

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

Correlación entre Mecanismos de Afrontamiento y Alter Ego
Descrito en el Trastorno de Identidad Disociativa
Proyecto de Investigación.

Tania Alejandra Luna Bastidas
Sicología

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Licenciatura en Psicología

Quito, 21 de abril de 2019

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Correlación entre Mecanismos de Afrontamiento y Alter Ego Descrito en el
Trastorno de Identidad Disociativa
Tania Alejandra Luna Bastidas**

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

María Sol Garcés, MSC

Firma del profesor

Quito, 21 de abril de 2019

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Tania Alejandra Luna Bastidas

Código: 00130249

Cédula de Identidad: 1723668321

Lugar y fecha: Quito, 21 de abril de 2019

RESUMEN

El presente trabajo plantea la posible relación entre mecanismos de afrontamiento y la personalidad alter descrita en el Trastorno de Identidad Disociativa (TID, por sus siglas en español). Para analizar esta relación se propone una intervención que consta de aplicar una batería de tres pruebas en mecanismos de afrontamiento a dos grupos. Un grupo estará formado por personas diagnosticadas con TID y otro el otro será una muestra de participantes que servirá como grupo control. En estudios anteriores se puede constatar que la información relacionada al TID es limitada y la existencia de herramientas de diagnóstico para la misma es casi nula. Hasta la actualidad no hay investigaciones que aborden a la personalidad alter desde el afrontamiento lo que hace a la propuesta innovadora. Basado en la literatura investigada la personalidad alter tiene potencial relación con mecanismos de afrontamiento específicos. Basándose en este argumento, los resultados de esta intervención pretenden contribuir a futuro con herramientas de diagnóstico y tratamiento del trastorno.

Palabras clave: Trastorno de identidad disociativa, disociación, trauma, personalidad alter, mecanismos de afrontamiento.

ABSTRACT

The present work raises the possible relationship between coping mechanisms and the alter personality described in the Dissociative Identity Disorder (DID, by its acronyms). To analyze this relationship, an intervention consisting of applying a battery of three tests in coping mechanisms to two groups is proposed. One group will be conformed of people diagnosed with DID and another group will be a sample of participants that will be used as a control group. In previous studies it can be verified that the information related to the DID is limited and the existence of diagnostic tools for it is almost nil. Up to the current date there is no research that approaches alter personality from coping what makes the proposal innovative. Based on the literature researched alter personality has potential relation with specific coping mechanisms. Based on this argument, the results of this intervention are intended to contribute to the future with diagnostic tools and treatment of the disorder.

Key words: Dissociative Identity Disorder, dissociation, trauma, alter personality, coping mechanisms.

TABLA DE CONTENIDO

Contenido

RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
Planteamiento del Problema.....	7
Pregunta de Investigación:.....	11
Objetivos:.....	11
Objetivo general.....	11
Objetivos específicos.....	12
Justificación	12
Marco Teórico	13
Disociación.....	13
Antecedentes.....	15
Conceptualización en DSM 5.....	18
Personalidades <i>alter</i>	21
Mecanismos de afrontamiento.....	23
Tratamiento.....	26
Diseño y Metodología	28
Diseño.....	28
Población.....	29
Instrumentos o materiales.....	30
Procedimiento de recolección de datos.....	34
Análisis de los datos.....	35
Consideraciones Éticas	36
Discusión.....	37
Fortalezas y limitaciones de la propuesta.....	38
Recomendaciones para futuros estudios.....	40
Referencias.....	42
ANEXO a: Formulario de Consentimiento Informado	46

PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN

CORRELACIÓN ENTRE MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO Y ALTER EGO DESCRITO EN EL TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVA

Planteamiento del Problema

El afrontamiento es una acción dirigida a la resolución o mitigación de una situación problemática (Ray, Lindop & Gibson, 1982). Las conductas de afrontamiento determinan la adaptación de los individuos a su entorno y existen varios mecanismos para enfrentarse a una situación específica (Felton & Revenson, 1984). Numerosos estudios han documentado la importancia de los mecanismos afrontamiento para ayudar a las personas a mantener niveles de bienestar emocional (Felton & Revenson, 1984). A pesar que el objetivo de estas estrategias es contribuir al funcionamiento del individuo, en ocasiones las estrategias de afrontamiento efectuadas pueden ser mal adaptativas aliviando de manera inmediata el malestar, pero causando problemas a largo plazo.

La disociación podría ser considerada una estrategia de afrontamiento frente a experiencias insoportables, que resultan demasiado abrumadoras para ser manejadas a través de un solo yo (Parry, Lloyd & Simpson, 2018). La disociación es comprendida como una interrupción y/o una discontinuidad del *self*, es decir de la integración subjetiva normal de uno o más aspectos del funcionamiento psicológico de la persona como lo son la memoria, la identidad, la conciencia, la percepción, el control motor, entre otros (Spiegel et al., 2011).

Dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5, por sus siglas en inglés) la disociación se encuentra como parte de sintomatología de varios trastornos sistematizados. Uno de los trastornos donde se evidencia la disociación es el trastorno de identidad disociativa (2014) (TID, por sus siglas en español). Se define al TID por la presencia de dos o más personalidades, se presenta con amnesia disociativa y esto debe

causar molestias o un mal funcionamiento en la vida del individuo que no pueden ser explicadas por uso de sustancias (American Psychiatric Association, 2014). El TID es un síndrome post traumático crónico relacionado con experiencias adversas de la infancia de tipo acumulativo y relacional, incluidos el abuso y la negligencia infantil (Öztürk & Sar, 2016).

Las experiencias adversas que no pudieron ser manejadas por un solo yo pueden manifestarse a través de una personalidad *alter* (Parry, Lloyd & Simpson, 2018). Las personalidades *alter* se conceptualizan como aspectos disociados de la personalidad completa de un individuo (Gleaves, 1996). En algunos casos son personalidades complejas con propio comportamiento, tono de voz y gestos físicos (Barlow & Durand, 2003). Existe evidencia que indica que las personalidades *alter* pueden reemplazar temporalmente la personalidad principal como una solución tentativa, porque la personalidad principal no puede funcionar de manera óptima (Öztürk & Sar, 2016).

La respuesta disociativa a un trauma temprano es una estrategia de supervivencia creativa que ayuda al individuo a enfrentar el trauma abrumador (Gleaves, 1996). Sin embargo, esta estrategia puede considerarse mal adaptativa debido a las complicaciones que implica el posible desarrollo posterior de una patología como es el TID. Como parte de la propuesta de este estudio se conceptualiza a la personalidad *alter* como exponen Öztürk & Sar (2016), es decir, como un mecanismo de afrontamiento frente a una experiencia traumática.

El problema con el estudio del TID nace desde los inicios de la enfermedad y la historia de la misma. Desde el descubrimiento del trastorno hubo muchas incongruencias al momento de delimitar el concepto. Esto dio pie a malas interpretaciones del trastorno y a conceptos que posteriormente fueron invalidados.

Debido a la sintomatología del trastorno (como las personalidades *alter* y la pérdida de memoria autobiográfica) se empieza a crear una conciencia más ficticia antes que científica sobre el trastorno en sí. Durante el siglo 19 ocurrió un despertar académico con respecto a los casos de personalidad dual y múltiple, lo que estimuló una mayor conciencia pública que se formó en gran parte por representaciones artísticas y representaciones generales de los medios (Spiegel & Cardeña, 1991). Esto avivó el misticismo que se desarrolló a finales del siglo dejando de lado la evidencia empírica con respecto al trastorno. Por esto algunos informes de caso del siglo 19 incluyen características paranormales (Spiegel & Cardeña, 1991). A pesar de esta malinterpretación de la información, la mayoría de casos también tienen relatos clínicos bastante simples que generalmente se asemejan a los casos actuales (Spiegel & Cardeña, 1991).

Para inicios del siglo 20, los estudios con respecto al TID empezaron a decaer. Esto se debió a los nuevos hallazgos científicos realizados en el área (Spiegel & Cardeña, 1991). Los factores que contribuyeron a esta pérdida de interés incluyen el predominio creciente de paradigmas freudianos de histeria y el diagnóstico de esquizofrenia de Bleuler dos trastornos descritos bajo criterios similares al TID (Spiegel & Cardeña, 1991). Adicionalmente al crecimiento de estos paradigmas, también ocurrió una pérdida de interés en los trabajos de Janet, Prince y otros autores cruciales en el desarrollo de modelos de disociación (Spiegel & Cardeña, 1991).

En 1970 se retoma nuevamente el estudio e investigación sistemática del TID en la universidad de Kentucky, gracias a Arnold Ludwig y sus colegas (Spiegel & Cardeña, 1991). Sin embargo, debido a la epidemiología de la enfermedad, gran parte de la bibliografía encontrada son estudios de caso. La Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10 por sus siglas en inglés), es otro manual utilizado que clasifica trastornos mentales, este

aporta con una breve descripción de la sintomatología del TID. Existen problemas en el diagnóstico debido a que en manuales de diagnóstico como el ICD-10 y DSM-5 no se describen la variedad de síntomas que una persona con TID puede presentar (Dorahy et al., 2014).

Debido a la falta de conocimiento en el ámbito de la disociación, como una herramienta de apoyo se crean entrevistas que ayuden al diagnóstico. Existen dos entrevistas estructuradas que toman a consideración los síntomas disociativos que son: *Structured Clinical Interview for DSM-IV dissociative disorders* y *Dissociative Disorders Interview Schedule* (Dorahy et al., 2014). Estas entrevistas se enfocan exclusivamente en síntomas de disociación, sin embargo dentro de la bibliografía no se encuentra ninguna otra herramienta de diagnóstico relacionada al TID.

El tratamiento del TID cubre técnicamente diversas modalidades que incluyen casi todos los elementos genéricos de la psicoterapia en general, sin embargo, un tratamiento exitoso requiere del dominio del terapeuta frente a las personalidades *alter* al menos durante ciertas etapas del tratamiento (Öztürk & Sar, 2016). Debido a las diferentes concepciones y hallazgos del TID a lo largo de la historia el tratamiento también ha ido cambiando. Se han probado distintas modalidades de tratamiento como psicoterapia y terapia cognitiva conductual entre otras pero no hay resultados exitosos con las terapias utilizadas (Fraser, 1993). En la actualidad todavía no existe un tratamiento probado como efectivo para tratar el TID.

Varios profesionales y expertos internacionales en el campo, como son las directrices de *International Society for the Study of Trauma and Dissociation* (ISSTD por sus siglas en inglés), subrayan la importancia de trabajar con personalidades *alter* en psicoterapia de TID (Öztürk & Sar, 2016). No obstante, no se describe en ninguna publicación o documento

información detallada sobre cómo pueden tratarse en el tratamiento. Las características de una personalidad *alter* no están bien definidas por los expertos y tampoco se describe cómo se puede trabajar con la misma dentro de terapia. Debido a esta limitada información con respecto a las personalidades *alter* es que los tratamientos no las incluyen dentro del proceso, siendo éstas lo que caracterizan a la enfermedad en sí y la diferencian de otros trastornos relacionados al trauma.

Según las directrices de ISSDT el tratamiento del TID consta de tres fases: en la primera fase se establece seguridad, estabilización y reducción de síntomas; en la segunda enfrenta, trabaja e integra memorias traumáticas; y en la tercera trabaja integración de identidad y rehabilitación (ISSDT, 2011). Sin embargo, la falta de una teoría más específica, modelos y algoritmos sobre las personalidades *alter* mantiene al tratamiento del TID como desafío para el tratante (Öztürk & Sar, 2016). Actualmente no es una enfermedad contemplada en psicoterapia debido a que no hay técnicas probadas como efectivas.

Pregunta de Investigación

¿Cómo y hasta qué punto la personalidad *alter* descrita en el Trastorno de Identidad Disociativa se relaciona con un estilo de afrontamiento específico y detectar cómo esto puede contribuir para el tratamiento?

Objetivos

Objetivo general.

Contrastar los resultados de una batería de pruebas en mecanismos de afrontamiento dentro de una población de pacientes con TID para de esta forma proveer un mejor

entendimiento de las personalidades *alter* y proporcionar nuevas herramientas para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

Objetivos específicos.

- Analizar los resultados en las pruebas de mecanismos de defensa para encontrar una diferencia significativa entre el grupo de pacientes con TID y un grupo control sin diagnóstico.
- Discriminar las similitudes o diferencias en mecanismos de defensa encontrados dentro del grupo de pacientes con TID para mejor entendimiento de sus estrategias de afrontamiento.

Justificación

Dentro de la literatura existen muy pocas herramientas de diagnóstico para el TID. Dentro de este limitado grupo de herramientas no existe una basada en los mecanismos de afrontamiento de la persona. No hay herramientas de esta naturaleza debido a la conceptualización de la personalidad *alter* que tiene su base en el trauma y debido al misticismo que hay alrededor de la enfermedad. A causa de esto existen malas interpretaciones en el diagnóstico y dificultades en el tratamiento. Por esta razón es importante tener una herramienta de diagnóstico medible para un concepto tan subjetivo y heterogéneo entre pacientes como son las personalidades *alter*.

Dentro del campo de la disociación esta propuesta daría pie a un ámbito nuevo de investigación basado en mecanismos de afrontamiento. Esto aporta con una visión completamente diferente del TID provocando que este pueda ser abordado tanto desde el trauma como desde los mecanismos de afrontamiento. Con base en este estudio se pueden

desarrollar futuras herramientas para el tratamiento del trastorno o ahondar en la investigación con respecto a las personalidades *alter*.

Debido a la escasez de estudios con respecto a las personalidades *alter* los profesionales no lo contemplan dentro del tratamiento y es difícil de identificar al momento del diagnóstico. Por esto la presente investigación propone una batería de pruebas en mecanismos de afrontamiento para ayudar a reconocer a la personalidad *alter* y contribuir con el diagnóstico del trastorno. Las pruebas que se van a emplear fueron escogidas en base a un estudio con alrededor de 2 000 journals en el cual puntúan como las más utilizadas. Al manejar este grupo de cuestionarios validados se contribuye de manera formal y confiable al estudio científico de un trastorno con escasas herramientas para su identificación y tratamiento.

Marco Teórico

Disociación.

La disociación se conceptualiza como la separación estructurada de procesos mentales que originalmente están integrados (Spiegel & Cardeña, 1991). Estos autores argumentan a su vez cómo la disociación se presenta fuera del control consciente de la persona, explicando los comportamientos y pensamientos que la persona puede tener sin estar completamente consciente de los mismos (Spiegel & Cardeña, 1991). Al experimentar la disociación la persona se vuelve incapaz de controlar sus acciones de manera conscientemente y posteriormente incapaz de recordar lo sucedido. En la literatura se explican casos como este bajo la rama de la disociación, no obstante existen problemas conceptuales relacionados al término (Spiegel & Cardeña, 1991).

Se plantea un concepto más reciente en la literatura y este dice que, la disociación es la interrupción o discontinuidad anormal de uno o más aspectos del funcionamiento psicológico, incluidos, la memoria, la identidad, la conciencia, la percepción y el control motor (Spiegel et al., 2011). En este concepto se introduce el término “identidad” como parte de la disociación. El concepto de identidad involucra la capacidad de experimentar continuidad en uno mismo, noción de ser siempre un ser autónomo, y la capacidad de comparar la auto observación y la observación de otros (De Levita, 2019). La identidad dirige su atención al comportamiento de la persona y a la experiencia de la psique (De Levita, 2019) por lo cual al ser introducido al concepto de disociación lo vuelve un tema más complejo y complicado en entendimiento.

Algunos investigadores consideran a la disociación como un factor mediador para el desarrollo de otras enfermedades psicopatológicas (Putnam, 2015). A pesar de esto dentro de la investigación aún no existe un consenso general entre profesionales con respecto al concepto de la enfermedad y de su sintomatología. No obstante, se reconoce a la disociación, dentro de la psicopatología, como un desarrollo fundamental, similar a la regulación emocional, en sentido en que moldea más o menos la interacción de un niño en sus periodos sensibles (Putnam, 2015).

Las complicaciones al delimitar el concepto de disociación nacen desde los orígenes del trastorno. Al ser una enfermedad con características como la personalidad *alter* y la disociación que son complejas de comprender cada autor describe la sintomatología de manera diferente. Durante el desarrollo de la enfermedad se datan diferentes casos de pacientes que muestran algún tipo de disociación y cada autor describe un concepto particular del trastorno. Estas discrepancias entre conceptos han ido disminuyendo, sin embargo, en la actualidad aún no hay un consenso general entre los profesionales con respecto al concepto.

Antecedentes.

El primer caso documentado con lo que en la actualidad se conoce como TID data de 1789 en Europa. Para la época aristócratas franceses abandonan Francia debido a la Revolución Francesa y llegan a un pueblo fronterizo de Alemania conocido como Stuttgart. Eberhardt Gmelin describe este primer caso de una mujer alemana que a la llegada de los aristócratas franceses empieza con comportamientos ajenos a las costumbres alemanas y a hablar francés fluido (Greaves, 1993). El caso fue reportado en 1791 como “Umgetauschte Persönlichkeit” o en español como personalidad intercambiada (Greaves, 1993).

A inicios del siglo 19, Benjamin Rush conocido como el padre de la psiquiatría americana propone que esta condición es causada por una desconexión entre los dos hemisferios del cerebro, teoría que hasta la actualidad atrae intereses de investigación (Putnam, 2015). A mediados del siglo 19 Antoine Despine, doctor francés, compila sistemáticamente varios reportes de caso que incluían niños y adolescentes. En los reportes de Despine se data que los varios de los casos sufrían ceguera psicogénica, sordera y parálisis (Putman, 2015). Dentro de los hallazgos alcanzados por Despine ya se empieza a concretar una especie de sintomatología sistematizada del trastorno.

A finales del siglo 19, muere Jean Martin Charcot, francés director del Hospital Psiquiátrico La Salpêtrière y con su repentina muerte sube a cargo Joseph Babinski como nuevo director. Charcot trabajaba con pacientes con histeria y hacía dramatizaciones con las mismas en las cuales las magnetizaba (Putman, 2015). Babinski al momento de subir al cargo pone un alto rotundo a las investigaciones con respecto al tema dado que decía que todo era por efecto de sugestión de Charcot, desacreditando completamente a la disociación y la histeria (Putman, 2015).

A inicios del siglo 20 se retoman los estudios con respecto al trastorno a partir de una conferencia impartida por Janet un renombrado sicólogo y neurólogo francés. El primer acto consumado en la historia del interés para el caso de Gmelin fue en 1906 cuando Pierre Janet fue invitado a la Escuela de Medicina de Harvard para hablar de Felida X, el caso más largo documentado de trastorno de identidad múltiple para la época (Greaves, 1993). A partir de este suceso se viene un periodo de investigación más formal para el trastorno. A partir de esta fecha crece el interés con más publicaciones de Pierre Janet y Morton Prince. En medio de sus investigaciones y estudios Prince funda la revista con publicaciones hasta la actual fecha llamada *Journal of Abnormal Psychology* (Greaves, 1993). Esto sirve como motor para mayor publicación y movimiento de casos relacionados al TID.

Janet atribuye a la histeria como estrés sobre abrumador y trauma actual, él creía que el principal proceso en disociación es el estrechamiento de conciencia lo que impedía a la persona percibir cierto fenómeno subjetivo como traumas o memorias traumáticas (Putnam, 2015). Sin embargo, dentro de la investigación no se especifica este principal proceso llamado estrechamiento de conciencia, por consiguiente se desconocen los síntomas o el concepto en concreto por el cual se lo relaciona a la disociación.

A inicios del siglo 20 Janet propone una especie de psicoterapia cognitiva basada en la hipnosis (Putnam, 2015). Janet continúa con la investigación científica del TID publicando y enseñando sus hallazgos en el área. En la época juega en contra la localidad de Janet dado que en Europa estalla la Primera Guerra Mundial. En consecuencia a los enfrentamientos bélicos Janet detiene sus estudios, investigaciones y enseñanzas. Posteriormente, en el periodo post guerra nace el psicoanálisis como nueva rama de investigación dentro de la psicología. Entre uno de los argumentos del psicoanálisis está el concepto de que ideas reprimidas como este conjunto de ideas no aceptadas por la persona. Con esta nueva teoría se

despreciaron los hallazgos anteriores con respecto al trauma y la disociación. Sin embargo, hoy en día autoridades reconocen a Janet como el padre de las teorías modernas de disociación (Putnam, 2015).

Más adelante, a mitad del siglo 20 como consecuencia de la Segunda Guerra Mundial quedan bastantes víctimas y damnificados entre los cuales se presentaban síntomas disociativos. Estas personas eran consideradas víctimas con histeria y se las reconocía bajo el nombre de “neurosis de guerra” (Putnam, 2015). Entre los síntomas disociativos presentados por estas personas se encontraba la amnesia autobiográfica, amnesia con respecto a sus propias identidades, fuga disociativa, ceguera de conversión y parálisis (Putnam, 2015).

Durante este siglo no se registran muchas publicaciones con respecto al trastorno. A pesar de esto, los pocos psiquiatras que publicaban eran de alta relevancia y ampliamente leídos (Greaves, 1993). Los autores de la época también eran citados y tomados en consideración dentro de textos de psiquiatría y psicología anormal. Beauchamp, por ejemplo, fue citado durante una década entera con su caso datado de trastorno de personalidad múltiple (Greaves, 1993). Los hallazgos de cada autor en su época fueron de relevancia, sin embargo la información e investigación de la época no era lo suficientemente vasta como para definir un concepto concreto y replicable en todos los casos del TID. Debido también a la escasez de investigación y definición en ocasiones el trastorno era considerado como un tema mítico.

Recopilando los datos de la trayectoria explicada con respecto al concepto y sintomatología de la enfermedad se puede concluir que dentro de su época cada especialista narraba distintos síntomas dependiendo de los pacientes que se trataban individualmente. En la actualidad la sintomatología en la cual concuerdan algunos autores es en el concepto de disociación. El hecho de que haya habido inconsistencias en el proceso de investigación entre los distintos profesionales hace difícil el poder estandarizar a la enfermedad y más difícil aún

ubicarla con la correcta sintomatología dentro de un manual de diagnóstico. Esta patología representa todavía hoy en día un verdadero reto para los especialistas, principalmente por sus dificultades diagnósticas (Miguel, 2017).

Dentro de la literatura revisada con respecto a los diagnósticos del TID en su desarrollo histórico se habla de síntomas que se han conservado hasta descripciones contemporáneas del trastorno. La amnesia con respecto a identidades (Putnam, 2015), que ahora se conoce como amnesia autobiográfica o autores más contemporáneos también hablaron de la amnesia inter personalidades (Kong, Allen & Glisky, 2008) es uno de los síntomas más comunes dados como característica de la enfermedad. Sin embargo dentro de estas concepciones de la amnesia y estos cambios perjudiciales en la persona constatando prácticamente una personalidad distinta no se describe correctamente como parte de la sintomatología. Datada hasta aquí la información de la época los especialistas concuerdan con que el paciente posee diferentes personalidades que caracterizan a la enfermedad dentro de la rama de la disociación, sin embargo no hay textos donde se explique con claridad qué es una personalidad *alter* ni que es lo que la caracteriza.

Conceptualización en DSM 5.

A partir del siglo 21 se introduce de referencia una guía más concreta y sistematizada por la Asociación Americana de Psiquiatras. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales o DSM (por sus siglas en inglés) categoriza los trastornos mentales dando al especialista una definición general y una lista de síntomas. Este manual sirve de referencia para que los profesionales puedan estandarizar las enfermedades, reconocerlas y así darles un mejor tratamiento.

Este manual ha tenido diferentes ediciones en las cuales se ha ido corrigiendo y modificando los criterios de diagnóstico de los trastornos. El DSM más reciente es el DSM 5 publicado en el 2014. Dentro del DSM 5 hay cuatro criterios de diagnóstico para reconocer al TID y son los siguientes: a) presencia de dos o más identidades o estados de identidad, b) al menos dos de estas identidades controlan frecuentemente al individuo, c) incapacidad de recordar información personal importante que es demasiado amplia para considerarla un olvido y d) no está relacionado a ningún uso de drogas (American Psychiatric Association, 2014).

Analizando los criterios de diagnóstico del DSM 5 se describe a los desórdenes disociativos como trastornos principalmente agudos que generalmente se transmiten en pocas semanas o meses. Estos se inician en el contexto inmediato de eventos que son altamente estresantes, traumáticos y/o que involucran problemas intolerables e insolubles (Spiegel et al., 2011). Dentro de este mismo argumento se toma en consideración los síntomas disociativos en general como parte del trastorno, la influencia de los mismos y que tan importantes son estos datos al momento de un diagnóstico (Spiegel et al, 2011).

Spiegel y colaboradores (2011) publican un análisis a los criterios de diagnóstico que presenta el DSM 5 y concluyen como problema principal la falta de utilidad clínica. Analizando al TID dentro del DSM 5 Spiegel y colaboradores llegan a la conclusión de que no hay una descripción compleja del fenómeno clínico en sí, lo que conlleva a que no haya una utilidad clínica (2011). Los cambios de personalidad no son comunes dentro de la entrevista y la personalidad principal o anfitriona no siempre es consciente de las personalidades *alter* como para reportarlo en entrevista (Spiegel et al., 2011).

Spiegel y colaboradores también reconocen este como un problema al momento de diagnóstico dado a que solo un 15% de los pacientes muestra cambios de personalidad

durante la entrevista clínica mientras que el porcentaje restante solamente muestra sus personalidades *alter* en momentos de crisis (2011). Adicionalmente a los criterios de diagnóstico del DSM 5 no hay especificaciones con respecto a las personalidades *alter*, por este motivo es que se encuentran dificultades al momento de identificar al trastorno como un TID. Por estos mismos problemas al momento de diagnosticar es que han habido confusiones y se los han tratado como esquizofrénicos, psicóticos o enfermos con trastornos antisociales, tratados con fármacos ineficaces (Miguel, 2017).

Adicionalmente, en el análisis que Spiegel y colaboradores realizan con respecto a las falencias en los criterios de diagnóstico del DSM 5 también proponen siete síntomas que los pacientes con TID presentan comúnmente. Los pacientes muestran accidentes recurrentes de amnesia, experiencias subjetivas de alteración del self, incidentes de incontrolables disociaciones en conducta o discurso, estragos internos por los estados de personalidad, despersonalización, inserción o retiro de pensamiento, y trance espontáneo (Spiegel et al., 2011). Esta información como parte de la conclusión del estudio formado por Spiegel y colaboradores es de suma importancia para los especialistas que tienen dificultades diagnosticando a pacientes con TID. A pesar de ser un gran complemento para los síntomas del DSM 5, dentro de estos siete síntomas propuestos por Spiegel y colaboradores no llegan a explicar correctamente qué es una personalidad *alter*, cómo identificarla y cómo tratarla (2011).

Como un criterio diagnóstico adicional a los presentados en el DSM 5 se es preciso delimitar la edad del paciente. Se está tratando con características diagnósticas relacionadas a problemas de memoria y a la amnesia auto-biográfica. Se conoce que la demencia senil que se caracteriza por pérdida de memoria y deterioro cognitivo de una persona se puede presentar a partir de los 50 años (Ardila, 2004). Para evitar confusiones con la pérdida de

memoria en el TID sería adecuado crear un criterio aparte que distinga entre la disrupción en la memoria auto-biográfica del TID y la pérdida de memoria en la demencia senil.

En conclusión, se puede conceptualizar actualmente a la disociación patológica como una interrupción involuntaria de la integración normal de la conciencia y el control sobre procesos mentales (Spiegel et al., 2011). Complementando al concepto, las presentaciones disociativas agudas están relacionadas a trauma o experiencias abrumadoras donde los síntomas disociativos pueden ser considerados para reducir el estrés subjetivo que acompaña estos eventos (Huntjens & Dorahy, 2015).

Personalidades *alter*.

Adentrándonos al aspecto de las personalidades *alter* hay muy poca información con respecto a las mismas. En un inicio la investigación se relacionaba netamente a la sintomatología disociativa pero ningún autor describió o conceptualizó esta personalidad alterna que se formaba debido a las disociaciones del paciente. Hay bastantes estudios de caso, que eran las primeras publicaciones formales del trastorno, donde se describen las personalidades *alter*. Dentro de cada estudio de caso hay diferentes descripciones de las personalidades *alter* que podía presentar cada paciente en particular.

Debido a la peculiaridad y a la particularidad de cada paciente y la manifestación en sí de cada personalidad *alter* dependiendo del paciente no ha habido muchas investigaciones académicas que analicen a fondo las personalidades *alter* como un fenómeno estandarizado. No obstante autores como Öztürk y Sar afirman que es necesario poder conocer y manejar las personalidades *alter* del paciente para poder tener un tratamiento óptimo (2016). Dentro de la investigación Öztürk y Sar presentan un trabajo bastante amplio con respecto a la formación, uso y objetivo de las personalidades *alter* (2016).

En ausencia de teoría específica, modelos y algoritmos sobre personalidades diferentes o *alter* mantiene el tratamiento del TID como un desafío para el médico promedio (Öztürk & Sar, 2016). Por esta razón los autores proponen dentro de su investigación una definición un poco más amplia con respecto a las personalidades *alter*. Como primera explicación se plantea que los *alters* nacen o emergen en la infancia debido a la tendencia natural de los niños de disociar y pueden pasar años para que la personalidad *alter* se manifieste como una disociación patológica (Öztürk & Sar, 2016). Los autores Öztürk y Sar argumentan que esto es característico de los niños al momento de vivir una experiencia traumática, ellos asumen que la persona que se expuso al trauma no fueron ellos sino alguien diferente a sí mismos (2016). Los mismos autores explican que el TID se desarrolla debido a traumas en la infancia incluidos el abuso y la negligencia (Öztürk & Sar, 2016).

El primer episodio de disociación que da pie para el desarrollo de una personalidad *alter* se da en la infancia. A pesar de esto la presencia de una personalidad *alter* puede manifestarse en una persona a inicios de los años 20 (Spiegel & Cardeña, 1991). Cada personalidad *alter* tiene juicios independientes y diferentes porque cada una está ligada a un grupo particular de percepciones del individuo, limitado aspecto de realidad y cada *alter* reconoce su existencia basada en su trauma de manera única y cerrada (Öztürk & Sar, 2016). Öztürk y Sar explican la formación de los *alters* con tres posibles maneras: la primera es la “enajenación” que explica la dificultad de integrar nuevas percepciones de uno mismo después del trauma, la segunda es “auto reparación” donde la persona guarda una memoria del trauma que se va distorsionando posteriormente, y la tercera es la “activación” donde se explica que los *alters* son activaciones de potencial no utilizado de la persona (2016).

Se provee una explicación adicional con respecto a la personalidad anfitriona o *host*. Se explica que la personalidad anfitriona es quien tiene el control la mayor parte del tiempo y

esta puede tener conocimiento o no de la presencia de otras personalidades *alter* (Öztürk & Sar, 2016). Las personalidades *alter* pueden influenciar en él o hasta suplantarlo y el *host* puede llegar a desarrollar depresión debido a su condición incierta (Öztürk & Sar, 2016). Eso es básicamente lo que se conoce con respecto al *host* los autores argumentan que hasta allí llega la información dentro de la investigación.

En un inicio son considerados mecanismos de defensa, después interfieren con la experiencia de la persona haciendo imposible la asimilación e integración del evento traumático a la autobiografía (Öztürk & Sar, 2016). Explicando de esta manera que en un inicio las experiencias traumáticas se lidian a través de los *alters* debido a la incapacidad de la persona de afrontar la situación, sin embargo posteriormente este mecanismo de afrontamiento que un inicio alivió la sensación o estrés causado por el trauma se vuelve algo patológico.

Mecanismos de afrontamiento.

Dentro de la presente propuesta de investigación se utilizará como base para la misma el concepto presentado por Öztürk y Sar que explica que las personalidades *alter* se consideran como un mecanismo de afrontamiento frente a situaciones de estrés abrumador o experiencias traumáticas (2016). Para continuar con la investigación es necesario explicar el concepto de mecanismo de afrontamiento. La descripción del comportamiento conocido como afrontamiento implica la existencia de un problema real o imaginario y el movimiento hacia su solución o mitigación (Ray, Lindop & Gibson, 1982). Es importante resaltar también que el afrontamiento o los mecanismos de afrontamiento de una persona pueden ser consciente o inconscientemente dirigidos (Ray, Lindop & Gibson, 1982).

Los autores Ray, Lindop y Gibson explican que normalmente el afrontamiento está directamente ligado con el estrés o con situaciones de estrés dado a que se lo ve como una respuesta al mismo (1982). Esta premisa respalda el argumento presentado de que las personalidades *alter* se presentan como mecanismos de defensa ante situaciones de estrés abrumador o experiencias traumáticas. Esta manera de afrontar puede aliviar el dolor inmediato pero posteriormente puede traer inconvenientes a largo plazo.

En lugar de ver el afrontamiento y la defensa como respuestas inconscientes a los conflictos internos, los autores contemporáneos ven el afrontamiento como un comportamiento diseñado para aliviar la angustia emocional o resolver un problema preocupante (McCrae, 1982). A pesar de que la disociación en un inicio puede ser considerada un mecanismo de defensa consciente igual genera patologías posteriores que no siempre pueden ser tratadas de forma consciente. Los conceptos explican que los mecanismos de afrontamiento se centran en cesar el estrés (Ray, Lindop & Gibson, 1982), sin embargo las estrategias que se utilizan consciente o inconscientemente no siempre son apropiadas.

Se sabe relativamente poco de la naturaleza del repertorio de afrontamiento que tienen las personas y se sabe incluso menos de la relativa efectividad de diferentes mecanismos de afrontamiento (Pearlin & Schooler, 1978). Pearlin y Schooler argumentan que la capacidad de afrontamiento viene de los recursos sociales y psicológicos de la persona (1978). Por esta razón la investigación con respecto a mecanismos de afrontamiento tampoco tiene resultados estandarizados. Se ha demostrado que los mecanismos de afrontamiento pueden variar entre culturas y etnias (Lundqvist & Ahlström, 2006)

En una investigación presentada por Pearlin y Schooler se realizó una serie de preguntas con situaciones cotidianas y se requería como respuesta las posibles soluciones que cada persona daba a la situación (1978). Fue una investigación con varias limitaciones debido

a la subjetividad en las respuestas. En la conclusión del trabajo se afirma que lo que una persona haga o deje de hacer para enfrentar sus problemas tiene repercusiones en su bienestar (Pearlin & Schooler, 1978). En este argumento se respalda el hecho de que un mecanismo de defensa mal utilizado puede atentar contra el bienestar de una persona. Las respuestas de afrontamiento disfuncionales o no adaptativas a los síntomas o factores de estrés ambientales se consideran un factor importante en el desarrollo, mantenimiento y resultado de los trastornos psicóticos (Mian, Lattanzi & Tognin, 2018). Por esta razón, la importancia acerca del estudio en mecanismos de defensa ha ido creciendo dentro del ámbito académico.

Para valorar y respaldar el análisis de la salud mental se han desarrollado distintas escalas de afrontamiento como herramienta medible de los mecanismos de afrontamiento. Muchas escalas de afrontamiento se utilizan en el campo de investigación del estrés y salud contribuyendo a un rango de especialidades incluyendo medicina, enfermería y psicología (Kato, 2015). Tsukasa Kato (2015) en su estudio *Frequently Used Coping Scales: A Meta Analysis* recopila 2 000 artículos publicados entre 1998 y 2010 que trataron el uso de una escala de afrontamiento. El hecho de que se publicaran 2 000 o más estudios empíricos con escalas de afrontamiento durante este periodo indica que estas son herramientas de evaluación importantes que se utilizan en la investigación del estrés (Kato, 2015).

Cada una de estas pruebas tiene diferentes escalas las cuales se pretende analizar con los criterios de diagnóstico del TID para contrastar ambas partes y encontrar resultados favorables en la relación entre mecanismos de afrontamiento específicos y las personalidades *alter*. Bajo estos argumentos es posible añadir una nueva herramienta de diagnóstico para el TID. Hay escalas que se utilizan como ayuda para el diagnóstico que son *Dissociative Experiences Scale*, *Dissociative Disorders Interview Schedule*, y *Structured Clinical*

Interview for DSM IV. Sin embargo todas ellas miden síntomas disociativos en general y no se enfocan estrictamente en la presencia de una personalidad *alter*.

Los estudios experimentales destinados a establecer el papel causal de las experiencias disociativas en el procesamiento de información se ven obstaculizadas por la falta de métodos válidos y confiables para inducir disociación en el laboratorio (Huntjens & Dorahy, 2015). En ausencia de métodos válidos y confiables es que se reafirma la importancia añadir una herramienta medible dentro del ámbito de las personalidades *alter*, tema que hasta la actualidad es considerado un tabú para algunos investigadores. Huntjens y Dorahy (2015) argumentan que no son desórdenes místicos porque existen y están entendidos dentro de una clasificación sistematizada, pero es importante que se entiendan fuera de las ya conocidas operaciones cognitivas. Este argumento propone un cambio fuerte en la terapia utilizada bajo las operaciones cognitivas ya conocidas.

Tratamiento.

El primer tratamiento formal se da a mediados del siglo 20 durante la época de Guerra. En esta época se intervenía con soldados de guerra que mostraban sintomatología relacionada a la disociación y al TID. El tratamiento incluía en su mayoría la narcosíntesis para crear un estado crepuscular donde los recuerdos subyacentes al trauma se recordaban y se presentaban en el paciente mediante una expresión emocional (Putnam, 2015). La narcosíntesis involucra el empleo de narcóticos o drogas que lleva al paciente a un estado inducido de somnolencia para que de esta manera el profesional pueda trabajar sobre su inconsciente (Gómez, 1966). Los hallazgos para la época fueron sorprendentes dado a que el tratamiento era altamente efectivo, a los pocos días de aplicarse los soldados regresaban al campo de batalla (Putnam, 2015). Sin embargo, al intentar replicar el tratamiento en

pacientes fuera del enfrentamiento bélico no daban los mismos resultados (Putnam, 2015) y posteriormente hubieron problemas con este tratamiento en particular por el uso de drogas empleadas sobre el paciente (Gómez, 1966).

Posteriormente, y durante mucho tiempo, incluso hasta finales del siglo 20 se creía en la hipnosis como un buen tratamiento para las personas con TID. Entre los argumentos de este tratamiento estaba la idea de que para este trastorno era necesario conocer las estructuras internas de personalidad de la persona. Para acceder a estos estados internos se podía utilizar la auto hipnosis, la hipnosis formal, las imágenes guiadas y el trance inducido por drogas (Fraser, 1993). La idea principal en este tratamiento es poder manejar al sistema interno de distintos egos de la persona para guiarlos a un estado de resolución (Fraser, 1993). Por razones éticas ya no es considerado este como un tratamiento viable, pero durante mucho tiempo era la manera que tenían los especialistas de procurar al paciente.

Actualmente, no existe en publicaciones científicas un tratamiento estandarizado o un tratamiento recomendado para la intervención de pacientes con TID. A pesar de esto el tratamiento considerado como más efectivo para el TID es la psicoterapia orientada en las fases (Öztürk & Sar, 2016). Este tratamiento está compuesta por tres fases: estabilización (alivio de las crisis diarias), trabajo con trauma, e integración (unificación de distintas estructuras mentales) (Öztürk & Sar, 2016). Este es el tratamiento más actual y el más eficaz en medida de lo posible. Por los problemas con el concepto de la enfermedad y problemas con el diagnóstico han habido también cambios y problemas con el tratamiento.

En el tratamiento de los trastornos disociativos la atención a las conceptualizaciones de disociación es útil para reconocer los recursos de adaptación que muchos pacientes disociativos brindan al momento de intervención. La atención a estos conceptos sirve también para no romantizar los síntomas severamente perturbadores, la disfunción de la vida y la

disociación que experimentan los pacientes disociativos (Spiegel et al., 2011). Muchos autores tienen problemas delimitando el concepto y más problemas aún al momento de intervenir con la personalidad alter.

La disociación es una respuesta psicológica que mejora la supervivencia de los individuos durante y después de un evento traumático (Myrick & Brand, 2016). A pesar de esto el TID es una disociación demasiado compleja para ser abarcada en tratamiento a través del trauma. La más fuerte sintomatología en el TID es la personalidad alter que dentro de los tratamientos que abordan trauma no le incluyen como sintomatología. Por esta razón es prácticamente imposible tener una intervención exitosa de TID que se abordaba desde el trauma. Bajo este argumento resalta la importancia de analizar los mecanismos de afrontamiento de la persona dentro del tratamiento. Con la propuesta planteada se desarrollará una nueva herramienta de diagnóstico que abarque estas falencias encontradas al momento de la investigación.

Diseño y Metodología

Diseño.

La presente investigación empleará un método cuasi experimental, es decir, no aleatorio pero con el mismo propósito de identificar relación causal entre dos variables (Bono, 2012). Tendrá un enfoque cuantitativo basado en la información obtenida del TID y su posible relación con los mecanismos de afrontamiento. Este método permitirá la obtención de resultados numéricos en base a la batería de pruebas propuesta en las herramientas. Se contrastará los resultados para conocer si existen diferencias significativas entre grupos de investigación.

Para la metodología de investigación escogida se delimitaron variable dependiente e independiente. Para la variable independiente se utilizarán tres cuestionarios que miden los estilos de afrontamiento de la persona. Como variable dependiente habrá dos grupos a comparar, una muestra de personas diagnosticadas con TID y una muestra de personas sin diagnóstico. Dentro del diseño del experimento se trabajará de manera transversal. De este modo se procederá a seleccionar a dos grupos un grupo control y un grupo de pacientes. A continuación bajo la tutela de un profesional en el área se tomarán tres pruebas en mecanismos de afrontamiento. Para finalizar se analizarán los resultados entre ambos grupos. Este proceso se realizará una sola vez.

Población.

Dentro de las condiciones demográficas se pretende trabajar con un grupo de personas de clase media y media alta con estudios intermedios. Debido a la epidemiología del trastorno no existe literatura con respecto al TID donde se especifique a qué sector demográfico es el más afectado. Sin embargo debido a la complejidad que puede existir en la comprensión de las pruebas que se van a utilizar se prefiere trabajar con una población estudiada. El TID tampoco hace distinciones en el diagnóstico entre etnias, sin embargo se ha demostrado que los mecanismos de afrontamiento pueden variar entre culturas y etnias. Por lo cual, para este trabajo se pretende trabajar con un grupo de personas mestizas provenientes de Quito.

En la literatura del TID no consta de un rango de edad específico en el cual pueda presentarse el trastorno. Debido a las condiciones diagnósticas del TID para este estudio se prefiere trabajar con un rango de edad relativamente joven. La presencia de una personalidad *alter* puede manifestarse en una persona a inicios de los años 20 por lo cual es necesario trabajar con una población pasada la adolescencia. La demencia puede presentarse en una

persona adulta a partir de los 50 años. Debido a que una de las características diagnósticas del TID es la amnesia autobiográfica se prefiere trabajar con gente menor a esta edad para evitar confusiones entre amnesia y demencia senil. En base a estos argumentos se delimitará el rango de edad de los participantes entre 25 y 40 años.

Idealmente se trabajaría con un grupo de por lo menos 10 pacientes diagnosticados con TID. Es fundamental que los pacientes hayan reportado por lo menos dos personalidades *alter* para cumplir con los criterios de diagnóstico del DSM 5. Con respecto al grupo control se utilizará el mismo rango de edad que en el grupo de personas con diagnóstico. De igual manera se escogerá 10 personas al azar. Considerando las posibles dificultades al momento de conformar el grupo de personas diagnosticadas se esperará a que este grupo se conforme para delimitar las características del grupo control. Al conocer las características de las personas con diagnóstico se quiere tener un grupo control relativamente similar al de las personas con diagnóstico, las mismas edades, procedencia y género.

Instrumentos o materiales.

Dentro de los instrumentos se utilizarán tres cuestionarios. Estas herramientas psicométricas miden y categorizan los diferentes mecanismos de afrontamiento que puede presentar una persona al momento de enfrentarse a una situación apreciada como estresante. Estas herramientas psicométricas fueron escogidos en base a un meta-análisis que expone la frecuencia de uso de estos cuestionarios en un ámbito clínico y su concurrencia en publicaciones científicas (Kato, 2015). Estos tres cuestionarios son *Ways of Coping Questionnaire*, *Coping Strategy Questionnaire* y *Coping Inventory for Stressful Situations*.

El primer cuestionario a utilizar es el *Ways of Coping Questionnaire* (WCQ por sus siglas en inglés) que consta de 66 items medidos en 4 puntos de formato tipo Likert. En este

formato 0 significa “no usado”, 1 es “un poco usado”, 2 es “muy usado”, y 3 es “usado la mayor parte del tiempo”. Folkman y Lazarus (1988) encontraron que estos 66 ítems podían clasificarse en ocho constructos empíricos. Estos constructos son los siguientes: afrontamiento confrontativo, distanciamiento, control propio, apoyo social, aceptación de responsabilidad, escapar y evadir, resolución planeada de problemas, y reevaluación positiva (Wineman, Durand & McCulloch, 1994). Para concluir esta prueba Folkman y Lazarus (1988) argumentaron que estas categorías se ven reflejadas en dos estilos de afrontamiento básicos: afrontamiento enfocado al problema y afrontamiento enfocado a la emoción

La siguiente herramienta psicométrica que se va a utilizar es el *Coping Strategy Questionnaire* (CSQ por sus siglas en inglés) la cual fue creada por Rosenstiel and Keefe en 1983. Estructurado actualmente con 27 ítems el cuestionario se divide en seis técnicas de afrontamiento cognitivas y una técnica de afrontamiento relacionada a la conducta (Swartzman, Gwadry, Shapiro & Teasell, 1994). Las seis técnicas cognitivas son: desviar la atención, reinterpretar sensaciones de dolor, afrontar auto afirmaciones, ignorar sensaciones, esperanza o rezo, y catastrofizar (Swartzman, Gwadry, Shapiro & Teasell, 1994). La técnica de conducta es aumentar las actividades de comportamiento. Las respuestas de este cuestionario se miden en 7 puntos de una escala de formato tipo Likert. En esta escala 0 representa “no control ni habilidad para disminuir el dolor” hasta 6 que representa “completo control y habilidad para disminuir el dolor” (Swartzman, Gwadry, Shapiro, & Teasell, 1994).

La última herramienta a utilizar es el *Coping Inventory for Stressful Situations* (CISS por sus siglas en inglés) la cual fue desarrollada por Endler y Parke en 1990. Esta prueba ubica las respuestas en tres categorías de afrontamiento: afrontamiento orientado a tareas, afrontamiento orientado a las emociones y afrontamiento orientado a evitar el problema (Cosway, Endler, Sadler & Deary, 2000). Esta prueba está compuesta por 48 ítems que se

responden en una escala de 5 puntos de tipo Likert (Cosway, Endler, Sadler & Deary, 2000). Lo que esta prueba pretende analizar son los mecanismos de defensa ligados netamente a la persona y a su manera particular de lidiar con el problema (Cosway, Endler, Sadler & Deary, 2000).

La razón por la cual se escogieron los cuestionarios para desarrollar esta investigación es por su frecuente uso en estudios científicos. Estos cuestionarios se encuentran presentes en alrededor de 2 000 publicaciones científicas (Kato, 2015). Además de esto se los escogió porque dentro del estudio de mecanismos de afrontamiento no existen muchas herramientas diseñadas para medir las estrategias y estilos de afrontamiento (Cosway, Endler, Sadler & Deary, 2000). Hay autores que afirman que a pesar del uso desmesurado de estos, los cuestionarios no tiene una validez alta y sus resultados son aún inconclusos (Edwards & O'Neill, 1998).

Debido a la falta de investigación y de trabajo empírico en el ámbito de mecanismos de afrontamiento se han encontrado pocas herramientas que cumplan con las características de análisis en distintos tipos de afrontamiento. Las herramientas existentes tienen poca confiabilidad dado a que estas herramientas no pueden replicarse entre diferentes poblaciones (Wineman, Durand & McCulloch, 1994). Los mecanismos de afrontamiento son una característica personal que está ligada particularmente a la persona que la ejecuta y a su situación. En varios estudios ya se ha analizado que los cuestionarios no presentan los mismos resultados para dos grupos de estudio diferentes (Wineman, Durand & McCulloch, 1994). Este argumento es válido dado a que pacientes con una enfermedad terminal y pacientes con problemas de estrés afrontan de diferente manera su situación en particular.

En estudios donde se analiza el factor estructural de las pruebas en mecanismos de defensa se han encontrado resultados favorecedores al momento de usar estas herramientas.

Para respaldar el uso de los instrumentos psicométricos se presentará a continuación unos datos estadísticos que se encontraron en diferentes análisis de factores estructurales relacionados a la confiabilidad del instrumento. El alfa de Cronbach que resultó del WCQ fue de 0.61 a 0.79 (Wineman, Durand & McCulloch, 1994), el resultado que dio CSQ fue de 0.70 a 0.89 (Mishel, Sorenson, Hilbert & Jacobson, 1993), y el resultado del CISS fue de 0.72 a 0.91 (Hastie, Riley & Fillingim, 2004).

Estos resultados son bastante buenos a nivel de confiabilidad. La confiabilidad es el grado en el que un instrumento de varios ítems mide consistentemente una muestra o población (Celina Oviedo & Campo Arias, 2005). El alfa de Cronbach que son los datos presentados con anterioridad es el índice de consistencia interna que presentan las pruebas en los análisis. Mientras más cercano al 1 sea este número mayor consistencia tienen sus escalas internas (Celina Oviedo & Campo Arias, 2005), en este caso el cuestionario más confiable sería el CISS.

En estos datos estadísticos se puede resaltar que la confiabilidad del WCQ no es tan ideal para utilizar en el trabajo. No obstante dentro del mismo análisis de estructura se concluye la razón de estos resultados relativamente bajos. El alfa de Cronbach también mide que tanto la herramienta puede ser replicada. Al momento de ser replicada, dado a que las personas tienen diferentes mecanismos de defensa intrínsecos a ellas mismas, los resultados entre poblaciones siempre van a variar. Como recomendación de los autores se propone trabajar con muestras grandes de población para poder estandarizar los resultados (Wineman, Durand & McCulloch, 1994).

Al dar un buen uso a estos cuestionarios y aplicarlos dentro de los parámetros que indican los profesionales son herramientas psicométricas de alta validez y confiabilidad. Se ha demostrado que su uso es frecuente y que han contribuido dentro de la investigación en

mecanismos de afrontamiento. En base a estas consideraciones se planea trabajar con estas herramientas.

Procedimiento de recolección de datos.

La recolección de datos se realizará en una muestra de pacientes diagnosticados con TID que se encuentren internos en dos hospitales psiquiátricos de la ciudad de Quito, el Hospital de Especialidades y Fuerzas Armadas, y el Hospital Psiquiátrico Julio Endara. El primer hospital trabaja con población militar, por lo cual hay gran probabilidad de que sea población expuesta a trauma. El Julio Endara tiene también una amplia gama de trastornos por lo cual es un buen lugar para encontrar personas con TID. Como se mencionó anteriormente el ideal sería trabajar con por lo menos 10 pacientes que estén diagnosticados con el trastorno. En cuestión a permisos, dentro del ámbito hospitalario se explicaría el procedimiento para que se apruebe y poder realizarlo dentro del mismo hospital.

El procedimiento consistiría en realizar los tres diferentes cuestionarios a cada paciente y al grupo control de personas sin diagnóstico. La entrevista sería individualizada donde estarían el profesional y el paciente. El profesional es quien tendrá los cuestionarios, leerá las preguntas para que el paciente las responda e irá anotando las respuestas. El profesional será quien lea las preguntas y explique si es necesario para un mejor entendimiento del paciente. Los cuestionarios no son extensas por lo cual se podría trabajar con cada paciente y terminar la intervención en una hora.

El procedimiento con el grupo control será igual. La entrevista va a ser personalizada y de igual manera el profesional será quien lea las preguntas. Con respecto al acercamiento de este grupo será más selectivo con respecto a las edades de los mismos, para lograr un grupo relativamente similar en características al grupo de pacientes. De igual manera la

intervención duraría alrededor de una hora y podrá ser realizada dentro de las instalaciones de la Universidad San Francisco de Quito.

Análisis de los datos.

Una vez recogidos los datos se debe plantear una hipótesis para empezar con el análisis de los mismos. En esta investigación se plantean dos hipótesis para poder realizar un análisis estadístico adecuado. La hipótesis nula argumenta que no hay diferencias entre las dos poblaciones y los mecanismos de afrontamiento que estas utilizan. La hipótesis alternativa que es la que propone el estudio es que la población de pacientes con TID presenta diferencias con los resultados de la población sin TID en relación a los mecanismos de afrontamiento.

La herramienta que se va a utilizar para demostrar las diferencias significativas entre los grupos y así aceptar o rechazar una hipótesis es ANOVA. A grandes rasgos lo que se pretende con un ANOVA es determinar el efecto de una variable dependiente Y en distintos niveles de un factor X (Terrádez & Juan, 2003). Gracias a este análisis se podrá determinar si los distintos factores X tienen un impacto en la variable dependiente Y. En este análisis se compara una media de variación entre diferentes niveles con una media de variación dentro de cada nivel que se conoce como error (Terrádez & Juan, 2003). En caso de que se concluya que estas medias son distintas se aceptará la hipótesis alternativa como verdadera y caso contrario al no encontrar diferencias se aceptará la hipótesis nula (Terrádez & Juan, 2003).

Para la propuesta de investigación se utilizará como variable dependiente a los dos grupos control y pacientes con TID. Los diferentes factores X serán las diferentes categorías que presentan las pruebas en mecanismos de afrontamiento. De esta manera se pretende

analizar los resultados entre grupos y si en efecto las personas con TID poseen preferencia a mecanismos de afrontamiento distintos a los de las personas en el grupo control.

Consideraciones Éticas

El estudio procederá a realizarse bajo las normas del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad San Francisco de Quito. Por lo cual, el Anexo 1 es un formulario de consentimiento informado donde se encuentra toda la información del trabajo de investigación que se va a realizar. Las personas que formen parte del trabajo estarán informadas en su totalidad con respecto a la descripción del trabajo, los contactos a quienes puede acudir en caso de inquietudes y lo que se hará con la información recolecta.

En esta descripción del trabajo constan los objetivos de la investigación, el procedimiento y se aclarará que la participación es completamente voluntaria. Si concuerdan con los términos del trabajo procederán a firmar el documento y de esta manera formarán parte de la investigación. Se puede presentar el caso de que la persona no se sienta conforme una vez empezado el procedimiento o que a su vez encuentre repercusiones negativas a lo largo de la investigación. En dado caso la persona se encuentra en pleno derecho de retirarse en cualquier punto de la intervención y sin necesidad de concluir con la misma.

Como parte importante de las consideraciones éticas, al momento de empezar a trabajar con el participante se asegurará de cuidar al máximo su identidad. Los participantes se mantendrán bajo anonimato para de esta manera procurar su bienestar. Las personas durante las tres pruebas en mecanismos de defensa deben colaborar con su edad, procedencia y estudios. Dentro de la metodología de la investigación no se requiere más información por lo cual la identidad de los participantes queda en completo anonimato. De este modo no se

recolectará información ligada a la identidad personal de los participantes en ningún espacio de la intervención para evitar repercusiones negativas para los mismos.

Debido a las características de la investigación las intervenciones serán cortas con los tres cuestionarios. Por motivos estructurales los cuestionarios no precisan respuestas complejas sino la elección de un rango dado. Por este motivo también las pruebas no ahondan en temas muy personales por lo cual existe mayor facilidad para responderlas sin invadir o incomodar al participante. Tomando en cuenta estas consideraciones se cuidará en todo momento la comodidad y seguridad del participante dentro de la investigación. Con las medidas mencionadas se proveerá una intervención óptima trabajada bajo las normas éticas requeridas.

Discusión

El interés de la investigación nace debido a la conceptualización errónea de un trastorno que además se encontraba rodeado de tabúes. El TID hasta la actualidad se encuentra rodeado de malas interpretaciones y carece de un concepto estandarizado por profesionales. Por esta razón, a lo largo de la investigación se encontraron varios retos ligados a los temas que se estaban tratando. De estos retos nacen varias limitaciones en el estudio dado a la carencia de literatura para abarcar correctamente al trastorno. No obstante también se encontraron varias fortalezas al momento de incursionar dentro de este tema. En base a esta propuesta se puede abrir el interés y dar paso a nuevas investigaciones sobre el TID.

Fortalezas y limitaciones de la propuesta.

Dentro de las fortalezas en la investigación está la relevancia bibliográfica que tiene al ser una de las pocas literaturas que trata con respecto a la relación entre mecanismos de afrontamiento y TID. Dentro de la literatura actualmente no se encuentran análisis relacionando ambas variables lo cual puede dar paso a un mayor interés con respecto al trastorno. Esta propuesta abre camino a un campo nuevo de investigación dentro del área de la disociación.

Otra de las fortalezas también se encuentra el hecho de proveer de una herramienta de diagnóstico para un trastorno que carece de consistencia al momento de su diagnóstico. Al ser un trastorno muy poco tratado no hay buenas aplicaciones de tratamiento y no hay un diagnóstico eficaz. La contribución que tendría esta herramienta, en caso de probar una relación positiva entre variables, daría una nueva visión con respecto a tratamiento y a identificación del trastorno. Al encontrar relación con mecanismos de afrontamiento se podría abordar al tratamiento desde estos y no desde la disociación o el trauma. Lo que se pretende con esta herramienta es justamente una mejor identificación y mejor tratamiento.

Con respecto a las limitaciones del trabajo se considera que en su gran mayoría fueron limitaciones relacionadas a la literatura utilizada. Debido a la complejidad del tema de estudio planteado no se encontraron suficientes fuentes bibliográficas. Adicional a esto las fuentes bibliográficas que se encontraron tocaban el tema superficialmente de manera que la información obtenida resultaba muy general para el análisis posterior. Dentro de la bibliografía se encontró solamente una publicación escrita por Öztürk y Sar (2016) que estaba relacionado con las personalidades *alter*. Por esta razón no se pudo hacer un análisis más complejo de las mismas y este sirvió como único referente para la investigación.

Los estudios de caso fueron una limitación adicional a la literatura citada. Esto se debe a que se encontraron estudios de caso en gran cantidad pero no se contó con estudios que analicen una población grande de personas con TID. Los estudios de caso contribuyeron como literatura adicional y como ayuda para identificar las diferentes maneras en las que se puede presentar la sintomatología del TID. Sin embargo al momento usarlo dentro de la investigación no eran de mayor relevancia porque no eran investigaciones estandarizadas ni replicables.

Una limitación extra fue la enfermedad en sí. Las características de la enfermedad son bastante complejas para un entendimiento superficial y no se ha dado estudios exhaustivos relacionado con una población de pacientes con TID. No se puede argumentar que haya habido una falta de interés con respecto al TID en anteriores autores. De todas formas sí se puede afirmar que el TID no ha tenido la investigación suficiente para entenderlo en su totalidad. Dentro de la literatura aún en la actualidad se presentan bastantes incongruencias en conceptos, síntomas y tratamiento.

Al momento de trabajar con herramientas validadas en mecanismos de defensa la investigación se torna más concreta dado a la obtención de números cerrados como resultados. Sin embargo en cuestiones de validez también se encontraron limitantes con estas pruebas. Las razones se explican dentro de la metodología pero en términos generales el uso de mecanismos de defensa no se puede estandarizar. Esto se debe a que las diferentes poblaciones clínicas proceden de diferente modo dependiendo de su entorno y situación. Esta limitación ofrece dentro del mismo marco conceptual una solución. No es que no sean válidos los cuestionarios, pero necesitan una muestra grande sobre la cual trabajar para de esta manera ser validados y replicables.

Recomendaciones para futuros estudios.

Para todo estudio es de gran importancia la literatura que se utilice y debido al tema a tratar hubo bastantes complicaciones al momento de seleccionar la literatura utilizada. Para futuros estudios se recomienda una correcta delimitación y utilización de la literatura. Una de las limitaciones más fuertes del trabajo fue la escasa literatura con respecto al trastorno. Dentro de la literatura publicada en revistas científicas también se encuentra mucha literatura que presenta al TID como un trastorno sobre natural y a pesar de ser publicaciones científicas no son de relevancia para una investigación formal.

El TID es un trastorno que está conceptualizado a groso modo, es decir, de una manera superficial. Es un trastorno que por problemas en el concepto todavía no se encuentra estandarizado. Durante la recolección de la literatura se encontraron bastantes estudios de caso. Al no ser estudios estandarizados estas publicaciones distorsionaron el argumento principal de la investigación porque cada publicación aportaba con información completamente diferente. Se recomienda que al leer los estudios de caso se encuentre la importancia en la descripción de los síntomas. Si bien la información encontrada en un estudio de caso no puede ser citada como una verdad absoluta, leer los estudios de caso aporta con un conocimiento general de cómo se manifiesta el trastorno en diferentes pacientes.

Para poder realizar el trabajo de investigación de manera concreta el tema se tuvo que delimitar hasta tratar un criterio de diagnóstico específico y una cualidad ligada a este mismo. Esta investigación se basó en el análisis de una característica individual (mecanismos de afrontamiento) y un criterio de diagnóstico del trastorno (personalidad *alter*). Se recomienda que al momento de realizar una investigación relacionada al TID se lean diferentes autores y se delimite la investigación a una característica cerrada del trastorno. Hay muy pocos autores

que concuerdan con argumentos de otros autores por lo cual también es importante investigar la cantidad de publicaciones de cada autor para ver la importancia científica que tiene en el campo.

Adicional a la bibliografía, como parte de las limitaciones en el estudio se encontró problemas con la validez de los cuestionarios utilizados en mecanismos de afrontamiento. Los resultados obtenidos en estas pruebas son valiosos en el sentido en que dan pie para futuras investigaciones dentro del mismo campo. Para futuros estudios se propondría una prueba en mecanismos de afrontamiento exclusiva para identificar la personalidad alter en base a los resultados obtenidos en el análisis de datos que propone la investigación.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2014) *Guía de Consulta de los Criterios de Diagnóstico del DSM-5*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Ardila, G. P. (2004). Demencia: la epidemia silenciosa del III milenio. *Revista Salud UIS*, 36(3).
- Barlow, D. H., & Durand V. M. (2003). *Psicopatología*. Madrid, España: Thomson. Paquete de Lectura Digital en el D2L.
- Celina Oviedo, H., & Campo Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista colombiana de psiquiatría*, 34(4).
- Cosway, R., Endler, N. S., Sadler, A. J., & Deary, I. J. (2000). The Coping Inventory for Stressful Situations: Factorial Structure and Associations With Personality Traits and Psychological Health 1. *Journal of applied biobehavioral research*, 5(2), 121-143.
- De Levita, D. J. (2019). *The concept of identity* (Vol. 2). Walter de Gruyter GmbH & Co KG.
- Dorahy, M. J., Brand, B. L., Şar, V., Krüger, C., Stavropoulos, P., Martínez-Taboas, A., & Middleton, W. (2014). Dissociative identity disorder: an empirical overview. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(5), 402-417.
- Edwards, J. R., & O'Neill, R. M. (1998). The construct validity of scores on the Ways of Coping Questionnaire: Confirmatory analysis of alternative factor structures. *Educational and Psychological Measurement*, 58(6), 955-983.
- Felton, B. J., & Revenson, T. A. (1984). Coping with chronic illness: A study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 52(3), 343.
- Fraser, G. A. (1993). Dissociation: Vol. 6, No. 2/3, p. 193-198: Special treatment techniques to access the inner personality system of multiple personality disorder patients.

- Gleaves, D. H. (1996). The sociocognitive model of dissociative identity disorder: a reexamination of the evidence. *Psychological bulletin*, 120(1), 42.
- Greaves, G. B. (1993). A history of multiple personality disorder. *Clinical perspectives on multiple personality disorder*, 355-380.
- Gómez, L. L. (1966). *En torno a la legalidad del narcoanálisis* (Doctoral dissertation, Universidad).
- Hastie, B. A., Riley III, J. L., & Fillingim, R. B. (2004). Ethnic differences in pain coping: factor structure of the coping strategies questionnaire and coping strategies questionnaire-revised. *The Journal of Pain*, 5(6), 304-316.
- Huntjens, R. J., Dorahy, M. J., & van Wees-Cieraad, R. (2013). Dissociation and memory fragmentation. *Cognitive behavioural approaches to the understanding and treatment of dissociation*, 92-103.
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(2), 115-187.
- Kato, T. (2015). Frequently used coping scales: A meta-analysis. *Stress and Health*, 31(4), 315-323.
- Kong, L. L., Allen, J. J., & Glisky, E. L. (2008). Interidentity memory transfer in dissociative identity disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(3), 686.
- McCrae, R. R. (1982). Age differences in the use of coping mechanisms. *Journal of Gerontology*, 37(4), 454-460.
- Lundqvist, L. O., & Ahlström, G. (2006). Psychometric evaluation of the Ways of Coping Questionnaire as applied to clinical and nonclinical groups. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(5), 485-493.

- Mian, L., Lattanzi, G. M., & Tognin, S. (2018). Coping strategies in individuals at ultra-high risk of psychosis: A systematic review. *Early intervention in psychiatry, 12*(4), 525-534.
- Mishel, M. H., Sorenson, D. S., Hilbert, G. A., & Jacobson, S. F. (1993). Revision of the ways of coping checklist for a clinical population. *Western Journal of Nursing Research, 15*(1), 59-76.
- Myrick, A. C., & Brand, B. L. (2016). Dissociation, Dissociative Disorders, and PTSD. *Comprehensive Guide to Post-Traumatic Stress Disorders, 41-59.*
- Miguel, A. B. A. D. (2017). Múltiple (2017) de M. Night Shyamalan. Trastorno de identidad disociativo: otra vuelta de tuerca. *Revista de Medicina y Cine, 13*(4), 159-170.
- Öztürk, E., & Sar, V. (2016). Formation and Functions of Alter Personalities in Dissociative Identity Disorder: A Theoretical and Clinical Elaboration. *J Psychol Clin Psychiatry, 6*(6), 00385.
- Parry, S., Lloyd, M., & Simpson, J. (2018). "It's not like you have PTSD with a touch of dissociation": Understanding dissociative identity disorder through first person accounts. *European Journal of Trauma & Dissociation, 2*(1), 31-38.
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of health and social behavior, 2*-21.
- Putnam, F. W. (2015). Dissociative disorders. *Developmental Psychopathology: Volume Three: Risk, Disorder, and Adaptation, 657-695.*
- Ray, C., Lindop, J., & Gibson, S. (1982). The concept of coping. *Psychological Medicine, 12*(2), 385-395.
- Spiegel, D., & Cardena, E. (1991). Disintegrated experience: The dissociative disorders revisited. *Journal of abnormal psychology, 100*(3), 366.

- Spiegel, D., Loewenstein, R. J., Lewis-Fernández, R., Sar, V., Simeon, D., Vermetten, E. & Dell, P. F. (2011). Dissociative disorders in DSM-5. *Depression and anxiety, 28*(9), 824-852.
- Swartzman, L. C., Gwadry, F. G., Shapiro, A. P., & Teasell, R. W. (1994). The factor structure of the Coping Strategies Questionnaire. *Pain, 57*(3), 311-316.
- Wineman, N. M., Durand, E. J., & McCulloch, B. J. (1994). Examination of the factor structure of the Ways of Coping Questionnaire with clinical populations. *Nursing Research.*

ANEXOS

ANEXO A: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

DATOS DE IDENTIFICACIÓN	
Título de la Investigación	¿Cómo y hasta qué punto el alter ego descrito en los Trastornos de Identidad Disociativa se relaciona con un estilo de afrontamiento específico y cómo esto puede contribuir para el tratamiento?
Investigador Principal	Tania Alejandra Luna Bastidas Estudiante de Psicología de la Universidad San Francisco de Quito tania.luna2305@gmail.com
Co-investigadores	No hay co-investigadores
Persona de contacto	Tania Alejandra Luna Bastidas 0958994839/2248972 tania.luna2305@gmail.com
Nombre de director de tesis y correo electrónico	María Sol Garcés sgarces@usfq.edu.ec
Fecha de inicio de la investigación	septiembre 2018
Fecha de término de la investigación	Agosto 2019
Financiamiento	Personal

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	
Objetivo General	Contrastar los resultados de una batería de pruebas en mecanismos de afrontamiento dentro de una población de pacientes con trastorno de identidad disociativa para de esta forma proveer un mejor entendimiento de las personalidades <i>alter</i> y proporcionar nuevas herramientas para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.
Objetivos Específicos	Analizar los resultados en las pruebas de mecanismos de defensa para encontrar una diferencia significativa entre el grupo de pacientes con TID y un grupo control sin diagnóstico. Discriminar las similitudes o diferencias en mecanismos de defensa encontrados dentro del grupo de pacientes con TID para mejor entendimiento de sus estrategias de afrontamiento.
Diseño y Metodología del estudio	El presente estudio es de tipo cuantitativo cuasi experimental transversal. Como herramientas se utilizará

una batería de pruebas que consta de tres cuestionarios especializados en mecanismos de afrontamiento. La selección de estos tres cuestionarios se da en base a un meta-análisis realizado en la frecuencia de uso de estos en trabajos científicos. Esta batería de pruebas será planteada como variable independiente. Para la muestra se utilizarán dos grupos, un grupo de personas diagnosticadas con TID y un grupo control de personas no diagnosticadas como variables dependientes. Las muestras se seleccionarán dentro de dos casas de salud y dentro de la ciudad de Quito respectivamente. La muestra se calcula en base a los criterios diagnósticos del trastorno y la muestra del grupo control se calcula para tener una homogeneidad entre muestras. Una vez realizados los cuestionarios el análisis de datos se realizará con una herramienta estadística llamada Anova donde se contrastarán las respuestas de ambos grupos con el fin de hallar una diferencia significativa.

Procedimientos

Primero se reclutará a las personas que van a formar parte de este trabajo. La selección de la muestra con TID se realizará en el Hospital de Especialidades y Fuerzas Armadas y en el Hospital Julio Endara. En estas dos casas de salud se trabaja con una amplia gama de trastornos mentales por lo tanto es factible encontrar casos relacionados con disociación. Debido a los criterios de exclusión la selección de la muestra para el grupo control se realizará dentro de la Universidad San Francisco de Quito. Primero se introducirá el proyecto con la finalidad de que la muestra conozca el objetivo y contribución de su participación. Si accede a formar parte de la investigación se facilitará al participante la hoja del consentimiento informado para que la firme. Inmediatamente aceptada la participación se procederá a aplicar una batería de tres pruebas en mecanismos de afrontamiento. Las pruebas serán llevadas a cabo entre el investigador y el participante. El investigador es quien leerá las preguntas al participante para que este dicte las respuestas. Si hay alguna duda el investigador estará presente en todo momento para proveer de una explicación y de este modo haya mayor comprensión por parte del participante. Finalizada la recolección de datos se procederá a introducirlos a la herramienta estadística Anova donde se demostrará si existe o no una diferencia significativa entre los grupos encuestados.

Recolección y almacenamiento de los datos

Los resultados obtenidos se mantendrán dentro de la Universidad durante dos años y solo tendrán acceso a estos datos la investigadora principal y la tutora de la investigación. Todos los datos se utilizarán de manera anónima. Esto quiere decir que en ningún punto de la investigación se utilizarán o se publicarán nombres ni resultados específicos de los participantes. Los datos se usarán con la finalidad de ser representados en hechos de validez y confiabilidad.

Herramientas y equipos

Hay tres herramientas que se utilizarán para la investigación, los cuestionarios: WaysofCopingQuestionnaire, CopingStrategyQuestionnairey CopingInventoryforStressfulSituations. A parte de los cuestionarios físicos se consta con una herramienta virtual para ingresar los datos obtenidos llamada Anova. Los datos recolectados serán ingresados en Anova para contrastar los resultados y corroborar la existencia de una diferencia significativa.

JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA DEL ESTUDIO

Se debe demostrar con suficiente evidencia por qué es importante este estudio y qué tipo de aporte ofrecerá a la comunidad científica.

En la actualidad no existen muchas herramientas de diagnóstico para el Trastorno de Identidad Disociativa. Dentro de estas herramientas de diagnóstico no existe ninguna basada en mecanismos de afrontamiento. La importancia de la investigación nace de proveer una herramienta de diagnóstico medible que facilite la identificación de pacientes con TID. Esta herramienta tendrá de igual manera posterior impacto en el

tratamiento.

DESCRIPCIÓN DE LOS ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO

Criterios para la selección de los participantes

Se escogerán dos grupos de participantes, un grupo con diagnóstico de TID y un grupo sin diagnóstico o grupo control. Se reclutará dentro de un rango de edad de 25 a 40 años. La muestra se recolectará dentro de una población mestiza y educada hasta el bachillerato ubicada en la ciudad de Quito.

Riesgos

No existen riesgos ni de salud física ni mental para los participantes de la investigación. Los cuestionarios no comprometen temas personales de modo que los participantes no se vean afectados de ninguna manera. Sin embargo si hay sensación de que el cuestionario puede llegar a afectarlo el participante puede abandonar la intervención cuando lo desee.

Beneficios para los participantes

Los resultados de las pruebas se darán a conocer a cada uno de los participantes. Si el participante lo desea se puede hacer una intervención con un profesional para explicar las habilidades de afrontamiento que tiene cada persona y de esta manera proporcionarles de una información extra que les puede servir como herramienta para manejar de mejor manera situaciones a futuro, tanto a los pacientes como a los participantes del grupo control.

Ventajas potenciales a la sociedad *Incluir solo ventajas que puedan medirse o a lo que se pueda tener acceso*

Los resultados de las pruebas darán pie a nuevas herramientas de diagnóstico para un trastorno con dificultades de bibliografía, diagnóstico y tratamiento. Entre las ventajas para la sociedad está proveer esta nueva herramienta y mejorar la intervención del trastorno.

Derechos y opciones de los participantes del estudio

Usted puede estar en desacuerdo con la investigación negándose a ser partícipe de la misma. Al momento de aceptar formar parte de la investigación el usted también está en derecho de abandonar la intervención en el momento que así lo desee.

Seguridad y Confidencialidad de los datos

Dentro de las consideraciones del estudio es muy importante mantener la privacidad de los participantes. Por esta razón se aplicaran las medidas necesarias para que no haya publicación ni acceso a sus datos personales. Al momento de desarrollar las pruebas usted será asignado con un número para identificarlo. Este número reemplazará su nombre y solo el investigador tendrá acceso a la base de datos donde se encuentran los resultados personales de cada participante.

Para esta investigación no es necesario que se tome de usted ningún tipo de muestra. Por lo tanto dentro de este ámbito usted no corre el riesgo de exposición de datos.

Su nombre no será mencionado en ningún reporte ni publicación.

Usted tiene el respaldo del Comité de Bioética de la Universidad San Francisco de Quito, por lo tanto si llegasen a haber problemas ellos tendrán acceso a la información y a los datos.

Consentimiento informado

El formulario del consentimiento informado será explicado por el investigador antes de llevarse a cabo la intervención con las tres pruebas en mecanismos de afrontamiento. El investigador estará encargado de que el participante entienda a cabalidad el motivo, desarrollo y finalidad de la investigación antes de formar parte de la misma. El consentimiento informado a su vez se adjuntará a la batería de pruebas de la que consta la investigación.