

---

# ABUSO SEXUAL INFANTIL Y TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO O TRASTORNO DE PERSONALIDAD MÚLTIPLE

*Dr. Francisco Orengo Garcia*

MÉDICO PSIQUIATRA

ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA LEGAL,

TRASTORNOS DISOCIATIVOS Y

ESTRÉS POSTTRAUMÁTICO

## INTRODUCCIÓN.

El tema del abuso infantil es extremadamente desconcertante y molesto. En realidad nos gustaria creer que el abuso infantil es infrecuente y que en el caso de ocurrir, lo hace en familias muy distintas a las nuestras.

En esta presentación no deseo hacer incidencia en las razones que llevan a pensar a las personas de esta manera recién expuesta, o a no dar crédito a los informes que muestran la incidencia y prevalencia real del problema ( a pesar de que estos siempre son subestimaciones dado que el porcentaje más alto de abusos queda sin detectar).

Tampoco me ocuparé en este trabajo del por qué la gente llega, sin hacerlo con malicia intencionada, a conclusiones que ignoran las tremendas consecuencias del abuso y maltrato infantil. Es posible, en relación con esto, que sociedades enteras desarrollen lo que Summit (SUMMIT 1983) ha llamado el "síndrome de acomodación al abuso infantil", desarrollando

defensas para poder aceptar una realidad más conforme a sus creencias. En este contexto se inscribe una de las estrategias más favorecedoras de este tipo de actitud: la incredulidad de los profesionales de la Salud Mental frente a informes que revelan casos de abuso infantil.

En esta ocasión deseo centrar la atención en las diversas formas frecuentemente interrelacionadas de abuso infantil, examinando los efectos de estos abusos sobre el psiquismo.

#### TIPOS DE ABUSO.

El amplio espectro de formas de abuso infantil va desde las formas más obvias de abandono o lesiones por negligencia, a otras formas activas de abuso.

El abandono comienza por ser una negligencia emocional de las necesidades legítimas del niño en desarrollo. Esta puede ser intencionada o no, o por el contrario representar alguna forma de déficit o incapacidad de la persona encargada de desempeñar los cuidados. Desde este fallo a la hora de apreciar y salir al encuentro de las necesidades del niño, se desarrolla la auténtica negligencia física.

El niño puede no ser cogido, confortado, bañado con calor suficiente, o alimentado adecuadamente por la persona responsable incapaz o no deseosa de reaccionar ante sus demandas de forma empática y responsable. La inatención del niño incluye alimentarle con alimentos no apropiados y suministrarle una dieta inadecuada en cuanto a sus productos básicos que previenen déficits vitamínicos y otros.

El otro tipo de abuso, el abuso activo, incluye el abuso sexual y que afecta también a bebés y niños muy pequeños. En algunas estadísticas los casos de incesto que se registran llegan hasta el 30%.

En algunos países como E.E.U.U., proliferan grupos de personas sobrevivientes de incestos, advirtiéndose una creciente tendencia en la creación de grupos de víctimas que desean compartir sus experiencias y desarrollar estrategias de defensa. Solo en la medida en que cristalizan este tipo de iniciativas vamos dándonos cuenta de la dimensión real del problema.

Quisieramos creer que la mayor parte de los casos de abuso los llevan a cabo extraños (la mayoría de ellos "perversos"), u ocasionalmente individuos que se insinúan en el marco de situaciones en que los niños son vulnerables y fácilmente accesibles (es decir, en colegios, guarderías, campamentos etc).

Sin embargo, el mayor porcentaje de abusos sexuales ocurre dentro de la familia o en el vecindario. Tanto niños como niñas o jóvenes pueden ser abusados por sus padres o por familiares de ambos sexos. Las niñas son objeto tanto de violaciones como de otras formas de

abuso sexual por sus padres, hermanos, vecinos varones, por los amantes de sus madres, hermanas o incluso baby-sitters. Los niños pueden ser también ser abusados por figuras equiparables. Finalmente, otra posibilidad real es el abuso homosexual de niños y niñas.

Finalmente los llamados "abusos psicológicos" son extraordinariamente comunes. Estos consisten en una inapropiada forma de crítica, denigración, ridiculización y condena de un niño, así como el colocarlo en situaciones intolerables que le obligen a aceptar situaciones llamadas de "doble vínculo" o grandes distorsiones de la realidad ( KLUFT 1974 ).

Aparte de los abusos más bastos y obvios, hay muchos otros de naturaleza más sutil. Si un niño reclama la atención de un adulto, especialmente si se trata de algún proyecto o actividad creativa, el fallo del adulto en responder con interés y aprobación puede ser desmoralizador. Con frecuencia, los adultos hacen burla o menosprecian los esfuerzos de un niño, al encontrarse ellos mismos a un nivel infantil desde el que compiten, sin percatarse de ello.

De la misma manera, castigar a un niño por una acción punible pero que es nueva para él, sin explicarle que la nueva actividad es inapropiada y no debe repetirla le causa temor y espanto. De estos maltratos, resultan daños perdurables en la autoestima y en el amor propio del niño.

## **EFFECTOS DEL ABUSO SOBRE LA MENTE**

Las consecuencias psicopatológicas de las varias formas de abuso infantil son abundantes. El resultado final puede depender del bagaje genético del individuo y de la respuesta al abuso de las personas en el entorno del mismo. También dependerá de los tipos y orígenes del abuso, de la edad del individuo y del número de años que se mantuvo el mismo y finalmente del manejo que el niño haga de los retos que representan las diferentes etapas psicoevolutivas.

Debido a que todos estos factores deben ser tenidos en consideración, no aparece nunca un síndrome uniforme de maltrato. Por ello el abuso infantil ha sido correlacionado con psicosis, psiconeurósis severas, trastornos de carácter, estados borderline, sociopatías y posiblemente criminalidad así como con el trastorno de personalidad múltiple también llamado recientemente trastorno de identidad disociativo (DSM IV, 1992).

En relación con esta última patología, se sabe en la actualidad que la mayoría de los pacientes que desarrollaron una personalidad múltiple, fueron sometidos a abusos terribles en la infancia. En 100 pacientes con TPM presentados en un estudio reciente, 97 tenían una historia previa de abuso ( PUTNAM 1986). Este dato subraya la importancia del abuso infantil como factor etiológico, así como la importancia de su prevención (ORENGO GARCIA 1994).

Algunos niños disocian debido a terribles accidentes, serias enfermedades y un sinfín de causas de todo tipo relacionadas etiológicamente con éste trastorno (KLUFT 1984). Analicemos a continuación su génesis y desarrollo. Previamente se muestra a continuación en la Tabla 1 los criterios diagnósticos para el Trastorno de Identidad Disociativo según la clasificación americana de enfermedades mentales (DSM IV,1992)

El DSM IV define los siguientes criterios diagnósticos para el TID:

*A. La presencia de dos o más identidades o personalidades distintas (cada una con su propia y perdurable forma de percibir, relacionarse y pensar sobre si misma y el mundo que le rodea).*

*B. Al menos dos identidades o estados de personalidad toman el control de forma recurrente sobre la conducta de la persona.*

*C. Existe una incapacidad para recuperar de la memoria información personal importante y demasiado extensa para poder ser explicada en términos de un simple olvido.*

*D. El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de una droga (por ejemplo conducta caótica o mente en blanco durante una intoxicación alcohólica) o a una enfermedad orgánica (por ejemplo crisis parciales complejas).*

Nota: En los niños, los síntomas no son atribuibles a compañeros de juego imaginarios u otros juegos de fantasía.

## **DESARROLLO DE UN TRASTORNO DE PERSONALIDAD MÚLTIPLE O TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO**

Partiendo de la base de que el trastorno de personalidad múltiple es una forma de supervivencia para ciertos individuos que son capaces de disociar como respuesta a un abuso infantil severo, hay con frecuencia una relación entre ciertos tipos de abusos y personalidades alternativas específicas (KLUFT 1979). Cada personalidad alternativa se relaciona usualmente con un grupo o tipo de conflictos y afectos específicos. Alternancias o cambios pueden ocurrir cuando como resultado de los abusos aparecen sensaciones y conflictos abrumadores. Por ello, situaciones análogas a las abusivas (que causan el temor de que el abuso o un peligro o amenaza relacionada con él puedan ocurrir), pueden dar lugar al cambio de personalidad.

Por ejemplo, una personalidad alternativa puede ocuparse exclusivamente de conflictos y sentimientos hostiles en relación con ira, venganza, enfado y violencia. Este es un hallazgo bastante común en pacientes con trastorno de personalidad múltiple, que en su infancia, fueron castigados severamente cuando se enfadaban y a los que se dijo cosas como que su expresión de enfado demostraba que eran pecadores y que irían al infierno. En estos casos, refieren posteriormente los pacientes, las niños llegaron a la conclusión de que no debían expresar enfado o agresividad.

Consecuentemente, estos pacientes suprimían sus sensaciones, aunque sabían que estas sensaciones estaban presentes. Durante el momento de tener que hacer el esfuerzo para suprimir el afecto, dan la sensación de estar en una condición de trance. Entonces son castigados físicamente por tener aspecto de distraídos, diciéndoseles que esta conducta es inaceptable. Ellos a su vez reprimen completamente los sentimientos de hostilidad, no pudiendo ya por más tiempo soportar la presión que supone su control (ELLENBERGER 1980). Así es como se construye el círculo vicioso maltrato-disociación-maltrato!

Las personalidades alternativas pueden constituirse tanto para manejar vivencias y afectos sexuales como los conflictos resultantes de los propios abusos sexuales (LUDWIG 1972).

Valga como ejemplo el de una mujer que había sido violada por su padre a la edad de cuatro años y medio siendo utilizada posteriormente como objeto sexual no solo por el padre sino también por algunos de los amigos de éste. En el momento de las sucesivas violaciones la paciente desarrollaba una personalidad alternativa muy pasiva que permitía que este tipo de abuso continuara. La paciente había aprendido que si se oponía, además de ser igualmente violada, era maltratada físicamente. La mayor ironía de todo esto, es que el padre y sus amigos consideraban la pasividad de la chica como signo de su complacencia por el acto, ya que "no se resistía nunca". De esta forma los agresores se libraban completamente de un eventual sentimiento de culpa.

En otros casos, las personalidades alternativas pueden originarse para preservar una función biológica o para preservar una cualidad que se siente amenazada por el agresor. Como ejemplo valga el de una niña pequeña muy musical que le encantaba tocar el piano. Se negó a seguir tocando después de que su madre la amenazó con romperle los dedos de la mano si volvía a cometer más errores en la ejecución. La niña jamás volvió a tocar de nuevo en presencia de otra persona; pero una personalidad alternativa desarrollada para conservar su amor por la música, corría hacia el piano tocando durante horas cuando la niña estaba completamente sola en casa.

## LA GÉNESIS DE UN TRASTORNO DE PERSONALIDAD MÚLTIPLE O TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO

En primer lugar, en la tabla adjunta tomada de Kluft, se muestran los elementos que ayudan a predecir el desarrollo de un T.I.D en niños.

### PREDICTORES DEL T.I.D INFANTIL

Predictor	Datos de 5 casos					nº casos positivo para el predictor
	1	2	3	4	5	
1. Depresión intermitente	+	+	+	+	+	5/5
2. Conductas de autohipnóticas tipo trance	+	+	+	+	+	5/5
3. Fluctuaciones en habilidades y estados de ánimo.	+	+	+	+	+	5/5
4. Amnesia	+	+	+	+	?	4/5
5. Alucinaciones acústicas/voces	+	+	+	+	+	5/5
6. Experiencias de influencia pasiva	+	+	+	+	+	5/5
7. Compañero actual imaginario en actividad	-	-	-	-	+/-	0/5
8. Conductas polarizadas (agresiva, demas. buena)	+	+	+	+	--	4/5
9. Llamado mentiroso	+	+	+	+	--	4/5
10. Conducta escolar anómala	+	+	+	+	+	5/5

## **Tabla 2. Tomada de KLUFT . PREDICTORES DE T.I.D o T.P.M EN NIÑOS**

Veamos a continuación el modelo teórico sobre el que se asienta la aparición de la alternancia de personalidades y del TPM.

Los maltratos crean en el niño un estado consistente en una sensación amenazante e inaceptable de ira. El niño aprende que la sensación es inaceptable y que debe quedar no solo inexpressada, sino incluso ser "no sentida" conscientemente. Por ello, la sensación o afecto se reprime y permanece en el inconsciente, fuera de la atención (WILBUR 1984).

Los individuos que reprimen sus afectos de esta manera parecen almacenar un "banco de sensaciones" que da lugar a la creación de un potencial para el desarrollo de explosiones de este tipo de afectos cuando la represión baja la guardia. Estas explosiones emocionales pueden ser expresadas en forma de síntomas. Cuando la represión de sensaciones se acompaña de conflictos (tanto en relación con esta sensación en particular como en relación con otras, asimismo reprimidas), la presencia combinada de las sensaciones sobrecogedoras y los serios conflictos (habiendo sido reprimidos ambos), puede resultar en la aparición de una personalidad alternativa como vehículo para la expresión sintomática de estos afectos y los de conflictos asociados a ellos.

### **TRATAMIENTO DEL TID**

Los psiquiatras y otros terapeutas que han trabajado intensamente con pacientes que padecen un TID expresan optimismo en lo que se refiere a sus expectativas de recuperación (KLUFT 1984). Sin embargo, todos ellos coinciden en que dicha recuperación depende en gran medida de la disponibilidad de terapeutas especialmente entrenados en este problema que entiendan por completo y a fondo lo que significa el TID.

En el curso del tratamiento, es necesario para el terapeuta explicarle lo que significa el TID al paciente para que así éste pueda entender sus circunstancias y empiece a manejar terapéuticamente las alternancias de personalidades. La experiencia general es que la cooperación de los pacientes con TID es excelente cuando comprenden lo que ha estado ocurriendo en sus vidas. Muy pocos de los que se encuentren recibiendo un tratamiento adecuado con un terapeuta experimentado y competente dejan la terapia. La mayoría consigue una fusión de personalidades y se recuperan. Esta experiencia se confirma en varios estudios longitudinales (KLUFT 1984).

En el curso del tratamiento de estos pacientes, uno escucha con frecuencia historias dolorosas en relación con sus vanos intentos infantiles en busca de ayuda.

## CONCLUSIONES

Muchos pacientes que padecen un trastorno de personalidad múltiple se han quejado amargamente de que el maltrato infantil comienza con la aprobación que desde la sociedad se dá al hecho de pegar a los niños. Estos pacientes contaban que ellos fueron golpeados en ocasiones con tal violencia que quedaban llenos de cardenales. Como hemos visto, en algunos de los ejemplos expuestos anteriormente, los padres de estos niños ofrecían con frecuencia extrañas racionalizaciones para justificar sus castigos físicos excesivos.

Por desgracia, la permisión social del castigo físico, incluso severo, es uno entre varios factores que llevan a minimizar las acusaciones sobre maltrato infantil.

Los maestros y trabajadores sociales reciben con cierta frecuencia noticia sobre casos de maltrato infantil que piensan son debidos a fantasías infantiles decidiéndose por ello por no investigarlo. Por otro lado, los niños maltratados tienen miedo de informar sobre su maltrato, especialmente si este empezó en edades tempranas. Finalmente, los niños más pequeños pueden contar que han sido pegados por "monstruos", que sin embargo no son otra persona que el padre, la madre u otro familiar.

Cuando las acusaciones y cargos por abuso infantil se deciden ya dentro del ámbito legal, es muy raro que los padres abusadores den informes precisos sobre sus conductas. Por lo general niegan sus acciones, bagatelizan el nivel de los castigos impuestos y ofrecen explicaciones plausibles sobre lo que consideran un "niño mentiroso" que merece ser disciplinado. Algunos jueces deciden mandar a los padres a que realicen algún tipo de tratamiento devolviendo con ello al niño al medio en el que fué abusado. En la mayoría de los casos, los padres abandonan de hecho el tratamiento de manera precoz. Por otro lado, el seguimiento de estas medidas terapéuticas por parte de la justicia es muy deficiente o incluso inexistente. La familia abusadora, después de haberselas tenido que ver con la justicia, con frecuencia incrementa sus conductas represivas y abusivas.

Aquellos sistemas educativos que en base al lema "quien bien te quiere te hará llorar" creen que se consiguen así adultos más disciplinados, contribuyen a fomentar el castigo corporal en la infancia. Por otro lado, los niños así tratados acaban identificándose con el sistema de forma que, en muchas familias abusadoras se crea una auténtica conspiración de silencio. Los niños son educados con la consigna "no hablar"! Por ello, es difícil conseguir la información adecuada y en el caso de conseguirlo puede ser fácilmente minimizada y expresada con sentimientos de culpa por el niño.

En resumen, se hace evidente a la luz de lo referido que es necesario revertir en nuestra sociedad la tendencia a minimizar o incluso a no dar crédito a las quejas sobre abuso y



maltrato que nos presentan niños y adolescentes. Tener en cuenta, comprender y escuchar los relatos que nos hacen los niños y jóvenes es de vital importancia en la prevención de estos trastornos en nuestra futura población adulta.

## LITERATURA

ELLENBERGER, H.F. (1980). The Discovery of the Unconscious. New York, Basic Books.

KLUFT, R.P. (1979). The epidemiology of multiple personality. Annual Meeting of the American Psychiatric Association. Chicago.

KLUFT, R.P. (1984). "Treatment of Multiple Personality Disorder." Psychiatr Clin North Am (7): 9–29.

KLUFT R.P., BRAUN B.G., SACHS R. (1984). "Multiple Personality, intrafamilial abuse, and family Psychiatry." American Journal of Family Psychiatry (5): 283–301.

KLUFT R.P. , editor (1990) "Childhood antecedents of Multiple Personality " American Psychiatric Press Inc. Washington D.C.

LUDWIG A.M., BRANDSMA J.M., WILBUR C.B. (1972). "The objective study of a multiple personality, or, are four heads better than one?" Arch Gen Psychiatry (26): 298–310.

ORENGO GARCIA. F. "El concepto de disociación y conversión en la nueva edición de la clasificación internacional de enfermedades (ICD 10)". PSIQUIS, año XIII. vol.12 (4), 13-20. 1991.

ORENGO GARCIA. F. "Trastorno de personalidad múltiple, borderline y esquizofrenia". PSIQUIS, año XIII, vol. 12 (10),11-20. 1991.

ORENGO GARCIA. F. "Psicofisiología y clínica histérica". ARCHIVOS DE NEUROBIOLOGIA. Vol. 56, 3, 144-151. 1993.

ORENGO GARCIA, F. "Trastornos disociativos, <<Síndrome de la falsa memoria>> y abuso sexual infantil". ARCHIVOS DE NEUROBIOLOGIA. Volumen 58, 2, 317-324. 1994.

ORENGO GARCIA, F. "Consecuencias psicopatológicas del maltrato y abuso infantil: sobre la génesis del trastorno de personalidad múltiple". PSIQUIS, año XVI, vol. 15 (2), 43-49, 1994.

ICARÀN, E. , COLOM R., ORENGO - GARCIA F. "Estudio de valoración de la Escala de Experiencias Disociativas con muestra de población española". Actas Luso - Esp. Neurol. Psiquiatr., 24,1, (7-10), 1996.

ORENGO GARCIA, F, ICARÀN, E.. "Diagnóstico diferencial de los trastornos disociativos". En: La práctica de la Psicología Diferencial en Educación, Clínica y Deportes. M. de Juan Espinosa, B. Roberto Colom, M<sup>a</sup> A. Quiroga eds. PSICOLOGIA PIRAMIDE. MADRID 1997.

ORENGO GARCIA, F. "Disociación, trance, posesión". Psicopatología (Madrid).17, 1 (18-26).1997.

ORENGO GARCIA, F. "Epidemiología, diagnóstico y abordaje terapéutico del trastorno de personalidad múltiple". PSIQUIS. 19 (2): 52 - 64. 1997.

ORENGO GARCIA, F. "Disociación, estados de trance y sugestión hipnótica", en "Chamanismo. El arte natural de curar". Dirigido por Dr. J.M. Poveda. Ed. Temas de Hoy, pp. 134 - 146. 1997.

MINGOTE C., ORENGO F. "Presentación de la psicoterapia de un caso de histeria de conversión en un varón". Revista de Psicoterapia y Psicopatología. 35 - 36. X. 73-89.1997.

ORENGO GARCIA, F. "Sueño, trance y disociación". Vigilia - Sueño, 9 (2),131 - 136. 1997.

ORENGO GARCIA. F. "Sobre las bases anatomofisiológicas del trance y la disociación". Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr., 26, 4 (247-253), 1998.

PUTNAM F.W., POST R. , GUROFF J.J. y otros (1983). One hundred cases of multiple personality disorder. Presented at the annual meeting of the American Psychiatric Association. New Research Abstract nº77 . New York.

SUMMIT, R.C. (1983). "The child abuse accomodation syndrome." Child Abuse Negl (7): 177–193.

WILBUR, C.B. (1984). "Treatment of Multiple Personality." Psychiatric Annals 14: 27–31.

*El DSM IV define los siguientes criterios diagnósticos para el TID:*

**A. La presencia de dos o más identidades o personalidades distintas (cada una con su propia y perdurable forma de percibir, relacionarse y pensar sobre si misma y el mundo que le rodea).**

**B. Al menos dos identidades o estados de personalidad toman el control de forma recurrente sobre la conducta de la persona.**

**C. Existe una incapacidad para recuperar información personal importante demasiado extensa para poder ser explicada en términos de un simple olvido.**

**D. El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de una droga (por ejemplo conducta caótica o mente en blanco durante una intoxicación alcohólica) o a una enfermedad orgánica (por ejemplo crisis parciales complejas).**

*Nota: En los niños, los síntomas no son atribuibles a compañeros de juego imaginarios u otros juegos de fantasía.*

**Tabla 1. Criterios diagnósticos para el Trastorno de Identidad Disociativo o Trastorno de Identidad Múltiple**

**PREDICTORES DEL T.I.D INFANTIL**

Predictor	Datos de 5 casos					nº casos positivo para el predictor
	1	2	3	4	5	
1. Depresión Intermitente	+	+	+	+	+	5/5
2. Conductas de autohipnóticas tipo trance	+	+	+	+	+	5/5
3. Fluctuaciones en habilidades y estados de ánimo.	+	+	+	+	+	5/5
4. Amnesia	+	+	+	+	?	4/5
5. Alucinaciones acústicas/voces	+	+	+	+	+	5/5
6. Experiencias de influencia pasiva	+	+	+	+	+	5/5
7. Compañero actual imaginario en actividad	-	-	-	-	+/-	0/5
8. Conductas polarizadas (agresiva, demas. buena)	+	+	+	+	--	4/5
9. Llamado mentiroso	+	+	+	+	--	4/5
10. Conducta escolar anomala		+	+	+	+	5/5

Tabla 2. Tomada de KLUFT . PREDICTORES DE T.I.D o T.P.M EN NIÑOS

## COMPARACION ENTRE EL TID EN ADULTOS Y NIÑOS

	ADULTOS	NIÑOS
1. Presencia de dos o más personalidades	patognomónico	patognomónico
2. La personalidad dominante determina la conducta	generalmente cierto	frecuente
3. Cada personalidad es compleja e integrada con sus pautas de comportamiento social propias	frecuente en la mayoría de las personalidades	expresiones de las diferencias pueden quedar atenuadas
4. Número de personalidades	2 a 100	2 a 6 conocidas
5. Las personalidades tienen una fuerte inversión e interés narcicista en mantener la separación	frecuente	no se conoce
6. Las personalidades elaboran y enfatizan conscientemente sus diferencias	frecuente y a veces intensamente	no se conoce
7. Personalidades persecutorias	frecuentes	no se conocen
8. Personalidades tipo "Self - helper"	frecuentes	no se conocen
9. Pérdida de noción de tiempo o distorsión del tiempo	si	si
10. "Depresión" en la personalidad huesped	común y persistente	común pero transitoria
11. Quejas somatoformes	comunes y pronunciadas	infrecuentes y vagas.
12. Voces alucinadas	comúnes pero frecuentemente denegadas	muy comúnes y admitidas grlm.

Tabla 3. Tomada de KLUFT (1990)

## CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO

*EL ELEMENTO COMÚN A LOS DIVERSOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS ES LA FLUCTUACIÓN ESPÓNTANEA DE LAS FUNCIONES INTEGRATIVAS DE LA PERSONALIDAD Y LA CONSCIENCIA.*

*EN EL T.I.D LA DESINTEGRACIÓN SE MANIFIESTA ESPECIALMENTE EN EL AREA DE LA CONFORMACIÓN DE LA IDENTIDAD. EN VEZ DE MANTENER UNA CONSTANCIA Y CONTINUIDAD EN LA IDENTIDAD, LOS INDIVIDUOS AFECTADOS PUEDEN ASUMIR UNA NUEVA IDENTIDAD O PERSONALIDAD. CON FRECUENCIA, UNA PERSONALIDAD ALTERNATIVA ESTÁ AL CORRIENTE DE LA PERSONALIDAD ORIGINAL O "PERSONALIDAD HUESPED". SIN EMBARGO, LA PERSONALIDAD HUESPED GENERALMENTE DICENO SABER NADA DE LA EXISTENCIA DE OTRAS PERSONALIDADES.*

*LA INFORMACIÓN ADQUIRIDA MIENTRAS OTRA PERSONALIDAD TIENE UN CONTROL EJECUTIVO DEL CUERPO, PUEDE NO SER ACCESIBLE A LA PERSONALIDAD HUESPED.*

### **FACTORES QUE PREDISPONEN PARA EL DESARROLLO DE UN T.I.D.**

- 1) CAPACIDAD INNATA PARA DISOCIAR.
- 2) EXPOSICIÓN A UN MALTRATO FRECUENTE, SEVERO E IMPREDECIBLE ASÍ COMO A LA PRESENCIA DE LA ALTERNANCIA AMOR / ABUSO.
- 3) EPISODIOS AISLADOS DISOCIATIVOS DE VAN ENCADENANDO TRAS CADA EPISODIO DE ABUSO Y CONFIGURAN UN ESTADO DISOCIADO CONTINUO QUE FORMA UNA NUEVA IDENTIDAD O PERSONALIDAD.