

## PSICOPATOLOGIA EN PACIENTES DIAGNOSTICADAS DE TLP DE UNA COMUNIDAD TERAPEÚTICA HOSPITALARIA

### PSYCHOPATHOLOGY IN PATIENTS DIAGNOSED WITH BPD OF A HOSPITAL THERAPEUTIC COMMUNITY

**Pando Fernández, M<sup>a</sup> P. Lucena Díaz, R., Serván Martín, I., Posada García, B.; Gálvez Martín,  
M<sup>a</sup> E., Herráez Sáez, B.**

Hospital General Universitario de Ciudad Real  
Clínica San Miguel. Comunidad Terapéutica Hospitalaria de TLP

**Resumen:** el objetivo del estudio era observar si existían relaciones significativas entre el abuso infantil y presentar tanto disociación como disociación somatoforme. Así mismo, nos interesaba observar si existía relación significativa entre presentar apego inseguro y sintomatología disociativa. También nos propusimos estudiar la posible relación entre presentar sintomatología disociativa y presentar tanto ideación paranoide como insatisfacción con la imagen corporal.

Las pacientes con TLP fueron seleccionadas de una CTH-TLP de la Clínica San Miguel de Madrid. Las pacientes estaban ingresadas y allí mismo se realizó la recogida de datos. Para el análisis estadístico de los datos hemos realizado coeficientes de correlación bivariada de Pearson, con los que pretendemos encontrar relación entre las diferentes variables a estudio. En los resultados obtuvimos relaciones significativas entre presentar apego inseguro y sintomatología disociativa. Debido a las limitaciones del tamaño de la muestra, los resultados obtenidos pueden no ser muy representativos para generalizarlos. No obstante, los resultados pueden tenerse en cuenta de cara a sus implicaciones.

*Palabras clave: disociación, apego, abuso infantil, somático, paranoide, imagen corporal.*

**Abstract:** the objective of the study was to observe if there were significant relationships between child abuse and to present both dissociation and somatoform dissociation. Likewise, we were interested in observing if there was a significant relationship between to present insecure attachment and dissociative symptomatology. We also decided to study the possible relationship between to present dissociative symptomatology and to present both paranoid ideation and dissatisfaction with the body image.

The patients with BPD were selected from a HTC – BPD in the San Miguel Clinic, in Madrid. The patients were admitted and the data collection was carried out right there.

We have carried out Pearson's bivariate correlation coefficients for the statistical analysis of the data.

---

CTH-TLP: Comunidad Terapéutica Hospitalaria - Trastorno Límite de la Personalidad.

TP: Trastorno de Personalidad.

With these coefficients we expect to find relationship between the different variables studied. The results showed significant relationships between to present insecure attachment and dissociative symptomatology. Due to the limitations of the size of the sample, the obtained results may not to be very representative to make generalizations. Nevertheless, the results can be taken into account with a view to their implications.

*Keywords: dissociation, attachment, child abuse, somatic, paranoia, body image*

## INTRODUCCIÓN

El presente estudio se basa en nuestra motivación por intentar comprender mejor la psicopatología presente en las pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP) y por consiguiente poder realizar un mejor abordaje terapéutico de dicha problemática.

El interés que suscita esta patología entre los clínicos en general y en nuestro equipo en particular nos ha llevado a realizar este trabajo donde vamos a estudiar a 10 pacientes diagnosticadas de TLP de la CTH-TLP de la Clínica San Miguel de Madrid. Analizaremos determinadas variables, citadas anteriormente, con el fin de comprobar si se cumplen nuestras hipótesis.

El presente estudio representa sólo un intento por avanzar en la comprensión de dicha patología. Reconocemos que hay que seguir profundizando de modo que lo expuesto en el presente estudio se deba actualizar en futuras revisiones.

El término diagnóstico de límite (borderline) surge en el marco del psicoanálisis. El primer autor en utilizar este término fue Stern en 1938, pero Pinel en 1801 fue el primero en hacer constatar por escrito sintomatología compatible con TLP (denominándola *manie sans délire*). Las orientaciones posteriores al psicoanálisis también han realizado aportaciones en relación a esta patología. Dentro de la orientación biológica destacan Akiskal, Siever y Davis y Widiger entre otros y dentro de la orientación biopsicosocial: Cloninger, Millon y Linehan. Cada orientación engloba el TLP según su teoría. Así, desde una perspectiva psicoanalítica se encontraría entre la neurosis y la psicosis, mientras que desde una visión biológica se enmarcarían dentro del espectro de los trastornos afectivos.

En otras orientaciones el TLP se considera una mezcla grave, pero estable, de diferentes subtipos de personalidad. En la actualidad el concepto de “límite” abarca clínica de casi cualquier psicopatología psiquiátrica incluyendo la esfera psicótica, la esfera afectiva, desorganización grave de la personalidad, la esfera de los trastornos impulsivos y finalmente se ha relacionado con el estrés postraumático (Gunderson, JG. 2002; Oldham, JM. 2007; Szerman Bolotner, N; Pérez Díaz, MD; Ruíz Sancho, A. 2004).

Los pacientes con un TLP se caracterizan porque su estado de ánimo es impredecible y caprichoso, exhiben frecuentes arrebatos de ira y violencia que termina en crisis emocionales intensas y autodestructivas, tienen baja tolerancia a la frustración, sentimientos crónicos de vacío, relaciones interpersonales intensas e inestables, tendencia a confundir intimidad con sexualidad. Los rasgos impulsivos se evidencian por alteraciones en el eje I: como juego patológico, abuso de sustancias, gastos excesivos, trastornos alimentarios. La imagen corporal está distorsionada. La percepción de sí mismo y de los otros es dicotómica (APA, 2000; Wikinski S.; Jufe G. 2005).

La prevalencia en la población general del TLP se sitúa entre un 1-2%, mientras que en los pacientes ambulatorios de CSM y en los hospitalizados se sitúa entre el 11-20% y el 18-32% respectivamente. El trastorno de personalidad límite es uno de los más frecuentes dentro de los trastornos de personalidad (30%-60% de la población con trastornos de la personalidad. APA, 2001; Rubio, V.; Molina R.; Pérez, A. 2003). El TLP es tres veces más frecuente en mujeres, con una mayor prevalencia cuando se asocian un entorno urbano y un bajo nivel socioeconómico. La edad de diagnóstico del TLP se sitúa entre los 19-32 años, siendo menos frecuente su diagnóstico a mayor edad pero en estos casos, normalmente, implica mayor gravedad del trastorno. En contextos comunitarios se ha asociado a más experiencias traumáticas, a la existencia de abusos físicos y/o sexuales infantiles, a mayor frecuencia de relaciones homosexuales y dudas sobre la identidad sexual, a antecedentes personales y/o familiares de ingresos psiquiátricos (sin haber encontrado una mayor asociación con la esquizofrenia que en la población general). No se ha confirmado la asociación significativa con los trastornos afectivos, con un mayor número de tentativas autolíticas ni con una mayor prevalencia de abuso de sustancias (Gunderson, JG. 2002; Oldham, JM. 2007; Szerman Bolotner, N. et al. 2004).

No se puede acabar de hablar de la clínica del paciente con TLP sin hacer referencia al suicidio, a las tentativas y/o gestos autolíticos y a los actos parasuicidas que se englobarían, en general, como uno de los síntomas que más se asocian al TLP. La mayoría de los pacientes con TLP realizan tentativas autolíticas (entre 3-4 por paciente). La tasa de suicidio consumado en estos pacientes es elevada, 8-10% de los pacientes (0.5-2% en la población general), mientras que los gestos autolíticos están presentes en un 75% (3-5% en la población general).

En los últimos años existe un incremento de atención especializada para los trastornos de personalidad (TP), especialmente en el caso de los TLP, que ha provocado: un aumento de los recursos destinados (aunque falta por determinar si éstos son suficientes o demasiados) y que se esté replanteando su clasificación (diagnóstico categorial o dimensional) (Gunderson, JG. 2002; Oldham, JM. 2007; Szerman Bolotner, N. et al. 2004).

Se ha demostrado que el TLP se caracteriza por niveles relativamente altos de disociación (Carlson and Putnam, 1993), y notorios estados disociativos han sido agregados a los síntomas que son relevantes para el diagnóstico de TLP (APA, 1994). Estas experiencias de disociación se han visto asociadas en el caso del trastorno límite de la personalidad con experiencias traumáticas y situaciones de estrés o tensión aversiva y con el antecedente de maltrato físico y abuso sexual (Chu J., Dill D. 1990; Shearer S. 1994; Stiglmayr C., Shapiro D., Stieglitz R., Limberger M., Bohus M. 2001). Por el contrario, otros estudios no corroboran la hipótesis del trauma, entendiendo sus autores que sería el diagnóstico de trastorno límite en sí mismo el que actuaría como factor de riesgo para la disociación, atribuyendo a esta vulnerabilidad intrínseca una naturaleza temperamental o defensiva (Zanarini M., Roser T., Frankenburg F., Hennen J. 2000).

Un estudio (Wildgoose, A.; Waller, G.; Clarke, S.; Reid, A.; 2000), probó la hipótesis de que la disociación y la fragmentación de la personalidad discriminaba entre trastornos de la personalidad que tienen o no tienen un diagnóstico de TLP, y que estas características juegan un papel en la relación entre la patología en general y la sintomatología TLP. El grupo TLP tuvo mayores niveles tanto de disociación como de fragmentación de la personalidad que los pacientes con otros trastornos de la personalidad. Ellos también tenían mayores niveles de sintomatología psiquiátrica en general, particularmente depresión, obsesión, ideación paranoide, psicoticismo y sensibilidad interpersonal. El análisis de covarianza sugiere que estos hallazgos son compatibles con un modelo en el que la disociación es un mediador en la relación entre TLP y sintomatología psiquiátrica en general, aunque hay que tener cuidado de no llegar a conclusiones causales de datos de corte transversal de este tipo.

Por otro lado, se ha demostrado que la sintomatología disociativa y la ideación paranoide no de tipo delirante son los síntomas cognitivos-perceptivos más frecuentes entre los pacientes afectados de este trastorno de la personalidad, ocurriendo en un 75% de los pacientes de manera muy específica (Skodol A., Gunderson J., Pfohl B., Widiger T., Livesley W., Siever L. 2002).

La creencia de que la somatización puede relacionarse tanto con el trauma como con el mecanismo de defensa de la disociación no es nueva. Janet (1920) hipotetizaba que los recuerdos de las experiencias traumáticas que se almacenan fuera del campo de la conciencia pueden contribuir a la disociación y a la somatización en la forma de la histeria. Freud hablaba del mecanismo de la conversión (Rodin, Groot y Spivak, 1998).

Actualmente, los nuevos desarrollos desde la neurobiología vienen a dar apoyo teórico a las hipótesis que señalaban la íntima conexión entre trauma, disociación y somatización. La conexión entre somatización, trauma y disociación es apoyada por datos empíricos provenientes de la literatura (Rodin et al., 1998) como:

- La asociación entre trastornos somatomorfos (hipocondría, trastorno dismórfico corporal, dolor, somatización, conversión) con una historia previa de trauma y síntomas disociativos. Pribor, Yutzky, Dean y colaboradores (1993) encontraron que el 90% de las mujeres con trastornos por somatización refieren historia de abuso físico, emocional o sexual y el 80% algún tipo de abuso sexual.

- La asociación entre disociación y trastornos de la alimentación. También existe un aumento de prevalencia de trastornos de la personalidad múltiple. A pesar de la alta tasa de comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad, que puede oscilar del 51% al 84% de los casos, el interés por la investigación de este tema es reciente (Dolan, Evans y Norton, 1994; Garner y Myerholtz, 1998; Grilo C.M., Levi, K.N., Becker D.F., Edell W.S. y McGlashan T.H., 1996; Matsunaga H., Kiriike N., Nagasta T. y Yamagami S. 1998).

- En concreto, la mayor comorbilidad de la anorexia restrictiva se da con los trastornos de personalidad del grupo C, sobre todo con la personalidad obsesiva y evitadora (entre un 25% y un 35% de los casos) (Gartner A.F., Marcus R.N., Lamí K. y Loranger, A.W. 1989; Gilberg Rastam y Gilberg, 1995; Thornton y Russell, 1997). Por el contrario, el 40% de las anoréxicas purgativas presentan una comorbilidad con la personalidad límite (Fahy y Eisler, 1993; Gardner y Sackeyfio, 1993; Piran N., Lerner P., Garfinkel, P.e., Kennedy S.H. y Brouillette C., 1988). De hecho, en estos casos aparecen problemas relacionados con el control de los impulsos, como automutilaciones, intentos de suicidio, robos, etc.

- Un estudio reciente (Muñoz Martínez, V; Beato Fernández, L; Rodríguez Cano, T. 2011) ha encontrado una relación de forma directa entre las puntuaciones en la escala de insatisfacción corporal (BSQ) y los niveles de disociación obtenidos con la Escala de Experiencias Disociativas (DES). Así encontraron que a mayor distorsión de la imagen corporal en pacientes diagnosticadas de un trastorno de alimentación, existían mayores niveles de disociación.

- Así, se han encontrado síntomas disociativos en numerosos trastornos psicopatológicos como estrés post traumático (Blank, 1985; Bliss, 1983, Gelinas 1984; Putnam, 1985), trastornos de la alimentación (Pettinati H.M; Horne R.L. & Staats J.M. 1985) o trastornos de ansiedad (Frankel and Orne, 1976).

- Estos hallazgos sugieren que el trauma y el abuso sexual más que ligarse a un trastorno específico, sean un marcador de riesgo no específico de morbilidad psiquiátrica.

La somatización, como la disociación, podrían estar asociados con una tendencia a sentirse desbordados por estados afectivos intensos y pobremente diferenciados. Los síntomas somáticos pueden representar un intento de organizar y hacer concretos estados afectivos internos caóticos (Goodsitt, 1983) o apoyarse en experiencias corporales que se consideran más reales o más auténticas. La somatización puede entenderse desde el paradigma mente-cuerpo. Como en el título de un artículo de Scaer (2001b), *es el cuerpo el que soporta la carga* de una experiencia emocional que no ha sido adecuadamente descargada, o procesada o integrada en una narrativa vital.

En el proceso de recuperación de lo que Janet llamó una “enfermedad de la síntesis”, las memorias traumáticas necesitan ser integradas y pertenecer a un único estado mental (Van der Kolk, 1994; Van der Kolk, Pelcovitz, Roth, Mandel, McFarlane y Herman, 1996). Pero ya sea que hablemos de síntomas disociativos que se manifiestan como somatización o síntomas disociativos que se manifiestan como fragmentación de la conciencia de sí mismo (desrealización, despersonalización, trastornos de la identidad), la afirmación anterior puede ser válida.

La experiencia de vinculación en esa zona de conexión y diferenciación con los otros y con el mundo, es la gran reguladora de la emoción. El ser humano necesita de la experiencia de vinculación como reguladora de su sistema emocional para un desarrollo armonioso del sí mismo (Bowlby, 1977; 1985; 1986; 1988; 1990 a, b; 1991).

El sistema de apego, como sistema regulador de la emoción, factor clave, a su vez, para la construcción de la identidad, se activa bajo situaciones estresantes. Esta activación bajo condiciones de tensión, tiene como objetivo reducir el estado de alerta y reinstaurar el sentimiento de seguridad (Bowlby, 1977; 1985; 1986; 1988; 1990 a, b; 1991).

J.G. Gunderson propuso en 1996 una relación entre la dependencia y las demandas de atención de los pacientes con TLP, y la tendencia de los niños con apego inseguro a controlar constantemente la proximidad del cuidador. También P. M Crittenden, K. Lyons-Ruth y D. Jacobovitz han señalado conexiones entre la disfunción del apego temprano y la patología límite.

El niño aprende, a través del proceso de vinculación, estrategias de regulación afectiva, para mantener la proximidad del cuidador, especialmente en situaciones estresantes. Pero cuando los estados afectivos no son reconocidos por los cuidadores o se perciben como amenazantes, pueden ser defensivamente expulsados de la conciencia y/o experimentados como no válidos o pobremente diferenciados. Esta tendencia a excluir o negar estados afectivos interfiere inevitablemente, con el desarrollo psicológico porque, como señalamos antes, los afectos son centrales para la organización de la experiencia de sí mismo y porque el compartir mutuamente los estados afectivos ayuda a establecer un sentido interno de relación emocional (Stern, 1985).

Cuando el niño depende emocionalmente de un cuidador que no está disponible cuando lo necesita o que reacciona con rechazo ante sus manifestaciones emocionales, o que resulta inconsistente en sus respuestas, el niño o niña puede ir desarrollando un estilo de apego inseguro, evitador o desorganizado, a través del cual se minimiza la importancia de la relación vincular o se bloquea la comunicación de rabia o de malestar (Keiley, 2002).

El fracaso en el establecimiento de una relación de reciprocidad en las respuestas emocionales entre el niño y sus figuras de apego puede contribuir a la tendencia del niño a ser emocionalmente inconsciente o a expulsar de la conciencia ciertos contenidos emocionales. Esta es la característica central de la disociación. Es posible que, en estas situaciones, la disociación actúe como un mecanismo que defiende al individuo para no sentirse desbordado ante ciertos sentimientos molestos y pobremente diferenciados (Siegel, 1999).

Lo dicho hasta ahora nos puede ayudar a entender por qué el sujeto que ha vivido experiencias de privación afectiva o de abusos de otro tipo en la infancia puede ser más vulnerable para la presentación de sintomatología disociativa en general. Son personas que no han podido construir un sentido de *sí -mismo- en conexión o en relación* segura con otro.

Todos estos datos dan apoyo empírico a la posible relación entre trauma, disociación y somatización. Es posible que todos ellos se relacionen porque todos están asociados con o representan trastornos en la naturaleza y procesamiento de la experiencia emocional.

Nos planteamos si los síntomas disociativos están relacionados con tener una historia previa de abuso infantil. Así mismo, también observamos la relación por un lado entre el abuso infantil y la disociación somatoforme, y por otro entre el tipo de apego inseguro y los síntomas disociativos. Por otro lado, nos interesa analizar el papel de la disociación como variable mediadora en la relación entre el TLP y sintomatología psiquiátrica como la ideación paranoide y la insatisfacción con la imagen corporal.

## MATERIAL Y MÉTODO

- El estudio es observacional descriptivo transversal y retrospectivo.
- La población está formada por 10 pacientes mujeres, de edades comprendidas entre los 22 y los 47 años.
- Las variables a considerar en nuestro estudio son: abuso infantil, disociación, disociación somatoforme, apego, ideación paranoide e insatisfacción con la imagen corporal en pacientes diagnosticadas de TLP.
- Las pacientes estaban ingresadas en la CTH-TLP de la Clínica San Miguel de Madrid. Dichas pacientes ingresan en dicha unidad cuando la valoración que se realiza a través de una serie de entrevistas resulta apta porque la paciente cumple los criterios de TLP y porque cumple los requisitos

para llevar a cabo un tratamiento en régimen interno en dicha unidad. La muestra se puede considerar accidental y de conveniencia, ya que para la realización del estudio aprovechamos la muestra disponible de pacientes en la CTH-TLP. A las pacientes se les informó de la libre elección de colaborar en la realización de los cuestionarios que se utilizarían con el fin de llevar a cabo un estudio sobre el TLP asegurándoles la confidencialidad de los mismos. Todas ellas aceptaron colaborar. La recogida de datos se llevó a cabo en un despacho de dicha unidad hospitalaria. Todas recibían las mismas instrucciones y realizaban los cuestionarios en el mismo orden. La persona que les administraba los cuestionarios también fue siempre la misma.

Los cuestionarios aplicados fueron los siguientes:

- 1. DES** (Dissociative Experiences Scale. Bernstein & Putnam, 1986. Versión española de Icarán, Colom & Orengo, 1996). Es una medida de autovaloración que pide a los sujetos que indiquen la frecuencia con la que le ocurren 28 experiencias disociativas. Esta medida es útil tanto para la población clínica como para la población no clínica. Estas experiencias incluyen experiencias de amnesia, lagunas en la continuidad de la conciencia, despersonalización, desrealización, absorción y, alteración de identidad. En las instrucciones se especifica a los sujetos que no deberían incluir experiencias que ocurrieron cuando estaban bajo la influencia de alcohol o drogas. Las puntuaciones de los 28 ítems de la escala tienen un rango de 0 a 100. Los sujetos puntuaron la frecuencia con que creen que le ocurren las distintas experiencias que se describen, el 0 es equivalente a “nunca” (0% de las veces) y el 100 a “siempre” (el 100% de las veces). La puntuación total fue calculada hallando la media de las puntuaciones de los 28 ítems. La mayoría de los individuos sanos o con algún trastorno mental (no disociativo) obtienen puntuaciones < a 20, y las personas con trastorno disociativos presentan calificaciones > a 30 puntos. Ha sido traducida a más de 20 idiomas, entre ellos el español, y se cuenta con alta evidencia de su validez y confiabilidad en muestras de otros países.
- 2. D.D.I.S.** (Dissociative Disorders Interview Schedule). Entrevista Diagnóstica Estructurada que incluye 132 ítems SI/NO para evaluar la presencia de los criterios del DSM-IV de la APA para los diferentes trastornos disociativos. Los diferentes estudios de sus propiedades psicométricas sugieren que se trata de una medición válida y confiable. Ross y colaboradores (1989) analizaron las características psicométricas de la versión original del DDIS. La fiabilidad entre evaluadores independientes no era muy alta (.68), pero tenía buena sensibilidad y especificidad para trastornos disociativos severos.
- 3. S.D.Q - 20.** (Cuestionario de Disociación Somatoforme. Nijenhuis, Van der Hart & Vanderlinden Assen-Amsterdam-Leuven. Versión en Castellano por Olaf Holm, Revisión 2007). Esta escala evalúa la gravedad de la disociación somatoforme. Los ítems se puntúan en



una escala Likert de 5 puntos. La puntuación puede ir desde 20 a 100, se obtiene por la suma de las puntuaciones individuales de cada ítem. Diversos estudios han analizado las características psicométricas del SDQ-20. Los resultados de estos estudios demostraron que la escalabilidad, fiabilidad y validez del instrumento son muy satisfactorias.

4. **CAMIR-R** (Balluerka, N.; Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A., & Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir para la evaluación del apego). Es un instrumento de *screening* que mide las representaciones del apego en diferentes contextos como el de la psicología clínica o educativa. Incluye 32 ítems que el participante debe distribuir en una escala tipo Likert de 5 puntos. La estructura interna del cuestionario consta de 7 dimensiones, cinco de ellas referidas a las representaciones del apego (Seguridad; Preocupación familiar; Interferencia de los padres; Autosuficiencia y rencor contra los padres; y Traumatismo infantil) y las dos restantes a las representaciones de la estructura familiar (Valor de la autoridad de los padres y Permisividad parental). La dimensión de “Seguridad” se asocia al apego seguro y las dimensiones de “Interferencia de los padres”, “Autosuficiencia” y “Traumatismo infantil” al apego inseguro.
5. **BSQ (Body Shape Questionnaire. Cooper y otros en 1987)**. Consta de 34 preguntas que se puntúan en una escala de Likert de 1-6 puntos. Permite obtener una puntuación global que es la suma de las puntuaciones directas de los ítems. Se ha obtenido un punto de corte para la puntuación total que se ha establecido en 105. Siguiendo a Cooper y Taylor (1988) hemos clasificado las puntuaciones en cuatro categorías: <81: no preocupación, 81 -110: leve preocupación, 111-140: moderada preocupación, >140: extrema preocupación.
6. **SCL-90-R** (Cuestionario de Síntomas. Derogatis, 1983. Versión española de J.L. González de Rivera y C. de las Cuevas, 1989). El SCL-90-R es un cuestionario autoadministrado desarrollado y reformado por Derogatis. El SCL-90-R cuestiona al individuo sobre la existencia e intensidad de 90 síntomas psiquiátricos y psicosomáticos, valorándose la intensidad de cada síntoma en una escala tipo Likert que va desde 0 a 4 en función de la intensidad con la que el sujeto ha vivido en las últimas semanas el malestar que cada ítem. Los 90 ítems se agrupan en 10 dimensiones sintomáticas de psicopatología y tres índices globales de malestar. Utilizamos esta escala con el fin de evaluar una dimensión en concreto, la ideación paranoide, que consta de 6 ítems.

El tiempo que duraba la aplicación de los cuestionarios variaba en función del ritmo de la paciente a la hora de contestarlos, oscilando aproximadamente entre unos 60- 90 minutos con cada una. El tiempo empleado en evaluar a todas las pacientes fue aproximadamente de una dos semanas. Para el análisis estadístico de los datos hemos realizado coeficientes de correlación bivariada de Pearson, con el que pretendemos encontrar relación entre las diferentes variables a estudio.

## RESULTADOS

En nuestro estudio hemos obtenido correlaciones significativas entre presentar apego inseguro y sintomatología disociativa.

La población está formada por 10 pacientes mujeres, de edades comprendidas entre los 22 y los 47 años (media: 33.8 años y desviación típica: 7.4 años).

Las variables a considerar en nuestro estudio son: abuso infantil (manifestándolo un 60% de la muestra), disociación (media: 19.78; desviación típica: 13.13), disociación somatoforme (media: 29.9; desviación típica: 6.88), apego inseguro (preocupado: 20%; evitativo: 10%; desorganizado: 70%), ideación paranoide (media: 12.5; desviación típica: 5.48) e insatisfacción con la imagen corporal (media: 119.10; desviación típica: 36.31) en pacientes diagnosticadas de TLP. Es de señalar que el 50% de las pacientes presentaba un trastorno de la conducta alimentaria (TCA).

Mencionar algunas variables más para obtener una mayor comprensión de la sintomatología disociativa que presentaban las pacientes estudiadas. Dichas variables se miden a través de la entrevista D.D.I.S.: Episodios de trance (70% de las pacientes); Sonambulismo (10% de las pacientes); Características de personalidad múltiple (30% de las pacientes); Compañeros imaginarios (20% de las pacientes); Amnesia Psicógena (60% de las pacientes), Trastorno de personalidad múltiple (60% de las pacientes). Los resultados obtenidos en nuestras hipótesis se exponen a continuación:

### **H1: Las pacientes que han tenido abuso infantil presentarán más sintomatología disociativa y disociación somatoforme.**

Como puede observarse en la tabla 1 (a y b), el índice de correlación de Pearson manifiesta que no existen relaciones significativas ( $p < 0.05$ ),  $p = 0.903$ , entre el abuso infantil y la disociación entre las pacientes con TLP.

En la tabla 2 (a y b), realizada un prueba de análisis de varianza entre ambos grupos, observamos que la diferencia no es significativa,  $p = 0.26$ , entre el abuso infantil y la disociación somatoforme.

### **H2: Las pacientes con un apego inseguro tendrán más sintomatología disociativa.**

En la tabla 3, observamos que se manifiesta una ligera correlación entre apego inseguro y disociación, con un índice de correlación de Pearson bivariado y bilateral de 0.572 con una significación estadística de  $p = 0.084$ .

**H3: Las pacientes con más sintomatología disociativa tendrán más ideación paranoide e insatisfacción corporal.**

En la tabla 4, observamos que con una significación de  $p = 0.448$ , el índice de correlación de Pearson manifiesta que no existe una correlación significativa entre sintomatología disociativa e ideación paranoide.

En la tabla 5, observamos que con una significación de  $p = 0.774$ , el índice de correlación de Pearson manifiesta que no existe una correlación significativa entre la sintomatología disociativa y la insatisfacción con la imagen corporal.

**DISCUSIÓN**

A la vista de los anteriores resultados, los datos indican que:

1. No existe relación significativa entre presentar abuso infantil y sintomatología disociativa. Las medias obtenidas en sintomatología disociativa de aquellas pacientes con abuso infantil y las que no lo presentaban es muy similar (20,23/19,10) y es por ello que la significación o  $p$  es muy poco significativa ( $p = 0.903$ ).

Estos resultados no apoyan los hallazgos encontrados por Chu J., Dill D. 1990; Shearer S. 1994; Stiglmayr et al. 2001, pero podrían reforzar los estudios de Zanarini M. et al. 2000, los cuales sugerían que sería el diagnóstico de TLP el que actuaría como factor de riesgo para la disociación y no tanto el trauma experimentado.

Así mismo, en nuestro estudio tampoco existe relación significativa entre presentar abuso infantil y disociación somatoforme. Dicho dato no apoya lo encontrado por Pribor, Yutzy, Dean y colaboradores (1993).

Estos resultados no apoyan a los datos que aparece en la literatura, y, además, de manera bastante constante en todas las culturas estudiadas hasta ahora, es la alta frecuencia de asociación entre la disociación y el trauma infantil crónico (Gershuny BS, Thayer JF. 1999; Van Ijzendoorn MH, Schuengel C. 1996; Waller NG, Ross CA. 1997). No obstante, esto también puede ser debido al pequeño tamaño de la muestra, siendo recomendable que para futuros estudios dicho tamaño sea mayor.

2. Todas nuestras pacientes presentaban apego inseguro, encontrando una ligera significación estadística de  $p = 0.084$  entre dicho apego y la sintomatología disociativa. Esta pobre significación puede deberse a la mínima variabilidad de “apego”, ya que casi en su totalidad es “inseguro desorganizado” (70%), en tanto que solo un 20% es “inseguro preocupado” y un 10% “inseguro evitativo”. Así pues, los resultados se acercan al 0.05, pero no son fiables por falta de muestra. Estos resultados apoyan lo referido por Siegel, 1999.

Es de señalar que el cuestionario utilizado para recoger los datos sobre el tipo de apego, el CaMir-R, sólo es aplicable en la etapa de la adolescencia y, en nuestra muestra es de mujeres adultas. Por tanto, es posible que los resultados sean solo orientativos y que se necesite aplicar un cuestionario más apropiado a dicha muestra para que los resultados sean más válidos. Así mismo, dicho cuestionario adolece de las limitaciones asociadas a la aplicación de cualquier tipo de autoinforme retrospectivo.

3. La ausencia de correlación significativa hallada entre sintomatología disociativa e ideación paranoide no apoya los hallazgos encontrados en el estudio de Wildgoose, A. et al. 2000, en pacientes con TLP. No obstante, dado que el tamaño muestral es tan pequeño y que en nuestro estudio no hemos estudiado dicha correlación en otro tipo de pacientes con otros trastornos de la personalidad tampoco podemos sacar más conclusiones.

Por otro lado, la no correlación significativa encontrada entre sintomatología disociativa e insatisfacción con la imagen corporal no apoya los hallazgos encontrados en un estudio reciente de Muñoz Martínez, V, 2011. No obstante, esto puede ser debido en primer lugar al pequeño número de pacientes en nuestro estudio y también, a que en nuestro estudio sólo el 50% de las pacientes presentaba un TCA (Trastorno de la conducta alimentaria) y en dicho estudio toda la muestra eran pacientes con un TCA.

Concluir diciendo que en nuestro estudio se ha intentado abordar cuestiones importantes pero aún difíciles de explicar que hacen evidente la necesidad de seguir profundizando en las mismas.

## RERERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed). Washington, DC: Author
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4<sup>a</sup> Ed. TR (DSM IV TR). Washington.
- American Psychiatric Association (2001). Practice Guideline for the Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, Vol 158 (10 suplemento).
- Balluerka, N.; Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A., & Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23 (3), 486-494.
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability and validity of adissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1993). An update of the Dissociative Experiences Scale, *Dissociation*, 6, 16-27.
- Blank A.S.(1985). The unconscious flashback to the war in vietnam veterans: clinical mystery, legal defense, and community problem. In S. M. Sonnenberg, A. S. Blank & J. A. Talbott (Eds.), *The Trauma of War: Stress and Recovery in Vietnam Veterans*. Washington DC.: American Psychiatric Press.
- Bowlby, J. (1977). The makind and breaking of affectional bonds. I Aetiology and psychopathology in the light of attachment thery. *Brithish Journal of Psychiatry*, 130, 201-210.
- Bowlby, J. (1985). *La Separación Afectiva*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1986). Efectos de la ruptura de un vínculo afectivo sobre el comportamiento. *Vínculos Afectivos: Formación, Desarrollo y Pérdida* (pp 90-105). Madrid: Morata.
- Bowlby, J. (1988). Develpmental psychiatry comes of age. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1-10.
- Bowlby, J. (1990a). *El Vínculo afectivo*. Barcelona: Paidós (2<sup>a</sup> reimpr.).
- Bowlby, J. (1990b). *La pérdida afectiva*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1991). Postscript. En J. Stevenson-Hinde y P. Marris P. (Eds). *Attachment Across the Life Cycle* (pp 293-298). Parkes CM, London and New York, Tavistock/Routledge.
- Carlson EB., Putnam FW. (1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation*, 6, 16-27.
- Chu J., Dill D (1990). Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *The American journal of psychiatry*, 147, 887-892.
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z. Y Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of eating disorders*, 6, 485-494.
- Derogatis, 1983. Versión española de J.L. González de Rivera y C. de las Cuevas, 1988. *Cuestionario de Síntomas, SCL-90-R*.

- Dolan, B., Evans, C. y Norton, K. (1994). Disordered eating behavior and altitudes in female and male patients with personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 8, 17-27.
- Fahy, T y Eisler, I. (1993). Impulsivity and eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 162, 193-197.
- Frankel F.H. & Ome, M.T. (1976). Hypnotizability and phobic behaviour. *Archives of general psychiatry*, 33, 1259-1261.
- Garner, D.M. y Myerholtz, L.E. (1998). Eating disorders. En A.S. Bellack y M. Hersen (Eds.), *Comprehensive clinical psychology*. Oxford: Pergamon.
- Garner, D.M. y Sackeyfio, A.H. (1993). Eating disorders. En A. S. Bellack y M. Hersen (Eds.) *Handbook of behavior therapy in the psychiatric setting*. Nueva York: Plenum.
- Gartner A.F., Marcus, R.N., Halmi, K. y Loranger, A.W. (1989). DSM-III-R personality disorders in patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1585-1591.
- Gershuny BS, Thayer JF. (1999). Relations among psychological trauma, dissociative phenomena, and trauma related distress: a review and integration. *Clinical Psychology Review*. 19, 631-57.
- Gillberg, G. Rastam, M. y Gillberg, C. (1995). Anorexia nervosa 6 years after onset: Part I. Personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 61-69.
- Goodsitt, A. (1983). Self-regulatory disturbances in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 51-60.
- Grilo, C.M., Levy, K.N., Becker, D.F, Edell. W.S. y McGlashan, T.H. (1996). Comorbidity of DSM-111-R Axis I and II disorders among female in patients with eating disorders. *Psychiatric Services*, 47, 426-429.
- Gunderson, John G (2002). *Trastorno Límite de Personalidad: Guía Clínica*. Barcelona: Ed. RBA.
- Icarán, E., Colom, R., & Orengo, F. (1996). Experiencias disociativas: Una escala de medida. *Anuario de Psicología*, 70, 69-84.
- Icarán, E., Colom, R., & Orengo-García, F. (1996). Estudio de validación de la escala de experiencias disociativas con muestra de población española. *Actas Luso Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 24, 7-10.
- Keiley, M. (2002). Attachment and affect regulation: A frame work for family treatment of conduct disorder. *Family Process*, 41(3), 477-493.
- Matsunaga, H., Kiriike, N., Nagata, T. y Yamagami, S. (1998). Personality disorders in patients with eating disorders in Japan. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 399-408.
- Muñoz Martínez, V., Beato Fernández, L., Rodríguez Cano, T. (2011). Disociación y Pronóstico en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Apuntes de Ciencia. Boletín Científico del HGUCR. Vol. 1* (4), 43-50.
- Nijenhuis, Van der Hart & Vanderlinden Assen-Ámsterdam-Leuven. Versión en Castellano por Olaf Holm, (Revisión 2007). *Cuestionario de Disociación Somatoforme SDQ-20*.

- Oldham, J.M (2007). *Tratado de los Trastornos de Personalidad*. Barcelona: Ed. Masson
- Pettinati H, M., Horne, R.L. & Staats, J.M. (1985). Hypnotizability in patients with anorexia nerviosa and bulimia. *Archives of general psychiatry*, 42, 1014-1016
- Piran, N., Lerner, P, Garfinkel, P.E., Kennedy, S.H. y Brouillette, C. (1988). Personality disorders in anorexia patients. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 589-599.
- Pribor, E.F., Yutzy, S.H., Dean, J.T. et al (1993). Briquet's Syndrome, dissociation and abuse. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1507-1511.
- Rodin, G., Groot, J. y Spivak, H. (1998). Trauma, dissociation and somatization. En J.D. Bremner y C.A. Marmar (Eds). *Trauma, Memory and Dissociation* (pp 161-179). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Ross, C.A., Heber, S., Norton, G.R., Anderson, D., Anderson, G. y Barchet, P. (1989). The Dissociative Disorders Interview Schedule: A structured interview. *Dissociation*, 2, 1989.
- Rubio V., Molina R., Pérez A (2003). Trastorno límite de la personalidad. En: Rubio V, Pérez A (Eds). *Trastorno de la personalidad*. Madrid: Elsevier.
- Scaer, R.C. (2001 b). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. New York: Guilford Press (2ª ed).
- Shearer S (1994). Dissociative phenomena in women with borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry*, 151 (9), 1324-1328.
- Siegel, D.J. (1999). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. New York: Guildford.
- Silvia Wikinski y Gabriela Jufe (2005). *El tratamiento farmacológico en psiquiatría, indicaciones, esquemas terapéuticos y elementos para su aplicación racional*. Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Skodol A., Gunderson J., Pfohl B., Widiger T., Livesley W., Siever L. The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure (2002). *Biological Psychiatry*; 51 (12), 936-950.
- Stern, D.N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Stiglmayr C., Shapiro D., Stieglitz R., Limberger M., Bohus M (2001). Experience of aversive tension and dissociation in female patients with borderline personality disorder –a controlled study. *Journal of Psychiatric Research*, 35 (2), 111-118.
- Szerman Bolotner, N., Pérez Díaz, Mª D. y Ruíz Sancho (2004) A. *Trastorno Borderline de la Personalidad*. Barcelona: Ed. Entheos.
- Thornton, C. y Russell, J. (1997). Obsessive compulsive comorbidity in the dieting disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 83-87.
- Van der Kolk, B. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry* Jan/Feb.

- Van der Kolk, B., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F., McFarlane, A., Herman, J. (1996). Dissociation, affect dysregulation and somatization: the complex nature of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153 (Suppl), 83-93.
- Van Ijzendoorn MH, Schuengel C. (1996). The measurement of dissociation in normal and clinical populations: meta-analytic validation of the Dissociative Experiences Scale. *Clinical Psychological Review*, 16, 365-83.
- Waller NG, Ross CA. (1997). The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: Taxometric and behavior genetic findings. *Journal of Abnormal Psychology*. 106, 499-510.
- Wildgoose, A., Waller, G., Clarke, S., Alex D. (2000). Psychiatric Symptomatology in Borderline and Other Personality Disorders: Dissociation and Fragmentation as Mediators. *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, Vol. 188 (11), November 757-763.
- Zanarini M., Ruser T., Frankenburg F., Hennen J (2000). The dissociative experiences of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry* 41 (3), 223-227.

Manuscrito recibido: 15/10/2012

Revisión recibida: 02/11/2012

Manuscrito aceptado: 07/11/2012

## NOTAS Y AGRADECIMIENTOS

Nuestro más sincero agradecimiento a José Luis Marín López y Begoña Aznárez Urbieta, por sus oportunas orientaciones y documentación aportada para la realización de dicho trabajo. También agradecer a Javier Quejigo García su ayuda en los análisis estadísticos de dicho estudio.



**ANEXO**

<b>Tabla 1. a.</b>			
<b>DES. Estadística descriptiva</b>			
Si	N	Válidos	6
		Perdidos	0
	Media		20.2350
	Mediana		20.7100
	Moda		5.00 <sup>a</sup>
	Desv. típ.		13.79180
	Mínimo		5.00
	Máximo		42.85
No	N	Válidos	4
		Perdidos	0
	Media		19.1025
	Mediana		13.7450
	Moda		8.92 <sup>a</sup>
	Desv. típ.		14.11684
	Mínimo		8.92
	Máximo		40.00
a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.			

<b>Tabla 1.b.</b>			
<b>Correlaciones. DES y Abuso Infantil</b>			
		DES	Ab. Infantil
DES	Correlación de Pearson	1	-,045
	Sig. (bilateral)		,903
	N	10	10
Ab. Infantil	Correlación de Pearson	-,045	1
	Sig. (bilateral)	,903	
	N	10	10

**Tabla 2.a.**  
**Correlaciones. Abuso infantil y SDQ-20.**

		SDQ_20	Abuso Inf. Codificado
SDQ_20	Correlación de Pearson	1	-,394
	Sig. (bilateral)		,260
	N	10	10
Abuso Inf. Codificado	Correlación de Pearson	-,394	1
	Sig. (bilateral)	,260	
	N	10	10

**Tabla 2.b.**  
**ANOVA. Abuso infantil y SDQ-20.**

			Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
SDQ_20 * Abuso Inf. Codificado	Inter-grupos	(Combinadas)	66,150	1	66,150	1,467	,260
	Intra-grupos		360,750	8	45,094		
	Total		426,900	9			

**Tabla 3.**  
**Correlaciones. Apego y DES.**

		DES	APEGO
DES	Correlación de Pearson	1	,572
	Sig. (bilateral)		,084
	N	10	10
APEGO	Correlación de Pearson	,572	1
	Sig. (bilateral)	,084	
	N	10	10

**Tabla 4.**  
**Correlaciones. DES e Ideación paranoide**

		DES	Ideación paranoide
DES	Correlación de Pearson	1	,272
	Sig. (bilateral)		,448
	N	10	10
Ideación paranoide	Correlación de Pearson	,272	1
	Sig. (bilateral)	,448	
	N	10	10

**Tabla 5.**  
**Correlaciones. DES y BSQ.**

		DES	BSQ
DES	Correlación de Pearson	1	,104
	Sig. (bilateral)		,774
	N	10	10
BSQ	Correlación de Pearson	,104	1
	Sig. (bilateral)	,774	
	N	10	10