del cuerpo diferentes (cabeza, abdomen, espalda, articulaciones, extremidades, tórax y recto) o con diversas funciones (menstruación, coito, micción). Refieren la presencia de náuseas e hinchazón abdominal, así como vómitos y diarrea; debe haber al menos un síntoma sexual o reproductivo además del dolor (menorragias, menstruación irregular, disfunción eréctil o eyaculatoria e indiferencia sexual). Finalmente, debe haber al menos un síntoma que sugiere la presencia de un trastorno neurológico (síntomas de conversión tales como coordinación o equilibrio alterados, parálisis o debilidad muscular, dificultad para deglutir o sensación de tener un nudo en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones, sensación de dolor o de pérdida de tacto,

diplopía, ceguera, sordera o convulsiones; síntomas disociativos como amnesia; o pérdida de consciencia distinta del desmayo.

Los criterios de la CIE-10 (1994: 130) son diferentes a los del DSM-IV-R (2002), el Trastorno de Somatización se encuentra en la categoría de Trastornos Somatomorfos, y la diferencia radica en que se exige la presencia de seis síntomas dentro de una lista de catorce (seis gastrointestinales, dos cardiovasculares, tres urogenitales, tres cutáneos y de dolor). Además de la presencia de rechazo por parte del paciente a aceptar la opinión de los médicos de que no existe una causa orgánica que explique los síntomas físicos.

A pesar de que en el DSM-IV-R (2002) la Histeria se menciona como tal sólo en el Trastorno de Somatización, creemos que también puede estar referido en el Trastorno de Conversión (dentro de los Trastornos Somatomorfos) y en el Trastorno Histriónico de la Personalidad (dentro de los Trastornos de la personalidad).

El Trastorno de Conversión se caracteriza por la presencia de síntomas o déficit que afecta las funciones motoras o sensoriales y que sugieren un trastorno neurológico o alguna otra enfermedad médica. Los factores psicológicos están asociados al síntoma o al déficit; se ha observado que el inicio o el aumento de los síntomas o los déficit vienen precedidos por conflictos o acontecimientos estresantes; no se producen intencionalmente y no son simulados. Los síntomas o déficit motores típicos son alteraciones de la coordinación y del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, afonía, dificultad para deglutir o sensación de tener un nudo en la garganta y retención urinaria. Los síntomas de tipo sensorial suelen ser pérdida de sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera y alucinaciones, también pueden presentarse crisis o convulsiones. Los síntomas de conversión son el producto de las ideas que el individuo tiene de lo que es la enfermedad. Tradicionalmente, el término *conversión* deriva de la hipótesis de que el síntoma somático representa la resolución simbólica de un conflicto psicológico

inconsciente, que disminuye la ansiedad y sirve para mantener el conflicto fuera de la consciencia, esto se conoce como “ganancia primaria”. Asimismo, la persona puede obtener del síntoma de conversión una “ganancia secundaria” (se obtienen beneficios externos o se evitan responsabilidades u obligaciones). A pesar de que los criterios para el diagnóstico de éste trastorno no implican necesariamente que los síntomas se deban a las hipótesis anteriores, requieren que los factores psicológicos estén asociados al inicio o a la exacerbación del trastorno (DSM-IV-R, 2002: 553-554).

Por su parte la CIE-10 (1994: 124) considera la conversión como un tipo de trastorno disociativo (de conversión) y propone criterios diagnósticos separados para los trastornos motores disociativos, convulsiones disociativas y anestesia disociativa y pérdida sensorial, incluyéndolos a su vez en una sección donde pueden encontrarse la amnesia disociativa y la fuga disociativa. El aspecto común que comparten los trastornos disociativos o de conversión es la pérdida parcial o completa de la integración normal entre ciertos recuerdos del pasado, consciencia de la propia identidad, ciertas sensaciones inmediatas y el control de los movimientos corporales, incluye a la Histeria de conversión, reacción de conversión y psicosis histérica.

Por otro lado, un trastorno de la personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta significativamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Los *rasgos de personalidad* son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales; estos rasgos sólo constituyen trastornos de la personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo (DSM-IV-R, 2002: 766). Específicamente el Trastorno Histriónico de la Personalidad se caracteriza por una emotividad generalizada y excesiva y el comportamiento de búsqueda de atención; estos sujetos se sienten despreciados cuando no son el

centro de atención, se caracterizan por ser vivaces y dramáticos y tienden a seducir a sus nuevos conocidos por su entusiasmo, por ser aparentemente muy abiertos o por ser seductores; su aspecto y comportamiento suele ser inapropiadamente provocador y seductor desde el punto de vista sexual, se preocupan mucho por impresionar a los demás con su aspecto y son altamente sugestionables; este comportamiento se da en una gran variedad de relaciones sociales, laborales y profesionales (DSM-IV-R, 2002: 795).

Los trastornos de la personalidad en la CIE-10 (1994: 164) son iguales al DSM-IV-R y dentro del Trastorno histriónico de la personalidad se incluye al Trastorno de personalidad histérico y al psicoinfantil.

### 3.2.2. Concepto de represión

De acuerdo a Laplanche (1996) defensa es un concepto genérico que designa una tendencia general ligada a las condiciones más fundamentales del mecanismo psíquico que puede adoptar formas tanto normales como patológicas.

Dentro de los mecanismos de defensa se encuentra la represión, que tiene como consecuencia en el sujeto la generación de angustia, esto sucede en la medida en que hay dos sistemas en conflicto (se le conoce como represión originaria) pero una vez que hay un Yo que emite señales de alarma frente al ataque del Ello, la represión tiene como objeto evitar la angustia (represión secundaria) (Bleichmar, 1984/1986).

De acuerdo a Anna Freud (1965/1981) el Yo resiste al análisis para proteger las defensas, sin las cuales el displacer, la ansiedad y el sentimiento de culpa tendrían que volver a enfrentarse.

En la Histeria el Yo no consigue sino mantener a distancia el material al cual se refiere el sentimiento de culpabilidad. Este sentimiento tiene como base

impulsos reprimidos y cuando se siente culpa es porque el Superyó sabe algo del Ello que el Yo no sabe (Freud, 1921/1998).

### 3.2.3. Concepto de trauma psíquico

El psicoanálisis ha tomado la palabra “trauma” trasponiendo al plano psíquico las tres significaciones inherentes: la de un choque violento, la de una efracción y la de consecuencias sobre el conjunto de la organización. Pero sobre todo, se remite a términos de economía; para Freud, es: “una experiencia vivida que aporta, en poco tiempo, un aumento tan grande de excitación a la vida psíquica, que fracasa su liquidación o su elaboración por los medios normales y habituales, lo que inevitablemente da lugar a trastornos duraderos en el funcionamiento energético” (Laplanche, 1996).

no son las vivencias mismas las que poseen efecto traumático, sino solo su reanimación como recuerdo, después que el individuo ha ingresado en la madurez sexual (Freud, 1899 en Alonso y Mireles, 2008: 76).

Resulta evidente que las repercusiones que las experiencias traumáticas psíquicas tienen en los individuos que las sufren son unas de las principales causas de padecimientos como la Histeria. Es importante mencionar que el trauma puede haber sido sufrido no sólo como una agresión física que impacta la mente de la víctima sino como una experiencia abrumadora de carácter puramente emocional o psíquico que puede generar el mismo daño que el trauma físico. Esto se torna aún más complejo cuando Freud expone que los traumas pueden ser invenciones de los pacientes y aunque posteriormente abandona su Teoría de la Seducción (en la que explica esto) ya que no la puede generalizar en todos los casos, se debe tener en cuenta dicho postulado, ya que es sabido que sin importar la naturaleza del trauma, los efectos que tiene en la vida del individuo son igualmente importantes y cargados de un intenso afecto.

#### 3.2.4. Características del cuadro histérico

Uno de los elementos constitutivos más importantes del funcionamiento de la Histeria es la **problemática del Tener**, que es la causa primordial del deseo histérico, es decir, el histérico busca tener aquello que le fue arrebatado. Habrá **identificación** en el sujeto histérico cuando éste encuentre a una persona que considere tiene la respuesta a su falta, en otras palabras, el sujeto tenderá a tomar las características de una persona que considera que sí posee lo que él no tiene, de manera que al imitarlo y seguir el ejemplo de este “modelo” pueda responder a su interrogante, obteniendo el objeto de su deseo. También se da el caso de la identificación con una persona que el histérico sabe que no tiene el fallo y que se ocupa de reivindicarlo, a la que se le llama “identificación militante” o “identificación de solidaridad” (Dor, 2000).

También existe una disposición a **someter su deseo** a lo que la persona imagina o presiente que es el deseo del otro, y a proponerse responder a él por anticipado, de esta manera intentará cubrir cualquier necesidad o falta que se imagine que exista.

Tanto para identificarse como para someterse al otro, es preciso que exista una persona a la que el paciente histérico coloque en una posición privilegiada y a la que dirija su discurso, **el Amo**, quien dominará la situación. El histérico buscará los medios para poder responder a lo que cree que ese otro privilegiado espera de él.

Por ello, en un intento de mantener a ese otro como figura de saber, intenta tapar su falta, para que no caigan los fantasmas con que ella lo ha investido. En esta medida, podemos notar que cualquiera puede ocupar esa posición, lo que marcará la diferencia es la posibilidad que tenga este otro investido de sostener la posición a la que la histérica lo llama (Alonso y Mireles, 2008: 60).

Sin embargo, otra característica es que el histérico llevará al Amo a situaciones en las que compruebe que éste no posee las aptitudes que esperaba tuviera, por lo que empieza un juego en el que se le reta y cuestiona acerca de su papel privilegiado. Siempre fracasará en el momento en que se rebele como sujeto, ya que cuando se pronuncia, por el mismo hecho de hablar, deja de tener la imagen de Amo que el sujeto histérico busca, al demostrar que también tiene faltas.

La histérica pasará de un extremo al otro, en el que el otro lo tendrá todo o no tendrá nada, lo que será también así respecto a la relación hacia sí misma. En función de esto, la histérica idealizará el objeto, hasta que pueda sostenerlo; pero apenas éste amenace con caer, se impondrá una despiadada devaluación que dejará al objeto en la línea de los castrados (Alonso y Mireles, 2008: 57).

Esto lleva a otra característica esencial de la Histeria, una **insatisfacción permanente**, es decir, nunca podrá satisfacer su deseo al no encontrar aquello que le hace falta y vivirá buscando a nuevos Amos que le digan quién es, que le den lo que necesita y a los cuales volverá a derrocar. En este juego de creación y destrucción de Amos, lo que obtiene el sujeto histérico es un goce y es por esto que continúa con esta dinámica, se vivirá frecuentemente como no habiendo sido suficientemente amado por el otro, de manera que se asume como un objeto desvalorizado e incompleto. Es decir, tendrá una identidad parcial al no alcanzar su ideal identitario pues nunca será el objeto ideal del Otro.

Así, de manera inconsciente, el sujeto histérico espera que su deseo permanezca insatisfecho ya que si alcanza el ideal, dejaría de desear (Dor, 2000). Gozar sería un límite peligroso que podría llevarlo a la locura, y la desaparición de todo límite les provoca angustia, es decir, les falta la falta (insatisfacción esencial del deseo).

Como se mencionó anteriormente, como consecuencia del sometimiento de su deseo, el sujeto histérico tratará de gustar y satisfacer lo que imagina es el

placer del otro, tendrá una actitud abnegada y se sacrificará constantemente. La falta en el otro es lo que obra como molde y como modelo para su identificación, ella será eso que falta. También se dará un desplazamiento, es decir, en el momento en el que el sujeto se pone al servicio del otro, buscará encontrarse en él hasta el punto en el que **se confundirá con la otra persona**, creyendo que sus deseos son uno mismo.

Un elemento más de esta estructura es el “narcisismo fálico”, es decir, “la puesta en escena”, se trata de ofrecerse a la mirada del Otro en esta búsqueda por ser el objeto ideal de su deseo. De igual forma, copian cuadros sintomáticos, hacen lo que el otro quiere y son excelentes **actores**, se ajustan a la perfección a las demandas exteriores ya sean imaginarias o reales.

Una característica de la Histeria masculina consiste en el interés del hombre por mostrarse él y su cuerpo, es decir, mostrarse como un todo, su mayor deseo es gustar a todos y tener el amor de todos. No puede renunciar a alguien, por eso se muestra todo y se da todo, sin embargo esto es sólo en un nivel de seducción, ya que cuando está por lograr lo que envidia o desea, lo evita a toda costa, a esta acción Freud le llamó “neurosis de fracaso” o “neurosis de destino”.

## **4. ESPECIFICACIONES Y DISCUSIÓN**

### **4.1. Especificaciones**

#### 4.1.1. Trastorno de Identidad Disociativo

##### 4.1.1.1. Origen

Una vez descritos los factores históricos del TID y de la Histeria, es preciso especificar algunos aspectos que permiten un entendimiento más profundo de los mismos.

En cuanto al origen del TID, se han identificado cuatro factores causales, éstos son: un suceso traumático (abuso físico o sexual en la infancia, normalmente de tipo incestuoso, muerte de algún familiar o amigo cercano), una tendencia a desarrollar el trastorno (factores biológicos o psicológicos, como alto grado de susceptibilidad, aprehensión, sensibilidad, etcétera), factores del entorno (por ejemplo la disponibilidad para afrontar el estrés y los modelos de roles presentes) y la ausencia de sistemas de apoyo externos (provenientes de la familia, amigos o personas significativas).

Putnam (1989: 49) expone que “una de las principales diferencias del abuso sexual reportado por víctimas y por pacientes con TID, es la presencia de sadismo extremo con prácticas esclavizantes como la inserción de objetos en la vagina, boca y ano, y variadas formas de tortura física y sexual. Los pacientes con TID reportan haber sido abusados sexualmente por grupos de personas, o haber sido obligados a ejercer la prostitución o a ser juguetes sexuales”.

En cuanto al abuso físico Putnam (1989) reporta prácticas que van desde golpes, palizas y patadas hasta diferentes formas de tortura tales como quemaduras con cerillos o planchas y cortes con navajas o vidrios; el confinamiento también es común, que puede ser el encerrar al infante en closets,

cuartos, cajuelas, amarrarlos, meterlos en cajas o bolsas e incluso enterrarlos vivos y privarlos sensorialmente por largos periodos de tiempo.

Por su parte, el abuso emocional se lleva a cabo al ridiculizar al individuo, minimizarlo, denigrarlo, aislarlo de cualquier contacto social, negarles cuidados de higiene básicos y de aprendizaje de diferentes tipos de habilidades. Incluso cuando no existe abuso físico, se presentan continuas amenazas de violencia, castigos y otras agresiones como destruir objetos valiosos o lastimar a mascotas frente a la persona como un ejemplo de lo que podría pasarles a ellos mismos. En algunos casos, pacientes con TID reportaron que a pesar de no haber sido directamente abusados, se les obligaba a presenciar el abuso físico y/o sexual de sus hermanos o parientes (Putnam, 1989).

#### 4.1.1.2. Mecanismo de defensa (uso patológico) y estado de consciencia

En el TID el mecanismo de defensa del que hace uso el individuo es la disociación, se considera patológico ya que su empleo es tan frecuente que impide el funcionamiento del aparato psíquico como en el caso de una persona funcional, teniendo como consecuencia una discontinuidad en el estado alerta o consciente de la persona. Sin embargo, este mecanismo se encuentra dentro de los usados día con día, representa ventajas y es funcional, incluso en los casos patológicos comienza como una forma de adaptación y defensa necesaria para lidiar con las circunstancias aversivas.

Winnicott (en Rothschild, 2009) postula que, cuando la continuidad de ser se ve afectada por un ambiente nocivo, el desarrollo de la psique se altera hasta el grado de que el individuo no tiene el concepto de ser un cuerpo, de existir en el espacio y de experimentar la continuidad del ser, es decir, no posee las nociones de ser un individuo integral que obedece leyes físicas.

West en Putnam (1989: 6) define a la **reacción disociativa** como “un estado de experiencia o conducta en donde la disociación produce una alteración discernible en los pensamientos, sentimientos o acciones de una persona, y que por un periodo de tiempo la información no está asociada o integrada con otra información como lo estaría normal o lógicamente”.

De acuerdo a Ross (1989: 87) “la disociación es lo opuesto a la asociación”; la psique es reducida a un conjunto de elementos en relación compleja uno con otro, estos elementos incluyen pensamientos, recuerdos, sentimientos, órdenes motoras, impulsos, sensaciones y todo aquello que constituya la vida psíquica. Cualquier asociación de por lo menos dos de estos elementos estará en una relación dinámica, y en el caso en que no sea así, o que estén relativamente separados, estarán disociados.

Esta es una experiencia común en las personas, algunos ejemplos de la vida diaria son: soñar despierto, hipnosis de carretera, “perdersé” en un libro o película, entre otras, las cuales involucran una “pérdida de contacto” con el entorno inmediato.

Uno de los beneficios de la disociación “normal” es la capacidad de la mente para dividir la atención en dos o más estados de consciencia; esto permite al individuo realizar más de una tarea mental simultáneamente. Es decir, la “automatización” permite redireccionar la consciencia lejos de una actividad repetitiva, y suficientes recursos cognitivos quedan disponibles para que la persona continúe realizando su actividad rutinaria a un nivel aceptable, y que la atención y consciencia puedan ser dirigidas a actividades que requieran mayor atención (Putnam, 1997).

La despersonalización, desrealización, amnesia y confusión de identidad pueden ser entendidas como esfuerzos por mantener una auto-regulación cuando la regulación afectiva falla. Como una última alternativa ante una situación

traumática en la que no se tiene salida la persona se adaptará inconscientemente, disociándose y creyendo, equivocadamente, que no es esa persona sino una distinta.

#### 4.1.1.3. Manifestaciones

##### 4.1.1.3.1. Elaboración de identidades alternas

Braun y Kluft en Putnam (1989: 103-104), definen a una identidad alterna como “una entidad con un sentido de identidad y características firmes, persistentes y arraigadas, con un patrón consistente de conductas y sentimientos en respuesta a estímulos específicos. El alter tendrá un rango de funciones, respuestas emocionales y una historia de vida significativa (de su propia existencia)”. Un alter puede representar un afecto específico (enojo o felicidad), o realizar una sola función (manejar un automóvil o proteger el cuerpo).

Existen diferentes reacciones disociativas en niños traumatizados, haciendo uso de su alta capacidad disociativa, rápidamente asocian este tipo de estados con atributos psicológicos y físicos y con sentimientos e imágenes corporales evocadas por el trauma. Algunos niños pequeños tienen amigos imaginarios, que son experimentados como influencias externas, estos compañeros imaginarios son fácilmente identificables en terapia y desaparecen al poco tiempo. En el caso de que los niños no reciban terapia es común que estos sistemas sean internalizados en la pubertad.

Se pueden concebir estos estados disociativos, cada uno con un sentido específico de identidad, como elaborados por el niño, dotándolos de una función específica para escapar de traumas o para ejecutar conductas que la personalidad anfitriona sería incapaz de realizar en un estado normal de consciencia. Cada vez que el niño hace uso de un determinado estado disociativo, recuerdos, conductas y sentimientos adicionales se vuelven dependientes de ese estado específico, construyéndose con esto una “historia de vida” para la personalidad alterna.

La estimulación psicológica, en general, puede activar recuerdos relacionados con algún trauma y viceversa. Este fenómeno podría explicar por qué la presencia de un disparador de un recuerdo traumático puede inducir a un “cambio” de álteres, por ejemplo, la memoria puede inducir una reacción de estrés, que a su vez produce un estado psicológico diferente (Kaplan, 1998).

Normalmente, al pasar el tiempo y con ayuda de una atención adecuada por parte de las figuras de cuidado, las personas aprenden a modular sus estados de conducta y a extender su sentido de identidad a través de diferentes contextos y demandas, para desarrollar lo que se experimenta como una personalidad completa. Sin embargo, los pacientes con TID accesan por “otro camino” de desarrollo, en lugar de integrar su identidad a través de una variedad de estados de conducta, ellos crean diversas identidades elaborando una serie de estados disociativos dentro de éstas (Putnam, 1989).

#### 4.1.1.3.2. Tipos de identidades alternas

Putnam (1989) describe diferentes tipos de identidades en los pacientes con TID, a continuación se mencionan algunas de las más frecuentes:

La identidad original es la identidad que existía al nacer, la que sufrió las disociaciones.

La identidad anfitriona tiene la función de ser el anfitrión, aquel que tiene el control corporal la mayor parte del tiempo. Generalmente presenta cuadros depresivos, ansiosos, anhedónicos, rígidos, fríos, son compulsivamente buenos, masoquistas. Puede estar compuesta por la intervención de diferentes identidades.

Las identidades infantiles están estancadas en el tiempo, es decir, congeladas en una etapa de su infancia. Su función es la de preservar recuerdos y sentimientos generados por las experiencias traumáticas, y es común que las revivan. Pueden servir de apoyo para las demás identidades que se encuentren asustadas o hayan sido abusadas.

Las identidades persecutorias están en constante conflicto con las demás y son las responsables de conductas destructivas como autolesiones, conductas de riesgo para la persona y se conciben tan separadas de las demás que creen poder matarlas, pueden hacer que otra identidad se sienta ansiosa, con miedo o esté desorientada, y frecuentemente torturan a las identidades infantiles. Algunas de estas identidades representan al abusador original.

Las identidades suicidas representan un gran riesgo para la identidad anfitriona ya que se dedican a alcanzar su objetivo de autodestrucción.

Las identidades protectoras son las que compensan la existencia de las personalidades hostiles. Pueden proteger al cuerpo de diferentes maneras y ante diferentes situaciones, por ejemplo, aparecerán cuando crean que el cuerpo está en peligro o hay una amenaza por circunstancias reminiscentes de los traumas vividos.

Existen identidades del sexo opuesto (en pacientes masculinos se presentan identidades femeninas y viceversa) y cumplen la función de asumir características que el sexo de la identidad anfitriona no es capaz de realizar.

Las identidades promiscuas cumplen la función de expresar impulsos prohibidos, generalmente de carácter sexual.

Las identidades obsesivo-compulsivas y administradoras suelen emerger en el lugar de trabajo y se encargan de ganar dinero, generalmente son muy competentes en su trabajo y son líderes de los demás álteres.

También se han identificado identidades con problemas de abuso de sustancias, autistas, discapacitados, con talentos o habilidades especiales, los que no sienten dolor al ser lastimados (analgesia), imitadores e impostores.

#### 4.1.1.4. Tratamiento

En Hales y Yudovsky (2005) se expone que la psicoterapia es el mejor tratamiento para el TID, ya que el tratamiento farmacológico sólo atenúa determinados síntomas como la depresión, cefaleas, entre otros, y es común que tenga “consecuencias” en el resto de las identidades.

En la psicoterapia se busca que los pacientes se reconozcan como fragmentados. El objetivo de la terapia es facilitar la integración de elementos separados. El terapeuta debe ayudar a todas las partes de la estructura de la personalidad de un paciente a aprender la información oculta, es decir, debe haber una política de “no secretos”, de manera que se aumente la comunicación y la cooperación entre las identidades (Hales y Yudovsky, 2004). Se pueden utilizar diferentes enfoques psicoterapéuticos. Algunas de las herramientas que se pueden usar en la psicoterapia son:

##### 4.1.1.4.1. Hipnosis

Este método puede ser útil para la terapia y el diagnóstico, facilitando el acceso a las personalidades disociadas. Se usa la regresión hipnótica para ayudarle al paciente a reorientarse en un tiempo en el que se manifestaba un estado distinto de la personalidad, lo que se convierte en un medio alternativo para

que el paciente aprenda a controlar la disociación al enseñarle métodos de autohipnosis (Hales y Yudovsky, 2004).

#### 4.1.1.4.2. Recuperación de la memoria

La pérdida de memoria, al ser una de las características de este trastorno, es un factor importante, por lo que la terapia debe servir como una experiencia integradora para que los distintos elementos de la personalidad compartan la misma información mediante la elaboración de los recuerdos traumáticos. Cuando éstos se hacen conscientes, es de suma importancia ayudar a los pacientes a que elaboren el afecto doloroso como puede ser el duelo, la autoculpabilidad y otras reacciones ante estos recuerdos. Es importante que el paciente visualice los recuerdos en lugar de revivirlos, para que la intensidad de la emoción sea manejable y soportable, pudiendo identificar los aspectos adaptativos de su respuesta al trauma.

Estos métodos buscan reducir la necesidad de disociación como medio para mantener a los recuerdos fuera de la conciencia.

El objetivo último en pacientes con TID es la integración de los álteres, alcanzar un sentido de unidad estable, en términos de propósitos y motivaciones, ya que la persistencia de una división interna da lugar a un caos en la vida de los pacientes. Las identidades podrán comunicarse y cooperar (Putnam, 1989: 301-302).

La fusión se entiende como el proceso en el que se remueven las barreras disociativas que segregan álteres específicos, mientras que la integración es una reestructuración psíquica, produce una síntesis de los elementos previamente separados de cada álter, en una estructura de personalidad global unificada (Putnam, 1989: 301).

Sin embargo, el paciente considera que la disociación es una gran protección, por lo que puede experimentar los esfuerzos de integración como un

intento de dejarlo desprotegido y vulnerable, como en un intento de “matar” a las diferentes identidades. Dejar de lado la defensa también significa comprender y soportar el malestar de la indefensión producida por haber sido victimizado (Hales y Yudovsky, 2005).

Un aspecto que hay que tomar en cuenta en la terapia es la transferencia traumática, los pacientes con TID esperan que el terapeuta actúe de manera similar a la de sus cuidadores de la infancia, es decir, de manera explotadora y sádica (figura violenta) o ignorándolos (figura pasiva) en su sufrimiento, es por esto que consideran la elaboración de los recuerdos traumáticos como una nueva imposición del trauma y que el terapeuta obtiene un placer sádico al observar su sufrimiento. Es por esto que el terapeuta debe estar consciente de que se puede presentar este tipo de transferencia, por lo que debe intentar reducirla aunque no logre eliminarla (Hales y Yudovsky, 2004).

Principios para desarrollar una terapia eficaz del TID.

- Un tratamiento debe tener límites consistentes, ya que el trastorno se originó por una ruptura de éstos.
- El foco del tratamiento debe estar dirigido a la superación y a la participación activa del paciente en el proceso terapéutico.
- El trastorno se caracteriza por un trauma y un afecto oculto, por lo tanto, ambos deben ponerse al descubierto.
- Hacer hincapié en la necesidad de cooperación, empatía y colaboración entre las personalidades alternas, para que desaparezcan sus conflictos.
- Comunicación directa y clara entre el paciente y el terapeuta.
- El terapeuta debe ser imparcial con todos los álteres evitando favoritismos y cambios de conducta, siempre debe ser constante, ya que ésta es una de las principales herramientas contra la defensa disociativa del paciente.
- Restaurar la moral y una esperanza basada en la realidad.
- Es importante que la terapia sea secuencial, ya que si el ritmo supera la capacidad del paciente para tolerar y procesar el material en discusión es

posible que ésta fracase. La abreacción no debe convertirse en retraumatización.

- Transmitir un concepto de responsabilidad claro al paciente, porque el trastorno surge de la irresponsabilidad de otros.
- El terapeuta puede anticipar que la neutralidad técnica será interpretada como falta de cuidado y rechazo y debe tomar una actitud cálida que permita la expresión afectiva.
- El paciente comete errores cognoscitivos y la terapia debe abordarlos y corregirlos.

Kaplan y Sadock, 2001a: 757

#### 4.1.1.4.3. Psicofarmacología

El tratamiento farmacológico, hasta ahora, se ha limitado a controlar los signos y síntomas o los trastornos comórbidos presentes en los pacientes con TID (Hales y Yudovsky 2005). Sin embargo, hasta el momento no existe un tratamiento que tenga efecto directo en el proceso disociativo.

#### 4.1.2. Histeria

##### 4.1.2.1. Origen

Una estructura histérica se organiza cuando hay una ambivalencia sostenida por la madre y el padre en cuanto a quién se le **atribuye el falo**; su dinámica consiste en “conquistar” el atributo (el falo) del que el sujeto se considera injustamente desprovisto. Reclamar ese falo en tanto el padre jamás lo tiene sino porque ha despojado de él a la madre, es abrir la posibilidad de una reivindicación permanente en cuanto al hecho de que la madre también puede tenerlo y tiene derecho a él (Dor, 2000). En otras palabras la mujer histérica se cree merecedora del falo, lo defiende y reta a las figuras que considera que lo tienen porque se lo han robado.

Para entender los orígenes de la Histeria es necesario explicar el concepto de trauma desde una perspectiva psicoanalítica; como primera aclaración, el traumatismo psíquico es diferente del físico en tanto que el segundo no actúa con su propia energía, sino solamente en la medida en que despierta una excitación interna. La eficacia de los fenómenos exteriores proviene de las fantasías que se activan en la mente del sujeto y del sobre-flujo de excitación pulsional que desencadenan. Dichos acontecimientos exteriores se relacionan con acontecimientos ocurridos en el origen del proceso (en la escena de seducción, ya sea real o imaginaria). Posteriormente el concepto de trauma se une a más factores como la constitución y la historia familiar, factores exógenos y endógenos. Existiría una disposición por fijación de la libido, la cual se ve permeada por la constitución sexual (acontecimiento prehistórico) y los acontecimientos infantiles, unida a un acontecimiento accidental (traumático) (Laplanche, 1996).

Freud, en sus Lecciones de Introducción al Psicoanálisis denomina al traumatismo como un acontecimiento que viene en segundo tiempo y no como las experiencias infantiles que se hallan en el origen de las fijaciones. En la segunda tópica el concepto de trauma cobra importancia de nuevo: el Yo, al desencadenar la señal de angustia, intenta evitar ser desbordado por la aparición de la angustia automática que caracteriza la situación traumática, en la cual el Yo se haya indefenso; el Yo es atacado desde dentro por las excitaciones pulsionales (que buscan ser eliminadas), generando tensión más allá de lo soportable (Laplanche, 1996).

La pérdida del afecto de un suceso depende en gran parte de la reacción enérgica que el sujeto tuvo ante el problema (que va desde un llanto hasta un acto de venganza) la cual es un indicador más o menos certero de qué tanto se ha liberado el afecto unido al problema. Así, si se reprime la reacción, queda ligado el afecto al recuerdo. Aunque en un principio se consideraba al trauma real como origen de la Histeria y posteriormente se reformuló esta idea, Freud diferenció dos tipos de traumas: el trauma con expectativa previa angustiada y el trauma sin esta

expectativa. Postulaba que si es esperado, el trauma puede controlarse, es decir, **catectizarse**, cargarse con energía y ser descargado más tarde, si no es esperado, no habrá ninguna catexia preparada, es este el inicio de la formación de la Histeria.

Sin embargo, la **reacción energética** no es la única manera que posee un ser humano para liberar la carga afectiva de un suceso traumático, el sujeto también logra atenuar la carga afectiva con el uso de asociaciones, es decir, trata de encontrar una explicación racional a lo vivido.

Los síntomas histéricos son generados por traumas psíquicos que han eludido la mediación mediante la descarga por reacción o la labor intelectual asociativa. Se considera que éstos están relacionados directamente con el suceso causal, siendo también necesario que en un segundo tiempo exista un suceso evocador bajo un contexto específico, siendo éste el trauma psíquico; es decir, sucesos que generen miedo, vergüenza, angustia o dolor físico pueden actuar como posibles traumas que después, al ser evocados en el inconsciente se manifestarán en síntomas.

#### 4.1.2.2. Mecanismo de defensa (uso patológico) y estado de consciencia

El mecanismo de defensa del que hace un uso patológico el individuo histérico es la represión, en donde el Yo impide que los pensamientos que producen ansiedad entren en la consciencia. Al igual que en el TID, la represión es un mecanismo de defensa natural y común en los individuos, el conflicto surge con su uso excesivo en tanto es desadaptativo.

Uno de los principales problemas en el cuadro histérico es que los pacientes no recuerdan los sucesos que generaron el padecimiento ni sospechan la conexión entre los sucesos traumáticos (que pueden tener lugar en la infancia) con el fenómeno patológico (síntoma). En palabras de Verhaeghe (1999:61) “el

sujeto histérico no puede ni quiere llegar al trauma real , sino que trata de alcanzar una respuesta con sus producciones imaginarias”.

#### 4.1.2.3. Manifestaciones

Maleval (1981/1991) enumera algunas de las **características de la Histeria** como son: afloramiento del inconsciente, tendencias a “pasar al acto”, dificultad de ser, fenómenos de conversión como dolores de estómago, náuseas, cefaleas, entre otras, se dirige su discurso a aquél a quien ubica en la posición del amo, presencia del ideal del Yo y del Yo ideal y la insatisfacción esencial del deseo.

#### 4.1.2.4. Tratamiento

Debido a la imposibilidad de los individuos histéricos para recordar los sucesos traumáticos, hayan sido éstos vividos en la vida real o en la realidad psíquica, el método psicoterapéutico puede resultar curativo ya que anula la eficacia de la representación no descargada por reacción, dando salida, por medio de la expresión verbal, al efecto concomitante que había quedado estancado, y llevándola a la corrección asociativa por medio de su atracción a la consciencia normal. Freud, 1888/1972 reporta que los distintos síntomas histéricos desaparecían inmediata y definitivamente en cuanto se conseguía despertar con toda claridad el recuerdo del proceso provocador, y con él, el afecto adherido. El recuerdo desprovisto de afecto, carece casi siempre de eficacia.

Sobre el tratamiento para la Histeria, Maleval (1981/1991) propone que el objetivo es el de ofrecer al paciente con una desestructuración yoica, una imagen de sí mismo, “una imagen nueva sobre la cual pueda construir su Yo”; además de tomar en cuenta la importancia del “proceso de imitación” en la formación del Yo, y después en la construcción del “Yo corporal”.

Para que el terapeuta pueda dar apoyo a un neurótico tiene que encarnar al padre primordial, el que está encima del deseo y el goce. Sin embargo, en el momento en el que habla, fracasa, pues todo discurso terapéutico deja una duda y es ahí donde aparece el sujeto histérico.

#### **4.2. Discusión**

Es importante señalar que decidimos hablar de estos dos trastornos ya que consideramos que ambos son posibles consecuencias de una fractura en la estructura psíquica, que comparten un origen referente a una vivencia traumática ya sea que haya sucedido en la vida real, en el mundo externo, o en la realidad psíquica, y que impactan de manera importante la estructuración del aparato psíquico, mermando la identidad del sujeto, no permitiendo que haya una consolidación estable de la misma y abriendo paso a distintas repercusiones y manifestaciones en cada trastorno. Cabe mencionar que a pesar de que son trastornos abordados por disciplinas diferentes, es la temática lo que los une, no las disciplinas.

Nos parece de suma importancia hacer hincapié en que durante la revisión bibliográfica, tanto del TID como de la Histeria, encontramos que ambos padecimientos, a pesar de estar abordados, el primero por la psiquiatría y el segundo por el psicoanálisis, han sido, en determinados momentos de la **historia**, confundidos, no diferenciados e incluso incluyentes. Encontramos diferentes autores que hicieron aportes tanto a un trastorno como al otro, y que posteriormente fueron de utilidad para diferenciarlos. Actualmente en la CIE-10, el TID (bajo el nombre de Trastorno de Personalidad Múltiple, ya que conserva el nombre anterior) se encuentra dentro de los Trastornos Disociativos de Conversión, esto es confuso ya que la conversión es una de las características principales de la Histeria. Por su parte la Histeria se encuentra dentro de los Trastornos de Personalidad, sin embargo, el cuadro sintomático está principalmente descrito en los Trastornos Somatomorfos.

Por otro lado, en el DSM-IV-R el TID se encuentra clasificado en los Trastornos Disociativos, mientras que la Histeria en realidad no está especificada como un trastorno por sí mismo (ya no conserva su nombre), sino que está bajo los parámetros de los Trastornos Somatomorfos (específicamente mencionado como el Trastorno de Somatización) y por sus características dentro de esta misma clasificación como el Trastorno de Conversión y por último, en los Trastornos de Personalidad (Trastorno Histriónico de la Personalidad).

Un ejemplo de cómo han sido confundidos o tomados como un mismo trastorno es el de Lucie, una de las pacientes de Pierre Janet quien sufría ataques convulsivos y delirios, por lo que se le diagnosticó Histeria; con esta paciente practicó la hipnosis con el fin de eliminar sus síntomas y fue a partir de esto que propuso la existencia de una segunda consciencia o identidad rudimentaria. Este mismo investigador fue el primero en denominar a estos estados como “disociativos” y describirlos como un trastorno. Trabajó con pacientes a las que diagnosticaba como histéricas, sin embargo, el principal síntoma que analizaba e intentaba curar era la disociación, síntoma que actualmente caracteriza al TID.

Tomando como base las categorías descritas en el apartado anterior trataremos de analizar con mayor profundidad estas patologías, con la intención de señalar aquellas características en las que encontramos puntos convergentes y divergentes, y a partir de las cuales se puedan realizar aportes y sugerencias para futuras investigaciones.

No se pueden comprender todas las características de los trastornos que se discuten en esta tesis sin considerar primero el **origen** de los mismos. El trauma sufrido durante la infancia es el origen del TID; estos pacientes se caracterizan por tener historias de vida con violencia física, psicológica y sexual por parte de figuras significativas, como lo refiere Cameron West, en su libro *Mis múltiples personalidades (2000)* y debido a que a esta edad el aparato psíquico del

individuo está en formación y a que el niño es susceptible a entrar en estados auto-hipnóticos durante el juego (Hartman, 1958/1987), estos traumas son aislados de la consciencia almacenándose en el preconscious con toda su carga afectiva, surgiendo más tarde múltiples identidades más o menos bien estructuradas que son capaces de afrontar las situaciones que se consideran intolerables para la identidad anfitriona.

Por otro lado, dentro de la estructura del trastorno histérico, existen una serie de eventos traumáticos reales o ficticios, que al acumularse y ser evocados llegan a exteriorizarse en síntomas para aliviar el afecto, como pueden ser parálisis, dolores de cabeza y vómitos, entre otros.

Con lo anterior podemos enfatizar el papel tan importante que juega el trauma, específicamente la violencia en cualquiera de sus formas, en las primeras etapas de la vida. La vivencia traumática tiene repercusiones permanentes en el aparato psíquico del individuo, su forma de relacionarse con el mundo y su identidad, es decir, en todos los ámbitos de su vida se podrá percibir el impacto que estos hechos tuvieron y siguen teniendo. Es también importante mencionar que el hecho de que el origen de estos dos trastornos sea el trauma, da pauta a que se ponga un mayor énfasis en la importancia de identificarlo en el diagnóstico, para su tratamiento y en medida de lo posible, su evitación.

Es importante mencionar que esto no es una regla, no todos los individuos que se desarrollan en ambientes aversivos devendrán histéricos o sufrirán de un trastorno disociativo, es decir, como expuso Anna Freud (1965/1981) es necesario recordar que los factores nocivos externos adquieren significación patológica en los niños cuando interactúan con la disposición innata y adquirida y con las actitudes internalizadas. Aunado a esto, se debe tener presente que la práctica clínica es una ciencia de lo particular, entendiendo por esto que será siempre necesario indagar a fondo la historia de cada una de los pacientes pues no es pertinente caer en categorizaciones inamovibles que no permitan la flexibilidad y el

cuestionamiento en lo que respecta a la génesis de una patología. De esta manera, podemos encontrar argumentos convincentes y congruentes acerca del origen del TID y la Histeria mas no determinar el futuro psíquico de un individuo.

Una vez discutidos los orígenes de tales dos trastornos, es indispensable abordar en segunda instancia la **forma en la que se presentan estas patologías**, es decir, su **sintomatología o manifestaciones**, así como los aspectos que creemos son en mayor o menor medida coincidentes en la misma.

De acuerdo a lo expuesto en el capítulo uno, la fractura de la psique es una de las características que hace coincidir al TID y a la Histeria ya que en ambos trastornos existe una discontinuidad en la historicidad del sujeto provocada por sucesos traumáticos inconscientes y divididos, es decir, no necesariamente existe una relación entre las representaciones mentales inconscientes e incluso pueden no saber nada unas de otras, con esto puede decirse que existe una **serie ilimitada de estados de consciencia** (Freud, 1921/1998). De acuerdo a lo expuesto por Freud, puede anunciarse que en la Histeria existen huellas mnémicas inconscientes que se asocian entre sí y mientras más grande sea esta interacción más complicado se volverá el cuadro clínico; estas asociaciones podrían representar una posible **segunda o doble consciencia**. Por su parte, en el Trastorno de Identidad Disociativo, existe un grupo de representaciones que da lugar a diferentes identidades estructuradas capaces de interactuar en el preconscious. Con esto se observa que en ambos trastornos existen representaciones mentales que están separadas de la consciencia pero que no por esto desaparecen o dejan de tener una injerencia en la vida del sujeto, al contrario.

El tema de las segundas consciencias o de las representaciones mentales inconscientes e influyentes en la consciencia ha sido estudiado desde el siglo XIX, cuando Azam (Putnam, 1989), Janet (Brown, 2003), y M. Prince (Putnam, 1997) observaron fenómenos de “personalidades sucesivas” o “desdoblamiento de la

personalidad". Sobre esto es interesante señalar que en estos estados inconscientes se observa casi siempre la emergencia de elementos reprimidos y algunos de ellos tienden a adquirir autonomía, a estructurarse, quizá incluso a entrar en conflicto entre sí. Lo mismo sucede en el caso del TID, en donde la adopción de un **nombre** genera que la identidad alterna sea cada vez más extraña al sujeto, es decir, crea más distancia entre la personalidad anfitriona y el álter, ya que al nombrarlo se puede decir que se da por terminado el proceso de individuación. Cabe mencionar que en la época de estos tres autores no se reconocía la existencia del TID por lo que estos pacientes eran diagnosticados como histéricos.

Abordando algunos síntomas concretos de ambos trastornos, tenemos que en el caso del TID las manifestaciones nos remiten casi en su totalidad a la presencia de múltiples identidades, cada una muy distinta de la otra, con herramientas y personalidades que también difieren pero que al mismo tiempo complementan al individuo que las posee; por su parte la Histeria se distingue por una gran variedad de caracterizaciones del individuo, quien es inseguro de su identidad y trata de definir quién es convirtiéndose en un actor que cambia de papeles de acuerdo a la situación en la que se encuentra pero que siempre pretende alcanzar una meta: la satisfacción del deseo (Dor, 2000). Puede decirse que el paciente histérico se encuentra fragmentado en tanto que es capaz de "transformarse", buscando encontrar la respuesta a su deseo, convirtiéndose, como ya se había mencionado, en un actor que tiene la capacidad de representar distintos roles; en el caso del paciente con TID, éste logra adecuarse a la situación que está viviendo al tomar el control una de sus identidades, la que se considera más apta para enfrentar la situación que se le presenta. Es claro que los objetivos son distintos, siendo que en el paciente con TID se persigue más una meta de supervivencia y en el paciente histérico una de cumplimiento de deseo, sin embargo, es interesante preguntarse si la satisfacción del deseo histérico no es también una manera de buscar la supervivencia, de seguir sosteniendo su *ser* histérico.

Siguiendo en la línea de las manifestaciones, encontramos que en el caso del TID cada una de las identidades puede verse como la representación o “personificación” del **síntoma**, mientras que en la Histeria el síntoma se exterioriza como un malestar físico, por ejemplo, vómitos, parálisis, cefaleas, personalidad histriónica (Verhaeghe, 1999), o la antes mencionada búsqueda del “Amo” (Dor, 2000), entre otras. Ejemplos claros de las manifestaciones histéricas son las que se observan en Ana O, paciente de Breuer, quien sufría ceguera y pánico a tragar agua, síntomas que se agudizaban cuando el médico partía de su casa al terminar el tratamiento.

Como otro aspecto característico de la Histeria encontramos que el sujeto modifica sus hábitos y forma de ser **adelantándose al deseo del otro** (Dor, 2000), se comporta como cree que debe hacerlo para satisfacer a la persona que tiene en un lugar privilegiado e imita a los otros debido a que cree que de esa forma encontrará aquello de lo que carece, el sujeto histérico debe saber cómo y cuándo reaccionar, estar siempre bien adaptado al entorno y no permitir una falta; por su parte, en el TID el sujeto cambia de identidad con el fin, sí de protegerse, pero también de adaptarse, pues su reacción disociativa cumple una función que fue de suma importancia en la infancia, que es la de poder “permanecer” en tanto cuerpo (mas no en consciencia) en la situación de abuso. Sin embargo, podemos ahora darle una lectura más de tipo histérica al paciente con TID, en donde éste cambia de identidad para adaptarse de la mejor manera a las demandas del ambiente, es decir, lo hace porque eso se espera de él, ya que de lo contrario, permaneciendo como la identidad anfitriona, a la que le “falta”, no lograría enfrentar la situación, cumpliendo en este sentido una función histérica al adelantarse al deseo del otro.

En la Histeria, al haber un ataque asociado con recuerdos reprimidos, el sujeto “revive” en la manifestación de los síntomas el momento que causó el trauma, por ejemplo, el pánico a tomar agua de Ana O era una manifestación de

las náuseas que experimentó cuando su mascota tomó agua de su vaso. Cuando los pacientes con TID se disocian, sobretodo en identidades infantiles, “regresan” a las situaciones generadoras del trauma, esto es, en ambas patologías, la **evocación de los sucesos traumáticos** que han permanecido fuera de la consciencia genera síntomas: en la Histeria es el ataque o malestar, y en el TID son las identidades, que van a emerger con toda esta carga afectiva inicial.

Sin embargo, aunque ambos trastornos coinciden en cuanto a lo que dispara o reactiva los síntomas, no lo hacen en su totalidad en lo que respecta a los estados de consciencia, ya que en la Histeria la consciencia normal no queda anulada totalmente y puede incluso percibir los fenómenos motores del ataque; en el TID esto sucede cuando hay “**co-consciencia**” (Putnam, 1997) ya que la identidad anfitriona sólo queda relegada a un segundo plano pero sigue siendo capaz de percibir lo que la identidad al mando realiza. Esto no siempre sucede, ya que el individuo puede no recordar lo vivido durante las manifestaciones de las identidades alternas y presentar amnesia total. La histeria es ante todo una enfermedad de la personalidad que determina la descomposición de las ideas y de las funciones cuya reunión constituye la consciencia personal (Janet, 1975 en Sauri, 1975).

Otro elemento del que el paciente histérico se vale es el uso excesivo de la **fantasía** como una manera de apartarse de la sociedad y poder tener una realidad que lo respalde y que le permita continuar actuando de acuerdo a su patología; coincidentemente en el TID, la creación de álteres es una forma de crear un grupo social que tenga la función de soportar la historia del individuo ya que son ellos quienes comparten el secreto de aquello reprimido, es decir, pertenecen a su propia sociedad donde se sabe y es permitido revivir lo traumático, y dentro de la cual existe un orden, jerarquía, normas y no hay necesidad de interactuar con el mundo externo constantemente, sino que sólo se relacionan con él cuando es necesario y sólo lo hace uno de los álteres.

Al respecto Freud (1888 /1972) menciona que la naturaleza asocial de las neurosis tiene su origen genético en su propósito fundamental, que es huir de una realidad insatisfactoria a un mundo fantástico más agradable.

Como se puede observar, algunas de las manifestaciones del TID y de la Histeria guardan cierta similitud a pesar de que se esté hablando de dos trastornos diferentes, esto creemos se debe a que el trauma y los conflictos en la identidad pueden manifestar esta sintomatología específica, es decir, los síntomas pueden querer decir algo parecido en ambas psicopatologías: que existieron vivencias tan impactantes e intolerables que no pudieron elaborarse y que se manifiestan en una esfera fuera del control del individuo, lo cual repercute en la identidad y continuidad de su historia.

Sin embargo, aunque existen algunas convergencias respecto a lo expuesto anteriormente, es pertinente mencionar que lo que se hace con la experiencia traumática y la manera en la que el individuo se posiciona frente a ella es distinto en ambos trastornos, en otras palabras, el **mecanismo de defensa** utilizado en el TID y en la Histeria puede tener un mismo objetivo, el de evitar la angustia, mas el camino de la experiencia traumática en el TID es el de la disociación y el de la represión en la Histeria.

Si bien el uso de estos mecanismos de defensa es común en las personas, lo que marca la pauta de un uso excesivo y patológico que trae consigo consecuencias en la forma de vincularse con el mundo, es la ruptura de la realidad interna con la realidad externa. Sin duda existen aspectos positivos de estos mecanismos de defensa que son funcionales para el individuo, como “alejarse” momentáneamente de la realidad debido a un exceso de estimulación, poder centrar la atención en una tarea prioritaria y, uno de los más importantes como ya se mencionó: el de alejar a la angustia de la consciencia, es decir, apartarla de un primer plano que imposibilita el buen funcionamiento del individuo en la vida a uno menos consciente o inconsciente.

Así, encontramos una diferencia entre estar disociado de manera no patológica y funcional, y estarlo de manera “psicótica” como lo menciona Maleval (1981/1991) siendo ésta el extremo patológico (hablando de un continuo hipotético) que se presenta cuando existe una ruptura radical e insuperable entre el Yo y el Otro en el psiquismo del sujeto.

Por otro parte, haciendo una reflexión sobre el material consultado, proponemos la existencia de otro mecanismo de defensa presente en estas dos psicopatologías, el de la negación, en donde el paciente hace uso de ésta para ignorar lo que le sucedió (lo que originó el trauma), lo que experimenta en el presente e incluso los sentimientos y pensamientos referentes a la enfermedad misma y a las asociaciones que hace respecto a su historia y a sus agresores (sean reales o imaginarios).

Lo peor es la negación... la negación de lo ocurrido (West, 2000: 280).

Y es que la negación del paciente no puede surgir sin un motivo, sin algo que la haya propiciado anteriormente, de manera que esta negación surge como respuesta a una negación anterior, la del perpetrador, así, se genera una **negación recíproca**, la cual, según Erikson (1968/1974), es la negativa por parte de otros a ocupar su lugar dentro de mi orden y a permitirme tomar el mío en el suyo. El autor considera muy probable que nada en la naturaleza se asemeje al odio que esto provoca.

En la misma línea, August Aichhorn (1925) en Freud (1965/1981) insiste en que los trastornos severos de la socialización se originan cuando la identificación con los padres se desbarata debido a separaciones, rechazos y otras interferencias en el vínculo emocional con ellos.

En otras palabras, parte del desarrollo del individuo y por ende, de su aparato psíquico, es dar un lugar, significado, coherencia, entre otros aspectos, a las personas que lo rodean, principalmente a las figuras primarias y a los otros significativos. A su vez, el lugar y posición que esas personas otorgan al sujeto son elementos de gran importancia para éste, ya que le brindan un sentido de identidad estructurado, de ser alguien, un sentido de pertenencia, una serie de atributos o elementos que lo caracterizan y que contribuyen a tener una noción de individualidad y genuinidad, es decir, otorga un sentimiento de ser alguien único y lo suficientemente valioso dentro de su grupo, ya sea familiar y/o social.

El que otras personas le otorguen un lugar determinado dentro de sus vidas, da también un soporte de la **historicidad y veracidad** de quien se es y de aquello que le caracteriza y da identidad, también da lugar a que se establezcan identificaciones sanas que nutran al individuo y le aporten un modelo al cual admirar y seguir, como vemos en la frase infantil “de grande quiero ser como tú”.

Cuando se da esta no relación con el otro, puesto que no basta que el otro otorgue un lugar en su mundo sino que es necesario que el individuo de también este posicionamiento al otro, es decir, cuando no existen ya conductas deseantes que cumplan o hagan cumplir las expectativas o que den orden en el sistema que se crea como resultado de la relación con los semejantes, el sistema se ve amenazado o se desbarata y **crea angustia** pues se anuncia su extinción y su abandono. Es en estos casos cuando se puede desarrollar una psicopatología con repercusiones en la identidad.

Desde el punto de vista psicoanalítico se dice que el **complejo de Edipo** da paso a las identificaciones que hace la persona con respecto a sus padres, quienes juegan un papel central en la constitución de los mecanismos de defensa; posteriormente facilita asumir la identidad sexual y también da lugar al Superyó, para después dar paso a la formación del carácter. El Edipo interviene estableciendo el tipo de elección de objeto, la identidad del sujeto y cómo éste y

su deseo se forman, así como su posición frente a éste. La resolución del Complejo de Edipo derivará al sujeto en un tipo de **neurosis**, ya sea con una estructura fóbica, histérica u obsesiva. (Alonso y Mireles, 2008). Es decir, los sujetos en su mayoría, desarrollan una estructura neurótica que puede compartir rasgos de cada una (fóbica, histérica y obsesiva), o pueden presentar una personalidad que encaje casi en su totalidad dentro de una de ellas. Esto se considera algo normal, ya que haciendo una reflexión viviendo en una sociedad como la contemporánea, es muy difícil encontrar a alguien que esté libre de conflictos, angustias, o de rasgos de algún trastorno.

Sin embargo, es necesario aclarar que con lo anterior no se sugiere que la mayoría de las personas padezcan un trastorno, sino que presentan rasgos que pueden o no derivar en un trastorno, e ir más allá de ser rasgos de la personalidad. Con lo mencionado anteriormente queda aún más claro que el tipo de vínculo en las relaciones del individuo con sus padres en un primer momento, es un elemento altamente influyente en su posterior desarrollo. Si las identificaciones, elecciones de objeto, mecanismos de defensa usados y formación de carácter dependen en gran parte del Complejo de Edipo, es indispensable subrayar la importancia de éste en la constitución psíquica del infante. Si es difícil en sí, el tránsito por la infancia, y éste conlleva múltiples pérdidas de objeto y nuevas elaboraciones de figuras, el vínculo que establezca el sujeto en sus primeros años de vida y la calidad en sus relaciones pueden considerarse piezas de suma importancia en el uso de los posteriores mecanismos de defensa y si se dispondrá de estos de manera sana o patológica.

El **tratamiento** más recomendado y usado para ambos padecimientos es la **psicoterapia**, y la manera en que estos se abordan es muy similar y consiste en, además de liberar o descargar una emoción reprimida por ser intolerable para el individuo, re-significar o reelaborar el acontecimiento traumático de forma más coherente y consciente, de manera que se pueda lograr, en el caso del TID, la integración de las múltiples identidades, y en la Histeria, explicar y entender la

relación y origen de los síntomas. La psicoterapia puede llevarse a cabo desde una visión ortodoxa o con algunas modificaciones que se han hecho en los últimos años por parte de especialistas en el tema.

[en psicoanálisis] la neurosis de transferencia es el medio que permite al paciente llevar a la situación analítica el material reprimido e inaccesible. La capacidad que tenga el paciente de oscilar entre la alianza de trabajo y las reacciones transferenciales neuróticas son condición imprescindible a la labor analítica. Esta capacidad es paralela a la escisión en el Yo del paciente entre un Yo razonable, observador y analizador y otro subjetivo, irracional y experienciante. Esta escisión puede verse en la asociación libre (Greenson, 1986: 60).

Esto quiere decir que el sujeto durante la psicoterapia debe intentar dejar de lado toda defensa y tiene que permitirse decir todo aquello que le viene a la mente, como sucedía con Ana O en lo que ella llamaba “limpieza de la chimenea” durante sus sesiones con Breuer, lo que hoy se conoce como hacer catarsis. Para esto es de esperarse que el individuo tenga la capacidad de discernir entre el contenido real y el fantástico, sin embargo, por la naturaleza de estos dos padecimientos, consideramos pertinente aclarar que será común que el contenido de los recuerdos pueda parecer real y no siempre serlo. Otro aspecto importante es que el paciente deberá hablar sin reservas incluyendo sus pensamientos, sentimientos y experiencias, a pesar de que éstas puedan resultarle amenazantes, confrontantes e incluso absurdas, irracionales o ajenas a él mismo. Para que esto sea posible es necesario que su Yo disminuya las defensas y niveles de resistencia.

Como elemento esencial y sin el cual no habría terapia está **la palabra**. Su papel es fundamental en el tratamiento ya que en la psicoterapia es necesario narrar los afectos experimentados para liberar las cargas, de manera que el decirlo “en voz alta” es escucharse y soportar el significado de lo que ahora se pronuncia, de aquello que se vivió y se interpretó como insoportable.

Mediante el discurso, la histérica nos va relatando su síntoma inmerso en su cuerpo, cuerpo que no es vivido en su integridad como propio, sino que se mantiene corrompido, fragmentado. Por medio del síntoma se busca la integración de éste (Alonso y Mireles, 2008: 74).

Otro elemento importante es el de la **re-significación**, la cual está presente en todos los fenómenos psíquicos. Los acontecimientos vividos tardan un tiempo en tener sentido, con la re-significación durante la psicoterapia ya se les puede nombrar, antes no. Es por esto que no es suficiente hacer sólo catarsis, no basta con desahogarse y hablar, sino que es necesario darle un sentido y significado a las experiencias de forma que sean elaboradas y procesadas a un nivel más profundo y desde una postura diferente a la inicial.

Cameron West, en su libro *Mis múltiples personalidades (2000)*, expone que “el oficio de ser una persona entera hay que aprenderlo. Y como cualquier otro oficio requiere tiempo y paciencia” (West, 2000: 284). Siguiendo sobre esta línea Rothschild (2009) opina que la **integración** no es sólo unir piezas para que coexistan, sino que es un proceso que requiere saber que uno existe, es decir, no se trata de encontrar o construir una identidad, sino de desarrollar la consciencia de tener una identidad y una capacidad que incluya verse a uno mismo en el tiempo y en el espacio, creando una historicidad en la vida del paciente.

Echando la culpa a otros, no se recupera el sentido de la integración ni la paz del espíritu, ni perdonando a quienes consideramos autores de la vejación. Sólo se consigue mediante la comprensión, la aceptación y la reivindicación del Yo (West, 2000: 285).

Contrario a lo que en algunas ramas de la psicoterapia se sugiere en cuanto a la relación terapeuta-paciente, consideramos importante que durante el tratamiento de un paciente con TID se establezca un lazo afectivo entre terapeuta y paciente, que permita que éste último confíe y se sienta seguro y contenido, ya que es común que piensen que el terapeuta quiere destruir las identidades

alternas más que ayudarles, es decir, ven en el terapeuta a un individuo que puede repetir los abusos sufridos durante la infancia. Esto se torna aún más complicado debido a que los perpetradores eran figuras que debían haber brindado las herramientas básicas para la sobrevivencia y adaptación al mundo, así como seguridad, amor y tranquilidad, y al no hacerlo, traicionaron al individuo, impidiendo que se estableciera el sentimiento de confianza básica del que habla Erikson (1968/1974), y del que se supone depende, a la par de otros elementos, la construcción de una identidad.

Uno de los más profundos conflictos de la vida está causado por el odio a un progenitor que sirvió primeramente como modelo y ejecutor de la consciencia moral, pero que más adelante cometió aquellas mismas transgresiones que el niño no podía tolerar ya en sí mismo (Erikson 1968/1974: 103).

Con esto no queremos decir que se viole la relación terapeuta-paciente y se llegue a un grado de intimidad y amistad, sino que, si se quiere establecer un grado de confianza que permita trabajar con el paciente, es necesario, como lo reportó Rothschild (2009) en un caso de TID, que exista una atmósfera de seguridad, consistencia y afecto, que permita y facilite la integración por medio de una alianza terapéutica sólida que requiere un mayor grado de acercamiento y la eliminación de barreras que comúnmente se establecen en las terapias psicoanalíticas ortodoxas.

En el caso de pacientes histéricos se tendría que dar la misma situación, es decir, es importante que el terapeuta transmita al sujeto que su intención no es destruir su personalidad ni ser el Amo que constantemente busca y a quien intentará derrocar en algún momento de la terapia, sino que busca ayudarlo y disminuir su grado de angustia y malestar físico. Este individuo histérico anhela ser **escuchado**, necesita narrar sus infortunios, vivencias y quejas y es el analista quien cumple esta función. Él escucha e interpreta, sin embargo, es común que el paciente histérico cuestione estas interpretaciones para conservar su deseo insatisfecho, por lo que el terapeuta deberá permanecer incólume y no dejarse

llevar por las demandas o los cuestionamientos y desvalorizaciones respecto a su trabajo.

Existen autobiografías de pacientes con TID que ven a la **integración como una experiencia negativa** ya que no consideran tener una mejoría sino un retroceso e incluso conciben a la formación de álteres como un “trabajo en equipo” con el que han aprendido a colaborar y que no necesariamente tiene que desaparecer (Hegeman, 2009). Es importante que este aspecto lo tomen en cuenta los terapeutas dedicados a tratar este tipo de casos.

Soy quienes somos y así debe ser, o nunca tendré posibilidad de alcanzar una vida mejor (West, 2000: 278).

Racamier (en Sauri, 1975) menciona que los personajes en los que se esconde el histérico tienen un “doble sentido de sustraerse y seducir”. Esto es evidente en los casos de identidades múltiples en los cuales detrás del fortalecimiento de los personajes, el enfermo resulta inaccesible logrando evitar cualquier encuentro real con el terapeuta, es decir, esto puede resultar una barrera importante que el terapeuta debe tomar en cuenta e intentar atravesar; en el caso de la Histeria se da la seducción y la constante puesta en duda de lo que dice el terapeuta y en el TID, tenemos que la formación de identidades es el intento del paciente por protegerse de los recuerdos que lo perturban y evitar la angustia que experimentaría si estos se trajeran a la consciencia.

Todas las investigaciones psicoanalíticas demuestran que los **factores patogénicos provienen tanto del exterior como del interior**, y que una vez entremezclados, los procesos patológicos impregnan la estructura de la personalidad y sólo pueden extraerse por medio de las medidas terapéuticas que tienen efecto sobre la estructura (Freud, 1965/1981).

Respecto a lo anterior, es necesario hacer hincapié en la importancia e **influencia que tiene la realidad interna sobre la externa**, es decir, el impacto

que tiene el mundo interno del individuo sobre su vida, sobre la estructuración de la psique y sobre la manera en la que se relaciona y ve al mundo externo; esto es un aspecto importante de entender ya que esto dará pauta a que el individuo desarrolle o no patologías. Si bien los pacientes que presentan una patología han sufrido experiencias negativas provenientes del mundo externo, no todos desarrollan un trastorno como los que se plantean en esta tesis. Es crucial tomar en cuenta más factores además de las experiencias traumáticas, como pueden ser una predisposición innata, la historia clínica familiar, la manera en la que el Yo se hace cargo de lo que sucede y los mecanismos defensivos de los que se puede valer la persona para lidiar con esto, entre otros.

#### **4.3. Aportaciones**

Aunque este trabajo no tenía como objetivo inicial realizar una comparación entre tales trastornos, ni referirlos como uno solo, al analizarlos separadamente fuimos encontrando diferentes elementos que los vinculan, aun estando ellos en distintas esferas de estudio. Por tal razón, nuestro interés se dirigió hacia la ampliación de su conocimiento, y hacia algunos de sus parentescos, sin ser por ello un estudio exhaustivo.

Esta tesis nos brindó la oportunidad de hacer una reflexión acerca de la importancia y la necesidad que existe de una educación dirigida a la población en general, pero principalmente a las figuras primarias dentro de la familia, ya sean padres, abuelos, etcétera, del desarrollo de los niños, de la importancia de la infancia en tanto es un momento estructurante, y de las consecuencias que tiene el maltrato en etapas posteriores de la vida.

Además, el uso de la **fantasía y del juego**, es un factor que llamó nuestra atención pues resulta un elemento presente en la vida de todos los individuos del

que es imposible prescindir, y que puede brindar al sujeto alivio ante situaciones estresantes cuando es utilizado adecuadamente.

Asimismo, el papel que juega el psicólogo en el tratamiento y prevención no sólo de estos trastornos sino en las diferentes patologías a lo largo de las etapas de la vida, es de suma importancia. A través del conocimiento que en esta carrera se puede adquirir y de las acciones que se puedan implementar (talleres, pláticas, conferencias, terapias) sería posible promover en la sociedad una cultura de respeto y de no violencia.

Sería también necesario que a los psicólogos se les brindara información pertinente respecto al diagnóstico y tratamiento correcto de estos pacientes, ya que actualmente no está lo suficientemente difundida, lo que se traduce en negligencia y en un diagnóstico errado y por lo tanto, en un atraso del tratamiento. De manera que de lograrse esto, el psicólogo podría ofrecer las herramientas necesarias en cuanto a conocimiento y a maneras de proceder, tanto para el paciente como para quienes lo rodean, y así lograr que éstos tengan una mejor calidad de vida.

Para **futuras investigaciones** sugerimos que pueden abordarse e incluso, hacerse un análisis más exhaustivo del porqué de las clasificaciones, de la manifestación de cada uno, de las consecuencias en la vida personal y social, y de las implicaciones en el funcionamiento de una sociedad, es decir, qué consecuencias pueden existir al haber individuos que padezcan estos trastorno y la forma en que se les puede tratar, ya sea que el fin consista en una reinserción social o fomentar en la sociedad un mayor criterio y respeto hacia ellos.

*“Es la confesión y no el sacerdote lo que da la absolución”*

*-Oscar Wilde-*

## 5. BIBLIOGRAFÍA

- A history of dissociative identity disorder* (1995). Consultado el 03 de febrero de 2009 en <http://www.fortea.us/english/psiquiatría/history.htm>.
- Alonso Soto, E. C. y Mireles Ocampo, A. (2008). *La evolución de las manifestaciones históricas a través del tiempo*. Tesis en Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Bleichmar, S. (1984/1986). *En los orígenes del sujeto psíquico: del mito a la historia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Blos, M. (1971/1980). *Psicoanálisis de la adolescencia*. México: Joaquín Mortiz.
- Brown, E. M. (2003). Pierre Janet and Félicité Artificielle: Multiple Personality in a nineteenth-century guise. *Journal of History of the behavioral sciences*. Vol 39 (3), 279-288. Consultado el 03 de febrero de 2010 en [www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com)
- Camarena Rangel, L. (2007). *La proliferación de personalidades en el Trastorno de Identidad Disociativo*. Tesina en Licenciatura en Psicología. Centro Universitario Indoamericano.
- CIE10 Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico (1992/1994) Madrid: Meditor. Publicado por la Organización Mundial de la Salud.
- Dor, J. (2000). *Estructuras clínicas y psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (2002). Barcelona: Masson.
- Erikson, E. H. (1968/1974). *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia; una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Freud, A. (1965/1981). *Normalidad y patología de la niñez. Evaluación del desarrollo*. Buenos Aires: Paidós.
- Freud, S. (1888 /1972). *La histeria*. Madrid: Alianza.

- Freud, S. (1921/1998). *Obras completas del profesor S. Freud. Psicología de las masas y análisis del Yo (Metapsicología. El Yo y el Ello. Ensayo Autobiográfico)*. México: Iztaccihuatl.
- Goldman, H. (2001). *Psiquiatra general*. México: Manual Moderno.
- Greenson, R. (1986). *Técnica y práctica del psicoanálisis*. México: Siglo XXI.
- Hales, R. E. y Yudofsky, S. C. (2004). *Tratado de psiquiatría clínica*. Barcelona: Masson.
- Hales, R. E. y Yudofsky, S. C. (2005). *Fundamentos de psiquiatría clínica*. Barcelona: Masson.
- Hartman, H. (1958/1987). *La psicología del Yo y el problema de la adaptación*. Buenos Aires: Paidós.
- Hegeman, E. (2009) "One or many? Commentary on Paper by Debra Rothschild" en *Psychoanalytic Dialogues: The International Journal of Relational Perspectives*. Vol. 19, No. 2: 188-196. Philadelphia: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Kaplan, H. I. y Sadock, B. J. (2001a). Adaptado de Kluft RP Multiple Personality Disorder. En: *American Psychiatric Association Review of Psychiatry*, vol. 10, A Tasman, SM Goldfinger editors, p. 161. American Psychiatric Press, Washington, 1991.
- Kaplan, H. I. y Sadock, B. J. (2001b). *Sinopsis de psiquiatría: Ciencias de la conducta psiquiátrica clínica*. Barcelona: Médica Panamericana.
- Kaplan, R. (1998). *Dissociative Identity Disorder*. Consultado el 03 de febrero de 2009 en <http://serendip.brynmawr.edu/exchange/node/1780>
- Laplanche, J. P. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.
- Maleval, J. C. (1981/1991). *Locuras histéricas y psicosis disociativas*. Buenos Aires: Paidós.
- Phillips, M. y Frederick, C. (1995). *Healing the divided self. Clinical and Ericksonian hypnotherapy for post-traumatic and dissociative conditions*. W.W. Norton & Company. New York.
- Putnam, F. W. (1989). *Diagnosis and Treatment of Multiple Personality Disorder*. New York: The Guildford Press.

- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in Children and Adolescents: A Developmental Perspective*. New York: The Guilford Press.
- Ross, C. A. (1989). *Multiple Personality Disorder: Diagnosis, Clinical Features and Treatment*. New York: John Wiley and Sons
- Rothschild, D. (2009). *On becoming one-self: Reflections on the concept of integration as seen through a case of Dissociative Identity Disorder* en *Psychoanalytic Dialogues: The International Journal of Relational Perspectives*. Vol. 19, No. 2: 175-187. Philadelphia: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Sauri, J. (Compilador) (1975). *Las histerias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Sociedad Internacional para el Estudio del Trauma y la Disociación*. (2009). Consultado el 03 de febrero de 2009 en <http://www.isst-d.org/education/faq-dissociation.htm>.
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10-20. *Sociedad Internacional para el Estudio del Trauma y la Disociación* (2009). Consultado el 03 de Febrero de 2009 en <http://www.isst-d.org/education/faq-dissociation.htm>.
- Verhaeghe, P. (1999). *¿Existe la mujer? De la histérica de Freud a lo femenino de Lacan*. Buenos Aires: Paidós.
- West, C. (2000). *Mis múltiples personalidades: Un testimonio real*. Barcelona: Plaza y Janés.