



Disociación, personalidad, sugestionabilidad, alexitimia y dificultades en la regulación emocional: un estudio correlacional



Ángeles Serrano^{a,*}, Héctor González-Ordi^b y Beatriz Corbí^c

^a Universidad Nacional de Educación a Distancia, España

^b Universidad Complutense de Madrid, España

^c Centro Universitario Villanueva, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 29 de agosto de 2016

Aceptado el 27 de septiembre de 2016

On-line el 15 de octubre de 2016

Palabras clave:

Disociación
Personalidad
Sugestionabilidad
Alexitimia
Regulación emocional

R E S U M E N

El presente estudio explora la relación entre la disociación psicológica y somática y su asociación con la sugestionabilidad, alexitimia, personalidad y dificultades en la regulación emocional. Los resultados sobre la muestra de 355 participantes indican la relación entre ambos tipos de disociación, la sugestionabilidad, las dificultades en la regulación emocional y la presencia de características diferenciadoras de personalidad en ambos tipos de síntomas disociativos, mostrándose mayor neuroticismo, búsqueda de sensaciones y apertura, así como menor amabilidad y responsabilidad en la disociación psicológica. En la disociación somática, la personalidad mostró únicamente relación con la faceta de ansiedad. La edad también se relaciona de forma diferencial dependiendo de los síntomas disociativos presentes. Estos resultados ponen de manifiesto la importancia de estudiar de forma conjunta ambos tipos de síntomas disociativos, psicológicos y somáticos.

© 2016 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Dissociation, personality, suggestibility, alexithymia, and problems with emotional regulation: A correlational study

A B S T R A C T

The present paper explores the relationship between psychological and somatic dissociation and different personality and emotional variables, including suggestibility, alexithymia, and emotional regulation and dysregulation. The results with a sample of 355 participants of a normal population reveal that there is a positive relationship between both types of dissociation, suggestibility and emotional dysregulation. Likewise, there were different patterns of personality associated both to psychological and somatic dissociation. Correlations found in this study put forward the importance to take into account both types of dissociative symptoms, psychological and somatic ones.

© 2016 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Pierre Janet (1889, 1920) fue el primer autor que ofreció una aproximación explicativa de la disociación. Englobó en la disociación tanto la separación de la consciencia de contenidos y procesos mentales tales como la memoria, la emoción, la voluntad o las

sensaciones como los síntomas somáticos característicos de la histeria (González Ordi y Miguel Tobal, 2000; Kihlstrom, 1994).

Históricamente los trastornos conversivos y somatoformes se han considerado de naturaleza disociativa. En la actualidad, la American Psychiatric Association (APA, 2014) excluye los trastornos conversivos y somatoformes de los disociativos, aunque esta separación se debe más a una cuestión práctica que a una cuestión teórica. La separación en el DSM-5 enfatiza la importancia de la exclusión de trastornos orgánicos que puedan explicar los aparentes síntomas neurológicos que aparecen en el trastorno

* Autor para correspondencia. Calle Simón Hernández 43, 2º B. 28937 Móstoles (Madrid).

Correo electrónico: ma.serranosevillano@gmail.com (Á. Serrano).

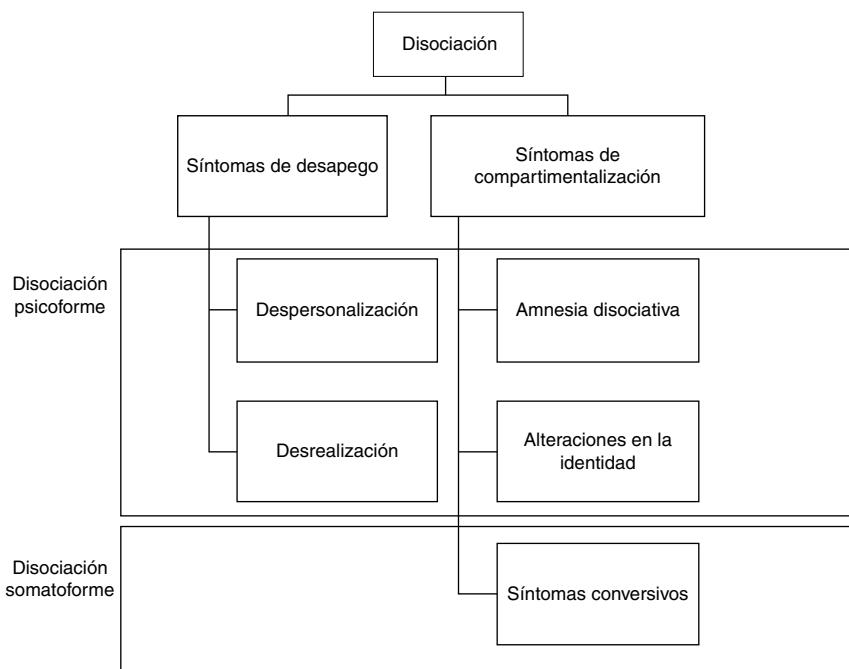


Figura 1. Subtipos de síntomas disociativos.

de conversión y los trastornos somatoformes (Holmes et al., 2005).

En cambio, la Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10 (CIE-10; Organización Mundial de la Salud, 1992), en este sentido, sí une el trastorno de conversión con los trastornos disociativos, incluyendo el estupor disociativo, los trastornos de trance y posesión, los trastornos disociativos de la motilidad, las convulsiones disociativas y las anestesia y las pérdidas sensoriales disociativas.

La inclusión de los trastornos de conversión dentro de los trastornos disociativos sigue siendo para muchos autores imprescindible. Para Scaer (2001), los síntomas y signos neurológicos que caracterizan la conversión constituyen alteraciones perceptivas basadas en traumas previos y que representan la misma escisión de la consciencia que se da en los trastornos disociativos.

En el sentido de entender la disociación como un proceso que englobaría distintos tipos de síntomas, algunos autores han diferenciado entre “disociación psicoforme” y “disociación somatoforme” (Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart y Vanderlinden, 1996). La disociación psicoforme o psicológica englobaría todos aquellos síntomas disociativos en los que se ven alterados procesos psicológicos, como alteraciones en la memoria, la identidad, la percepción del ambiente y del entorno. Por otro lado, la disociación somatoforme o somática estaría compuesta por todos aquellos síntomas disociativos que afectan al cuerpo, experiencias, reacciones y funciones somáticas (Nijenhuis, van der Hart, Kruger y Steele, 2004).

Paralelamente, en los últimos años se ha desarrollado también la posición teórica que defiende la existencia de distintos subtipos de disociación: desapego y compartimentalización.

Cardeña (1994), Putnam (1997), Allen (2001) y Brown (2002) han propuesto el término de desapego, que englobaría experiencias y síntomas como la desrealización, la despersonalización y las experiencias extracorporales, donde el individuo experimenta estados alterados de consciencia caracterizados por la sensación de separación, ya sea de sí mismo o del entorno (Holmes et al., 2005). Estas experiencias suelen presentarse conjuntamente (Allen, Console y Lewis, 1999; Steinberg, 1993) y experimentarse con gran malestar. En estos síntomas de desapego puede identificarse un continuo que

iría desde experiencias de desapego cotidianas, que suelen aparecer en situaciones de fatiga y cansancio, hasta el propio trastorno de despersonalización.

Por otro lado, la compartimentalización englobaría la amnesia disociativa y síntomas aparentemente neurológicos (trastorno de conversión), como la parálisis conversiva, la pérdida sensorial, las pseudoconvulsiones o problemas somáticos (Engel, Walker y Katon, 1996), que son los síntomas centrales en la propuesta de Janet (1920) en la conceptualización de la histeria. En este grupo también se incluiría los síntomas de disociación somática, como visión en túnel, y problemas de índole somático (Nijenhuis et al., 1996). Pese a que los mecanismos psicológicos que subyacen a este tipo de disociación no están claros y hay una necesidad de mayor investigación en el campo, Brown (2004) y Cardeña (1994) proponen que estos síntomas se producen por la falta de habilidad del individuo para traer a la consciencia información que debería ser accesible o tener bajo control volitivo funciones que normalmente lo son.

De este modo, recogiendo las propuestas teóricas y empíricas de los últimos años, la disociación englobaría distintos subtipos de síntomas (ver figura 1), involucrando diversos procesos, pero manteniéndose siempre la característica central de la escisión de la consciencia y la voluntariedad del sujeto.

El estudio de las variables psicológicas presentes en la disociación se ha centrado casi exclusivamente en la disociación psicológica (amnesia, despersonalización/desrealización, absorción), encontrándose que los individuos con tendencia a disociar presentan mayores niveles de neuroticismo (De Silva y Ward, 1993) y apertura a la experiencia (Watson, Harrison y Slack, 2000) son más sugestionables (Chae, Goodman, Eisen y Qin, 2011; Eisen, Morgan y Mickes, 2002; Eisen, Qin, Goodman y Davis, 2002; Merckelbach, Muris, Rassin y Horselenberg, 2000; Wolfradt y Meyer, 1998) y poseen mayor propensión a la fantasía (Merckelbach, Horselenberg y Schmidt, 2002; Merckelbach, Muris y Rassin, 1999). Del mismo modo, se encuentra una relación inversa entre la presencia de síntomas disociativos y edad (Maaranen et al., 2008; Ross, Joshi y Currie, 1990).

Respecto a la disociación somática (síntomas conversivos), se ha encontrado que los disociadores presentan mayores niveles de

alexitimia, ira y mayor tendencia al afrontamiento evitativo (Kaplan et al., 2013; Meyers, Fleming, Lancman, Perrine y Lancman, 2013).

Existe poca literatura científica que relacione variables emocionales y de personalidad con ambos tipos de disociación: psicológica y somática. Por este motivo, este estudio tiene como objetivo explorar la relación entre las variables que más se han asociado a la disociación (personalidad, sugestionabilidad, edad, alexitimia y dificultades en la regulación emocional) con la disociación psicológica y somática.

Método

Participantes

La muestra estuvo formada por 389 participantes voluntarios de la población general. Posteriormente se eliminaron 34 participantes por no haber completado la batería correctamente. La muestra final quedó compuesta por 355 participantes. Las edades dentro de la muestra se encontraban entre los 18 y los 65 años ($M = 34.88$ y $DT = 14.43$). La distribución del sexo fue de un 40.28% varones ($n = 143$) y de un 59.72% mujeres ($n = 212$). En el subgrupo de varones la media de edad fue de 35.47 ($DT = 14.88$) y en el subgrupo de mujeres de 34.67 ($DT = 14.13$).

Instrumentos

Para llevar a cabo esta investigación se utilizaron los siguientes instrumentos de evaluación (en el orden en que aparecen):

Escala de Experiencias Disociativas II (DES-II; Carlson y Putnam, 1993; Icarán, Colom y Orengo-García, 1996). Escala de 28 ítems autoinformados que recoge la presencia de experiencias y fenómenos disociativos, como amnesia, despersonalización, desrealización y absorción. La fiabilidad test-retest oscila entre .78 y .93 y la consistencia interna es de .93. En la muestra utilizada se obtuvo un alfa de Cronbach de .91.

Cuestionario de Disociación Somatoforme (SDQ-20; Nijenhuis et al., 1996). Este cuestionario está formado por 20 ítems que evalúan síntomas de disociación somática, los cuales no poseen explicación neurológica ni médica, como analgesia, dolor localizado, visión en túnel o crisis pseudoepilépticas. Para el presente estudio se utilizó la versión traducida por Holm (2002). En la versión original, el SDQ ha mostrado muy buena consistencia interna, con un alfa de Cronbach de .95 (Nijenhuis et al., 1996) y una validez convergente con el Cuestionario de Disociación (DIS-Q) de .82 y .71, así como con el DES (Bernstein y Putnam, 1986) de .85. En el presente estudio el instrumento mostró un alfa de Cronbach de .84.

Inventario de Sugestionabilidad (IS; González-Ordi y Miguel-Tobal, 1999). Este inventario está formado por 22 ítems que ofrecen una medida general de sugestionabilidad y engloba cuatro subescalas: fantasía, absorción, implicación emocional e influenciabilidad. Las características psicométricas del IS indican una buena estabilidad test-retest de .70, una buena consistencia interna, con un alfa de .79 (González-Ordi y Miguel-Tobal, 1999). En la muestra el IS mostró un alfa de Cronbach de .85.

Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20; Páez et al., 1999; Parker, Bagby, Taylor, Endler y Schmitz, 1993). Esta escala formada por 20 ítems y ofrece una puntuación global en alexitimia, así como en las tres subescalas de (1) dificultad para identificar sentimientos, (2) déficit en el lenguaje emocional y dificultad para comunicar sentimientos y (3) pensamiento concreto y muy operacional. Los índices de fiabilidad en la adaptación al castellano muestran una buena consistencia interna, con un alfa de Cronbach de .78 y una fiabilidad test-retest de .71, siendo su fiabilidad en la muestra utilizada de .85.

Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS; Gratz y Roemer, 2004; Hervás y Jódar, 2008). La DERS ofrece una puntuación total en dificultades y puntuaciones en cinco factores que se centran en dificultades relacionadas con determinados procesos: (1) escala de atención hacia las emociones, (2) escala de confusión en la identificación de las emociones, (3) escala de rechazo de las emociones, (4) escala de interferencia de las emociones y (5) descontrol en la regulación de las emociones y sensación de desbordamiento de éstas. El instrumento mostró un alfa de Cronbach de .94 en el presente estudio.

Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R; Costa y McCrae, 1992; Seisdedos Cubero, Costa, McCrae, Pamos y Cordero Pando, 1999). El inventario evalúa los factores del modelo de los cinco grandes, con cada una de sus diversas facetas: neuroticismo (ansiedad, hostilidad, depresión, ansiedad social, impulsividad y vulnerabilidad), extraversión (cordialidad, gregarismo, asertividad, actividad, búsqueda de emociones y emociones positivas), apertura (fantasía, estética, sentimientos, acciones, ideas y valores), amabilidad (confianza, franqueza, altruismo, actitud conciliadora, modestia y sensibilidad a los demás) y responsabilidad (competencia, orden, sentido del deber, necesidad de logro, autodisciplina y deliberación). Los índices de fiabilidad muestran una buena consistencia interna, que oscila entre .90 y .82 para los distintos factores.

Procedimiento

El procedimiento para la recogida de los datos fue a través del método de muestreo de bola de nieve. Se contó con la colaboración de estudiantes de diversos grados universitarios, así como alumnos de posgrado de distintas universidades. A estos alumnos se les explicó el procedimiento de muestreo de bola de nieve y se les indicó que buscaran tres hombres y tres mujeres de su entorno para realizar el protocolo de evaluación, intentando que tanto un hombre y una mujer se encontrasen entre los intervalos de edad de 18 a 35, 36 a 50 y de 51 a 65 años. Se les indicó que los voluntarios debían firmar en un primer momento el consentimiento informado y posteriormente rellenar el protocolo de evaluación en una o dos sesiones.

Resultados

Todos los datos recogidos y los análisis estadísticos han sido realizados con el paquete estadístico SPSS (versión 20).

Diferencias en relación al sexo

En primer lugar, se realizó una *t* de Student para observar si existían diferencias en las distintas variables medidas en relación al sexo (ver tabla 1). Las puntuaciones de las medidas de personalidad no se incluyen debido a la corrección y estandarización de las puntuaciones en relación al sexo a la hora de corregir el NEO PI-R (Costa y McCrae, 1992).

Como se observa en la tabla 1, existen diferencias significativas entre varones y mujeres en relación a la disociación somática, $t(321) = -2.21, p < .05$, sugestionabilidad total, $t(349) = -6.25, p < .01$, fantasía, $t(349) = -3.28, p < .01$, absorción, $t(349) = -2.71, p < .01$, implicación emocional, $t(349) = -9.56, p < .01$, influenciabilidad, $t(349) = -3.09, p < .01$, la subescala de alexitimia confusión de las emociones con las sensaciones corporales, $t(349) = -2.78, p < .01$, y la escala de rechazo de las emociones en el DERS, $t(343) = -2.05, p < .05$, mostrando mayores puntuaciones las mujeres.

Por el contrario, los varones muestran significativamente mayores puntuaciones únicamente en la escala de desatención, $t(344) = -2.73, p < .01$, de las emociones del DERS.

Tabla 1
Diferencias entre mujeres y varones en las variables medidas

	Mujeres		Varones		<i>t</i>	<i>p</i>
	Media	DT	Media	DT		
DES	12.2	9.9	10.5	8.7	-1.64	ns
Absorción	19.7	14.7	17.2	12.6	-1.66	ns
Amnesia	7.6	8.2	6.4	7.8	-1.41	ns
Despersonalización	5.6	7.7	4.6	7.1	-1.22	ns
SDQ-20	22.5	5.2	21.5	2.5	-2.21	<.05
IS	41.3	2.1	33.1	12.0	-6.25	<.01
Fantaseo	6.9	4.0	5.5	3.7	-3.23	<.01
Absorción	9.1	2.6	8.3	2.9	-2.65	<.01
Implicación emocional	9.6	3.7	5.9	3.5	-9.56	<.01
Influenciabilidad	8.9	3.4	7.7	3.4	-3.09	<.01
TAS-20	52.4	15.3	50.5	14.0	-1.18	ns
Sensaciones corporales	16.5	7.3	14.4	6.6	-2.79	<.01
Lenguaje emocional	15.4	6.0	15.1	6.3	-0.46	ns
Pensamiento concreto	20.5	5.6	21.0	5.6	-0.83	ns
DERs	57.2	19.1	55.5	18.8	-0.83	ns
Desatención	9.1	3.6	10.2	3.6	2.73	<.01
Confusión de la emociones	7.8	3.3	7.4	3.1	-0.90	ns
Rechazo	14.6	6.6	13.1	6.2	-2.05	<.05
Interferencia	9.9	4.2	9.5	4.2	-0.90	ns
Descontrol	16.2	7.5	15.4	6.9	-1.00	ns

Nota. DES: Escala de Experiencias Disociativas-II; SDQ-20: Cuestionario de Disociación Somatoforme; IS: Inventario de sugestionabilidad; TAS-2: Escala de Alexitimia de Toronto; DERs: Escala de Dificultades en la Regulación Emocional.

Dadas las diferencias halladas en relación al sexo, en los análisis posteriores se controló la influencia del sexo en las variables descritas.

Relación entre disociación psicológica, somática y edad

Para observar la relación entre edad, disociación psicológica y disociación somática se realizaron correlaciones parciales entre las variables, controlando el efecto del sexo.

Como se observa en la [tabla 2](#), se hallaron correlaciones significativas negativas con el nivel en la DES total, así como en sus subescalas, siendo la correlación con la subescala de amnesia y despersonalización débiles, en la dirección de a mayor edad menor disociación. En relación al nivel de disociación somática, no se encontraron correlaciones significativas entre el SDQ-20 y la edad.

Relación entre la disociación psicológica y somática

Para explorar la relación entre las distintas variables de disociación, se realizaron correlaciones parciales controlando el efecto del sexo.

Tabla 2
Correlaciones bivariadas y parciales entre las medidas de disociación y la edad

	DES	Subescalas del DES			SDQ-20
		Absorción	Amnesia	Despersonalización/desrealización	
Edad	-.320**	-.354**	-.201**	-.219**	-.083

Nota. DES: Escala de Experiencias Disociativas-II; SDQ-20: Cuestionario de Disociación Somatoforme.

* $p < .05$, ** $p < .01$.

Tabla 3
Correlaciones parciales entre las medidas de disociación

	DES	Subescalas del DES		
		Absorción	Amnesia	Despersonalización/ desrealización
SDQ-20	.490**	.450**	.446**	.418**

Nota. DES: Escala de Experiencias Disociativas-II; SDQ-20: Cuestionario de Disociación Somatoforme.

* $p < .05$, ** $p < .01$.

Como se puede observar en la [tabla 3](#), la DES mostró correlaciones significativas con la escala de disociación somática, SDQ-20 ($r = .490$, $p < .01$), así como las subescalas de absorción ($r = .450$, $p < .01$), amnesia ($r = .446$, $p < .01$) y despersonalización ($r = .418$, $p < .01$).

Sugestionabilidad

En relación a la sugestionabilidad, se realizaron correlaciones parciales controlando la edad, entre la DES, el DSQ-20, como medidas de disociación, y el IS. Como se observa (ver [tabla 4](#)), los resultados mostraron correlaciones moderadas entre la puntuación total del IS y la puntuación total de la DES ($r = .443$, $p < .01$), la subescala de absorción ($r = .486$, $p < .01$), la amnesia ($r = .303$, $p < .01$) y entre la subescala del IS fantaseo y el DES ($r = .483$, $p < .01$), la absorción ($r = .511$, $p < .01$), la amnesia ($r = .348$, $p < .01$) y la despersonalización ($r = .351$, $p < .01$) ([tablas 5–6](#)).

Por otro lado, se encontraron correlaciones débiles entre la puntuación total del IS y la subescala de despersonalización ($r = .281$, $p < .01$), así como entre las subescalas del IS, absorción, implicación emocional e influenciabilidad, y las puntuaciones totales de

Tabla 4
Correlaciones parciales entre las medidas de disociación y la sugestionabilidad

	IS	Subescalas del IS			
		Fantaseo	Absorción	Implicación emocional	Influenciabilidad
DES	.443**	.483**	.252**	.241**	.240**
Absorción	.486**	.511**	.297**	.276**	.264**
Amnesia	.303**	.348**	.159**	.166**	.162**
Despers.	.281**	.351**	.151**	.133*	.115*
SDQ-20	.219**	.257**	.077	.084	.164**

Nota. DES: Escala de Experiencias Disociativas-II; SDQ-20: Cuestionario de Disociación Somatoforme; IS: Inventario de Sugestionabilidad.

* $p < .05$, ** $p < .01$.

Tabla 5
Correlaciones bivariadas entre las medidas de disociación y alexitimia, y correlaciones parciales con disociación somática

	TAS-20	Subescalas de la TAS-20		
		Confusión sensaciones	Leguaje emocional	Pensamiento concreto
DES	.432**	.513**	.312**	.155**
Absorción	.384**	.476**	.293**	.099
Amnesia	.390**	.455**	.241**	.195**
Despersonalización	.372**	.425**	.256**	.168**
SDQ-20	.254**	.344**	.159**	.064

Nota. DES: Escala de Experiencias Disociativas-II; SDQ-20: Cuestionario de Disociación Somatoforme; TAS-20: Escala de Alexitimia de Toronto.

* $p < .05$, ** $p < .01$.

Tabla 6
Correlaciones bivariadas y parciales entre las medidas de disociación y las dificultades en la regulación emocional

	DES	Subescalas del DES			SDQ-20
		Absorción	Amnesia	Despersonalización/desrealización	
DERS	.558**	.509**	.515**	.474**	.297**
Desatención	.205**	.186**	.231**	.139**	.123*
Confusión	.423**	.369**	.390**	.395**	.184**
Rechazo	.488**	.438**	.460**	.424**	.284**
Interferencia	.433**	.433**	.348**	.319**	.230**
Descontrol	.513**	.395**	.463**	.451**	.255**

Nota. DES: Escala de Experiencias Disociativas-II; SDQ-20: Cuestionario de Disociación Somatoforme; DERS: Escala de Dificultades en la Regulación Emocional.

* $p < .05$, ** $p < .01$.

la DES ($r = .252$, $p < .01$; $r = .241$, $p < .01$; $r = .240$, $p < .01$) y todas sus subescalas.

En cuanto a la escala de disociación somatoforme, SDQ-20, las correlaciones con el IS, la subescala de fantaseo y de influenciabilidad mostraron ser débiles ($r = .219$, $p < .01$; $r = .257$, $p < .01$; $r = .164$, $p < .01$), mientras que en la subescala de absorción del IS y de implicación emocional las correlaciones no fueron significativas.

Alexitimia

Para ver la asociación entre la alexitimia y las distintas escalas de disociación, se realizaron correlaciones de Pearson para la DES y correlaciones parciales con el SDQ-20, controlado como covariable el sexo.

En los resultados se observaron correlaciones moderadas entre la puntuación total en la TAS-20 y la DES ($r = .432$, $p < .01$) y las subescalas de absorción ($r = .384$, $p < .01$), amnesia ($r = .390$, $p < .01$) y despersonalización ($r = .372$, $p < .01$). La subescala de la TAS-20, confusión entre las sensaciones corporales y las emociones, correlacionó mediana y moderadamente con la DES y todas sus subescalas ($r = .513$, $p < .01$, $r = .476$, $p < .01$, $r = .455$, $p < .01$, $r = .425$, $p < .01$). Por otro lado, el resto de las subescalas de alexitimia mostraron correlaciones débiles o no significativas con la DES, exceptuando pobreza en el lenguaje emocional y la DES total ($r = .312$, $p < .01$).

En relación al SDQ-20, los resultados mostraron una correlación moderada entre el cuestionario y la subescala confusión en las sensaciones corporales de la TAS-20 ($r = .344$, $p < .01$). El resto

de correlaciones entre la TAS-20 y el SDQ-20 fueron débiles o no significativas.

Regulación emocional

Se realizaron correlaciones de Pearson para la DES y sus subescalas, con la DERS y sus subescalas de confusión, interferencia y descontrol. Para las interrelaciones entre la DES y la subescala de desatención y rechazo de la DERS, así como para el SDQ-20, se realizaron correlaciones parciales controlando el sexo.

Se observaron correlaciones moderadas entre la DES total y sus subescalas y las dificultades en la regulación emocional. La subescala de desatención de la DERS mostró correlaciones débiles con la DES ($r = .205$, $p < .01$) y con las demás subescalas de la DES. En relación a la escala de disociación somática, las correlaciones con la DERS fueron débiles.

Personalidad

Dada la correlación de los factores de personalidad entre sí (ver [tabla 7](#)), con el objetivo de mostrar una mejor varianza entre los dos tipos de disociación y la personalidad, se controló la influencia de los demás factores para cada correlación entre un factor de personalidad y la disociación, siguiendo la línea de [Kwapil, Wrobel y Pope \(2002\)](#). Controlando la influencia de los factores se realizaron correlaciones parciales entre las dos medidas de la disociación y las facetas de cada factor de personalidad (ver [tabla 8](#)). Además, para

Tabla 7
Intercorrelaciones entre los rasgos de personalidad

	Neuroticismo	Extraversión	Apertura	Amabilidad
Extraversión	-.341**			
Apertura	-.017	.401**		
Amabilidad	-.299**	.047	-.010	
Responsabilidad	-.485**	.262**	-.008	.226**

Nota. DES: Escala de Experiencias Disociativas-II; SDQ-20: Cuestionario de Disociación Somatoforme.

* $p < .05$, ** $p < .01$.

Tabla 8
Correlaciones parciales entre las medidas de disociación y personalidad

	DES	Subescalas del DES			SDQ-20
		Absorción	Amnesia	Despersonalización/ desrealización	
<i>Neuroticismo</i>	.271**	.286**	.195**	.161**	.163**
Ansiedad	.235**	.259**	.175**	.106	.152**
Hostilidad	.199**	.195**	.178**	.145**	.092
Depresión	.287**	.294**	.247**	.151**	.106
Ansiedad social	.081	.114*	.002	.008	.106
Impulsividad	.121*	.139*	.062	.086	.113*
Vulnerabilidad	.144**	.126*	.100	.143**	.086
<i>Extraversión</i>	.080	.118*	.077	-.034	.027
Cordialidad	.071	.091	.061	.000	.071
Gregarismo	-.110*	-.122*	-.035	-.085	-.024
Asertividad	.083	.102	.092	-.005	.012
Actividad	.068	.084	.051	.011	-.018
Búsqueda sensaciones	.179**	.216**	.126*	.068	.090
Emociones positivas	-.010	.053	-.007	-.133	-.025
<i>Apertura</i>	.190**	.208**	.083	.160**	.103
Fantasia	.089	.130*	-.030	.052	.085
Estética	.110*	.128*	.084	.060	.063
Sentimientos	.061	.088	.017	.019	.030
Acciones	.038	-.010	.060	.119*	.037
Ideas	.197**	.196**	.111*	.176**	.062
Valores	.165**	.186**	.057	.139*	.098
<i>Amabilidad</i>	-.163**	-.110*	-.187**	-.192**	.005
Confianza	-.171**	-.165**	-.132*	-.159**	-.088
Franqueza	-.147**	-.120*	-.122*	-.142**	-.016
Altruismo	-.077	-.023	-.112*	-.146**	.068
Actitud conciliadora	-.067	-.042	-.116*	-.067	.077
Modestia	-.133*	-.082	-.148**	-.174**	-.051
Sensibilidad	-.092	-.046	-.122*	-.139*	.063
<i>Responsabilidad</i>	-.160**	-.160**	-.152**	-.111*	-.044
Competencia	-.159**	-.138*	-.160**	-.160**	-.001
Orden	-.070	-.072	-.092	-.012	-.043
Sentido del deber	-.184**	-.155**	-.176**	-.188**	.007
Necesidad de logro	-.095	-.089	-.074	-.090	-.031
Autodisciplina	-.133*	-.120*	-.091	-.073	-.030
Deliberación	-.147**	-.179**	-.115*	-.470	-.040

Nota. DES: Escala de Experiencias Disociativas-II; SDQ-20: Cuestionario de Disociación Somatoforme.

* $p < .05$, ** $p < .01$.

la correlación entre el SDQ-20 y personalidad, se controló también el sexo.

En relación a la DES y las facetas de neuroticismo, los datos mostraron que la ansiedad, hostilidad y depresión correlacionan con el DES y las tres subescalas, exceptuando la ansiedad y la despersonalización. También se observó una correlación entre ansiedad social y absorción, impulsividad y DES total, así como con absorción y, por último, vulnerabilidad y DES total, absorción y despersonalización. En cuanto al SDQ-20, los datos mostraron una correlación positiva con ansiedad e impulsividad.

En extraversión, la búsqueda de sensaciones correlacionó positivamente con DES total, absorción y amnesia. Por otro lado, la faceta de gregarismo correlacionó negativamente con DES total y absorción. En el SDQ-20 no se hallaron correlaciones significativas.

En relación al factor de apertura, el DES total mostró correlaciones positivas con la faceta de estética, ideas y valores. Por su parte, la subescala de absorción mostró correlaciones positivas con

fantasía, estética, ideas y valores. La amnesia disociativa sólo mostró correlaciones positivas con la faceta de ideas y la subescala de despersonalización correlacionó de forma positiva con las facetas de acciones, ideas y valores. En disociación somática no hubo correlaciones significativas.

En amabilidad, tanto la faceta de confianza como de franqueza mostraron correlaciones negativas con la DES y todas las subescalas. Por su parte, la DES también correlacionó de forma negativa con la faceta de modestia, la subescala de amnesia correlacionó de forma negativa con todas las facetas de la amabilidad, así como la despersonalización, que correlacionó de forma negativa con todas las facetas excepto con actitud conciliadora. En el SDQ-20 no hubo correlaciones significativas.

Por último, en relación al factor de responsabilidad, las facetas de competencia y sentido del deber correlacionaron negativamente con todas las subescalas del DES. Autodisciplina correlacionó de forma negativa con DES total y absorción y deliberación

correlacionó negativamente con DES total, absorción y amnesia. En cuanto a la disociación somática, tampoco se hallaron correlaciones significativas.

Discusión

Los resultados hallados indican que la disociación psicológica y la disociación somática correlacionan significativamente, lo que resulta consistente con la literatura clínica (trastornos disociativos y conversivos) y experimental disponible hasta el momento (Engel et al., 1996; Nijenhuis et al., 1996). Por otro lado, los resultados encontrados no parecen indicar la existencia de una mayor relación entre la amnesia disociativa con disociación somática, entendiéndolos como síntomas de compartimentalización. Esta moderada relación entre los distintos síntomas de compartimentalización puede deberse a la muestra utilizada en este estudio, población normal. Es posible que la asociación y la agrupación entre síntomas de compartimentalización frente a los de desapego sea más fuerte en niveles patológicos, donde se ha observado una relación diferencial entre los síntomas de desapego en los trastornos de despersonalización (Baker et al., 2003; Simeon, Knutelska, Nelson, Guralnik y Schmeidler, 2003), y la presencia de síntomas de compartimentalización en trastornos somatomorfos (Steinberg, 1994). Resulta necesario seguir investigado este aspecto en futuros estudios.

En cuanto a la edad, los resultados muestran una relación negativa entre la edad y los síntomas disociativos, pero sólo en disociación psicológica. Estos resultados van en la línea de los encontrados por otras investigaciones previas, en las que se observa la misma relación inversa (Maaranen et al., 2008; Ross et al., 1990). Los datos obtenidos parecen apuntar a que los síntomas de compartimentalización son los que menos (o nada) se asocian con la edad. En estudios longitudinales, se ha observado que sólo el 30% de los individuos con altas puntuaciones en la DES mantienen estas puntuaciones a lo largo de varios años. Este mantenimiento en el tiempo de la presencia de síntomas disociativos se asocia con un aumento en la sintomatología depresiva e ideación suicida (Maaranen et al., 2008). Si son los síntomas de compartimentalización los que se mantienen independientemente de la edad, se puede hipotetizar que son estos síntomas los que pueden tener peor pronóstico y tendencia a la cronificación, lo que adquiere gran relevancia a nivel clínico.

En relación a la sugestionabilidad, los resultados indican que las experiencias disociativas se asocian positivamente con la sugestionabilidad. De forma pormenorizada, se observa que la subescala de la DES que mayor relación muestra con la sugestionabilidad es la subescala de absorción. Esto no resulta extraño, ya que una de las características asociadas con la sugestionabilidad es la absorción (González-Ordi y Miguel-Tobal, 1999). En cuanto a las subescalas de amnesia disociativa y despersonalización, éstas muestran correlaciones más débiles con la sugestionabilidad, por lo que puede estar indicando que la sugestionabilidad de los altos disociadores puede venir explicada más por su absorción que por los propios síntomas disociativos, lo que iría en concordancia con hipótesis y estudios previos (Dienes et al., 2009). En cuanto a las subescalas del IS, la que mayor relación muestra con la DES y sus subescalas es la escala de fantasía. Esta característica de la disociación también ha sido documentada en estudios previos y se considera una variable íntimamente ligada a la disociación (Merckelbach et al., 2002; Merckelbach et al., 1999).

Respecto al SDQ-20, los resultados muestran que la disociación somática se relaciona más débilmente con la sugestionabilidad. Esto podría ir en contra de la propuesta de Halligan, Athwal, Oakley y Frackowiak (2000), que proponen que debajo de los síntomas de compartimentalización en general, y de los síntomas

somatomorfes y conversivos en concreto, subyacen los mismos procesos que en la sugestionabilidad hipnótica (Halligan et al., 2000).

Los resultados obtenidos en relación a la alexitimia muestran una relación moderada entre las tres dimensiones, explicada principalmente por la confusión de sensaciones, lo que va en la línea de investigaciones anteriores (Waller y Scheidt, 2004). Esto corrobora la idea de que la disociación y la alexitimia son constructos separados (Bailey y Henry, 2007; Evren, Cinar y Evren, 2012; Tolmunen et al., 2010; Zlotnick et al., 1996), ya que la alexitimia se relacionaría con un estilo cognitivo centrado en los detalles externos y una pobreza en la fantasía (Nemiah, Freyberger y Sifneos, 1976), mientras que la disociación se asocia con propensión a la fantasía (Merckelbach et al., 1999).

En relación a las dificultades en la regulación emocional, los resultados indican una marcada asociación entre la disociación psicológica y la presencia de dificultades en la regulación emocional; particularmente se relacionan más estrechamente con la confusión de las sensaciones corporales y la emoción, el rechazo de las emociones, la interferencia y el descontrol de la experiencia emocional. En este sentido, se puede entender que la disociación no se asocia con dificultades en la atención hacia a las emociones, lo que podría ir más en relación a procesos alexitímicos. Por otro lado, la disociación somática, aunque muestra el mismo patrón que la disociación psicológica (menor relación con la subescala de desatención), tiene una relación débil con la dificultad en la regulación emocional, así como en todas sus subescalas, lo que parece indicar una característica diferenciadora entre ambos tipos de síntomas disociativos.

En relación a la personalidad, la asociación entre neuroticismo y disociación parece venir explicada por las facetas de ansiedad, depresión, hostilidad y, de forma más débil, por impulsividad y vulnerabilidad. Pese a las diferencias en las facetas de personalidad, dependiendo de las subescalas de la DES, en la literatura queda patente la asociación entre disociación y ansiedad (Marshall, Jorm, Grayson y O'Leary, 2000; Mendoza et al., 2011; Segui et al., 2000), hostilidad e ira (Meyers et al., 2013) y depresión (Ferguson y Dacey, 1997).

En cuanto al factor de extraversión, las facetas muestran una asociación positiva entre búsqueda de sensaciones, la DES total y la subescala de absorción y, de forma muy débil, con amnesia. Estos datos pueden estar indicando el subtipo de perfil disociador buscador de sensaciones encontrado por Ruiz, Pincus y Ray (1999), más asociado a la apertura a la experiencia y al fantasía, siendo un perfil no clínico. Por otro lado, también se ha encontrado una relación negativa débil entre la faceta gregarismo y la DES total y la subescala de absorción, pudiendo mostrar la asociación entre el perfil disociador más neurótico y evitador (Ruiz et al., 1999).

Respecto a la apertura, la disociación muestra una asociación con el factor, explicándose ésta por las facetas de ideas, valores y, en menor medida, de estética y fantasía. En relación a este rasgo, se puede observar cómo se asocia de forma diferencial con las subescalas de absorción y la subescala de despersonalización de la DES, pudiendo indicar que éste se asocia en mayor medida con síntomas de desapego y no con síntomas de compartimentalización como la amnesia. La asociación entre absorción y la faceta de fantasía se ha encontrado de forma recurrente en la literatura previa (Merckelbach et al., 2002; Merckelbach et al., 1999). En cuanto a la relación entre ideas, valores y disociación, ésta puede explicarse como la búsqueda de nuevos conocimientos y valores, en la línea del perfil disociador más unido a la búsqueda de emociones. Aun así, si bien estos resultados son consistentes con los encontrados por Ruiz et al. (1999), son contradictorios con otras investigaciones (Groth-Marnat y Jeffs, 2002; Kwapior et al., 2002), por lo que esta asociación queda lejos de estar clara.

La relación entre amabilidad y disociación se muestra negativa, lo que indica que puntuaciones altas en disociación se asocian a

menor confianza, franqueza, altruismo, modestia y sensibilidad, encontrándose esta relación sobre todo con las subescalas de amnesia y despersonalización y no tanto con absorción. En la hipótesis propuesta por Kwapił et al. (2002), estos resultados pueden explicarse por la tendencia del disociador a experimentar el mundo como más amenazante.

Por último, la disociación se relaciona negativamente con el factor de responsabilidad, explicándose por las facetas de competencia, sentido del deber, autodisciplina y deliberación. Estos datos siguen la línea de estudios previos en personalidad y disociación (Groth-Marnat y Jeffs, 2002; Kwapił et al., 2002; Ruiz et al., 1999), indicando que la disociación se asocia a una percepción pobre sobre las propias capacidades y habilidades para enfrentarse a los problemas, menor adherencia a principios y obligaciones morales, escasa motivación para la realización de tareas y metas y poca planificación sobre las acciones futuras (Costa y McCrae, 1992).

Finalmente, la disociación somática mostró asociación exclusivamente con el factor de neuroticismo, explicándose por la faceta de ansiedad y, de forma más débil, con la impulsividad. Esta relación indica que este tipo de disociación está mayormente relacionada con perfiles puramente más ansiosos. Esto concuerda con estudios previos que relacionan los trastornos somatoformes y las tendencias a la somatización con procesos relacionados con la ansiedad, el arousal y perfiles más evitadores (Baslet, 2011; Brown, Danquah, Miles, Holmes y Poliakov, 2010; Goldstein, Drew, Mellers, Mitchell-O'Malley y Oakley, 2000; Novakova, Howlett, Baker y Reuber, 2015).

En general, se puede observar que las medidas de ambos tipos de disociación (psicológica y somática) se asocian, lo que apoya las propuestas teóricas y recoge la tradición literaria de englobar los síntomas somatoformes y conversivos como procesos disociativos (Allen, 2001; Brown, 2002; Cardeña, 1994; Janet, 1889, 1920; Kihlstrom, 1994; Nijenhuis et al., 1996; Putnam, 1997; Scaer, 2001). Aun así, ambos subtipos de síntomas disociativos muestran relaciones diferenciales, como puede ser la sugestionabilidad, las dificultades en la regulación emocional o la edad. En el caso de la alexitimia, la disociación se separa debido a su relación con la propensión a la fantasía, opuesto al pensamiento concreto que caracteriza la alexitimia.

La división actual entre los trastornos disociativos y somatomorfos puede llevar a error a la hora de comprender los mecanismos que subyacen en los procesos disociativos, pudiéndose dar un acercamiento separado a ambos fenómenos y dando lugar a una visión parcial del fenómeno disociativo. En futuras investigaciones parece de especial relevancia estudiar y evaluar ambos tipos de disociación, tanto síntomas y trastornos de compartimentalización como síntomas y trastornos de desapego, junto con los síntomas somatoformes, con el fin de aclarar la relación entre ambos, observar si existen perfiles concretos y ver si comparten las mismas características y los mismos aspectos procesuales.

Conflicto de intereses

Los autores de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Allen, J. G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. New York: John Wiley and Sons.
- Allen, J. G., Console, D. A. y Lewis, L. (1999). Dissociative detachment and memory impairment: Reversible amnesia or encoding failure. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 160–171.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5^{ed.}). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bailey, P. E. y Henry, J. D. (2007). Alexithymia, somatization and negative affect in a community sample. *Psychiatry Research*, 150, 13–20.
- Baker, D., Hunter, E., Lawrence, E., Medford, N., Patel, M., Senior, C. y David, A. S. (2003). Depersonalisation disorder: Clinical features of 204 cases. *British Journal of Psychiatry*, 182, 428–433.
- Baslet, G. (2011). Psychogenic non-epileptic seizures: A model of their pathogenic mechanism. *Seizure*, 20, 1–13. <http://dx.doi.org/10.1016/j.seizure.2010.10.032>
- Bernstein, E. y Putnam, F. (1986). Development, Reliability and Validity of a Dissociation Scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727–735. [http://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134\(08\)80004-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134(08)80004-X)
- Brown, R. J. (2002). The cognitive psychology of dissociative states. *Cognitive Neuropsychiatry*, 7, 221–235.
- Brown, R. J. (2004). The psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: An integrative conceptual model. *Psychological Bulletin*, 130, 793–812.
- Brown, R. J., Danquah, A. N., Miles, E., Holmes, E. y Poliakov, E. (2010). Attention to the body in nonclinical somatoform dissociation depends on emotional state. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, 249–257. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.04.010>
- Cardeña, E. (1994). The domain of dissociation. En S. J. Lynn y J. Rhue (Eds.), *Dissociation* (pp. 15–31). New York: Guilford.
- Carlson, E. B. y Putnam, F. W. (1993). An update on the Dissociative Experience Scale. *Dissociation*, 6(1), 16–27.
- Chae, Y., Goodman, G. S., Eisen, M. L. y Qin, J. (2011). Event memory and suggestibility in abused and neglected children: Trauma-related psychopathology and cognitive functioning. *Journal of Experimental Child Psychology*, 110, 520–538. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jecp.2011.05.006>
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1992). *Inventario de Personalidad NEO Revisado, (NEO-PI-R): Manual del instrumento*. Madrid: TEA Ediciones.
- De Silva, P. y Ward, A. J. M. (1993). Personality correlates of dissociative experiences. *Personality and Individual Differences*, 14, 857–859. [http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869\(93\)90102-9](http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869(93)90102-9)
- Dienes, Z., Brown, E., Hutton, S., Kirsch, I., Mazzoni, G. y Wright, D. B. (2009). Hypnotic suggestibility, cognitive inhibition, and dissociation. *Consciousness and Cognition*, 18, 837–847. <http://dx.doi.org/10.1016/j.concog.2009.07.009>
- Eisen, M. L., Morgan, D. Y. y Mickes, L. (2002). Individual differences in eyewitness memory and suggestibility: Examining relations between acquiescence, dissociation and resistance to misleading information. *Personality and Individual Differences*, 33, 553–571. [http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00172-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00172-6)
- Eisen, M. L., Qin, J., Goodman, G. S. y Davis, S. L. (2002). Memory and suggestibility in maltreated children: Age, stress arousal, dissociation, and psychopathology. *Journal of Experimental Child Psychology*, 83, 167–212. [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-0965\(02\)00126-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-0965(02)00126-1)
- Engel, C. C., Jr., Walker, E. A. y Katon, W. J. (1996). Factors related to dissociation among patients with gastrointestinal complaints. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 643–653. [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999\(95\)00636-2](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999(95)00636-2)
- Evren, C., Cinar, O. y Evren, B. (2012). Relationship of alexithymia and dissociation with severity of borderline personality features in male substance-dependent inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 854–859. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.11.009>
- Ferguson, K. S. y Dacey, C. M. (1997). Anxiety, depression, and dissociation in women health care providers reporting a history of childhood psychological abuse. *Child Abuse and Neglect*, 21, 941–952. [http://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134\(97\)00055-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134(97)00055-0)
- Goldstein, L. H., Drew, C., Mellers, J., Mitchell-O'Malley, S. y Oakley, D. A. (2000). Dissociation, hypnotizability, coping styles and health locus of control: Characteristics of pseudoseizure patients. *Seizure*, 9, 314–322. <http://dx.doi.org/10.1053/seiz.2000.0421>
- González-Ordi, H. y Miguel-Tobal, J. J. (1999). Características de la sugestionabilidad y su relación con otras variables psicológicas. *Anales de Psicología*, 15, 57–75.
- González Ordi, H. y Miguel-Tobal, J. J. (2000). La consciencia dividida: de Pierre Janet a Ernest R. Hilgard. *Revista de Historia de la Psicología*, 21, 305–328.
- Gratz, K. L. y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotional regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41–54.
- Groth-Marnat, G. y Jeffs, M. (2002). Personality factors from the five-factor model of personality that predict dissociative tendencies in a clinical population. *Personality and Individual Differences*, 32, 969–976. [http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00101-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00101-5)
- Halligan, P. W., Athwal, B. S., Oakley, D. A. y Frackowiak, R. S. J. (2000). The functional anatomy of a hypnotic paralysis: Implications for conversion hysteria. *The Lancet*, 355, 986–987.
- Hervás, G. y Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19, 139–156.
- Holm, O. (2002). SDQ-20 (versión traducida al castellano). Recuperado de <https://trastornosdisociativos.files.wordpress.com/2012/10/sobre-el-sdq.pdf>
- Holmes, E. A., Brown, R. J., Mansell, W., Fearon, R. P., Hunter, E. C. M., Frasquilho, F. y Oakley, D. A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 25, 1–23. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2004.08.006>
- Icarán, E., Colom, R. y Orengo-García, F. (1996). Experiencias disociativas: una escala de medida. *Anuario de Psicología*, 70, 69–84.
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique*. Paris: Alcan.
- Janet, P. (1920). *The major symptoms of hysteria* (2nd ed). New York: Macmillan.
- Kaplan, M. J., Dwivedi, A. K., Privitera, M. D., Isaacs, K., Hughes, C. y Bowman, M. (2013). Comparisons of childhood trauma, alexithymia, and defensive styles

- in patients with psychogenic non-epileptic seizures vs. epilepsy: Implications for the etiology of conversion disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 75, 142–146.
- Kihlstrom, J. (1994). One hundred years of hysteria. En S. J. Lynn y J. W. Rhue (Eds.), *Dissociation: Theoretical, Clinical, and Research Perspectives* (pp. 365–394). New York: Guilford.
- Kwapil, T. R., Wrobel, M. J. y Pope, C. A. (2002). The five-factor personality structure of dissociative experiences. *Personality and Individual Differences*, 32, 431–443. [http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00035-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00035-6)
- Maaranen, P., Tanskanen, A., Hintikka, J., Honkalampi, K., Haatainen, K., Koivumaa-Honkanen, H. y Viinamäki, H. (2008). The course of dissociation in the general population: A 3-year follow-up study. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 269–274. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.04.010>
- Marshall, R. P., Jorm, A. F., Grayson, D. A. y O'Toole, B. (2000). Medical-care costs associated with posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 954–962.
- Mendoza, L., Navinés, R., Crippa, J. A., Fagundo, A. B., Gutierrez, F., Nardi, A. E. y Martín-Santos, R. (2011). Depersonalization and personality in panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 413–419.
- Merckelbach, H., Horselenberg, R. y Schmidt, H. (2002). Modeling the connection between self-reported trauma and dissociation in a student sample. *Personality and Individual Differences*, 32, 695–705. [http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00070-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00070-8)
- Merckelbach, H., Muris, P. y Rassin, E. (1999). Fantasy proneness and cognitive failures as correlates of dissociative experiences. *Personality and Individual Differences*, 26, 961–967.
- Merckelbach, H., Muris, P., Rassin, E. y Horselenberg, R. (2000). Dissociative experiences and interrogative suggestibility in college students. *Personality and Individual Differences*, 29, 1133–1140. [http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869\(99\)00260-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869(99)00260-3)
- Meyers, L., Fleming, M., Lancman, M., Perrine, K. y Lancman, M. (2013). Stress coping strategies in patients with psychogenic non-epileptic seizures and how they relate to trauma symptoms, alexithymia, anger and mood. *Seizure*, 22, 634–639.
- Nemiah, J. C., Freyberger, H. y Sifneos, P. E. (1976). Alexithymia: a view of the psychosomatic process. En O. W. Hill (Ed.), *Modern Trends in Psychosomatic Medicine* (3). London: Butterworths.
- Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O. y Vanderlinden, J. (1996). The development and the psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 688–694.
- Nijenhuis, E. R. S., Van der Hart, O., Kruger, K. y Steele, K. (2004). Somatoform dissociation, reported abuse and animal defence-like reactions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 678–686.
- Novakova, B., Howlett, S., Baker, R. y Reuber, M. (2015). Emotion processing and psychogenic non-epileptic seizures: A cross-sectional comparison of patients and healthy controls. *Seizure*, 29, 4–10.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades Versión 10 (CIE-10): Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Páez, D., Martínez-Sánchez, F., Velasco, C., Mayordomo, S., Fernández, I. y Blanco, A. (1999). Validez psicométrica de la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20): Un estudio transcultural. *Boletín de Psicología*, 63, 55–76.
- Parker, J. D., Bagby, R. M., Taylor, G. J., Endler, N. S. y Schmitz, P. (1993). Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *European Journal of Personality*, 7, 221–232.
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. New York: The Guilford Press.
- Ross, C. A., Joshi, S. y Currie, R. (1990). Dissociative experiences in the general population. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1547–1552.
- Ruiz, M. A., Pincus, A. L. y Ray, W. J. (1999). The relationship between dissociation and personality. *Personality and Individual Differences*, 27, 239–249. [http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869\(98\)00236-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869(98)00236-0)
- Scaer, R. C. (2001). *The body bears the burden. Trauma, dissociation and disease*. New York, London: The Haworth Medical Press.
- Seguí, J., Márquez, M., García, L., Canet, J., Salvador-Carulla, L. y Ortiz, M. (2000). Depersonalization in panic disorder: A clinical study. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 172–178.
- Seisdedos Cubero, N., Costa, P. T., McCrae, R. R., Pamos, A. y Cordero Pando, A. (1999). *Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO-PI-R)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Simeon, D., Knutelska, M., Nelson, D., Guralnik, O. y Schmeidler, J. (2003). Examination of the pathological dissociation taxon in depersonalization disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 738–744.
- Steinberg, M. (1993). The spectrum of depersonalization: Assessment and treatment. En D. Spiegel (Ed.), *Dissociative disorders: A clinical review* (pp. 79–103). Towson: Sidran.
- Steinberg, M. (1994). *Structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders (SCID-D), revised*. Washington: American Psychiatric Press.
- Tolmunen, T., Honkalampi, K., Hintikka, J., Rissanen, M., Maaranen, P., Kylmä, J. y Laukkanen, E. (2010). Adolescent dissociation and alexithymia are distinctive but overlapping phenomena. *Psychiatry Research*, 176, 40–44. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2008.10.029>
- Waller, E. y Scheidt, C. E. (2004). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A study comparing the TAS-20 with non-self-report measures of alexithymia. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 239–247. [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00613-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00613-5)
- Watson, D., Harrison, J. y Slack, A. (2000). *Measures of dissociation and their relation to general traits of personality*. (Unpublished raw data).
- Wolfradt, U. y Meyer, T. (1998). Interrogative suggestibility, anxiety and dissociation among anxious patients and normal controls. *Personality and Individual Differences*, 25, 425–432. [http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869\(98\)00023-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869(98)00023-3)
- Zlotnick, C., Shea, T., Pearlstein, T., Simpson, E., Costello, E. y Begin, A. (1996). The Relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 12–16.