

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/298127910>

Influence of psychosomatic symptoms in personality disorder diagnosis

Article in *Journal of Psychosomatic Research* · June 2008

CITATIONS
0

4 authors, including:

 Carlos Chiclana
Consultor Doctor Carlos Chiclana
43 PUBLICATIONS 40 CITATIONS
[SEE PROFILE](#)

 Almudena Sanchez-Villegas
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria
179 PUBLICATIONS 7,358 CITATIONS
[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:

 EURMECA View project

 Psychobiography of Beethoven View project

READS
23

 Patricia Latorre
Universidad de Navarra
55 PUBLICATIONS 1,497 CITATIONS
[SEE PROFILE](#)

INTRODUCCIÓN

En la agenda de investigación para la formulación del DSM-V se ha propuesto, como elemento de interés relevante, el estudio de la posible relación entre la personalidad y la salud física¹.

No hay que olvidar la influencia que ejercen los síntomas somáticos y el sufrimiento personal que provocan las diversas enfermedades físicas en el diagnóstico de los TP y la necesidad de atender, por tanto, a la posible aparición de falsos positivos causados por la sobreestimación de la psicopatología del paciente en estas condiciones.

Con frecuencia, la patología del Eje II se relaciona con la patología del Eje III de manera global² y también existen estudios que muestran cómo los TP influyen en el desarrollo de algunas patologías del Eje III.

En particular en la epilepsia^{3,4} la cefalea⁵, la presencia de infartos y enfermedades isquémicas cardíacas⁶, en conseguir dejar de fumar⁷, y en la etiología de la depresión en pacientes que reciben un trasplante de hígado⁸.

Así la presencia de TP en un sujeto no es indiferente para su salud general, la evolución de sus enfermedades médicas y el tratamiento de sus síntomas.

OBJETIVO E HIPÓTESIS

El objetivo fue analizar la comorbilidad existente entre el diagnóstico categorial de TP según la IPDE (Eje II) y el diagnóstico de patología médica (Eje III).

Nuestra hipótesis planteada fue que se daría una mayor prevalencia de patología del Eje III en el grupo de participantes con patología del Eje II, que en el grupo sin esta patología.

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODO

La inclusión de sujetos para el estudio se realizó tanto en el servicio de consultas externas como en la unidad de hospitalización de la Clínica Universidad de Navarra. Siguió un muestreo de conveniencia y se fueron incluyendo de manera progresiva, no aleatorizada, según aceptaban o no participar en el estudio, firmaban el consentimiento informado y terminaban de completar todas las pruebas.

Para la identificación de pacientes con TP, se aplicó a todos los sujetos la Entrevista semiestructurada *Internacional Personality Disorder Examination* (IPDE) de Loranger, según el módulo DSM-IV.

Los diagnósticos de patologías médicas se recogieron de la historia clínica y se agruparon de acuerdo con los grupos específicos presentes en el Eje III de la DSM-IV-TR. Se compararon las frecuencias de las patologías presentadas en cada grupo a través de la prueba de la Ji cuadrado.

Criterios de exclusión: 1. Presentar un C.I. menor de 80, según el Test de Raven. 2. Encontrarse afectado, durante la participación en el estudio, por un episodio psicótico o algún otro estado que pudiera alterar su juicio de realidad. 3. Retención a participar. 4. Ser menor de 18 o mayor de 65 años. 5. Presentar una patología orgánica que diera lugar a manifestaciones sintomáticas susceptibles de ser confundidas con rasgos patológicos de la personalidad.

La participación en el estudio conllevaba la firma de un consentimiento informado. El estudio recibió la autorización para su realización por parte del Comité de Ética de la Clínica Universidad de Navarra.

RESULTADOS

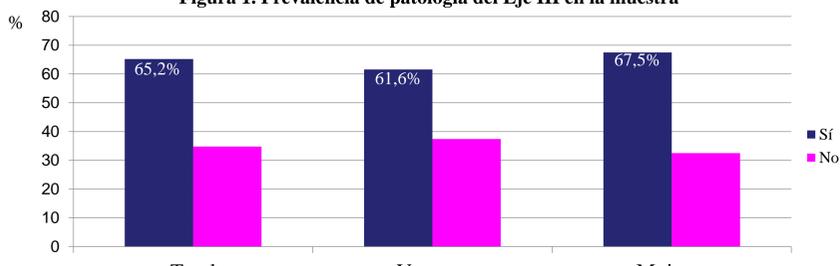
Al analizar la existencia de patología en el Eje III (Tabla 1 y Figura 1) se observó que el 65,2% de las personas estudiadas presentaban patología en este Eje, siendo el grupo diagnóstico más frecuente el de varias patologías concomitantes.

Tabla 1. Prevalencia de patología en el Eje III según edad y sexo

	Sin patología Eje III n=65	Con patología Eje III n=122	p de significación
Edad [Mdn (p25-p75)]	31 (24-35)	36 (26-44)	0,004+
Sexo (%)			
Varones	43,1	36,9	0,409*
Mujeres	56,9	63,1	

Mdn: Mediana p25-p75: percentil 25-percentil 75 + Valor p obtenido a través de la prueba de la U de Mann Whitney * Valor p obtenido a través de la prueba de la Ji-cuadrado

Figura 1. Prevalencia de patología del Eje III en la muestra



Aunque se encontró una mayor prevalencia de patología del Eje III entre las mujeres (67,5%) que entre los varones (61,6%), las diferencias entre ambos grupos no llegaron a ser estadísticamente significativas (p=0,409) (Tabla 1 y Figura 1).

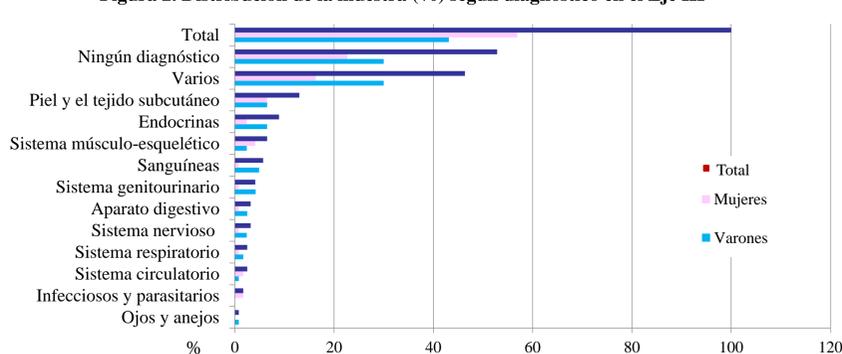
Sin embargo, sí que se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en la edad (p=0,004), siendo el grupo con patología del Eje III el que mayor promedio de edad presentó, 36 años, frente a los 31 del grupo sin diagnóstico del Eje III (Tabla 1).

Las patologías más frecuentes fueron las Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo (8,5%) y las Enfermedades endocrinas (5,9%) (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de la muestra [n(%)] según diagnóstico en el Eje III.

DIAGNÓSTICO EN EL EJE III	Mujeres	Varones
Ningún diagnóstico	65 (34,6)	28 (43,1)
Trastornos infecciosos y parasitarios	2 (1,1)	0
Enfermedades sanguíneas	7 (3,7)	1 (14,3)
Enfermedades endocrinas	11 (5,9)	3 (27,3)
Enfermedades del sistema nervioso	4 (2,1)	1 (25,0)
Enfermedades de ojos y anejos	1 (0,5)	0
Enfermedades del sistema circulatorio	3 (1,6)	2 (66,7)
Enfermedades del sistema respiratorio	3 (1,6)	1 (33,3)
Enfermedades del aparato digestivo	5 (2,7)	1 (20,0)
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	16 (8,5)	8 (50,0)
Enfermedades del sistema músculo-esquelético y tejido conectivo	8 (4,3)	3 (37,5)
Enfermedades del sistema genitourinario	5 (2,7)	1 (20,0)
Varios	57 (30,3)	20 (35,1)

Figura 2. Distribución de la muestra (%) según diagnóstico en el Eje III



Al analizar la comorbilidad existente entre patologías en los Ejes II y III (Tabla 3 y Figura 3), observamos que los pacientes con TP presentaban mayor prevalencia de patología del Eje III (67,6%) que los pacientes sin TP (64,6%), si bien las diferencias no fueron estadísticamente significativas (p=0,817).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Aunque los sujetos con TP presentaban mayor prevalencia de patología del eje III (67,6%) que los sujetos sin TP (64,6%), no se encontraron diferencias significativas, lo cual contradice lo encontrado por otros autores que observaron un mayor deterioro de la salud física general en los pacientes con TP².

Esta discrepancia puede ser debida que, a diferencia de aquellos estudios que muestran cómo los TP influyen en el desarrollo de algunas patologías del Eje III, en particular la epilepsia, la cefalea o las enfermedades cardíacas³⁻⁶ en este análisis no se ha empleado ningún instrumento que mida la influencia de los TP sobre la patologías específicas, sino únicamente la prevalencia.

También el hecho de que nuestra muestra, en su conjunto, estaba compuesta por sujetos en la tercera década de la vida, edad que puede considerarse temprana para el desarrollo de muchas de las patologías incluidas en el Eje III.

Sin embargo, al estudiar la prevalencia de enfermedades del Eje III, distribuidas de acuerdo con la clasificación propuesta en el Eje III de la clasificación DSM-IV-TR, se observó que las enfermedades sanguíneas, las del sistema nervioso, las de ojos y anejos, oído y mastoides y sistema genitourinario, eran más frecuentes en el Grupo Sí TP. Las neoplasias, las del sistema circulatorio, sistema respiratorio, sistema digestivo, piel y tejido subcutáneo y musculoesqueléticas eran más frecuentes en el grupo Criterios Parciales. De estas diferencias sólo fueron significativas las siguientes:

1. Mayor frecuencia de enfermedades sanguíneas en el Grupo Sí TP (18,9%). Como refieren algunos autores^{9, 10} las enfermedades de la sangre presentan cierta relación con determinadas características de la personalidad como el estrés y los rasgos depresivos y obsesivos.

2. Mayor frecuencia de enfermedades del sistema circulatorio en el grupo Criterios Parciales (18,4%) y Sí TP (8,1%) que en el grupo No TP (4,9%). Esta asociación se encuentra en consonancia con lo propuesto en la agenda de investigación para la formulación del DSM-V acerca de la posible relación existente entre la personalidad y la salud física, como por ejemplo la existente entre la hostilidad y el aumento de enfermedades cardiovasculares¹; también otras revisiones confirman el impacto de los factores psicosociales en la patogénesis y expresión de las enfermedades cardiovasculares¹¹

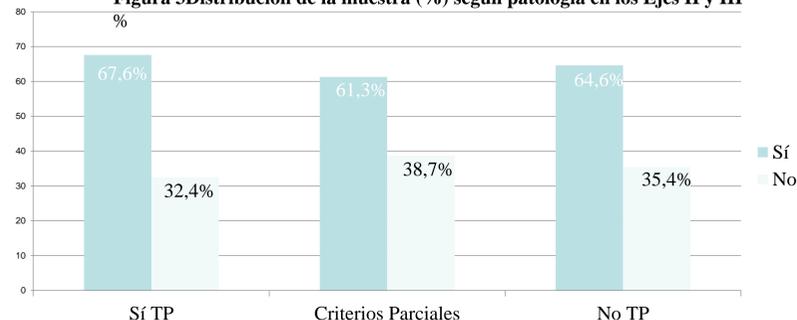
Podemos concluir que existió una mayor prevalencia de patología del Eje III en el grupo de participantes con patología del Eje II, que en el de aquellos sin esta patología.

Tabla 3. Distribución de la muestra [n(%)] según patología en los Ejes II y III.

Eje III	Eje II			p de significación
	Sí	Criterios Parciales	NO	
Sí	50 (67,6)	19 (61,3)	53 (64,6)	0,817*
No	24 (32,4)	12 (38,7)	29 (35,4)	

* Valor p obtenido a través de la prueba de la Ji-cuadrado.

Figura 3. Distribución de la muestra (%) según patología en los Ejes II y III



Cuando se comparó el porcentaje de pacientes que presentaban patología en el Eje III en los distintos subgrupos del Eje II (Tabla 4 y Figura 4), se observó que las enfermedades sanguíneas en el Grupo Sí TP (p=0,024) y las enfermedades del sistema circulatorio en grupo con Criterios Parciales de TP (p=0,048), fueron más prevalentes, con diferencias estadísticamente significativas respecto a los otros dos grupos.

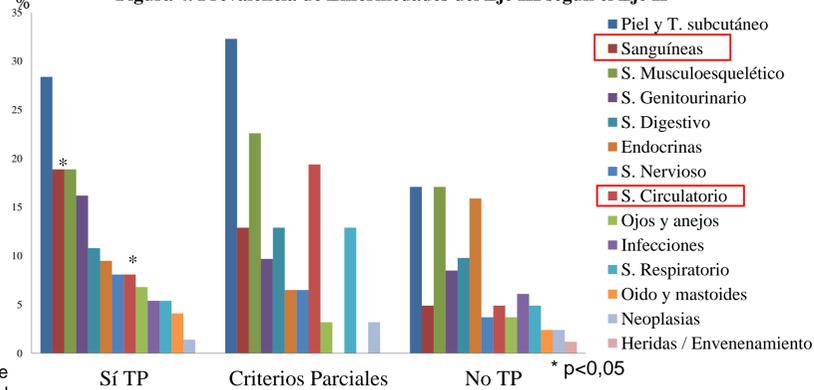
Tabla 4. Prevalencia de Enfermedades del Eje III según el diagnóstico en el Eje II.

Enfermedad Eje III	NO TP (%)	Criterios Parciales (%)	Sí TP (%)	p de significación
Infecciosas y parasitarias	Sí 6,1 No 93,9	0 100	5,4 94,5	[]
Neoplasias	Sí 2,4 No 97,6	3,2 96,8	1,4 98,6	[]
Sanguíneas	Sí 4,9 No 95,1	12,9 89,1	18,9 81,1	0,024*
Endocrinas	Sí 15,9 No 84,1	6,5 93,5	9,5 90,5	0,280*
Sistema nervioso	Sí 3,7 No 96,3	6,5 93,5	8,1 91,9	[]
Ojos y anejos	Sí 3,7 No 96,3	3,2 96,8	6,8 93,2	[]
Oído y mastoides	Sí 2,4 No 97,6	0 100	4,1 95,9	[]
Sistema circulatorio	Sí 4,9 No 95,1	19,4 80,6	8,1 91,3	0,048*
Sistema respiratorio	Sí 4,9 No 95,1	12,9 87,1	5,4 94,6	[]
Digestivo	Sí 9,8 No 90,2	12,9 87,1	10,8 89,2	0,889*
Piel y tejido subcutáneo	Sí 17,1 No 82,9	32,3 67,7	28,4 71,6	0,13*
Musculoesquelético	Sí 17,1 No 82,9	22,6 77,4	18,9 81,1	0,798*
Genitourinario	Sí 8,5 No 91,5	9,7 90,3	16,2 83,8	0,306*
Heridas/Envenenamiento	Sí 1,2 No 98,8	0 100	0 100	[]

* Valor p obtenido a través de la prueba de la Ji-cuadrado

[] No se pudo calcular por falta de potencia estadística

Figura 4. Prevalencia de Enfermedades del Eje III según el Eje II



BIBLIOGRAFÍA

1. First MB, Bell CB, Cuthbert B, Krystal JH, Malison R, Oldford DR, Reiss D, Shea MT, Widiger TA, Wisner KL. Personality disorders and relations disorders: a research agenda for addressing crucial gaps in DSM. In: A research agenda for DSM-V. Washington DC: American Psychiatric Association; 2002.p.123-199.
2. Perseus KI, Anderson E, Asberg M, Samuelsson M. Health-related quality of life in women patients with borderline personality disorder. Scand J Caring sci.2006; 20: 302-307.
3. De Araujo GM, Pascualichio TF, Sousa PS, Lin K, Ferreira LMF, Yacubian EMT. Psychiatric disorders in juvenile myoclonic epilepsy: a controlled study of 100 patients. Epilepsy Behav. 2007; 10: 437-441.
4. Swinkels WAM, Kuyk J, Dick van R, Spinhoven P. Psychiatric comorbidity in epilepsy. Epilepsy Behav. 2005;7:37-50
5. Lake III AE, Rains JC, Penzien DB, Lipchik GL. Headache and psychiatric comorbidity: historical context, clinical implications and research relevance. Headache. 2005;45:493-506.
6. Morán P, Stewart R, Brugha T, Begginton P, Bhugra D, Jenkins R, Coid JW. Personality disorder and cardiovascular disease: results from a national household survey. J Clin Psychiatry. 2007;68: 69-74.
7. Rohde P, Kahler CW, Lewinsohn PM, Brown RA. Psychiatric disorders, familial factors, and cigarette smoking: III. Associations with cessation by young adulthood among daily smokers. Nicotine Tob Res. 2004; 6: 509-522.
8. Fusar-Poli P, Lazzaretti M, Ceruti M, Hobson R, Petrouska K, Cortesi M, Pozzi E, Politi P. Depression after lung transplantation: causes and treatment. Lung. 2007;185:55-65.
9. Kupper N, Gidron Y, Winter J, Dendlet J. Association between type D personality, depression, and oxidative stress in patients with chronic heart failure. Psychosom Med.
10. Messina G, Colombo E, Cassinero E, Ferri F, Curti R, Altamura C, Cappellini MD. Psychosocial aspects and psychiatric disorders in young adult with thalassemia major. Intern Emerg Med.
11. Rozanski A, Blumenthal JA et Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. Circulation. 1999;99:2192-2217.