

TESIS DOCTORAL

ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN AL
CASTELLANO DE LA ESCALA DE
DESPERSONALIZACIÓN DE
CAMBRIDGE

DOCTORANDO: JUAN JOSÉ MOLINA CASTILLO

DIRECTORES: ROGELIO LUQUE LUQUE

JORGE MARTÍNEZ DE LA IGLESIA

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIO SANITARIAS, RADIOLOGÍA Y
MEDICINA FÍSICA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

TITULO: *ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN AL CASTELLANO DE LA ESCALA DE
DESPERSONALIZACIÓN DE CAMBRIDGE*

AUTOR: *JUAN JOSÉ MOLINA CASTILLO*

© Edita: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba. 2008
Campus de Rabanales
Ctra. Nacional IV, Km. 396
14071 Córdoba

www.uco.es/publicaciones
publicaciones@uco.es

ISBN-13: 978-84-7801-922-9
D.L.: CO-1479-2008

D. ROGELIO LUQUE LUQUE, PROFESOR TITULAR DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERISDAD DE CÓRDOBA, Y **D. JORGE MARTÍNEZ DE LA IGLESIA**, PROFESOR ASOCIADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

CERTIFICAMOS: que el presente trabajo, titulado “ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN AL CASTELLANO DE LA ESCALA DE DESPERSONALIZACIÓN DE CAMBRIDGE”, ha sido realizado bajo nuestra dirección por D. JUAN JOSÉ MOLINA CASTILLO y tiene a nuestro juicio méritos suficientes para optar al Grado de Doctor en Medicina.

Y para que así conste, se expide el presente certificado en Córdoba, a veinte de mayo de dos mil ocho.

FDO.: R. LUQUE LUQUE

FDO.: J. MARTÍNEZ DE
LA IGLESIA

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, a Jesús, a Eulalia y a Cristina, por su cariño y apoyo constante en esta aventura.

A los profesores Rogelio Luque y Jorge Martínez, por los consejos, orientaciones y amistad que me han proporcionado a lo largo de estos años.

A los pacientes y profesionales que han participado en este estudio, los cuales han hecho posible que este proyecto se haya convertido en realidad.

El presente trabajo ha sido financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (105/02). Se adjuntan fotocopias en anexo I.

Los resultados de la adaptación y validación al castellano de la Escala de Despersonalización de Cambridge han sido publicados en la revista *Actas Españolas de Psiquiatría*, 2006; 34 (3): 185-192.

ÍNDICE GENERAL

CAPÍTULO 1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA	1
1.1. La psicopatología descriptiva actual	
1.2. Interés psicopatológico por la despersonalización	
CAPÍTULO 2. REVISIÓN HISTÓRICA DEL FENÓMENO	13
2.1. Teorías sensoriales	
2.2. Teorías basadas en la psicología de las facultades	
2.3. Teorías de la experiencia del self	
2.4. Teorías psicodinámicas	
2.5. Teorías orgánicas	
2.6. Aportaciones españolas	
2.7. Clasificaciones diagnósticas actuales	
CAPÍTULO 3. PROPUESTA TEÓRICA DE LA DESPERSONALIZACIÓN.....	29
3.1. Componentes de la despersonalización	
3.2. Modelo neurobiológico de la despersonalización	
3.3. Hallazgos neurobiológicos actuales	
CAPÍTULO 4. CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS	47
4.1. Concepto	
4.2. Incidencia y prevalencia de la despersonalización	
4.3. Características clínicas	
4.4. Comorbilidad	

4.5. Tratamiento de la despersonalización

CAPÍTULO 5. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA DESPERSONALIZACIÓN	74
CAPÍTULO 6. OBJETIVOS	85
CAPÍTULO 7. HIPÓTESIS	86
CAPÍTULO 8. MATERIAL Y MÉTODOS	87
8.1. Sujetos y material	
8.2. Adaptación y validación de escalas	
8.3. Análisis estadístico	
CAPÍTULO 9. RESULTADOS	95
9.1. Adaptación y validación al castellano de la Escala de Despersonalización de Cambridge	
9.2. Análisis factorial de la versión al castellano de la Escala de Despersonalización de Cambridge	
9.3. Análisis descriptivo de las experiencias de despersonalización en pacientes depresivos	
9.4. Análisis descriptivo de las experiencias de despersonalización en pacientes esquizofrénicos	
9.5. Análisis descriptivo de las experiencias de despersonalización entre sujetos depresivos y esquizofrénicos	

CAPÍTULO 10. DISCUSIÓN	124
10.1. Adaptación y validación al castellano de la Escala de Despersonalización de Cambridge	
10.2. Análisis descriptivo de las experiencias de despersonalización en pacientes con depresión y esquizofrenia	
CAPÍTULO 11. CONCLUSIONES	140
ANEXO I. RESOLUCION DE LA SECRETARÍA GENERAL DE CALIDAD Y EFICIENCIA POR LA QUE SE CONCEDEN LAS SUBVENCIONES PARA LA FINANCIACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN Y PLANES DE FORMACIÓN INVESTIGADORA EN CIENCIAS DE LA SALUD EN EL ÁMBITO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA	143
ANEXO II. AUTORIZACIÓN DEL ESTUDIO POR EL COMITÉ ÉTICO DEL HOSPITAL UNIVESITARIO “REINA SOFIA” DE CÓRDOBA	146
ANEXO III. CONSENTIMIENTO INFORMADO	149
ANEXO IV. VERSIÓN AL CASTELLANO DE LA ESCALA DE DESPERSONALIZACIÓN DE CAMBRIDGE	150
BIBLIOGRAFÍA	157

CAPÍTULO 1

JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

En general, la psiquiatría actual se caracteriza por la importancia otorgada al diagnóstico nosológico – a través del interés que reciben los vigentes sistemas de clasificación – y a la investigación biológica. Por contra, se considera que la psicopatología descriptiva no ha sufrido apenas variaciones en los últimos años y que, en cierto sentido, permanece estable y anclada al pasado ⁽¹⁾.

La psiquiatría biológica, basada en el positivismo y en el reduccionismo simplificador, ha contribuido al avance científico de la psiquiatría tradicional. Este impulso está basado en el papel central que ha tenido el término biológico, el cual hace referencia al efecto disruptivo de las anormalidades bioquímicas y neuroendocrinas en el funcionamiento psicológico. No obstante, los resultados derivados de la investigación neurobiológica y el limitado progreso obtenido con los tratamientos farmacológicos han puesto de manifiesto las dificultades existentes en la comprensión de los procesos mentales ⁽²⁾.

La investigación actual parte de la aceptación de los criterios recogidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Americana. Fue la tercera edición, publicada en 1980, la que constituye el primer intento clasificatorio serio a raíz de la publicación de numerosos trabajos que denunciaron las insuficiencias de los sistemas clasificatorios tradicionales ⁽³⁾. Así, se acepta la presencia de unos 20-25 síntomas que se han mantenido intactos a lo largo del

tiempo sobre los cuales se construyen las diferentes categorías diagnósticas. Sin embargo, el DSM presenta una serie de inconvenientes. Por ejemplo, las definiciones operativas, más allá de intentar superar la “acientificidad” de las definiciones anteriores, presentan un alto contenido de inferencia y carecen de métodos adecuados de objetivación ⁽⁴⁾. Muchas de las definiciones pueden resultar vagas e imprecisas, o proceden de la psicología del sentido común, heredadas de la psicopatología decimonónica, y carecen de teoría alguna que sustente su cientificidad. Otras, necesitan de una adecuada investigación que justifique sus características, o bien, son demasiadas heterogéneas al estar influenciadas por el contexto que las desarrolló. En ocasiones, se echa en falta una adecuada evaluación de la validez de las descripciones de los síntomas que han llegado hasta nuestros tiempos ⁽⁵⁾. Además se prioriza la existencia de los “síndromes como unidad”, restando importancia al proceso de reconocimiento de éstos ⁽⁶⁾. Tampoco algunos síntomas pueden ser considerados entidades estables que contienen en sí mismos toda la información necesaria para su reconocimiento. Precisamente las diferentes categorías del DSM no favorecen el tipo de investigación más deseable desde el punto de vista metodológico, existiendo un desfase entre el lenguaje descriptivo en psicopatología y ciertas técnicas de investigación. Por último, en la práctica clínica nos encontramos con numerosas dificultades ya que las definiciones de los síntomas disponibles rara vez son tan operativas como las de las enfermedades, permaneciendo así desdibujadas y ambiguas, sin existir un glosario de síntomas internacionalmente reconocidos ⁽¹⁾.

Por tanto, consideramos necesario actualizar el lenguaje de la psicopatología para intentar recoger la suficiente información que facilite la práctica clínica, asegure el éxito en la investigación y permita el desarrollo de las diferentes corrientes psicológicas.

Además, la psicopatología descriptiva debe permitir la incorporación de nuevos síntomas, tanto aquellos que permanecen desconocidos como aquellos que se encuentran ocultos, sin olvidar los ya existentes. Este nuevo lenguaje debe influir en la psicología clínica cotidiana, en la del psiquiatra de a pie y en su perfeccionamiento técnico.

En consonancia con lo anteriormente expuesto, este trabajo parte de la necesidad de revisar y actualizar la psicopatología descriptiva mediante el análisis de los síntomas. Así, la despersonalización, un síntoma poco conocido y estudiado debido a la ausencia de una definición y ubicación adecuada, precisa de una delimitación psicopatológica completa que permita progresar en la investigación biológica de este fenómeno.

1.1. LA PSICOPATOLOGÍA DESCRIPTIVA ACTUAL

La psicopatología descriptiva actual surgió en la Francia del siglo XIX, con el fin de aprehender los signos y síntomas de la enfermedad mental. Los factores que intervinieron en su desarrollo fueron la aparición de los manicomios, la disponibilidad de nuevas teorías psicológicas, las modificaciones en las nociones de signo y síntoma en medicina, la introducción de aspectos subjetivos en la sintomatología, el uso del tiempo como dimensión contextual y el desarrollo de la cuantificación ⁽⁵⁾. En los últimos años, la psicopatología descriptiva ha sufrido escasos cambios.

La psicopatología descriptiva es un *sistema cognitivo o lenguaje definido por un conjunto sistemático de principios generales, enunciados descriptivos y reglas de aplicación cuya función es la descripción y captura de aspectos de la conducta que se asume que son el resultado o la expresión de una disfunción biológica u orgánica* ⁽⁵⁾. Así, es un sistema teórico abierto, sujeto a cambios, que se ocupa tanto del estudio descriptivo de los síntomas psicopatológicos como de la explicación de los mecanismos que los originan.

Como cualquier sistema descriptivo o marcador biológico cognitivo o lenguaje científico, la psicopatología descriptiva puede ser considerada un sistema de captura de información. Aunque su aplicación a las ciencias humanas es extremadamente difícil, ya que a las características cuantitativas hay que añadir los aspectos semánticos de la información, la psicopatología descriptiva debe tener la capacidad para capturar y preservar la información, lo cual debe mantenerse en el tiempo y pueda predecir el futuro de los fenómenos clínicos. Asimismo, el sistema descriptivo de información debe

estar en relación con la enfermedad, para que aprehenda algo que exista, y que permita emparejarse con el modelo de solución de otro sistema, es decir, que permita el encuentro entre la psicopatología descriptiva y las técnicas neurofisiológicas de hoy día (7).

Aunque la investigación neurobiológica actual utiliza las categorías diagnósticas de los sistemas de clasificación, es probable que los síntomas mentales tengan un mayor valor heurístico para la investigación, y, en concreto, para la psicopatología descriptiva (8). Los síntomas mentales son conceptuados como señales neuronales anómalas que se manifiestan en la conducta verbal y extraverbal del paciente. Estas señales pueden ser el resultado de una disfunción primaria o secundaria en un determinado subsistema cerebral y puede implicar tanto una conducta nueva como otra ya conocida. El reconocimiento de estas señales puede estar distorsionado por “ruido”, que correspondería a todos aquellos aspectos o señales de otros subsistemas no implicados en la señal que nos ocupa (6). La misión de la psicopatología descriptiva es, por tanto, analizar el sistema de señales anómalas y establecer la proporción señal/ruido existentes en cada unidad de análisis.

Los síntomas mentales no son fenómenos homogéneos sino que son estructuralmente diferentes, en relación tanto con la diversidad o diferencia de clase con otros objetos como a la composición de partes o elementos diferentes (9). Esto contrasta con la simplicidad de los modelos de localización cerebral y de las técnicas de investigación actuales, que relacionan la enfermedad psíquica con un sitio cerebral. No solo es posible que los síntomas se comporten de forma diferente sino que puede asumirse erróneamente que uno está explorando o midiendo el mismo síntoma cuando

en realidad están implicados dos o tres síntomas. Esta complejidad se ha explicado sobre la base de un modelo jerárquico que establece las diferentes dimensiones del síntoma. Así, la concepción de síntoma como entidad unitaria se sustituye por un modelo multidimensional, en donde hablemos de “unidades de análisis” identificadas como dimensiones o componentes que a su vez pueden descomponerse en “microcomponentes”. La tarea del clínico consiste en reconstruir esta experiencia mediante la formulación y representación de un modelo de síntoma determinado elegido entre los existentes en su marco conceptual ⁽⁶⁾.

De esta forma, los síntomas psicopatológicos tienen principalmente dos componentes: una fuente biológica, que genera la alteración de la conducta, y una vertiente psicosocial, relacionada con la interpretación de esta alteración por el paciente y por el clínico. Son señales compartimentales elaboradas por los pacientes y reelaboradas por los psiquiatras en el contexto del encuentro clínico. Por tanto, el síntoma depende de una serie de fases ⁽¹⁰⁾ que se pueden resumir en: a) naturaleza e intensidad de la señal biológica; b) duración de la “magma primordial” experimentada (experiencia precognitiva basada en las experiencias pasadas, en la inteligencia, en los conocimientos, en las actitudes epistemológicas y del contexto social y cultural); c) “novedad de la magma primordial” (es decir, concordancia con experiencias previas almacenadas en la memoria del sujeto); d) estado de conciencia del paciente, actitudes atribucionales o conocimientos generales; e) marco cognitivo y emocional en el que la “magma primordial” ocurre o es percibida; f) capacidad para nombrar y clasificar experiencias subjetivas; g) contexto cultural y pragmático; y h) capacidad individual y deseo con el que acude a la entrevista clínica. Por lo tanto, no todos los síntomas son el resultado de estructuras cerebrales “enfermas” y viceversa.

Este proceso de formación puede desarrollarse a través de diferentes vías. Como puede verse en la figura 1.1.1, mediante la vía (a), la señal cerebral se expresa a través de una experiencia consciente (“magma primordial”) a partir de la cual el sujeto construye el síntoma en función de su experiencia previa, su nivel de inteligencia, conocimiento y actitudes. El síntoma adquiere la forma final dependiendo de la capacidad de verbalización del paciente en la pragmática de la situación clínica. Otros síntomas, parecen evitar la “magma primordial” por lo que no son necesarias experiencias conscientes en un primer momento y, por tanto, su construcción depende en mayor grado del clínico (vía b). Es muy probable que existan vías intermedias entre la *a* y la *b*, produciendo diferentes intensidades de “magma primordial” y, por consiguiente, diferentes síntomas, que incluirían una combinación diferente de las construcciones del paciente y del clínico ⁽¹¹⁾.

Otros síntomas surgen según procesos constructivos secundarios que operan sobre los constructos primarios (figura 1.1.2). Esto hace que síntomas que están más o menos bien delimitados puedan tener orígenes diferentes y no en todos los casos han de poseer el mismo significado clínico y neurobiológico. Además, los procesos secundarios pueden dar lugar a lo que denominamos “fenocopia del síntoma”, que puede conducir a tratamientos erróneos en la práctica clínica y a correlaciones espurias en la investigación. La cuestión es que los actuales glosarios de síntomas ofrecen definiciones de éstos que no son tan detalladas como para contemplar las diferencias entre ellos ⁽¹⁰⁾.

Figura 1.1.1. Construcciones primarias (tomado de Luque y cols. Teoría del síntoma mental. Monografías de Psiquiatría 2003;XV(1):30-48).

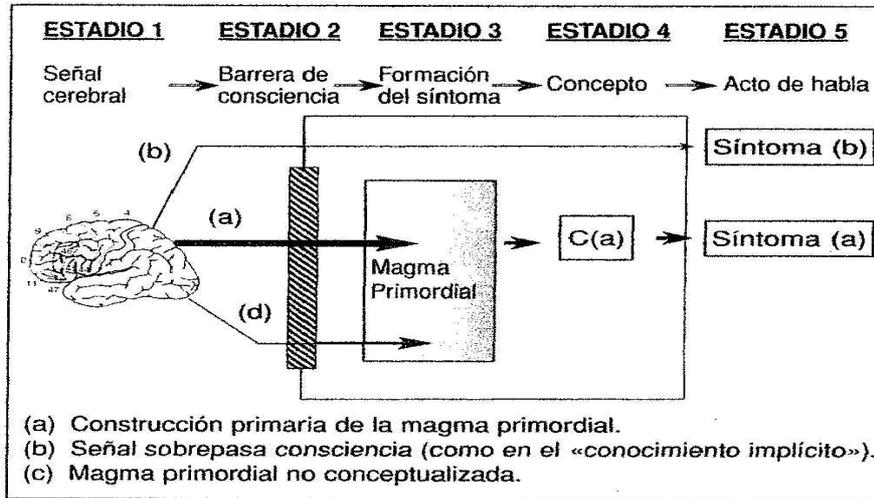
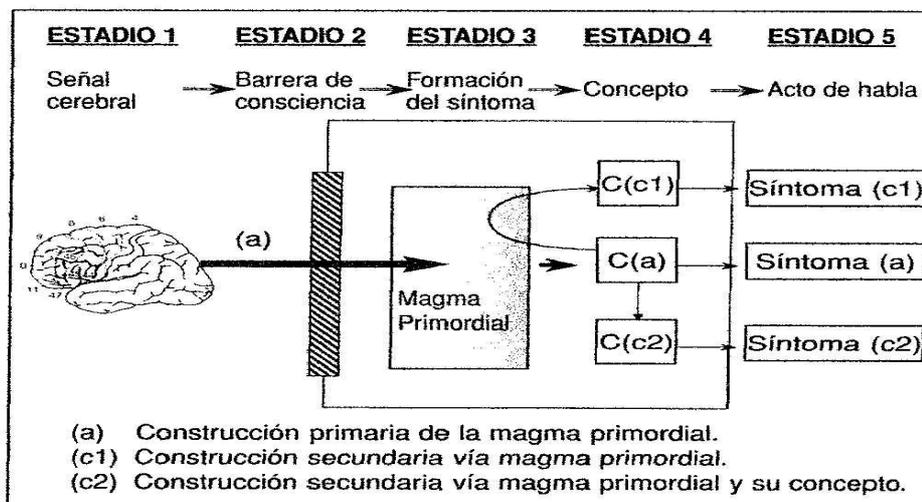


Figura 1.1.2. Construcciones secundarias (tomado de Luque y cols. Teoría del síntoma mental. Monografías de Psiquiatría 2003;XV(1):30-48).



Así pues, el síntoma, tal y como lo vemos en la consulta, es el resultado de un proceso heterogéneo, constituyendo el punto más alejado de la señal biológica, con lo cual su validez para cierto tipo de investigación puede considerarse escasa. Por lo tanto, es preciso replantearse el modelo de investigación actual, donde la psicopatología descriptiva ocupa un lugar destacado.

Éste ha sido uno de los objetivos del grupo de investigadores que entorno a la figura del profesor Germán Berrios han desarrollado un proyecto de investigación psicopatológica cuyo objetivo principal ha sido promover el cambio y la recalibración de la psicopatología descriptiva ⁽¹⁾. Para ello se han propuesto varias etapas. Un primer paso es la creación del metalenguaje que permita describir la conducta humana y que englobe todos los conceptos que fundamentan la psicopatología descriptiva. En segundo lugar, con este metalenguaje se ha de analizar la psicopatología, su gramática, su léxico, las reglas de aplicación y los aspectos más complejos como los sociales, culturales y políticos, considerando ésta como un sistema de captura de información. Una vez diseñado el esqueleto de la psicopatología descriptiva, han de crearse los modelos preliminares de formación de cada síntoma. Una cuarta etapa sería el abordaje de la heterogeneidad de los síntomas, y la relación entre ellos. A continuación, se intentará captar las diferentes fases de formación de los síntomas con las diferentes herramientas que poseemos en la investigación actual. Por último, se ha de construir las hipótesis empíricas de los síntomas. El éxito de la investigación neurobiológica se maximiza consiguiendo emparejar el nivel de complejidad del lenguaje descriptivo y el de los instrumentos empleados en el estudio del cerebro humano.

Dentro de este proceso y uno de los instrumentos que se utiliza con frecuencia

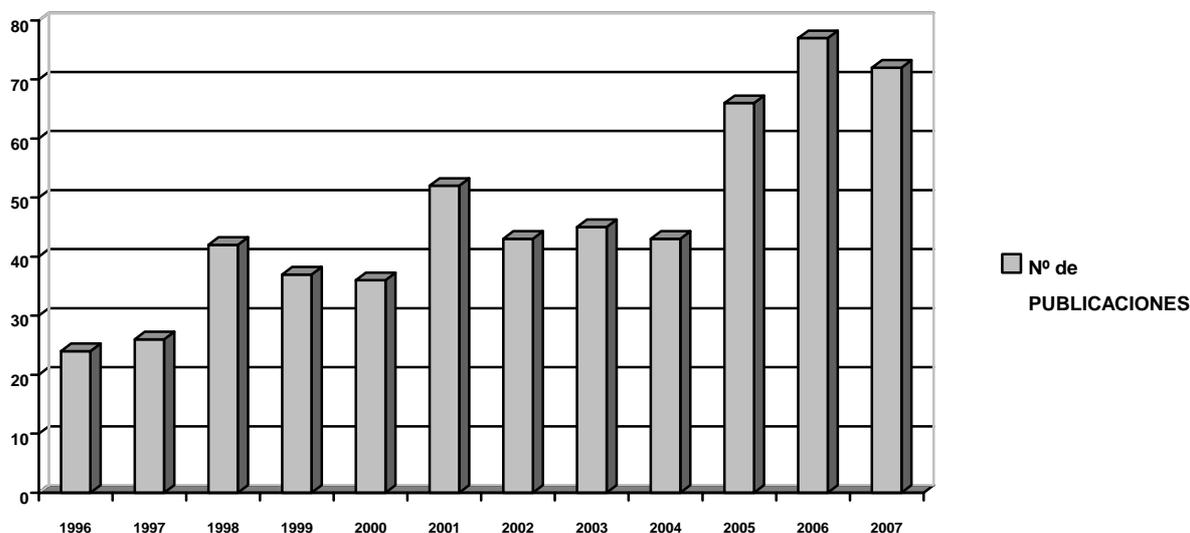
en la investigación científica es el empleo de las escalas de evaluación. Aunque son instrumentos que han buscado la objetividad dentro de la psicopatología, éstos no han carecido de problemas. Las escalas de evaluación suelen estar compuestas por ítems o unidades de análisis. La validez de las mismas depende de la función de referencia de cada ítem. Por tanto, no son medidas directas del síntoma, sino que lo hacen mediante un constructo no autónomo. Así, la construcción de los mismos está sujeta a los factores semánticos e interpretativos que modulan, sesgan o distorsionan la representación, algo que no puede eliminarse con los requisitos estadísticos que se exigen. Sin embargo, pueden generar datos para la investigación siempre que no se olvide la naturaleza de las mismas y sean flexibles a los cambios que se producen en los síntomas mentales ⁽⁷⁾.

1.2. INTERÉS PSICOPATOLÓGICO POR LA DESPERSONALIZACIÓN

La despersonalización es un síntoma frecuente en la práctica clínica, que se presenta en diferentes patologías neuropsiquiátricas y, en menor medida, como entidad única ⁽¹²⁾. Según diferentes autores ⁽¹³⁻¹⁵⁾ se puede considerar el tercer síntoma psiquiátrico en frecuencia, tras ansiedad y depresión. Destaca sorprendentemente que sea un fenómeno que afecta a un importante número de pacientes y que a pesar de su naturaleza estresante haya sido investigado pobremente, sobre todo cuando aparece en el contexto de otro trastorno mental. Aunque fue descrita hace más de cien años, el interés por la despersonalización ha sido escaso y, hasta hace poco, se ha carecido de suficientes investigaciones empíricas (figura 1.2.1). A esto hay que añadir que muchas de éstas consisten en descripciones de casos aislados o en intentos teóricos de analizar este síntoma. Menos aún se ha profundizado en la psicopatología de dicho fenómeno, evidenciándose la ausencia de datos suficientes sobre la formación de este proceso mental, persistiendo unos límites laxos e insuficientes en su definición ⁽¹⁶⁾.

Desde una perspectiva clínica, la despersonalización tiene su valor al definir diferentes subgrupos dentro de los trastornos mentales. Por ejemplo, la desrealización ha sido un marcador de buen pronóstico en pacientes esquizofrénicos no hebefrénicos ⁽¹⁷⁾. Sin embargo, en los pacientes depresivos, la ausencia de este síntoma era un indicador de buena respuesta al tratamiento ⁽¹⁸⁾. En el trastorno de pánico, la presencia de despersonalización ha caracterizado a un subgrupo de pacientes con crisis de inicio precoz y un curso más severo ^(19,20).

Figura 1.2.1. Distribución de las publicaciones sobre la despersonalización desde 1996 al 2007 (revisión de la base de datos MEDLINE hasta diciembre de 2007).



En la actualidad, la creación de dos grupos de investigación parece retomar el interés por el síntoma que nos ocupa, apareciendo en los últimos años interesantes investigaciones adaptadas a las actuales técnicas de investigación. De hecho, existe un incremento de las publicaciones específicas sobre el fenómeno en este último periodo. El primer grupo corresponde con las investigaciones desarrolladas en el Hospital Monte Sinai de Nueva York, entorno a la figura de la profesora Daphne Simeon ⁽²¹⁾. El segundo grupo corresponde a la Unidad de Investigación sobre despersonalización, en el Instituto de Psiquiatría de Londres ^(22, 23). Los objetivos de dicha unidad son la investigación del trastorno de despersonalización, aumentar el conocimiento sobre este síntoma, y desarrollar tratamientos tanto farmacológicos como psicológicos.

A pesar de este reciente interés por la despersonalización, y tras efectuar la recalibración histórica del síntoma ^(24, 25), se requieren más investigaciones que profundicen en la psicopatología de este fenómeno, especialmente, en la relación con otros síntomas mentales.

CAPÍTULO 2

REVISIÓN HISTÓRICA DEL FENÓMENO

Hasta lo que hoy conocemos como despersonalización han existido diversos intentos de explicar este fenómeno desde las diferentes corrientes teóricas existentes en la psiquiatría del siglo XIX y XX. Ya en 1838, Esquirol, dentro de su libro “Des Maladies Mentales”, se refirió a estas experiencias como uno de los síntomas característicos del síndrome depresivo ⁽²⁶⁾. También es posible encontrar descripciones en otros autores del siglo XIX como Griesinger, Billod o Zeller. La primera revisión sistemática, que incluyó 38 casos, corresponde a Krishaber (1873), al considerarla como un componente de la *neuropatía cerebro-cardiaca* ⁽²⁷⁾. En concreto, el autor encuentra que un tercio de sus pacientes referían una sensación desagradable de extrañeza en relación a sí mismos y al mundo exterior. En 1894, Ludovic Dugas ⁽²⁸⁾, al explorar la psicopatología del *déjà vu* y de la “falsa memoria”, describe una serie de casos donde este síntoma era predominante. Posteriormente Dugas (1898) acuñó el término de despersonalización, al obtenerlo de una expresión encontrada en el diario personal del filósofo H. F. Amiel. En este trabajo Dugas define la despersonalización como un síntoma mental específico e incluso propone un mecanismo etiopatogénico ⁽²⁹⁾.

Sin embargo, existen dudas a la hora de establecer la aparición del término desrealización. Parece aceptado que Mayer-Gross (1935) asume este término de Mapother. Sin embargo, no se ha encontrado tal publicación y el uso previo de este término es limitado ⁽³⁰⁾.

2.1. TEORÍAS SENSORIALES.

Las primeras hipótesis consideran que la despersonalización es consecuencia de un trastorno de la percepción. Durante el siglo XIX, se pensaba que el sistema sensorial estaba definido por modalidades sensoriales, sensores musculares y sensaciones corporales (coenestesia). Fue el mismo Krishaber quien creía que *las múltiples alteraciones sensoriales llevaban a experiencias extrañas de uno mismo* ⁽²⁷⁾. Ribot, Séglas y Sollier propusieron este mismo modelo explicativo. Wernicke (1906) también creía que la conciencia de cuerpo (somatopsique) era el resultado de las sensaciones musculares propioceptivas, y que esta somatopsique era la que se encontraba alterada en el síndrome de Cotard y en la despersonalización ⁽³¹⁾. Este concepto fue posteriormente desarrollado por Foerster y Pick. Sin embargo, estas teorías fueron abandonadas en los inicios del siglo XX al no ser respaldadas por la observación clínica ⁽²⁴⁾.

2.2. TEORÍAS BASADAS EN LA PSICOLOGÍA DE LAS FACULTADES.

En Francia, a principios del siglo XIX, la psicología de las facultades fue crucial en el desarrollo de las teorías de localización cerebral, en las clasificaciones psiquiátricas y en la tipología del carácter y personalidad. La idea básica era que la mente estaba constituida por módulos o “facultades”, más o menos independientes en su funcionamiento. Así, la despersonalización fue relacionada con una alteración en la memoria, en el afecto o en la imagen corporal ⁽²⁴⁾.

Alteración de la memoria. Estas hipótesis fueron sustentadas en la observación de fenómenos que a menudo coexisten como la despersonalización y el *déjà vu*. Kraepelin (1891), basado en sus propias experiencias, afirmó que la despersonalización formaba parte del *déjà vu*, siendo el resultado de una alteración de la memoria ⁽³²⁾. Más tarde, Dugas (1898) insistió en la relación entre despersonalización y las experiencias de *déjà vu*, y propuso que ambas eran debidas a un proceso de desdoblamiento de la personalidad y de falsa memoria ⁽³³⁾. Posteriormente Dugas y Moutier (1911) ⁽³⁴⁾ describen la despersonalización como un trastorno específico en donde existe un *estado en el cual hay sentimientos o sensaciones de que los pensamientos y actos eluden el self y llegan a ser extraños, existiendo una alineación de la personalidad*. En este caso se refiere a los conceptos de self, personalidad y personalización aparecidos en el siglo XIX, siendo la personalización el acto de síntesis física, de apropiación o atribución del estado al self. También Bernard Leroy (1898) expuso que la despersonalización estaba producida por la alteración del reconocimiento, al igual que Heymans (1904, 1906) quien afirmó que se producía por la alteración de este proceso, considerando que la despersonalización era el fenómeno más prevalente y severo ⁽²⁴⁾.

Alteración del afecto. Las primeras descripciones (Zeller, 1838; Schäfer, 1880) ya se decantaron por relacionar la despersonalización con la patología del afecto. Störring (1900) propuso una serie de “teorías emocionales” (*self-awareness*) en las cuales el afecto jugaba un importante papel en la despersonalización ⁽³⁵⁾. Löwy (1908) matizó esta concepción y propuso que se debía a la pérdida de los sentimientos que acompañan a la acción (*action-feeling*), haciendo que el sujeto experimente sus actos como mecánicos y automáticos ⁽³⁶⁾. Continuando en la línea de Störring, Österreich (1907) afirmó que la despersonalización era el resultado de una inhibición de los sentimientos que acompañaba a la actividad mental (*activity-feeling*) y de la cual derivan las experiencias de extrañeza e irrealidad ⁽³⁷⁾. El mismo Dugas sugirió que la despersonalización era un fallo de la integración de la conciencia causada por la apatía, siendo una forma de depresión.

Alteración de la imagen corporal. Derivados del concepto de cenestesia y somatopsique surgen los conceptos de esquema e imagen corporal respectivamente. Schilder ⁽³⁸⁾ propuso que la despersonalización era una alteración de la imagen del cuerpo que resultaba del reajuste defensivo de la llamada “estructura libidinal”, entendiendo imagen corporal como la conciencia que tiene uno mismo del cuerpo, y no como el mecanismo cortical de coordenadas que se hacía a nivel cerebral, denominado esquema corporal. Autores como Ey, Lhermitte o Ehrenwald relacionaron la despersonalización con las quejas de pacientes con alteraciones neurológicas de la imagen corporal, como la asomatognosia o la anosognosia. Estos pacientes presentan característicamente una pérdida de la representación de una parte del cuerpo ⁽²⁴⁾.

2.3. TEORÍAS DE LA EXPERIENCIA DEL SELF.

Mención especial merecen las teorías de finales del siglo XIX que relacionan la despersonalización con alteraciones primarias en la conciencia del sí mismo. Janet ⁽³⁹⁾ la consideró como una manifestación de la psicoastenia cuyo núcleo principal era la experiencia incompleta en la percepción del afecto, la actividad motora, las emociones y los sentimientos de uno mismo. El mismo autor utiliza los términos de despersonalización y experiencia incompleta en relación con la personalidad, así como con otros dominios psicológicos. Posteriormente acuñó el término de sentimiento de vacío para referirse a todas estas experiencias.

En general, las teorías del self o autoconciencia ⁽¹⁶⁾, como estructura reflexiva, hacen referencia no a un grupo de elementos psíquicos, ya sean sensaciones, recuerdos o sentimientos, en el supuesto de que realmente pudieran distinguirse entre sí, sino a una actividad de síntesis de los diferentes procesos psíquicos hacia la unidad, a un yo central cuya pertenencia a la estructura vivencial se ve modificada. Ya no se trata, por tanto, de localizar la facultad deficitaria, sino de comprender la estructura de la vivencia.

Para Jaspers ⁽⁴⁰⁾ lo que se ha perdido es el sentido de la conciencia de uno mismo (conciencia de actividad, unidad, identidad y oposición a lo externo), es decir, la unidad psicológica del individuo, que acompaña toda actividad consciente. Otros autores, como Mayer-Gross, Schneider o Spitzer han abordado este fenómeno desde categorías como los trastornos del yo, los estados de despersonalización agudos, las vivencias de extrañamiento crónicas o los síntomas de primer nivel de la esquizofrenia. Así, la

tradición alemana describe los trastornos del yo como vivencias inmediatas anómalas. Por otro lado, la tradición anglosajona los considera dentro del amplio espectro de los delirios, como falsos juicios o errores de inferencia sobre experiencias perceptivas o emocionales alteradas ⁽¹⁶⁾.

Posteriormente, y ante las dificultades que planteaba el modelo de autoconciencia, surgieron las teorías fenomenológicas del modelo de la conciencia como síntesis pasiva, en donde la despersonalización es el resultado de diferentes cualidades defectuales. En este sentido encontramos autores como Husserl, Meyer o Kimura. Taylor (1982) explicó los síntomas de despersonalización a partir de las aportaciones de Brentano. Consideró que el sujeto es consciente tanto de sí mismo como de su propia actividad mental. En la despersonalización, esta actividad del yo psíquico adquiere su propia autonomía, ajena al sujeto. Así, los componentes de este síndrome pueden clasificarse en virtud de las actividades afectadas, definiéndose la desrealización, desomatización, desideación, desmotivación o la automatización ⁽⁴¹⁾.

2.4. TEORÍAS PSICODINÁMICAS.

La despersonalización no pasó inadvertida para los psicoanalistas, siendo tratada desde diferentes puntos de vista. Resulta complicado resumir todas las teorías existentes en este apartado, si bien la mayoría la considera como un mecanismo de defensa contra, o el resultado, de conflictos psíquicos internos que amenazan a la integridad del self.

Para Federn (1928) ⁽⁴²⁾, despersonalización y desrealización fueron enfermedades del “ego” causadas por una pérdida de la inversión de la libido que afecta a la estructura central del Yo y a sus límites respectivamente. Además, la consideraba como un signo prodrómico de la esquizofrenia. Oberndorf y Jacobson indicaron que la despersonalización surgía de alteraciones en la función del Yo y de las amenazas hacia éste del Ello y del Super-Yo; sin embargo, Sadger y Searl ponen en relación la despersonalización con el concepto de castración ⁽⁴³⁾. Fenichel ⁽⁴⁴⁾ asoció la despersonalización con un tipo especial de defensa contra los propios sentimientos que habían sido alterados e incrementados en el narcisismo. El mismo Schilder (1935) pensó que era el resultado de una excesiva gratificación narcisista durante la infancia ⁽³⁸⁾.

Freud no resultó ajeno a estas controversias y abordó la despersonalización en el caso del “hombre de los lobos” y en su trabajo “Un trastorno en la memoria de la Acrópolis”. Para Freud, despersonalización y desrealización son *disfunciones, estructuras anormales que nos sirven como modelos de los trastornos psíquicos... siendo principal en ellos la finalidad de la defensa... y su dependencia del pasado de vivencias penosas pretéritas...* ⁽⁴⁵⁾. También Stewart (1964) ⁽¹⁴⁾ define la despersonalización como un mecanismo de defensa en sujetos predispuestos cuando las

circunstancias producen una división entre la concepción propia y la concepción propia de los otros. Frances y cols. relacionaron la despersonalización con el concepto de constancia del self, que radica en la cohesividad y estabilidad de las representaciones del self ⁽⁴⁶⁾.

Como ya ha sido mencionado, también algunos psicoanalistas relacionaron la despersonalización con diversas fases de la esquizofrenia, como Galdston que la define como una forma benigna de esquizofrenia, o Klein que la considera una regresión a las etapas paranoide y esquizoide ⁽⁴³⁾.

Trabajos más recientes han vuelto a proponer la despersonalización como un mecanismo de defensa primitivo y patológico que surge cuando otros mecanismos han fracasado en el control de impulsos inaceptables. A pesar de estas aportaciones, las teorías psicoanalistas de la despersonalización se han basado en estudios de un reducido número de pacientes y en modelos hipotéticos contruidos de tal forma que no han podido ser validados en la clínica o experimentalmente. Del mismo modo, han relacionado este fenómeno con casi todas las etapas del desarrollo, y solo han ofrecido explicaciones sobre la descripción del síntoma y han aportado poco sobre la forma del fenómeno ⁽⁴³⁾.

2.5. TEORÍAS ORGÁNICAS.

Un gran número de autores han descrito la presencia de experiencias de despersonalización en diferentes síndromes cerebrales orgánicos, destacando la asociación con la epilepsia del lóbulo temporal. Ya, en 1911, Pick destacó la relación entre este fenómeno y las crisis parciales complejas inespecíficas ⁽²⁴⁾.

El primer intento formal por explicar la despersonalización desde el punto de vista orgánico correspondió a Mayer-Gross ⁽⁴⁷⁾, quien propuso que se correspondería con una respuesta funcional preformada del cerebro que puede aparecer en personas normales y ser el resultado de diferentes causas. Sin embargo, resulta difícil localizar este fenómeno en el cerebro ya que puede producirse por múltiples factores cerebrales. Esta teoría sigue el modelo jerárquico de Jackson en neurofisiología, de forma similar al proceso que ocurre en la epilepsia o en el delirium. En este caso, la respuesta preformada cerebral estaría causada por una alteración de la conciencia.

Este mismo concepto de alteración de la conciencia como precursor de las experiencias de despersonalización ha sido planteado por varios autores. No obstante, Sedman (1970) afirmó, en una extensa revisión de la literatura, que no se puede concluir que exista siempre una alteración de la conciencia en la despersonalización. Además, encontró un grupo de individuos que no sufrían despersonalización bajo ninguna circunstancia. Por último, concluye que puede existir una “respuesta preformada” en un 40% de la población, aunque no solo en relación con la alteración de la conciencia, sino que deben existir otros factores más relevantes ⁽⁴⁸⁾.

Los síndromes neurológicos que cursan con trastorno en el reconocimiento del esquema corporal, generalmente localizados a nivel del lóbulo temporal, han sido relacionados con la despersonalización por autores como Lhermitte, Van Bogaert o Ehreuwald. También se ha propuesto, como explicación etiológica de la despersonalización, la asociación entre una alteración orgánica y un trastorno psicodinámico. Así, Schilder (1935) entiende que la existencia de una lesión en el lóbulo parietal impediría que el paciente pueda formarse representaciones de su propio cuerpo, al mismo tiempo que se produce una retirada de la libido del yo y de la realidad (38).

Recientemente se ha revisado la relación entre despersonalización y enfermedades cerebrales orgánicas. Para ello se analizaron un total de 47 casos de la literatura científica junto con 4 nuevos pacientes con trastorno de despersonalización (49). Las enfermedades neurológicas más comúnmente encontradas fueron la epilepsia y la migraña. Aunque son necesarios más estudios, la disfunción del lóbulo temporal izquierdo y la ansiedad fueron los factores que con mayor frecuencia aparecieron en el desarrollo de estas experiencias. Los autores sugieren la inclusión de un tipo de despersonalización denominado “orgánica” en las clasificaciones diagnósticas actuales.

2.6. APORTACIONES ESPAÑOLAS.

Las propuestas teóricas realizadas por autores españoles aparecieron fundamentalmente en la segunda mitad del siglo XX. Destacan dos trabajos que analizan la importancia de la despersonalización en el contexto del trastorno de pánico, los cuales serán abordados en apartados posteriores. Las últimas aportaciones publicadas ^(16, 50) corresponden a revisiones teóricas de la literatura científica sobre el fenómeno.

López-Ibor (1966) considera que la despersonalización es una alteración de la estructura vital que adquiere la forma clínica de angustia vital. Además destaca la proximidad entre despersonalización y heautoscopia, considerando ésta como una modalidad de la primera ⁽⁵¹⁾. Para Cabaleiro (1966), estas manifestaciones se producen por la alteración de la conciencia del yo personal, especialmente de la conciencia de su actividad, de su unidad y de su identidad ⁽⁵²⁾.

Alonso Fernández (1968) propone que dichas experiencias son consecuencia de la alteración del nivel de conciencia o vigilancia, tanto por descenso como por excitación. Si se sobrepasan ciertos límites, el síntoma desaparece, pues para que se produzca se requiere cierto nivel de autoanálisis. En la despersonalización se altera la conciencia del yo propio, y en la desrealización prevalece la sensación de irrealidad referida al mundo exterior. También la relaciona con la heautoscopia, diferenciando la despersonalización heautoscópica de la alucinación heautoscópica ⁽⁵³⁾.

Castilla del Pino (1982), en su modelo judicativo de la conducta, explica la

despersonalización como resultado de una inseguridad del sujeto en la denotación de la realidad y, en consecuencia, en las interpretaciones que de ella se realizan. La inseguridad depara angustia consecutiva a la conciencia que tiene el sujeto de su incapacidad para asegurar la realidad que denota ⁽⁵⁴⁾.

Más recientemente, Sánchez de las Matas (1994) realiza una revisión teórica de 242 pacientes afectivos y anancásticos con experiencias de despersonalización y desrealización. Desde el punto de vista psicodinámico, la despersonalización sería un mecanismo de defensa primitivo y patológico que aparece cuando no pueden controlarse los impulsos inaceptables. Afirma que los síntomas de este fenómeno producen alteraciones en los “terrenos” perceptivos, en el distanciamiento del yo psíquico y del yo corporal, de los recuerdos, en el área de la noesis y en el terreno de la temporalidad. Destaca que lo más importante en el síndrome es la *angustia por la peculiar alteración en la unidad del yo* ⁽⁵⁵⁾.

Por último, para Fernández-Argüelles y cols. (1998), basados en el método fenomenológico, la crisis de despersonalización es una disociación del yo-psíquico y yo-corporal, lo que es conocido como disociación psicofísica o psicoorgánica, la cual es más grave que la crisis de angustia ⁽⁵⁶⁾. Por su parte, Ruiz Ogara (1998), al analizar el fenómeno desde una perspectiva psicoanalítica y fenomenológica, la considera como una alteración en la vivencia de continuidad de la identidad personal ⁽⁵⁷⁾.

2.7. CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS ACTUALES.

El cambio más cualitativo a la hora de clasificar el fenómeno que nos ocupa se produjo en la década de los ochenta, en la tercera edición del DSM ⁽⁵⁸⁾, al incluir la despersonalización dentro de los trastornos disociativos (300.60). En esta edición, la disociación se define como *una alteración repentina, temporal, en la normalidad de las funciones integradoras de la consciencia, identidad y del comportamiento motor*. Así, la despersonalización es la pérdida del sentimiento de realidad de uno mismo, donde un importante componente de la identidad se encuentra perdido. Sin embargo, lo principal en los trastornos disociativos era la alteración central de la memoria, dentro de la consciencia, y ésta permanecía intacta en la despersonalización. Esta disyuntiva se ha mantenido hasta la cuarta edición revisada del DSM ⁽⁵⁹⁾, en donde la definición de trastornos disociativos incluye la alteración “en la percepción del entorno”. En la disociación, *hay una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la memoria, la identidad y la percepción del entorno*. La inclusión de la despersonalización dentro de los trastornos disociativos ha supuesto un aumento del interés por este fenómeno.

En la tabla 2.7.1 se exponen los criterios para el diagnóstico del trastorno de despersonalización. La presencia de otros trastornos mentales, así como la relación directa con sustancias o enfermedades médicas (criterio D), invalida el diagnóstico del trastorno. La desrealización es incluida como un síntoma asociado, y cuando ésta aparece sola es incluida dentro del trastorno disociativo no especificado (300.15).

Tabla 2.7.1. Criterios para el diagnóstico de F48.1. Trastorno de Despersonalización (300.6) según el DSM-IV-TR.

A. Experiencias persistentes o recurrentes de distanciamiento o de ser un observador externo de los propios procesos mentales o del cuerpo (p. ej., sentirse como si se estuviera en un sueño).

B. Durante el episodio de despersonalización, el sentido de la realidad permanece intacto.

C. La despersonalización provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. El episodio de despersonalización no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental como la esquizofrenia, los trastornos de ansiedad, el trastorno por estrés agudo u otro trastorno disociativo, y no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., epilepsia del lóbulo temporal).

Tomado de American Psychiatric Association. 2001. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (revised). Washington DC: American Psychiatric Association.

Recientemente Holmes y cols. ⁽⁶⁰⁾, tras revisar los hallazgos existentes en la literatura, han propuesto un modelo de disociación que considera ésta como un continuum, en el que se define la existencia de dos categorías cualitativamente diferentes del fenómeno. Por un lado, la “separación” que se corresponde con la alteración del estado de consciencia caracterizado por la sensación de distanciamiento de ciertos aspectos de la experiencia habitual, del propio cuerpo, del sentido del self o de la realidad externa. Por otro, la “compartimentalización” que corresponde al déficit en la habilidad para controlar intencionadamente los procesamientos y acciones que

normalmente son sensibles a dicho control. En la primera categoría se incluyen fenómenos como la anestasia emocional, la despersonalización y desrealización, las experiencias de estar fuera del cuerpo y la amnesia debida al déficit en el proceso de codificación. En la segunda se definen fenómenos como los síntomas conversivos, la hipnosis, los automatismos, la identidad múltiple, y la amnesia debida al déficit en el recuerdo. La confusión en la identidad puede incluirse en ambas categorías, siendo un síntoma inespecífico ⁽⁶¹⁾.

A diferencia del DSM y obedeciendo a orientaciones europeas, en la clasificación CIE-10 ⁽⁶²⁾ se define el trastorno de despersonalización-desrealización dentro de la categoría de “otros trastornos neuróticos” (F48.1), mientras que el término disociación/conversión queda para describir la histeria. Los criterios diagnósticos son similares, a excepción del malestar clínicamente significativo o deterioro producido por este fenómeno que no es señalado en la CIE-10. Además, se aclara que tanto despersonalización como desrealización *no se incluyen en los trastornos disociativos puesto que en estos síndromes sólo se afectan aspectos limitados de la identidad personal y no suelen acompañarse de déficits funcionales de la sensibilidad, de memoria o de la motilidad*. A diferencia de los trastornos disociativos, en la despersonalización el sujeto guarda conciencia de que se ha producido un cambio. En este trastorno se incluye tanto la despersonalización como la desrealización, y también puede aparecer en otros trastornos mentales, siendo este último diagnóstico el que tiene preferencia como diagnóstico principal.

Por otro lado, destaca que tanto CIE-10 como DSM-IV-TR incluyan ambos fenómenos, despersonalización y desrealización, como síntomas de las crisis de

angustia, *panic attack* o ansiedad paroxística episódica. Como se expondrá más adelante, la relación entre despersonalización y ansiedad aun no ha sido establecida en su totalidad.

En resumen, a pesar de los diferentes puntos de vistas abordados y de la inestabilidad que afecta a la definición de la despersonalización, el núcleo central del síndrome sugerido por las primeras descripciones permanece estable y es utilizado en la práctica clínica habitual.

CAPÍTULO 3

PROPUESTA TEÓRICA DE LA DESPERSONALIZACIÓN

Aunque la despersonalización ha sido un síndrome poco estudiado, el desarrollo de las técnicas de investigación ha permitido establecer las primeras hipótesis neurobiológicas. En este intento por encontrar una teoría que nos haga comprender el fenómeno de la despersonalización, Sierra y Berrios (1998) ⁽⁶³⁾ han propuesto un modelo teórico que actualmente está siendo comprobado experimentalmente. Así, sugieren que las características clínicas de la despersonalización son el resultado de dos fenómenos simultáneos, la inhibición del proceso emocional y el incremento del estado de alerta. La “parálisis” emocional, así como la pérdida del componente emocional asociado al proceso cognitivo y de percepción, serían el resultado del proceso inhibitorio, mientras que las experiencias de “mente vacía”, el aumento de la agudeza perceptiva y las experiencias de pérdida de autonomía resultarían del aumento del estado de alerta. Por lo tanto, aunque las experiencias de extrañeza e irrealidad sean consideradas un elemento necesario y suficiente para la detección del fenómeno, la despersonalización presenta una estructura sindrómica, en donde el paciente mantiene la conciencia sobre lo anormal de su estado, lo cual se aprecia en el uso del “como si” para describir estas experiencias ⁽⁶⁴⁾.

3.1. COMPONENTES DE LA DESPERSONALIZACIÓN.

La consideración de síndrome de despersonalización no es nueva y muchos autores ya se han referido a este concepto a lo largo del siglo pasado. Recientemente, M. Sierra ⁽²⁶⁾ ha definido seis componentes principales que aparecen en este síndrome, los cuales son evaluados mediante la *Escala de Despersonalización de Cambridge*.

3.1.1. Sentimientos de irrealidad. Son utilizados para describir la experiencia central de extrañeza referida por los pacientes. Las descripciones empleadas para ello resultan casi estereotipadas, haciendo referencia a una definición negativa del fenómeno: “un muro, una niebla o un velo”. Lo que realmente subyace a estas metáforas es una pérdida de los concomitantes afectivos que normalmente acompañan a la actividad mental.

Estas quejas pueden afectar a cualquier actividad mental pero suelen alterarse funciones mentales aisladas, como la visual o la auditiva, el olfato o el gusto. También se han señalado alteraciones aparentes en la experiencia del dolor, mostrando una indiferencia más que una incapacidad para experimentarlo. Así, los sujetos con despersonalización pueden quejarse de una ausencia total de sensaciones corporales tales como el hambre o la sed. Estudios neurofisiológicos controlados han demostrado un incremento en el umbral al dolor en estos pacientes ⁽⁶⁵⁾. Más recientemente, mediante técnicas funcionales de neuroimagen y la inducción con hipnosis de experiencias de despersonalización, se ha comprobado que existe una reducción en la activación de las áreas cerebrales sensoriales y afectivas (córtex somatosensorial, parietal y prefrontal, putamen y

amígdala cerebral) implicadas en la respuesta del dolor, reflejando una intensidad disminuida en la percepción del mismo ⁽⁶⁶⁾.

3.1.2. Sentimientos de automatización. La sensación de pérdida de agencia ocupa un lugar central en este síndrome. Los pacientes se definen como robots o autómatas. Este sentimiento puede afectar tanto a la conducta motora como al lenguaje, pensamiento o memoria. No es que el individuo haya perdido el sentimiento de autonomía, como ocurre en las experiencias de pasividad en la esquizofrenia, sino que este sentimiento se deduce de forma retrospectiva, no se experimenta.

3.1.3. Auto-observación. Posiblemente en relación con la experiencia anterior, los sujetos presentan con frecuencia la sensación de ser un observador ajeno y distante de la propia conducta, llegando a referir como si se tratara de otra persona.

3.1.4. Alteraciones emocionales. Los pacientes presentan alteraciones selectivas en algunos componentes de la respuesta emocional como ausencia de subjetividad emocional que se manifiesta en la pérdida de afecto hacia personas cercanas, en la falta de placer y en la pérdida de sentimientos de miedo o disgusto. Por otro lado, pueden conservar la expresión motora normal pero pierden los concomitantes emocionales subjetivos, y los pacientes se ríen, por ejemplo, sin sentir la alegría relacionada. A su vez, se ha comprobado que existe una ausencia o disminución de los concomitantes autonómicos simpáticos durante los episodios de despersonalización, lo cual será detallado en apartados

posteriores. Estos hallazgos han sugerido la existencia de alteraciones en el procesamiento emocional de los estímulos, afectando principalmente a la intensidad de la expresión emocional ⁽⁶⁷⁾. También, los sujetos con despersonalización han presentado déficits en el reconocimiento de expresiones faciales inducidas de miedo, sin encontrar una reducción en la memoria emocional, constituyendo este síndrome un “filtro” a estímulos aversivos ⁽⁶⁸⁾.

3.1.5. Alteraciones en la imagen corporal. Son experiencias variables, como sentimiento de extrañeza hacia partes de su cuerpo (como si éstas no les pertenecieran), sensación de cambio en el tamaño de partes de su cuerpo o cambios en la experiencia del peso corporal. Estas alteraciones no se acompañan de alteraciones en el esquema corporal.

3.1.6. Alteraciones en la vivencia del tiempo. Consisten en alteraciones del sentido del tiempo, teniendo experiencias de paso del tiempo más aceleradas o enlentecidas. Esto se debe a que la relación entre tiempo subjetivo y objetivo es inversa, generándose un sentimiento de atemporalidad. O bien, se pierde la perspectiva de continuidad con el tiempo presente y tanto el pasado como el futuro se experimentan de forma aislada, sin relación con éste. Recientemente se han descrito alteraciones en la integración del tiempo en estos pacientes, tanto en la distinción como en la agencia, aunque estas variaciones dependerían del componente de absorción disociativa y no de la intensidad de las experiencias de despersonalización ⁽⁶⁹⁾.

A lo largo de la historia del fenómeno, y a pesar de que muchas definiciones se han restringido únicamente a la experiencia de irrealidad, se han propuesto otros términos con el fin de entender esta complejidad fenomenológica. Sirva como ejemplo la división del fenómeno en los términos de despersonalización y desrealización, la cual será analizada en el capítulo siguiente. Sin embargo, otros conceptos no han tenido tanta aceptación. Así, Davidson ⁽⁷⁰⁾ propuso los términos de “desomatización”, para hacer referencia a los cambios en la experiencia corporal, y “des-afectualización”, que engloba las manifestaciones producidas por el embotamiento emocional que habitualmente presentan estos pacientes. Posteriormente se ha propuesto el término “des-ideación” para las quejas debidas a alteraciones a nivel de la memoria, imaginación o pensamiento ⁽⁴¹⁾.

No obstante, el concepto de despersonalización como síndrome estable ha permanecido inalterable hasta nuestros tiempos. De hecho, Sierra y Berrios ⁽²⁵⁾ no encontraron diferencias fenomenológicas significativas al comparar las experiencias de un grupo de 45 sujetos con trastorno de despersonalización según criterios del DSM-IV frente a la revisión de 200 casos clínicos recogidos en la literatura médica durante el siglo XX. Las diferencias encontradas en la frecuencia de algunos síntomas pueden ser explicadas por cambios en los diversos modelos teóricos que abordaron el fenómeno.

Recientemente, Sierra y cols. ⁽⁷¹⁾ analizaron la composición del síndrome mediante el análisis de los síntomas en 150 pacientes con trastorno de despersonalización a través de la realización de un análisis factorial. Dicho análisis arrojó la presencia de cuatro factores o dimensiones fenomenológicas, definidos como experiencia corporal anómala, anestesia emocional, recuerdo subjetivo anormal y

desrealización. Por otra parte, Simeon y cols. ⁽⁷²⁾, también mediante el análisis factorial de los síntomas, obtuvieron cinco factores: anestesia emocional, irrealidad del self, alteraciones perceptuales, irrealidad de los alrededores y desintegración temporal. El segundo y tercer factor coinciden con la dimensión definida como experiencia corporal anormal propuesta por el grupo de Sierra. Así pues, parece haber cierta convergencia entre estudios o aproximaciones con diferente metodología que da soporte y validez a la idea de que la experiencia de despersonalización tiene una estructura sindrómica compuesta por cuatro o cinco experiencias anómalas que parecerían ser por lo menos parcialmente independientes ⁽⁷³⁾.

Otro aspecto fenomenológico como el perfil cognitivo de los pacientes con despersonalización está siendo estudiado en la actualidad. En general los estudios neuropsicológicos y neurofisiológicos han encontrado alteraciones en la memoria de trabajo y en el sistema de atención ^(74, 75), así como en la habilidad de generar imágenes visuales de uno mismo y de los demás ⁽⁷⁶⁾. Guralnik y cols. ⁽⁷⁷⁾ evaluaron la función cognitiva de los sujetos con trastorno de despersonalización, encontrando un déficit en la percepción visual y razonamiento visuoespacial ante la presencia de dos o tres estímulos dimensionales, y una disminución de la capacidad de memoria verbal de términos cortos, lo cual indicaría que existirían dificultades a la hora de adquirir nueva información. También hallaron dificultades para seleccionar el estímulo y mantener la atención, sobre todo cuando existen varios estímulos. Estos resultados no coinciden con los obtenidos en pacientes con trastorno disociativo de la identidad, y se asemejan a los hallazgos encontrados en pacientes esquizofrénicos. El mismo grupo de autores ha replicado este estudio, encontrando alteraciones en los mecanismos de atención y percepción, las cuales no estarían correlacionadas ni con la ansiedad ni con la depresión

⁽⁷⁸⁾. Asimismo, Giesbrecht y cols. ⁽⁷⁹⁾, al evaluar las funciones ejecutivas en un grupo de estudiantes, encontraron alteraciones en el *Random Number Generation Task* correlacionadas con los factores amnesia y taxon de la Escala de Experiencias Disociativas. Sin embargo, no existieron relaciones con los factores absorción y despersonalización de esta escala.

Por otro lado, se ha sugerido que los sujetos con despersonalización podrían presentar un déficit subjetivo de empatía ^(23, 80). No obstante, cuando este aspecto ha sido evaluado mediante el Cociente de Empatía no se obtuvieron diferencias globales significativas frente a sujetos sanos, ni en otras características específicas de la empatía, salvo que los sujetos con despersonalización reportaron una competencia social menor ⁽⁸¹⁾. En relación con este último hallazgo, recientemente se ha evidenciado una fuerte asociación entre despersonalización y ansiedad social, la cual no estaría influenciada por otros síntomas psicopatológicos generales ⁽⁸²⁾. El propio Michal y cols. (2006) han encontrado que los pacientes con despersonalización presentaron percepciones propias de indefensión, desesperanza, inutilidad, baja expresividad, introversión y aislamiento social, lo que les dificultaría en las relaciones interpersonales y les llevaría a evitar con frecuencia las situaciones sociales ⁽⁸³⁾.

Como ya se ha mencionado, la despersonalización es considerada un fenómeno disociativo. En este sentido, se ha sugerido que la capacidad de ser hipnotizado podría ser un factor para la aparición de estas experiencias durante los ataques de pánico. Sin embargo, en un estudio reciente, los sujetos con despersonalización no presentaron las mismas características que los sujetos con experiencias disociativas. Levin y cols. ⁽⁸⁴⁾ encontraron una predisposición a fantasear en sujetos con trastorno de

despersonalización frente a sujetos sanos que no difería de los valores medios establecidos en otros grupos diagnósticos. Tampoco encontraron diferencias en las medidas de absorción psicológica, factor característico de los fenómenos disociativos. No obstante, los pacientes con despersonalización presentaron característicamente dificultades en la atención, al distraerse fácilmente con cogniciones internas competitivas.

En conclusión, el profundizar en las características descriptivas del síndrome de despersonalización permite avanzar en el conocimiento de los mecanismos neurobiológicos implicados en la formación del fenómeno.

3.2. MODELO NEUROBIOLÓGICO DE LA DESPERSONALIZACIÓN.

En 1998, Sierra y Berrios desarrollaron teóricamente un modelo neurobiológico que relaciona las manifestaciones clínicas de la despersonalización con los circuitos cerebrales. Esta hipótesis se basa en las similitudes existentes entre las manifestaciones experimentadas por estos pacientes y aquellos con el síndrome de desconexión corticolímbica. Se conserva el concepto de despersonalización como respuesta cerebral rudimentaria y vestigial frente a situaciones estresantes en la vida ⁽⁶³⁾.

Los estudios de neuroimagen relacionan diferentes zonas cerebrales con el proceso emocional. Se ha podido comprobar que la amígdala cerebral juega un papel crucial en la asignación de significado emocional a los estímulos y en la integración de las repuestas frente a los temores. De igual forma, estos estudios han demostrado la activación de la amígdala en el proceso de recuerdo de la memoria emocional y de la imaginación emocional visual ⁽⁸⁵⁾. Por otra parte, el cíngulo anterior está implicado en procesos similares, como la valoración emocional del dolor, la generación de la conducta motivada y el proceso de atención ⁽⁸⁶⁾. Tanto cíngulo como amígdala se coactivan en diversos procesos emocionales, como en el sueño o en experiencias psicosensoriales inducidas, y ambas parecen estar bajo el control inhibitorio del córtex prefrontal ⁽⁸⁷⁾. De esta forma se conoce que los procesos emocionales desarrollados por estas estructuras desempeñan un rol crucial en la experimentación de la realidad. La interrupción del proceso afectivo que acompaña a la percepción y cognición provoca un cambio cualitativo en la experiencia, lo cual es referido como una pérdida de viveza o pérdida del sentimiento de realidad. Esta hipótesis también predeciría los cambios en la experiencia subjetiva descrita por los pacientes con despersonalización y sugiere la

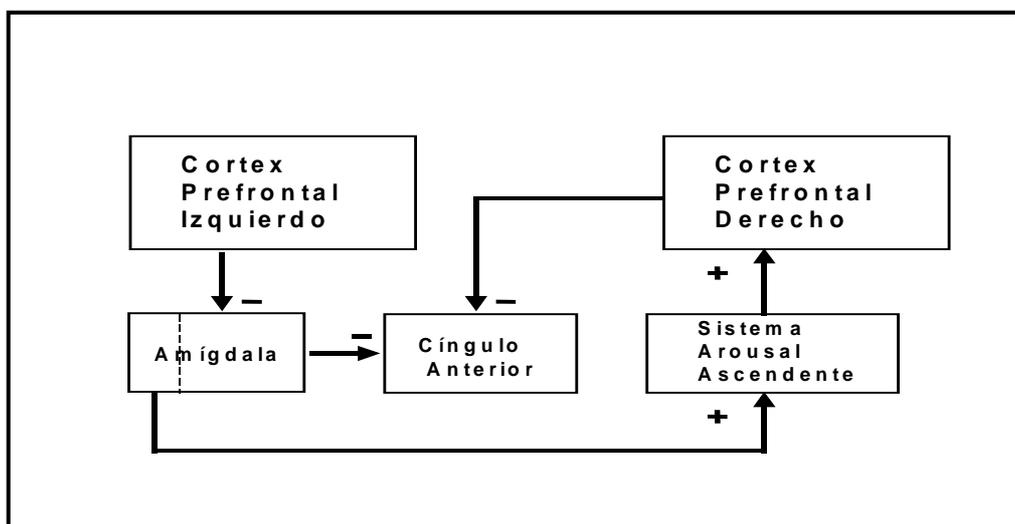
existencia de una desconexión entre áreas corticales sensoriales y estructuras emocionales límbicas.

Así, lesiones occipitotemporales basales derechas o bilaterales pueden causar al paciente la incapacidad de experimentar sentimientos en respuesta a estímulos visuales⁽⁸⁸⁾. Esto ratificaría la relación entre desconexión corticolímbica y despersonalización al encontrar que los sentimientos de irrealidad pueden ser específicos de una modalidad sensorial, siendo la modalidad visual la más frecuentemente afectada. También se han encontrado similitudes entre pacientes con despersonalización y pacientes que presentan asimbolia dolorosa, otro ejemplo de síndrome de desconexión corticolímbica. Estos últimos también refieren cambios en la experiencia del dolor⁽⁸⁹⁾. Estados subjetivos de mente vacía, similares a los referidos en la despersonalización, han sido descritos por pacientes con lesión en el cíngulo anterior⁽⁹⁰⁾.

Basados en estas relaciones, Sierra y Berrios (1998) sugieren que la despersonalización es una respuesta vestigial del sistema nervioso con el fin de preservar conductas adaptativas durante situaciones caracterizadas por niveles excesivos de miedo y angustia, capaces de tener un efecto desorganizador sobre la conducta. De esta forma, el fenómeno se desencadenaría por situaciones de amenaza a la vida en las cuales el individuo no siente tener control sobre la situación o cuando la fuente del peligro no puede ser localizada en el espacio⁽⁷³⁾. En estas circunstancias, la despersonalización produciría la inhibición de respuestas emocionales, aun con poco valor funcional, que acabarían volviéndose persistentes y duraderas. En este mecanismo se combinan un incremento del estado de alerta y una profunda inhibición de la respuesta emocional que implican a diversas estructuras cerebrales, las cuales son

representadas en la figura 3.2.1. Por una parte, el componente inhibitorio estaría mediado por el mecanismo prefrontal izquierdo que inhibiría la amígdala, e indirectamente otras estructuras como el cíngulo anterior, causando una reducción de la respuesta emocional y una disminución de la descarga simpática. El componente excitador derivaría de la no inhibición de los circuitos amigdalinos controlados por el sistema arosal ascendente colinérgico y monoaminérgico. Esto produciría la activación del área cortical prefrontal derecha y una inhibición recíproca del cíngulo anterior y la generación de un incremento en el estado de atención. La activación simultánea de estos dos mecanismos opuestos explicaría muchas de las experiencias que componen en síndrome de despersonalización. Así, el componente inhibitorio conduce a un estado de hipoemocionalidad y a la incapacidad de experimentar emocionalmente el proceso cognitivo y de percepción de la realidad, lo cual es referido por los pacientes como “irreal o separado”, e intervendría en la conciencia de los cambios en el cuerpo. Por otro lado, el componente de hipervigilancia estaría en relación con las experiencias de mente vacía y con la indiferencia frente al dolor manifestada por estos pacientes ⁽⁶³⁾.

FIGURA 3.2.1. Representación gráfica del modelo neurobiológico de la despersonalización propuesto por Sierra y Berrios (1998).



3.3. HALLAZGOS NEUROBIOLÓGICOS ACTUALES.

En el presente, este modelo teórico está siendo sometido a diferentes estudios empíricos. Así, aunque sólo la corteza prefrontal, la amígdala y el cíngulo anterior han sido incluidos en este modelo, es conocido la múltiple subdivisión funcional y anatómica que presentan estas estructuras, y las interconexiones existentes con otras zonas cerebrales. Precisamente, las actuales técnicas de investigación arrojan datos que implican a otras áreas cerebrales en la génesis de dichas experiencias. Por otro lado, algunos de los estudios realizados con posterioridad dan soporte respecto a la activación prefrontal y a la inhibición de la amígdala. A continuación se expondrán brevemente las investigaciones existentes.

La implicación de los circuitos cerebrales en la etiogénesis de la despersonalización y los fenómenos disociativos ha sido propuesta desde diferentes aproximaciones teóricas y experimentales, generalmente de forma indirecta. Lesiones cerebrales orgánicas, como tumores, epilepsia y lesiones focales, que producen síndromes fenomenológicamente similares, han dado origen a esta aproximación. Desde estos hallazgos se han realizado suposiciones teóricas que han implicado diferentes circuitos cerebrales que no hay que considerar mutuamente excluyentes, sino que pueden contribuir hacia la explicación final del modelo cerebral de la despersonalización. Así, se ha descrito la existencia de alteraciones de las conexiones corticocortical, talamocortical, amigdalocortical e hipocampocortical ⁽⁷⁴⁾.

Los estudios de inducción de experiencias de despersonalización en sujetos sanos han implicado a varios neurotransmisores. El sistema N-metil-D-aspartato

(NMDA) glutaminérgico es uno de los estudiados en la actualidad. Los receptores NMDA están distribuidos ampliamente por la corteza, hipocampo y amígdala cerebral, e intervendrían en funciones asociativas, en la memoria a largo plazo y en el aprendizaje de nuevos conceptos. En concreto, los antagonistas de los receptores NMDA como la ketamina, “anestésico disociativo”, pueden producir experiencias de despersonalización en sujetos sanos al incrementar la liberación de glutamato. Así, la lamotrigina, que inhibe la liberación de glutamato, reduce la intensidad de experiencias similares a la despersonalización que son inducidas por dosis subanestésicas de ketamina ⁽⁹¹⁾. Más adelante se expondrán las implicaciones de esta sustancia en el tratamiento del fenómeno que nos ocupa.

La marihuana y otras sustancias cannabinoides han demostrado inducir experiencias de despersonalización al originar un importante componente de desintegración temporal. Además se conoce que los cannabinoides bloquean los receptores NMDA en sitios diferentes a otros antagonistas, lo cual podría mediar el efecto disociativo. De hecho, se han descrito casos en donde las experiencias de despersonalización fueron inducidas por la ingestión de cannabis ^(92, 93). Por otro lado, un alto porcentaje de pacientes han relacionado la aparición de estas experiencias con el consumo de este tipo de sustancias ^(21, 94).

La eficacia de los antidepresivos serotoninérgicos y la inducción en sujetos sanos de experiencias transitorias de despersonalización con agonistas serotoninérgicos de los receptores 5-HT_{1a} y 5-HT_{2a} ⁽²¹⁾, como la lisérgida (LSD), la psilocibina o la dimetiltritamina (DMT), sugieren la implicación de la serotonina en la génesis del fenómeno. De hecho, en un grupo de pacientes depresivos, existieron correlaciones

entre niveles bajos en plasma de L-triptófano y despersonalización, ansiedad psíquica y obsesiones, y no con síntomas depresivos ⁽⁹⁵⁾. Posteriormente, Simeon y cols. ⁽⁹⁶⁾ han encontrado datos a favor de una disregulación serotoninérgica al inducir dichas experiencias en diferentes sujetos con patología psiquiátrica mediante el agonista serotoninérgico m-clorofenilpiperazina (m-CPP).

También el sistema opioide ha sido asociado con los fenómenos disociativos y la despersonalización. Es conocido que los antagonistas opioides reducen los síntomas disociativos en situaciones postraumáticas ⁽⁷⁴⁾. Igualmente la naloxona ha mostrado reducir la intensidad de las experiencias crónicas de despersonalización ⁽⁹⁷⁾. Por otro lado, la enadolina, agonista K-opioide, induce un síndrome similar a la despersonalización con alteraciones de la percepción y sensación de distanciamiento ⁽⁹⁸⁾.

Otro sistema implicado en la génesis de la despersonalización es el sistema autonómico. Ya estudios realizados en 1968 y 1975 revelaron que los pacientes con despersonalización mostraban una marcada disminución en el flujo sanguíneo y en la conductancia electrodérmica ^(99, 100). Recientemente se ha postulado que existiría una hiporreactividad autonómica y una inhibición selectiva del procesamiento emocional. Así lo demuestra el que sujetos con despersonalización presentaran una reducción de la magnitud y un aumento de la latencia de la respuesta dérmica galvánica a estímulos de contenido desagradable, mientras contemplaban una serie aleatoria de fotografías con contenido emocional desagradable, agradable y neutral. Sin embargo, no existieron diferencias en la respuesta a estímulos neutrales o inespecíficos. Estos hallazgos no coincidieron con los obtenidos en sujetos normales y aquellos con trastornos de ansiedad ⁽¹⁰¹⁾. En esta misma línea, Simeon y cols. ⁽¹⁰²⁾ obtuvieron una correlación

inversa significativa entre la severidad de las experiencias de despersonalización y los niveles de norepinefrina en la orina de 24 horas de una muestra de nueve pacientes con trastorno de despersonalización, a pesar de existir niveles de ansiedad elevados. Hallazgos similares se han obtenido al evaluar el procesamiento emocional mediante las respuestas electrodérmicas de pacientes con trastorno de despersonalización, controles sanos y trastornos de ansiedad ante estímulos visuales que mostraban expresiones faciales de alegría y de asco ⁽⁶⁷⁾. En resumen, estos datos indicarían la existencia de dos componentes en la respuesta autonómica de estos sujetos. Por un lado, un mecanismo excitador que produciría altos niveles de ansiedad, y, por otro, un mecanismo inhibitorio sobre la respuesta emocional que implicaría a la ínsula cerebral, causando un bloqueo de la respuesta autonómica.

Sin embargo, los resultados obtenidos sobre el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal han sido contradictorios. Los estudios existentes han valorado los niveles de cortisol en muestras de pacientes con trastornos de despersonalización frente a sujetos normales. Mientras que el estudio de Simeon y cols. ⁽¹⁰³⁾ evidenció la existencia de niveles normales o elevados de cortisol en plasma y orina de sujetos con despersonalización junto con una baja resistencia a la supresión de dexametasona, Stanton y cols. ⁽¹⁰⁴⁾ encontraron niveles bajos de cortisol no significativos en la saliva de estos pacientes. Recientemente, la despersonalización estuvo relacionada con un incremento en la respuesta de cortisol, posiblemente debido a una disminución en el mecanismo de retroalimentación negativo sobre el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal ⁽¹⁰⁵⁾.

Asimismo, las actuales técnicas de neuroimagen están siendo aplicadas en sujetos con este trastorno. Los estudios iniciales corresponden a la inducción de

experiencias de despersonalización en sujetos sanos. Así, al inducir estas experiencias con tetrahidrocannabinoides intravenosos se obtuvo, mediante Tomografía por Emisión de Positrones (PET), un incremento del flujo cerebral en el córtex frontal derecho y cíngulo anterior, y un descenso en regiones subcorticales como la amígdala, el hipocampo, los ganglios basales y el tálamo ⁽¹⁰⁶⁾. En otro estudio, donde se empleó la PET y la inducción mediante la psilocibina, agonista de los receptores serotoninérgicos, las experiencias de despersonalización se correlacionaron con un incremento de dopamina en el núcleo estriado, aunque también existieron relaciones significativas con la inducción de síntomas psicóticos y el estado de ánimo ⁽¹⁰⁷⁾. Además, la inducción de despersonalización con dosis altas de anfetamina mostraron incrementos del flujo en la PET a nivel del cíngulo anterior, estriado y tálamo, siendo más importante esta relación para la manía ⁽¹⁰⁸⁾. Como ya ha sido referido, las experiencias de despersonalización inducidas mediante hipnosis han sido analizadas mediante neuroimagen funcional ⁽⁶⁶⁾.

Simeon y cols. ⁽¹⁰⁹⁾, utilizando la PET, encontraron anomalías funcionales en la corteza sensorial (auditiva, visual y somatosensorial) y en las áreas responsables de la integración del esquema corporal. En este estudio se empleó una batería de pruebas neuropsicológicas en ocho pacientes con trastorno de despersonalización y veinticuatro sujetos normales. Las áreas 22 y 21 de Brodmann del lado derecho de las circunvoluciones temporales superior y media presentaron una actividad metabólica menor, mientras que las áreas parietales 7B y 3B de Brodmann, y el área 19 de Brodmann de la región occipital izquierda presentaron un incremento del metabolismo. Además, la puntuación en la Escala de Experiencias Disociativas se correlacionó significativamente con la actividad metabólica del área 7B. La implicación del córtex posterior ha sido un hallazgo referido también por Papageorgiou y cols., quienes al

estudiar las características electroencefalográficas del potencial P300 encontraron que su amplitud fue significativamente inferior en estas áreas, lo que indicaría alteraciones en el procesamiento de la información ⁽⁷⁵⁾.

Por otro lado, Phillips y cols. ⁽¹¹⁰⁾ estudiaron, mediante resonancia magnética funcional, los patrones de actividad cerebral ante estímulos visuales con contenidos emocionales desagradables y neutrales en pacientes con trastorno de despersonalización frente a pacientes con trastorno obsesivo compulsivo y controles sanos. Los sujetos con despersonalización presentaron un descenso de la emotividad frente a estímulos desagradables, lo cual se correspondió con una inactivación a nivel de la ínsula y el córtex occipitotemporal. También se pudo objetivar una elevada activación en el córtex prefrontal ventrolateral derecho (área 47 de Brodmann) en respuesta a este tipo de estímulos. Estos hallazgos sugerirían que las alteraciones del procesamiento emocional estarían mediadas por una activación prefrontal y una inhibición del sistema límbico. Resultados similares, empleando resonancia magnética funcional, han sido obtenidos recientemente, lo cual confirma la hipótesis de la existencia de un mecanismo inhibitorio frontolímbico que actuaría sobre la respuesta emocional de estos sujetos ^(111, 112).

En resumen, los estudios señalados indican que los pacientes con trastorno de despersonalización presentan una reducción en la magnitud de la respuesta autonómica a estímulos emocionales percibidos como aversivos o amenazantes, junto con un descenso de actividad en las áreas límbicas subcorticales implicadas en la generación de la respuesta afectiva ante estos estímulos. Por otro lado, las investigaciones realizadas mediante técnicas de neuroimagen muestran un incremento de la actividad cortical prefrontal, sobre todo en regiones implicadas en la contextualización y evaluación de la

información emocional asociada más que a la experiencia emocional en sí. Estos hallazgos estarían relacionados principalmente con la anestesia emocional que presentan estos pacientes ^(113, 114).

CAPÍTULO 4

CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS

La despersonalización continúa siendo uno de los síndromes más fascinantes y desconocidos de las enfermedades psiquiátricas, en donde la investigación tiene aún mucho que aportar. En la actualidad se considera un trastorno disociativo en el que existe una alteración en la percepción o en la experiencia del sí mismo, de modo que el individuo se siente ajeno y distante, como si fuera un observador externo de sus propios procesos mentales o de su cuerpo ⁽²⁶⁾. A pesar del resurgir del interés por la disociación en las últimas décadas, la despersonalización continúa siendo uno de los trastornos psiquiátricos menos investigado, menos diagnosticado y sobre el que menos publicaciones científicas se encuentran.

Por otro lado, la despersonalización es un síndrome con el que los clínicos están poco familiarizados, tanto en su diagnóstico, como en su significado y tratamiento. Además, muchos autores no la consideran como una entidad única e independiente y la incluyen dentro de otros trastornos mentales, sobre todo ansiedad y disociación. Esto ha llevado a la ausencia de una adecuada definición de este fenómeno y a que muchos de los aspectos descriptivos de este fenómeno permanezcan sin ser resueltos.

4.1. CONCEPTO

En la actualidad, la definición más aceptada procede de Schilder (1935), la cual ha sido retomada por las clasificaciones diagnósticas DSM y CIE. Así, se considera que la despersonalización es *un estado en el cual el individuo se siente totalmente cambiado con relación a su estado anterior. Este cambio se extiende tanto al sí mismo como al mundo exterior, y hace que el individuo ya no se reconozca como sujeto. Sus acciones le parecen automáticas. Observa su comportamiento como si fuera un espectador. El mundo exterior le parece extraño y desprovisto de su carácter de realidad* ⁽³⁸⁾. La despersonalización es una experiencia de cambio del sí mismo, y sólo se puede acceder mediante introspección, siendo, por tanto, muy difícil poder describir correctamente lo que el paciente está experimentando. Los sujetos refieren habitualmente lo estresante, difícil y casi imposible que es describir los cambios que están ocurriendo en su persona. De aquí el uso de múltiples expresiones o metáforas que han dificultado el estudio de este trastorno. Así, la despersonalización ha sido descrita de diversas formas, como un sueño, como pérdida de conciencia, como pérdida de sentimientos o emociones, y un largo etcétera. En resumen, lo que predomina es una experiencia anormal del self que tradicionalmente se describe como “sentimiento de irrealidad”, lo que supone el empleo de una definición negativa con escaso valor explicativo que alude a algo perdido desde la experiencia normal, sin clarificar su naturaleza ⁽²⁶⁾.

Otra característica imprescindible consiste en que el paciente mantenga claridad sobre la naturaleza anormal de su estado, a diferencia de los estados psicóticos, lo que se refleja en el empleo frecuente de la expresión “como si” al describir dichas experiencias ⁽¹¹⁵⁾.

4.1.1. Síntoma o síndrome. Tradicionalmente, uno de los problemas psicopatológicos ha sido la resolución de la disyuntiva entre síntoma o síndrome de despersonalización. Si bien la mayoría de las definiciones han destacado como suficiente para su diagnóstico la experiencia de extrañeza e irrealidad ⁽¹¹⁶⁾, parece claro que el fenómeno tiene una estructura sindrómica, lo cual ha sido ampliamente aceptado desde la primera mitad del siglo XX ^(12, 47, 117). Aportaciones recientes han demostrado la característica sindrómica de este fenómeno, existiendo un núcleo de experiencias o componentes que se han mantenido estable dentro de las diferentes descripciones teóricas que han sido desarrolladas durante estos años ⁽²⁵⁾. Posteriormente, se ha propuesto que la despersonalización, más que un constructo unidimensional, representa la expresión de distintas dimensiones subyacentes, y los diferentes componentes constituyen una respuesta integrada, más que la mera coexistencia de fenómenos independientes ⁽⁷¹⁾.

Como ha sido expuesto, se han definido una serie de componentes de este síndrome. Otros autores identifican estos componentes como las diferentes formas de describir el fenómeno ^(74, 115). Quizás esta dificultad proceda, como han mencionado Berrios y Chen, de la importancia que los sistemas diagnósticos actuales conceden al diagnóstico nosológico, desatendiendo los problemas implicados en el proceso de reconocimiento del síntoma ⁽¹¹⁸⁾. Las definiciones operacionales en las que se basan las actuales clasificaciones diagnósticas tienen escaso valor a la hora de reconocer el proceso de construcción del síntoma y se convierten en un escenario excesivamente simplista. Otra dificultad puede estar, como mencionó Lewis (1934), en la infrecuencia con la que es posible encontrar todas las características de la despersonalización en el mismo paciente, debido a que se trata de una síndrome poco organizado ⁽¹¹⁹⁾.

4.1.2. Síndrome inespecífico o trastorno. A pesar de la existencia de numerosos intentos de crear un síndrome primario de despersonalización ^(120, 121), otros autores sostienen que se trata de un síntoma inespecífico sin significado diagnóstico ⁽⁴⁸⁾. Fleiss y cols. (1975), tras estudiar la asociación entre despersonalización-desrealización y diferentes trastornos mentales, comprobaron que ambos fenómenos son independientes de otros síntomas y no están relacionados con ningún diagnóstico determinado ⁽¹²²⁾. Recientemente, la descripción de dos amplias muestras de pacientes con trastorno de despersonalización, con 117 y 204 casos respectivamente ^(21, 23), avalan la existencia de un síndrome puro de despersonalización. A este respecto, tanto CIE-10 ⁽⁶²⁾ como DSM-IV-TR ⁽⁵⁹⁾ reconocen la despersonalización como síntoma y como trastorno. En este último, la experiencia de despersonalización constituye la alteración predominante siendo lo suficientemente grave y persistente como para causar molestias notables, y no aparece en el contexto de otros trastornos mentales, ni es efecto directo de una sustancia (por ej., drogas o fármacos), de estados tóxicos o de una enfermedad médica.

4.1.3. Desrealización. Otro punto de discusión ha sido el concepto de desrealización, descrito por algunos autores como un trastorno diferente e independiente ⁽¹²³⁾, y considerado por otros como un tipo de despersonalización ⁽¹²⁴⁾. Es ampliamente aceptado que Mayer-Gross (1935) asume este término de Mapother para designar los sentimientos de irrealidad del mundo externo ⁽⁴⁷⁾. Sin embargo, no se ha encontrado tal publicación y, aunque aparece el verbo desrealizar en un trabajo de W. James (1904), el uso previo a 1935 de este término ha sido limitado ⁽³⁰⁾.

En la clínica, es admitido el modelo que Mayer-Gross (1935) sugirió de despersonalización/desrealización, aunque no ha sido validado empíricamente. La

diferencia entre estos conceptos sólo existiría en las descripciones de los pacientes y la desrealización sería una forma de despersonalización. Desde un punto de vista fenomenológico tampoco ha sido posible diferenciar entre despersonalización y desrealización, sugiriéndose que podrían ser dos formas distintas de describir las mismas experiencias ⁽⁷¹⁾. De hecho, autores como Shorvon ⁽¹²⁾ han presentado muestras en donde ambos fenómenos ocurren juntos, o bien enfermos con despersonalización, pero no se han descrito casos de desrealización sin despersonalización. Sin embargo, Lambert y cols. (2001), al analizar las diferencias entre despersonalización primaria y secundaria, encontraron 4 casos de “desrealización pura” ⁽¹²⁵⁾. En este sentido, Sierra y cols. (2002), basados en el análisis de lesiones cerebrales que presentaron experiencias similares a las que nos ocupan, proponen que despersonalización y desrealización podrían tener diferentes mecanismos neurobiológicos ⁽¹²⁶⁾.

Este mismo problema aparece al comparar las actuales clasificaciones diagnósticas. Por un lado, el DSM ⁽⁵⁹⁾ contempla la posibilidad de la existencia de un estado puro de desrealización, incluido dentro de la categoría de trastorno disociativo no especificado. Sin embargo, la CIE-10 ⁽⁶²⁾ engloba ambos fenómenos dentro del mismo concepto. En definitiva, no se ha podido evidenciar la independencia de ambos fenómenos, y despersonalización y desrealización parecen ser dos aspectos del mismo fenómeno, por lo cual en este trabajo se utilizará un concepto único de despersonalización bajo el cual se engloba el término de desrealización ⁽¹²⁷⁾.

4.2. INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LA DESPERSONALIZACIÓN

Actualmente, la incidencia y prevalencia del trastorno de despersonalización son desconocidas y tampoco existen datos fiables sobre la presentación en los diferentes trastornos mentales. Aunque se han realizado estudios para establecer la prevalencia de la despersonalización, éstos carecen de un adecuado planteamiento teórico y estadístico. Edwards y Angus (1972) sugieren una serie de aspectos que impiden una correcta evaluación de la incidencia del síndrome, como la ausencia de una definición adecuada, la existencia de diferentes métodos de exploración de la despersonalización, las habilidades del entrevistador, la validez y fiabilidad de los cuestionarios empleados, la sugestionabilidad y cooperación del paciente a la hora de expresar sus experiencias, y por último, la influencia, sugestión y contagio que provocan las preguntas directas sobre este fenómeno ⁽¹²⁸⁾. En este mismo sentido insiste Simeon ⁽⁷⁴⁾, quien destaca tres factores que influyen en el diagnóstico infrecuente de este trastorno, como son la escasa familiaridad con éste por parte de los clínicos; la poca colaboración por parte de los pacientes al pensar que puedan ser etiquetados de “locos” o la incapacidad de éstos al describir estas experiencias; y la tendencia a considerar este fenómeno dentro de los trastornos depresivos o de ansiedad.

Los diferentes estudios que estiman la prevalencia de la despersonalización se recogen en la revisión realizada recientemente por Hunter y cols. ⁽¹²⁹⁾:

- Estudiantes y población normal. Con la excepción de una de las investigaciones, en los siete restantes, los valores oscilaron entre el 26 y 74%. Sin embargo, existieron limitaciones metodológicas a la hora de

establecer el criterio diagnóstico. Destacan tres de estos estudios, que evaluaron la presencia de las experiencias de despersonalización como consecuencia de un evento traumático. Cuando se incluyeron sujetos ambulatorios ^(130, 131), se obtuvieron valores del 66 y 60% respectivamente. Sin embargo, al analizar un grupo de pacientes hospitalizados víctimas de accidentes, el porcentaje bajó hasta el 31% ⁽¹³²⁾.

Mención aparte merece el estudio realizado en una población rural del sur de los Estados Unidos, donde se obtuvo un elevado grado de participación. En dicha muestra se alcanzó una prevalencia del 23.4% de despersonalización/desrealización, al preguntar por la presencia de estas experiencias en los doce meses anteriores a la entrevista. En el estudio se utilizaron los criterios diagnósticos del DSM-IV y la evaluación se realizó mediante entrevista telefónica ⁽¹³³⁾.

- Estudios comunitarios que emplean cuestionarios estandarizados o entrevistas diagnósticas. Estos datos proceden de evaluar la prevalencia de los trastornos mentales en muestras amplias de población general, en cuya exploración se incluyeron una serie de ítems específicos sobre la despersonalización. Aparecen dos estudios realizados en el Reino Unido, y otro en los Estados Unidos. El rango de prevalencia osciló entre el 1.6% y 2.4%. Recientemente, la prevalencia de los trastornos disociativos en una muestra de sujetos adultos fue del 9.1%, siendo el 0.8% para el trastorno de despersonalización ⁽¹³⁴⁾.

- Estudios en poblaciones clínicas en el contexto de un trastorno mental. Se han dividido en tres apartados, con especial interés en los trastornos de pánico, donde se han efectuado un mayor número de análisis.

Dentro de los estudios desarrollados en pacientes psiquiátricos hospitalizados, los valores oscilaron entre el 42 y 91%. La mayoría emplearon la Escala de Experiencias Disociativas como método de cribaje, lo cual puede causar una subestimación de la despersonalización pues la escala incluye diferentes dimensiones sobre la disociación. Además, se han utilizado diferentes puntos de corte, como será comentado más adelante. Los estudios que emplearon la Entrevista Estructurada de los Trastornos Disociativos obtuvieron una prevalencia consistente, entre el 0.86 y 16%. Destaca el estudio de Gast y cols. ⁽¹³⁵⁾ quienes encontraron un paciente con el diagnóstico de trastorno de despersonalización, que había puntuado por debajo del punto de corte empleado en dicha escala. En definitiva, existen variaciones importantes a la hora de evaluar este fenómeno y en la forma de obtener los datos. Sin embargo, puede considerarse que los pacientes hospitalizados muestran un mayor porcentaje de experiencias que los pacientes a nivel ambulatorio.

En los trastornos psiquiátricos, los datos aparecidos son difíciles de interpretar por las dificultades metodológicas existentes y la gran variabilidad en la composición de las muestras. Destaca que en la esquizofrenia se obtuvieran valores del 6.9% en pacientes ambulatorios ⁽¹³⁶⁾ y del 36% en hospitalizados ⁽¹³²⁾. Similares diferencias fueron obtenidas en

sujetos con depresión unipolar, desde el 4% al 60% en sujetos hospitalizados.

Puesto que despensalización y desrealización son síntomas que las clasificaciones diagnósticas incluyen dentro del trastorno de pánico, los diferentes estudios que han abordado la fenomenología del mismo han hecho referencia a éstos. Así han aparecido hasta 16 estudios que abarcan una extensa y variada población. Los valores de prevalencia de despensalización y/o desrealización durante los ataques de pánico han oscilado entre el 24.1 y 82.6%.

Finalmente, se ha demostrado la influencia de factores culturales en la prevalencia de las experiencias de despensalización. De hecho, se comparó la prevalencia en muestras de pacientes psiquiátricos hospitalizados de tres países, mediante el empleo de la Escala de Despensalización de Cambridge, obteniéndose los siguientes porcentajes: 41.9% en el Reino Unido, 35.8% en España y 17.5% en Colombia. Estas diferencias fueron significativas en la población colombiana, pues mostraron una menor presencia de experiencias de despensalización, así como puntuaciones más bajas en los cuestionarios utilizados. Este dato podría estar en relación con anormalidades en la percepción del self, lo cual se encuentra influenciado por factores culturales, en concreto, con la dimensión sociológica de individualismo-colectivismo ⁽¹³⁷⁾. Así, las culturas individualistas, propias de países occidentales como América del Norte, Europa Occidental, Australia, o Nueva Zelanda, pueden experimentar una mayor sensación de perder el control y un mayor número de experiencias de despensalización durante los ataques de pánico que en poblaciones de

Asia, América Latina o África, donde los niveles de colectivismo son más elevados. Esto ha sido comprobado al revisar los estudios que incluían los perfiles sintomáticos de los episodios de pánico en diferentes países ⁽¹³⁸⁾.

En resumen, el síndrome de despersonalización es frecuente en la población normal y en los trastornos psiquiátricos. Sin embargo, hay que analizar estos datos con cautela puesto que están influidos por la ausencia de un adecuado marco teórico y método de evaluación, por la presencia de la variable tiempo y por la existencia de diferencias culturales.

4.3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

El reciente interés mostrado en el estudio de la despersonalización ha permitido la aparición de determinadas publicaciones que han descrito las características clínicas de los sujetos con este trastorno. En la tabla 4.3.1 se recogen los datos más relevantes.

Existe acuerdo en considerar que la despersonalización es un fenómeno que suele iniciarse en la adolescencia, entre los 15 y 25 años de edad. Además, un comienzo más temprano se ha relacionado con una mayor severidad del trastorno, así como con la presencia de una mayor sintomatología asociada, principalmente síntomas depresivos y ansiedad ⁽²³⁾. Por otro lado, a pesar que los estudios iniciales sugerían que existía un predominio en la aparición de la despersonalización en mujeres, recientemente se ha podido comprobar que se presenta por igual en ambos sexos ^(21, 23). Tampoco parece que el nivel académico de la muestra sea un factor que influya en la presentación del fenómeno.

La despersonalización puede comenzar de forma aguda o gradual, si bien, un amplio número de pacientes no son capaces de precisar con exactitud la forma de presentación. Parece ser que el patrón más típico es que los síntomas se presenten en un episodio inicial, con episodios posteriores que van aumentando en frecuencia, duración e intensidad hasta convertirse en continua, con fluctuaciones en la intensidad de los síntomas ⁽¹³⁹⁾. Se han identificado diferentes situaciones como precursores de la aparición del fenómeno, las cuales pueden ser resumidas en factores psicológicos (15%), acontecimientos traumáticos (14%) y abuso de sustancias (14%). Un 20% de los sujetos refirió la presencia de múltiples factores y el 27% no identificó factor alguno ⁽²³⁾.

Tabla 4.3.1. Características descriptivas clínicas de la despersonalización.

	Baker y cols., 2003 ⁽²³⁾	Simeon y cols., 2003 ⁽²¹⁾	Phillips y cols., 2001 ⁽¹⁴⁰⁾	Sierra y cols., 2001 ⁽²⁵⁾	Simeon y cols., 1997 ⁽¹⁴¹⁾
<u>Tamaño muestral</u>	204 ¹	117 ²	88 ³	200 ⁴	30
<u>Sexo (%):</u>					
Varón/Mujer	54.9 / 45.1	53 / 47	51 / 49	45.5 / 54.5	36.7 / 63.3
<u>Edad media de inicio</u>	22.8	15.9±7.5	21	-	16.1±5.2
<u>Edad media de duración</u>	13.9	15.8±12.7	16	-	15.7±10.7
<u>Presencia de DR (%)</u>	80	-	75	77.5	-
<u>Inicio (%):</u>					
• Agudo	38	50	-	53	47
• Insidioso	62	50	-	13	53
<u>Curso (%):</u>					
• Episódico	36	33	15	-	30
• Crónico	64	66	77	-	70
<u>Estado civil (%):</u>					
• Soltero	51	68	-	-	67
• Casado	38	16	-	-	13
• Separado	11	16	-	-	20
<u>Ocupación (%):</u>					
• Empleado	-	56	-	-	60
• Desempleado	38	17	-	-	20
• Otros	-	27	-	-	20
<u>Nivel educacional (%):</u>					
• Alto	54	13	67	-	33
• Bajo-medio	46	87	-	-	64
<u>Comorbilidad (%):</u>					
• Depresión	62	73	47	21	33
• Ansiedad	-	64	48	25	60
• Eje II	-	52	-	-	60

¹ Incluye los pacientes del estudio de Phillips y cols.

² Incluye los pacientes del estudio de Simeon y cols.

³ Incluye 21 pacientes recogidos a través de internet.

⁴ Incluye los pacientes de la revisión histórica realizada desde 1898 hasta 1996.

DR: desrealización

Como puede observarse en la tabla 4.3.1, la despersonalización se caracteriza por tener un curso crónico, siendo la edad media de duración de las experiencias superior a los 15 años. En caso de presentarse de forma episódica, éstos pueden variar en intensidad y duración a lo largo de la evolución, pero tienden a mantenerse durante meses o años con escasa fluctuación. Se han descrito una serie de factores que pueden mejorar las experiencias de despersonalización. Entre ellos, factores físicos como dieta y ejercicio (19%), factores psicológicos (13%), factores sociales (8%), factores situacionales (8%) y el alcohol o las drogas (5%). Por contra, el estrés psicológico (16%), los estimulantes ambientales (10%) y los estresantes físicos como la fatiga (12%) fueron identificados como factores que empeoraron dicho síndrome ⁽²³⁾. Además, la despersonalización ha sido referida como un factor que interfiere significativamente en la calidad de vida del sujeto ⁽¹⁴¹⁾. A este respecto destaca la proporción significativa de pacientes que se encuentran en situación de desempleo, y el alto porcentaje de sujetos sin pareja (soltero o separado) que aparecen en las diferentes muestras.

Por otro lado, como a continuación se detallará, la despersonalización se asocia con gran frecuencia con los trastornos afectivos, en concreto con los depresivos y de ansiedad. En lo que se refiere a la asociación con rasgos de la personalidad, se han descrito en un número elevado de sujetos con despersonalización, siendo los más frecuentes los de tipo límite, evitación y obsesivo-compulsivo. Sin embargo, ninguna de estas situaciones ha mostrado relación directa, ni ningún trastorno predijo la severidad de los síntomas. Tampoco se ha encontrado relación entre gravedad y características clínicas de los pacientes. Esto apoya la opinión de que la despersonalización es un fenómeno independiente con sus propias características, frente a la propuesta de algunos autores de considerarla un tipo de síndrome depresivo o de ansiedad ⁽⁷⁴⁾.

4.4. COMORBILIDAD

Las experiencias de despersonalización han sido descritas en diferentes situaciones de normalidad, así como en la mayoría de los trastornos psiquiátricos. La ausencia en la delimitación del concepto y la frecuente aparición de estas experiencias junto a otros procesos mentales ha hecho que muchos autores la incluyeran dentro de los diferentes trastornos. A continuación se realiza una revisión de estas asociaciones.

4.4.1.- En situaciones de normalidad. Desde la mitad del siglo pasado se sabe que la despersonalización puede aparecer en sujetos normales, presentándose de forma episódica y esporádica, sin significado clínico alguno ^(120, 142-144).

4.4.2.- En situaciones fisiológicas. Determinadas situaciones fisiológicas pueden causar la aparición de las experiencias de despersonalización en sujetos normales. Por ejemplo, Fewtrell describió que las técnicas de relajación utilizadas habitualmente pueden inducir o exacerbar los sentimientos de irrealidad ⁽¹⁴⁵⁾.

La alteración del nivel de conciencia puede provocar la aparición de experiencias de despersonalización, como ocurre en la privación sensorial o de sueño, o en la sobreestimulación ⁽¹⁴⁶⁾. También se ha comprobado que la presencia de un alto grado de sugestionabilidad o hipnosis hace que los sujetos sean más propensos a desarrollar experiencias disociativas, entre ellas las que nos ocupan ⁽¹⁴⁷⁾.

En la última década han proliferado los estudios sobre el “burn-out o síndrome del quemado” en diferentes situaciones profesionales. En dicho síndrome se ha descrito

la presencia de experiencias de despersonalización ⁽¹⁴⁸⁾.

4.4.3.- En estados de “ansiedad normal”. Un hallazgo encontrado con frecuencia en los sujetos sanos que experimentan despersonalización es la presencia de elevados niveles de ansiedad, si bien se desconoce en que consiste esta relación ⁽¹⁴⁹⁾. Por otro lado, es aceptado ampliamente que las experiencias de despersonalización pueden aparecer tras situaciones estresantes de gran intensidad ⁽¹⁵⁰⁾, como ocurre en los supervivientes de terremotos ⁽¹⁵¹⁾ o accidentes aéreos ⁽¹⁵²⁾, y en las víctimas de secuestros ⁽¹⁵³⁾ o conflictos bélicos ⁽¹⁵⁴⁾.

Algunos autores han considerado que la despersonalización forma parte de un estado disociativo inespecífico disfuncional que aparece tras experimentar una situación estresante aguda, lo que se ha denominado “disociación peritraumática” ⁽¹⁵⁵⁾ o “trastorno de estrés agudo” ⁽¹⁵⁶⁾. La importancia de este síndrome radica en la capacidad para predecir el desarrollo posterior de un trastorno por estrés postraumático, así como la presencia de un mayor grado de psicopatología, comorbilidad, deterioro y necesidad de tratamiento. Sin embargo, los datos aparecidos en los estudios no han confirmado esta hipótesis. Así, Simeon y cols. (2003) llevaron a cabo un estudio piloto que incluyó una serie de supervivientes que se vieron afectados de forma diferente por los sucesos ocurridos en el *World Trade Center* en Nueva York ⁽¹⁵⁷⁾. Estos sujetos presentaron niveles elevados de distrés peritraumático, síntomas disociativos, y síntomas de estrés postraumáticos tempranos, durante y a continuación del incidente. Sin embargo, dentro del conjunto de manifestaciones de la reacción peritraumática, el mayor factor predictor del desarrollo precoz de un síndrome postraumático o de la presencia de síntomas disociativos fue la sensación de “pérdida de control”, mientras que los síntomas

disociativos no contribuyeron de forma significativa. A continuación, tras realizar el seguimiento durante un año de estos sujetos, se demostró que la presencia de síntomas disociativos precoces influyó solamente en la aparición de trastornos disociativos posteriores. Dentro de los factores de distrés peritraumático, la sensación de “pérdida de control” y los sentimientos de culpa y lástima fueron los más significativos en el desarrollo de síntomas disociativos o del trastorno por estrés postraumático, mientras que los sentimientos de incapacidad/cólera lo fueron únicamente para el estrés postraumático. Sin embargo, el factor que a largo plazo adquirió una mayor relevancia fue el grado de apoyo social de los sujetos ⁽¹⁵⁸⁾.

4.4.4.- En asociación con sustancias. En la literatura se han descrito diferentes fármacos y sustancias que se relacionan con la aparición de despersonalización.

- Como efecto secundario de fármacos no psicotrópicos como la indometacina ⁽¹⁵⁹⁾, el interferón alfa ⁽¹⁶⁰⁾, la doxiciclina ⁽¹⁶¹⁾, la minociclina ⁽¹⁶²⁾ o fármacos antirretrovirales ⁽¹⁶³⁾.

- Dentro del síndrome de interrupción o abstinencia de benzodiacepinas, o como consecuencia del consumo crónico de éstas, sobre todo en ancianos ^(164, 165). También en relación con fármacos psicotrópicos como la reboxetina ⁽¹⁶⁶⁾, la venlafaxina ⁽¹⁶⁷⁾, la quetiapina ⁽¹⁶⁸⁾ o el zaleplón ⁽¹⁶⁹⁾.

- Diferentes sustancias tóxicas como el alcohol, la lisérgida ⁽¹⁷⁰⁾, la mescalina ⁽¹⁷¹⁾ o la cafeína ⁽¹⁷²⁾ han provocado la aparición de experiencias de despersonalización. Por ejemplo, Raimo y cols. (1999) describieron una serie de alteraciones en el

electroencefalograma, similares a las encontradas en las encefalopatías metabólicas, en una paciente que presentaba experiencias de despersonalización inducidas por intoxicaciones etílicas agudas. Tras la desaparición de las experiencias, el registro electroencefalográfico se normalizó ⁽¹⁷³⁾. Como ya se ha referido, sustancias como el agonista serotoninérgico metaclorofenilpiperacina (m-CPP) ⁽⁹⁶⁾ o la ketamina, con propiedades anestésicas, han sido utilizadas en la investigación de estas experiencias.

· La presencia de despersonalización y el consumo de cannabis ha sido ampliamente detallado en la literatura, tanto tras la exposición única ⁽¹⁷⁴⁾, como tras el consumo crónico ^(92, 175). De forma experimental, el cannabis ha sido empleado para inducir dichas experiencias ^(106, 176). Recientemente se han analizado las características descriptivas del síndrome de despersonalización inducido por el consumo de esta sustancia ⁽⁹⁴⁾.

4.4.5.- En enfermedades neurológicas. Desde las primeras descripciones del fenómeno, la despersonalización ha sido relacionada con diversos procesos cerebrales orgánicos. Sin embargo, esta asociación ha sido establecida en base a la descripción de casos aislados y no se han empleado métodos de evaluación adecuados. Además, la presencia de otros síntomas psiquiátricos o neurológicos concomitantes no ha permitido establecer con certeza la existencia de una relación directa. Como ha sido mencionado, Lambert y cols. ⁽⁴⁹⁾ han realizado una revisión histórica de aquellos casos existentes en la literatura científica en donde es posible establecer un origen orgánico del fenómeno. Así, la despersonalización ha sido referida en sujetos con vértigo ⁽¹⁷⁷⁾, en la enfermedad de Ménière, en la migraña (el 38% de los sujetos con despersonalización refirieron antecedentes de migraña), en la esclerosis múltiple ⁽¹⁷⁸⁾, en los tumores cerebrales como

gliomas, o en la enfermedad cerebrovascular. Igualmente se ha detallado ampliamente la relación con los traumatismos cerebrales si bien no se ha aclarado si es secundario a los efectos físicos o psicológicos del traumatismo.

La epilepsia ha sido la enfermedad orgánica donde con mayor frecuencia se han descrito las experiencias de despersonalización, bien sea durante las crisis o en el periodo interictal. Ya autores como Griesinger, Jackson o Pick describieron experiencias similares a la despersonalización dentro del síndrome epiléptico. Posteriormente, se han propuesto mecanismos etiopatogénicos similares entre epilepsia y despersonalización ^(47, 179). Estudios más recientes han señalado la existencia de una fuerte asociación con la epilepsia focal frente a la epilepsia generalizada, siendo más frecuente la presencia de despersonalización frente a desrealización ⁽¹⁸⁰⁾. Por otro lado, se han obtenido puntuaciones más elevadas en la Escala de Experiencias Disociativas en sujetos epilépticos en comparación con sujetos normales ⁽¹⁸¹⁾.

4.4.6.- Trastornos de ansiedad y despersonalización. La relación con los trastornos de ansiedad ha sido ampliamente recogida en la literatura científica, aunque permanece sin esclarecerse si la ansiedad conduce a la despersonalización o si es consecuencia de ésta. Ya la primera descripción de la despersonalización se realizó en sujetos que padecían episodios de ansiedad, dentro de lo que fue denominado *neuropatía cerebro-cardiaca*, descrita en capítulos anteriores. Más tarde, Roth (1959) define el *síndrome de despersonalización fóbico-ansioso (phobic anxiety-depersonalisation syndrome)*, un tipo de trastorno de ansiedad en el que se superponen la despersonalización y los síntomas fóbicos, generalmente agorafobia ⁽¹⁸²⁾. Este síndrome, más frecuente en mujeres, se produce fundamentalmente en sujetos con

rasgos obsesivos y ansiosos de la personalidad, tras situaciones de estrés graves.

Por otro lado, se ha señalado que la despersonalización es más frecuente en la ansiedad episódica frente a la ansiedad generalizada. Como ya se ha expuesto en este mismo apartado, recientemente han aparecido numerosos estudios que describen las experiencias de despersonalización en los trastornos de pánico, intentando establecer la prevalencia de las mismas. Además se ha propuesto un subgrupo dentro de los trastornos de pánico determinado por la presencia de experiencias de despersonalización, el cual muestra características clínicas distintivas y mayor severidad. Este subgrupo se caracterizaría por presentar un mayor número de ataques, presencia de fobia y conductas de evitación y peor nivel de funcionamiento, siendo sujetos más jóvenes ^(20, 183). Además, presentarían un inicio precoz de los ataques de pánico, mayor comorbilidad y deterioro funcional ^(19, 184), así como rasgos clínicos atípicos junto con alteraciones en el electroencefalograma ⁽¹⁸⁵⁾.

4.4.7.- Depresión y despersonalización. La asociación entre depresión y despersonalización también ha sido reseñada en la literatura. A finales del siglo XIX, las descripciones de algunos tipos de depresión, como la *melancolía anestésica*, sugieren la presencia de experiencias de despersonalización. Lewis (1934) describió que el 39% de los sujetos con depresión presentaban este fenómeno ⁽¹¹⁹⁾. Posteriormente, Ackner (1954) define el *síndrome depresivo de despersonalización* como una de las categorías del síndrome de despersonalización, aunque especifica que podría deberse a una “diferencia verbal” a la hora de describir dichas experiencias con respecto a la pérdida de interés y la apatía referida por los sujetos deprimidos ⁽¹⁸⁶⁾. Por último, al igual que ocurría en el trastorno de pánico, algunos estudios han señalado que la presencia de

experiencias de despersonalización en los trastornos depresivos indica un peor pronóstico y resistencia al tratamiento ^(18, 47, 117, 187).

Por otro lado, la despersonalización no ha sido reseñada durante los episodios maníacos. En todo caso, si aparece en el contexto de un trastorno bipolar, ésta solía relacionarse con la fase depresiva de la enfermedad ⁽¹⁸⁾.

4.4.8.- Psicosis y despersonalización. Clásicamente la despersonalización ha sido descrita en la fase inicial o prodrómica de la esquizofrenia, independiente de su etiología, como adaptación o reacción ante los cambios que el sujeto enfermo está experimentando ^(188, 189). Algunos autores ^(47, 186) han observado que los pacientes mostraban suaves variaciones que oscilaban desde las experiencias típicas hacia una elaboración delirante de éstas. Otro apartado que ha tenido especial interés ha sido la presencia de la despersonalización en los delirios de negación ⁽⁴³⁾.

Un estudio más reciente mostró que únicamente el 11.11%, de una muestra compuesta por cincuenta y cuatro sujetos con esquizofrenia crónica, refirieron experiencias de despersonalización ⁽¹⁹⁰⁾, las cuales estarían relacionadas con el estado del ánimo depresivo y una personalidad insegura. Por su parte, Maggini y cols. han relacionado la aparición de despersonalización en sujetos esquizofrénicos con los síntomas positivos, la depresión y la alexitimia ⁽¹⁹¹⁾.

4.4.9.- Otros trastornos psiquiátricos y despersonalización. Al igual que con otras situaciones anteriormente descritas, la relación entre despersonalización y rasgos obsesivos de la personalidad ha sido referida de forma extensa en la literatura. Torch

(1978) propuso la existencia del *síndrome intelectual obsesivo de despersonalización* (*intellectual obsessive depersonalisation syndrome*), en el que este síndrome aparece en sujetos con una personalidad premórbida con marcados rasgos obsesivos y cociente intelectual alto ⁽¹⁹²⁾. Precisamente en diversas series de pacientes con despersonalización se ha descrito la elevada presencia de rasgos obsesivos de personalidad ^(12, 21, 193). Algunos autores han referido la analogía entre el trastorno de despersonalización y el trastorno obsesivo-compulsivo de acuerdo con las similitudes que presentan en cuanto a la fenomenología, comorbilidad, neuroquímica y respuesta al tratamiento ^(194, 195).

También el síndrome de despersonalización ha sido descrito en la mayoría de los trastornos de la personalidad, siendo el tipo límite el más reseñado ⁽¹⁹⁶⁻¹⁹⁸⁾. Mientras que se ha señalado que la prevalencia media de dichas experiencias en este trastorno estaría en torno al 60% ⁽¹⁹⁹⁾, Simeon y cols. encontraron que un 27% de los pacientes con trastorno de despersonalización reunían criterios diagnósticos de trastorno límite de la personalidad ⁽¹⁴¹⁾.

Finalmente, se ha sugerido que el síndrome de Koro, reacción aguda de angustia característica del sur de China, es una forma cultural de despersonalización, de tipo somático, que se localiza en los genitales ⁽²⁰⁰⁾.

4.5. TRATAMIENTO DE LA DESPERSONALIZACIÓN

Los datos actuales sobre el tratamiento del trastorno de despersonalización son escasos y no existe un tratamiento farmacológico ni psicoterapéutico que haya demostrado eficacia suficiente.

4.5.1. FARMACOTERAPIA. En el momento presente, existe un número reducido de datos sobre la eficacia de los fármacos en el tratamiento de este fenómeno. Además, las aportaciones corresponden a publicaciones de casos espontáneos o series abiertas de casos que han demostrado cierta eficacia en el tratamiento de la despersonalización. Recientemente se han desarrollado dos ensayos clínicos, controlados con placebo, que tampoco han mostrado resultados positivos. En la tabla 4.5.1 se recogen las publicaciones existentes hasta la fecha.

Como puede observarse, un porcentaje alto de estas contribuciones han sugerido la implicación del sistema serotoninérgico en la neurobiología y tratamiento del fenómeno que nos ocupa. No obstante, el único ensayo clínico existente en el trastorno de despersonalización (doble ciego, controlado con placebo) que empleó un inhibidor de la recaptación de serotonina, fluoxetina, no arrojó resultados satisfactorios. Aunque los pacientes mejoraron en la valoración clínica global, la intensidad de las experiencias no se modificó⁽²⁰¹⁾.

Tabla 4.5.1. Fármacos que han sido estudiados en el tratamiento del síndrome de despersonalización ⁽²⁰²⁻²¹³⁾.

AUTORES	AÑO PUBLICACIÓN	n	FÁRMACOS
<i><u>CASOS SIMPLES:</u></i>			
King y Little	1959	1	Tiopentano
Noyes y cols.	1987	1	Desimipramina
Hollander y cols.	1989	1	Fluoxetina
Stein y Uhde	1989	1	Clonazepam
Fichter y cols.	1992	1	Fluoxetina
Hollander y cols.	1992	1	Fluoxetina
Ratliff y Kerski	1995	1	Fluoxetina+alprazolam
Abbas y cols.	1995	1	Fluoxetina+bupiriona
Pérez y Salvador	1996	1	Moclobemida
Tunier y cols.	1997	1	Risperidona
Ströhle y cols.	2000	1	Paroxetina
Sachdev	2002	1	Citalopram+clonazepam
Jimenez-Genchi	2004	1	EMT
<i><u>ESTUDIOS ABIERTOS:</u></i>			
Davison	1964	7	Anfetamina intravenosa
Nuller	1982	57	Clozapina, fenazepam
Hollander y cols.	1990	8	Fluoxetina-fluvoxamina
Simeon y cols.	1997	30	ISRS y/o BZDS
Simeon y cols.	1998	8	Desimipramina-clomipramina
Lambert y cols.	2000	13	(*)
Nuller y cols.	2001	14	Naloxona
Sierra y cols.	2001	11	Lamotrigina
Simeon y cols.	2003	117	(**)
Simeon y Knutelska	2005	14	Naltrexona
Sierra y cols.	2006	32	Lamotrigina+ISRS
<i><u>ESTUDIOS CONTROLADOS CON PLACEBO:</u></i>			
Sierra y cols.	2003	12	Lamotrigina
Simeon y cols.	2004	54	Fluoxetina

EMT: Estimulación magnética transcraneal; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; BZDS: benzodiazepinas.

(*): Clomipramina, imipramina, risperidona, sertralina, clonazepam.

(**): Se incluye cualquier grupo terapéutico, así como la terapia electroconvulsiva.

Otro sistema que es objeto de investigación es el sistema glutamatérgico, a través de los datos obtenidos con el empleo de la lamotrigina, antiepiléptico utilizado en el tratamiento de los trastornos bipolares. Los primeros datos, en un análisis abierto de un pequeño grupo con trastorno de despersonalización crónico, han sugerido la eficacia de esta sustancia ⁽²¹⁴⁾. Posteriormente, una investigación desarrollada que emplea como única medicación la lamotrigina y controlado con placebo, no evidenció tales resultados ⁽²¹⁵⁾. Más recientemente, la combinación lamotrigina y antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina ha demostrado ser más efectiva frente al empleo por separado de éstas o frente a otras combinaciones farmacológicas ⁽²¹⁶⁾.

Los antagonistas opioides también han sido implicados en el tratamiento de la despersonalización y disociación. En concreto la naltrexona, que mostró reducir los síntomas disociativos durante un periodo de dos semanas en pacientes con trastorno límite de la personalidad ⁽²¹⁷⁾. Del mismo modo el nalmefeno produjo un descenso del embotamiento emocional en pacientes con trastorno por estrés postraumático ⁽²¹⁸⁾. Por su parte, la naloxona, administrada de forma intravenosa, fue efectiva en 11 de 14 pacientes con trastorno de despersonalización crónico, alcanzando la remisión total de la sintomatología en 3 de ellos ⁽⁹⁷⁾. Resultados similares se obtuvieron en un ensayo abierto con naltrexona en sujetos con trastorno de despersonalización ⁽²¹⁹⁾. De los 12 pacientes que completaron al menos cuatro semanas de tratamiento, un 33% refirió una mejoría significativa en las experiencias de despersonalización, lo cual se vio reflejado en el descenso de las puntuaciones de los cuestionarios empleados para la evaluación. Sin embargo, el sistema opioide no ha sido estudiado con la suficiente profundidad como para precisar su implicación en la etiología de este fenómeno.

Por último, las benzodiazepinas, en concreto el clonazepam, ha demostrado ser eficaz tanto en el tratamiento único como asociado a otros grupos farmacológicos. Dicha eficacia puede deberse a la reducción de los niveles de ansiedad, más que a un efecto directo sobre las experiencias de despersonalización.

4.5.2. PSICOTERAPIA. Aun existen menos datos con respecto al empleo de las técnicas psicoterapéuticas en el tratamiento de la despersonalización. Estas aportaciones se basan principalmente en descripciones aisladas de intervenciones psicodinámicas o conductuales. Además, parece que los efectos beneficiosos vienen proporcionados al producir una mejoría de algunos aspectos relacionados con las experiencias, sin llegar a originar un efecto directo sobre éstas.

Las técnicas psicodinámicas han demostrado su utilidad en aquellos pacientes con trastorno de despersonalización sin características de cronicidad o resistencia, y donde la despersonalización adquiriera un significado secundario. Así, estas técnicas podrían emplearse con los siguientes objetivos: aceptar el síntoma durante la exploración y análisis; identificar su función como mecanismo de defensa; en el tratamiento de mecanismos narcisistas patológicos; con el fin de redescubrir, validar e integrar recuerdos traumáticos; y como técnica de psicoeducación ⁽²²⁰⁾.

La terapia focalizada en el trauma puede ser útil en aquellos pacientes que presentan antecedentes de déficits en el procesamiento de experiencias traumáticas, los cuales han sido relacionados con la aparición de las experiencias de despersonalización. En concreto, se han descrito antecedentes personales de ausencia o abuso emocional y de fallecimientos de familiares cercanos en sujetos que presentaban trastorno de

despersonalización ^(221, 222). Así, dichas experiencias serían una respuesta a estrés prolongados a lo largo de la vida, especialmente en individuos que experimentan situaciones de pérdida de control ⁽⁷⁴⁾.

Recientemente la terapia cognitivo-conductual ha sido adaptada a sujetos que presentaron experiencias de despersonalización crónicas, basándose en la similitud con los modelos teóricos de la ansiedad ⁽²²³⁾. Este modelo sugiere que una vez que las experiencias llegan a ser crónicas y patológicas existen una serie de atribuciones negativas y catastróficas que llevan a producir una sucesión de pensamientos y conductas que perpetúan e intensifican los síntomas. En el tratamiento de estos pacientes se emplean técnicas inespecíficas como la psicoeducación, el registro y normalización de las actividades, la modificación de pensamientos automáticos negativos, la exposición gradual a situaciones sociales y a las conductas de evitación. En una segunda fase, de mayor especificidad, se utilizan técnicas que faciliten la reexperimentación controlada de emociones y la focalización de la atención fuera del self y de las experiencias de despersonalización. Esta terapia ya ha sido aplicada en un ensayo abierto que incluyó 21 pacientes con trastorno de despersonalización. Los resultados mostraron una mejoría significativa tanto en la valoración clínica de las experiencias como en las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios, la cual se mantuvo seis meses después de finalizar las intervenciones. Sin embargo, parece que esta mejoría estaría relacionada con la reducción de los niveles de ansiedad y depresión de estos pacientes ⁽²²⁴⁾.

Otras técnicas como la terapia de apoyo, la relajación muscular progresiva, la meditación, los ejercicios de respiración, la estimulación intensa y las técnicas de

bloqueo de ciclos de pensamientos obsesivos, de preocupaciones o de comprobaciones ha demostrado tener su utilidad de forma aislada ^(50, 74).

En resumen, parece que la eficacia parcial obtenida por algunos fármacos o técnicas psicoterapéuticas se debe no tanto a la actuación específica sobre el fenómeno que nos ocupa sino a la mejoría clínica de los síntomas asociados.

CAPÍTULO 5

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA DESPERSONALIZACIÓN

A pesar de la complejidad que caracteriza al síndrome de despersonalización, a lo largo de la historia del fenómeno han aparecido diferentes instrumentos de evaluación como puede comprobarse en la tabla 5.1.1. Ya en 1898, Bernard-Leroy incluye cinco cuestiones específicas sobre la despersonalización dentro de un cuestionario que evalúa diferentes aspectos de la psicopatología general ⁽²²⁵⁾. Entre ellas destaca la Q32 (*¿Son acompañados tus falsos reconocimientos por la impresión de que eres testigo único del desdoblamiento inevitable e involuntario de tus acciones, movimientos, pensamientos y sentimientos, como si pertenecieran a cualquiera?*) y la Q34 (*¿Han perdido los objetos su aspecto natural, parecen extraños o sorprendentes?*). El cuestionario de Heymans ⁽²²⁶⁾ también incluye varios ítems sobre las experiencias que nos ocupan.

La primera escala específica en aparecer fue el *Cuestionario Autoadministrado de Dixon* ⁽¹²⁰⁾. Este cuestionario incluye 12 ítems sobre el síntoma de despersonalización que fueron empleados en la valoración de un grupo de sujetos normales. Aunque ha sido utilizado posteriormente en otros estudios ^(175, 176), carece de una validación más amplia. Además, se ha cuestionado el contenido de alguno de los ítems, no se han incluido algunas de las definiciones características referidas por los autores clásicos, y han existido dificultades de comprensión en determinadas expresiones ⁽²²⁷⁾.

Tabla 5.1.1. Instrumentos específicos de evaluación de la despersonalización.

Autores		Nº de ítems	Validación en sujetos normales	Validación en población patológica
- Escala de Dixon	Dixon, 1963	12	+	
- Escala de DP de Jacobs y Bovasso	Jacobs y Bovasso, 1992	25	+	
- Escala de Fewtrell	Fewtrell, 2000	35		+
- Escala de DP de Cambridge	Sierra y Berrios, 2000	29		+
- Escala de Severidad de DP	Simeon y cols., 2001	6		+
- Inventario de DP-DR	Cox y Swinson, 2002	28		+

DP: despersonalización; DR: desrealización.

La *Escala de Despersonalización de Jacobs y Bovasso* ⁽¹²⁴⁾ incluye nueve ítems de la escala de Dixon y evalúa las experiencias de despersonalización ocurridas en el último año. Fue validada en estudiantes y consta de cinco factores (inautenticidad, negación del self, autoobservación, desrealización y separación del cuerpo), poniendo especial énfasis en las alteraciones cognitivas. Sin embargo, carece de un marco teórico adecuado. Tanto el cuestionario de Dixon como esta última escala permiten diferenciar pacientes con trastorno de despersonalización frente a sujetos normales.

La *Escala de Fewtrell* ⁽²²⁸⁾ consta de 35 ítems, que incluyen los síntomas de despersonalización, desrealización, desomatización y desafectualización. Recientemente ha sido demostrada su validez en una población compuesta por sujetos con trastorno de despersonalización, sujetos con experiencias de despersonalización en el curso de otro trastorno psiquiátrico, y un grupo control ⁽¹²⁵⁾. Sin embargo, tampoco abarca todos los aspectos del síndrome.

Por último, han aparecido dos nuevos cuestionarios: la *Escala de Severidad de Despersonalización* ⁽²²⁹⁾ y el *Inventario de Despersonalización-Desrealización* ⁽²³⁰⁾. La primera es una escala de seis ítems, con una consistencia interna moderada, que permite al clínico cuantificar la intensidad de las experiencias en las dos últimas semanas. La segunda ha sido creada para evaluar las experiencias de despersonalización-desrealización en los trastornos de ansiedad.

Desde que en la 3ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) ⁽⁵⁸⁾ los trastornos disociativos fueron reconocidos como entidad independiente, se han elaborado diferentes instrumentos para evaluar estos fenómenos, los cuales pueden resumirse en dos grandes grupos: entrevistas clínicas estructuradas y escalas o cuestionarios. En general, todos ellos han incluido una serie de ítems destinados a la evaluación de la despersonalización. La diferencia entre ambas herramientas radica fundamentalmente en que, en las primeras, la presencia y severidad de los síntomas disociativos depende de la valoración que hace el clínico de la subjetiva e idiosincrásica descripción de los síntomas que realiza el paciente, el cual emplea sus propias palabras. Por otro lado, la utilización del formato test puede llevar a resultados erróneos por la alta sugestionabilidad de los pacientes y podría comprometer la diferenciación entre los trastornos disociativos reales y los facticios, siendo necesario ser completado con la evaluación clínica ⁽²³¹⁾. A esto hay que añadir que en los pacientes psiquiátricos, especialmente aquellos con un nivel cultural bajo, y, en concreto, la población española poco dada a la realización de cuestionarios, los resultados pueden estar sesgados por las dificultades encontradas en la interpretación de los ítems ⁽²³²⁾. Así, las necesarias explicaciones que el entrevistador a de dar se convierten, por mucho que intente lo contrario, en indicaciones sugestivas, teniendo este hecho una repercusión

inequívoca en el estilo de puntuar. Aun con estas limitaciones, ambos instrumentos son ampliamente utilizados en la detección y evaluación de los trastornos disociativos tanto en la práctica clínica como en la investigación.

Entre las entrevistas clínicas destaca la *Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D)* ^(233, 234). Es un instrumento administrado por el clínico que evalúa detalladamente los síntomas y trastornos disociativos. La escala ha demostrado una fiabilidad y validez discriminativa excelentes, siendo la fiabilidad interexaminador más elevada en la despersonalización ⁽²³⁵⁾. Incluye una serie de cuestiones de cribado, seguidas de una batería de preguntas para las respuestas positivas, hasta un total de 217 ítems, de los cuales la evaluación de la despersonalización comprende 40 ítems. La duración total de la aplicación es de 30 minutos en sujetos sin sintomatología disociativa, pero se extiende hasta los 60-90 minutos en aquellos que sí la presentan. Las puntuaciones se obtienen en cinco áreas que incluyen la amnesia, despersonalización, desrealización, confusión de identidad y alteración de la identidad, y se evalúa tanto la duración como la intensidad de las experiencias. Los valores oscilan desde 4 a 20 dependiendo de cada escala, situándose entorno al 7 para la escala de despersonalización ⁽¹³⁾.

Por otro lado, la *Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS)* ⁽²³⁶⁾ es una entrevista estructurada desarrollada con el objetivo de evaluar los trastornos disociativos que aparecen en los episodios depresivos, en los trastornos de personalidad y en los trastornos de somatización. Los ítems recogen los criterios del DSM-III para los trastornos evaluados. Su estructura es semejante a la de un test puesto que su formato incluye preguntas cerradas que se responden con un “sí” o un “no”. Se ha encontrado

una baja fiabilidad interobservadores para el trastorno de despersonalización.

Con respecto a los cuestionarios que evalúan los fenómenos disociativos, los cuales se encuentran recogidos en la tabla 5.1.2, la mayoría de los instrumentos que han valorado dichas experiencias han incluido un número de ítems referentes a la despersonalización. Es el caso de la *Escala de Experiencias Disociativas (Dissociative Experiences Scale, DES)* ⁽²³⁷⁾, instrumento de cribado que ha sido ampliamente utilizado y cuya versión al castellano fue validada por Icaran y cols. (1996) ⁽²³²⁾. La escala ha sido aplicada en la mayoría de los trastornos mentales, así como en la población general ⁽²³⁸⁾. También ha sido empleada en la población española ⁽²³⁹⁾. La DES es una escala analógica visual de 28 ítems, autoadministrable, que incluye cuestiones sobre los cinco síntomas disociativos (amnesia, despersonalización, desrealización, alteración de la identidad y personalidad múltiple) incluidos en la clasificación de los trastornos mentales DSM-IV ⁽²⁴⁰⁾. Es el único instrumento, dentro de los cuestionarios que evalúan los fenómenos disociativos, que ha mostrado una validez y fiabilidad adecuada ⁽²⁴¹⁾. Cada ítem se evalúa de 0 a 100 y la puntuación total corresponde a la media de todos los ítems. A pesar que el punto de corte es uno de los aspectos más discutido en la literatura se considera que puntuaciones iguales o superiores a 30 indican la presencia de un trastorno disociativo. Sin embargo, la DES no es un instrumento diagnóstico sino una herramienta de despistaje para descartar la presencia de psicopatología disociativa en sujetos normales o pacientes. Para completar el estudio es recomendable utilizar un instrumento confirmatorio como la entrevista clínica o el juicio clínico, que permitan diagnosticar de forma definitiva la presencia de un trastorno disociativo, e identificar de qué trastorno específico se trata, así como establecer la severidad del mismo.

Tabla 5.1.2. Instrumentos de evaluación de las experiencias disociativas.

	Autores	Nº de ítems	Validación en sujetos normales	Validación en población psiquiátrica
- Escala de Experiencias Disociativas	Bernstein y Putnam, 1986	28	+	+
- Escala de Alteración Perceptual	Sanders, 1986	27	+	
- Cuestionario de Experiencias de Disociación	Riley, 1988	26	+	
- Cuestionario de Disociación	Vanderlinden y cols., 1993	69	+	
- C.A.D.S.S.	Bremner y cols., 1998	27		+
- Escala de Estado de Disociación	Krüger y Mace, 2002	56		+
- Inventario Multidimensional de Disociación	Briere, 2002	30	+	

C.A.D.S.S.: Clinician Administered Dissociative States Scale.

Aunque se han definido diferentes factores dentro de la DES ⁽²⁴²⁻²⁴⁴⁾, la mayoría de los análisis describen tres dimensiones o factores: absorción-imaginativo (ítems 3, 4, 5, 6, 8, 10, 25 y 26), amnesia (ítems 2, 14, 15, 16, 17, 18, 20 y 23) y despersonalización/desrealización, siendo estos dos últimos los que presentan una mayor consistencia ⁽²⁴⁵⁻²⁴⁸⁾. Dichos factores o subescalas describen aproximativamente la severidad de una sintomatología para cada uno de estos dominios y no implican un diagnóstico incuestionable. El factor amnesia disociativa implica un déficit en el recuerdo, el cual impide recuperar la información almacenada ⁽⁶⁰⁾. En cambio, el factor absorción asociativa hace referencia a la experiencia de estar inmerso en los eventos internos como pensamientos e imaginación, llegando el individuo a estar desconectado

de sus alrededores ⁽²⁴⁹⁾. Por último, el factor despersonalización/desrealización consta de seis ítems (7, 11, 12, 13, 27 y 28). Simeon y cols. demostraron que la DES puede emplearse como instrumento para el despistaje del trastorno de despersonalización, si bien recomiendan utilizar un punto de corte de 12. Estos mismos autores refieren que el ítem 27, alucinaciones auditivas, carece de la validez suficiente ⁽²⁵⁰⁾.

Sin embargo, otros estudios han cuestionado esta división y han señalado la existencia en la escala de un único tipo de disociación patológica o taxón (ítems 3, 5, 7, 8, 12, 13, 22 y 27) ^(249, 251). Este factor parece ser más específico que el resultado global en la DES para la detección de la disociación patológica. Además, esta subescala, con un punto de corte de 13, ha demostrado mayor sensibilidad y especificidad en la detección del trastorno de despersonalización ⁽²⁵²⁾.

La *Clinician Administered Dissociative States Scale* (CADSS) ⁽²⁵³⁾ consta de una parte autoadministrada y de ocho ítems para ser evaluados por el clínico. Incluye tres factores: amnesia psicógena, despersonalización y desrealización. Ha sido desarrollada en sujetos con trastorno mental pero los componentes carecen de validez estadística suficiente. Otro instrumento es el *Cuestionario de Experiencias de Disociación de Riley* ⁽²⁵⁴⁾, que consta de 26 ítems tipo verdadero/falso y cuya validación fue realizada en una muestra de estudiantes. El cuestionario constituye una alternativa a la DES e incluye una subescala de despersonalización y otra de fantasías-ensueños diurnos.

La *Escala de Alteración Perceptual* ⁽²⁵⁵⁾ también evalúa las experiencias disociativas pero no ha sido validada en los trastornos disociativos y no incluye factor alguno sobre la despersonalización. Estos factores corresponden a la modificación del

afecto, del control y de la cognición. Aunque se correlaciona con la DES, ambas miden conceptualmente diferentes aspectos de la disociación ⁽²⁴²⁾. Por otro lado, el *Cuestionario de Disociación (DIS-Q)* ⁽²⁵⁶⁾ es un instrumento autoadministrado que consta de cuatro factores: alteración de la identidad; pérdida de control sobre el comportamiento, las emociones o el pensamiento; amnesia; y absorción. Aunque no contiene un factor específico sobre despersonalización, el primero de los factores incluye una serie de ítems sobre despersonalización y desrealización.

Recientemente se ha desarrollado la *Escala de Estado de Disociación* ⁽²⁵⁷⁾, que consta de 56 ítems, con siete subescalas, de las cuales se incluye una para la despersonalización y otra para la desrealización. La escala ha demostrado poseer adecuadas propiedades psicométricas, así como sensibilidad al cambio, aunque es considerada por los autores que presenta un valor predictivo limitado como instrumento diagnóstico. A diferencia de otras escalas que evalúan el rasgo para los fenómenos disociativos, se centra en evaluar el estado del paciente. Por último, el *Inventario Multidimensional de Disociación* ⁽²⁵⁸⁾ es un cuestionario autoadministrado que considera la disociación como un constructo multidimensional que incluye la separación de uno mismo, la alteración de la identidad, la restricción emocional, alteraciones de la memoria y la despersonalización/desrealización.

En definitiva, a pesar de esta variedad, la mayoría de estos cuestionarios han carecido de adecuadas propiedades psicométricas. Todos ellos han estado influenciados por los diferentes puntos de vista teóricos que los han originado o por los motivos para lo que fueron desarrollados. En general, los cuestionarios analizados no capturan todos los aspectos clínicos de la despersonalización, sobre todo cuando aun se desconocen los

rasgos clínicos relevantes para el estudio de la neurobiología del trastorno. Para eliminar estas dificultades fue creada la *Escala de Despersonalización de Cambridge* ⁽²²⁷⁾, que ha mostrado ser un instrumento con validez y fiabilidad apropiadas. Este cuestionario recoge las experiencias principales que componen el síndrome de despersonalización originadas tras un análisis exhaustivo de la psicopatología descriptiva existente. El cuestionario permite la evaluación fenomenológica completa del síndrome, así como diferenciar entre trastorno de despersonalización y sus fenocopias.

La *Escala de Despersonalización de Cambridge (Cambridge Depersonalisation Scale, CDS)* es una herramienta diseñada para la detección y evaluación del trastorno de despersonalización. Es un cuestionario autoadministrado de 29 ítems que recoge la frecuencia y duración de las experiencias de despersonalización en los seis meses previos a la realización de la misma. Cada ítem incluye dos escalas tipo Likert que corresponden a la frecuencia y duración de las experiencias. La primera oscila entre 0 y 4 (nunca, siempre), mientras que la duración viene representada por otra escala tipo Likert que oscila entre 1 y 6 (pocos segundos, a más de una semana). La suma de ambas escalas constituye la intensidad de cada ítem, oscilando su valor entre 0 y 10. El resultado final es la suma de las puntuaciones obtenidas en cada ítem y es considerada la medida final de la intensidad de las experiencias (rango 0-290). Los autores obtuvieron un punto de corte de 70, con una sensibilidad del 75.7% y una especificidad del 87.2%.

La escala incluye experiencias de los componentes del síndrome de despersonalización propuestos por estos autores y anteriormente descritos. Así, los ítems describen experiencias que afectan a diferentes modalidades sensoriales. Otros

hacen referencia a la incapacidad de experimentar diferentes emociones, al aumento de autoobservación, a la pérdida de los propios sentimientos corporales, a las distorsiones somatosensoriales, a las experiencias de estar fuera del cuerpo, a la autoscopia, o a la pérdida de sentimientos de agencia. Otros ítems recogen las quejas cognitivas como “sentimientos de mente vacía”, cambios subjetivos en la capacidad de recordar sucesos personales, incapacidad de evocar imágenes, y alteraciones en la experiencia del tiempo y espacio. Estos componentes fueron obtenidos de la revisión de la literatura médica existente sobre la psicopatología descriptiva de la despersonalización, en la cual se realizó un análisis estadístico de las descripciones recogidas en los casos publicados de este trastorno ^(24, 25). Se hizo un especial esfuerzo en la redacción de las frases para que resultaran sencillas y no fueran las experiencias estereotipadas. De igual forma, para reducir el estigma social, la escala consta de unas instrucciones donde se explica que dicho fenómeno puede ocurrir en personas normales. Con el fin de comprobar la adecuada comprensión de los ítems, la escala fue ensayada previamente en un estudio piloto con 40 sujetos normales y en 10 pacientes con trastorno de ansiedad.

Posteriormente, la escala fue aplicada en una muestra de 77 sujetos, de los cuales 35 reunían criterios de trastorno de despersonalización según la clasificación DSM-IV, 22 tenían un trastorno de pánico o un trastorno de ansiedad generalizada, y 20 el diagnóstico de epilepsia del lóbulo temporal ⁽²²⁷⁾. La edad media de los sujetos fue de 34 años, y de ellos el 50% fueron mujeres. Para su validación los autores utilizaron una entrevista clínica semiestructurada y los ítems del factor despersonalización de la Escala de Experiencias Disociativas. La escala mostró ser eficaz para diferenciar los pacientes con trastorno de despersonalización de aquellos pacientes con trastorno de ansiedad o con epilepsia del lóbulo temporal presentaran o no dichas experiencias. Se pudo

comprobar que los sujetos que presentaron criterios de despersonalización según el DSM-IV puntuaban más alto en cuanto a la frecuencia y la duración de los síntomas. Así los autores concluyeron que las experiencias de despersonalización narradas en el contexto de un trastorno de ansiedad o de una epilepsia del lóbulo temporal son fenomenológicamente menos ricas, menos frecuentes y menos duraderas con respecto a las referidas por los sujetos con trastorno de despersonalización. Además, apuntaron que el trastorno de despersonalización es fenomenológicamente independiente de otros trastornos disociativos o trastornos psicopatológicos, y que constituye un síndrome clínico más complejo de lo que las actuales descripciones sugieren ⁽²²⁷⁾.

Recientemente se ha llevado a cabo la adaptación al alemán de la escala ⁽²⁵⁹⁾. La versión fue validada en una muestra de 91 pacientes psiquiátricos hospitalizados, de los cuales 43 presentaron experiencias de despersonalización. En dicho estudio, la CDS mostró poseer una consistencia interna y fiabilidad alta, permitiendo diferenciar los sujetos con despersonalización de aquellos pertenecientes al grupo control.

En definitiva, la Escala de Despersonalización de Cambridge es un instrumento de evaluación cuya adaptación y validación al castellano permitirá profundizar en las características descriptivas del síndrome de despersonalización.

CAPÍTULO 6

OBJETIVOS

- 1.- Adaptar al castellano la Escala de Despersonalización de Cambridge.

- 2.- Validar la versión al castellano de la Escala de Despersonalización de Cambridge en una muestra española de pacientes con trastorno mental.

- 3.- Obtener la versión reducida de la adaptación al castellano de la Escala de Despersonalización de Cambridge.

- 4.- Comparar las características clínicas de los sujetos con experiencias de despersonalización frente a aquellos que no las presentan en el grupo de pacientes con depresión.

- 5.- Comparar las características clínicas de los sujetos con experiencias de despersonalización frente a aquellos que no las presentan en el grupo de pacientes con esquizofrenia.

- 6.- Analizar, mediante la Escala de Despersonalización de Cambridge, las características descriptivas de las experiencias de despersonalización en sujetos depresivos frente a sujetos esquizofrénicos.

CAPÍTULO 7

HIPÓTESIS

1.- La Escala de Despersonalización de Cambridge es un instrumento fiable y válido que ha sido adaptado y validado en otros idiomas diferentes al empleado en la versión original.

2.- A partir de esta versión, es posible obtener un cuestionario reducido que muestre las mismas propiedades psicométricas que la versión original.

3.- Las experiencias de despersonalización han sido objeto de análisis dentro de los trastornos mentales. En algunos de estos trastornos se han descrito características clínicas diferentes en los sujetos que presentaron despersonalización. Es posible que la presencia de las mismas permita definir un subtipo de pacientes dentro de un grupo diagnóstico.

4.- Dentro de la psicopatología, la despersonalización ha mostrado ser un síndrome complejo, compuesto por diferentes experiencias anómalas que se mantienen independientes y estables en los sujetos donde ha sido estudiada. Cabe esperar que estas características descriptivas se presenten en las experiencias de despersonalización de los sujetos con depresión o esquizofrenia.

CAPÍTULO 8

MATERIAL Y MÉTODOS

8.1. SUJETOS Y MATERIAL.

Se evaluaron 130 pacientes pertenecientes al Área de Salud Mental de Córdoba durante el periodo de dos años (2002-2004). La muestra estuvo formada por hombres y mujeres, de edades comprendidas entre los 16 y 65 años, diagnosticados de trastorno esquizofrénico, depresivo o de ansiedad, presentaran o no experiencias de despersonalización. Se excluyeron pacientes con alteración psiquiátrica, déficit cognitivos y/o sensoriales graves que impidiesen la evaluación prevista. El estudio recibió la autorización de los comités locales correspondientes (anexo II). Tras ser informados de los objetivos del estudio, los pacientes autorizaron por escrito su inclusión en el mismo (anexo III).

Los datos demográficos y la historia médica y psiquiátrica se obtuvieron mediante una entrevista clínica semiestructurada. Los pacientes ambulatorios completaron los cuestionarios en alguna de sus visitas al equipo de salud mental de referencia. En el caso de los pacientes hospitalizados, la evaluación se realizó durante su ingreso, previa estabilización del proceso agudo. Los sujetos fueron diagnosticados de acuerdo a los criterios de la clasificación DSM-IV-TR ⁽⁵⁹⁾. Este diagnóstico fue realizado por su psiquiatra habitual y por uno de los evaluadores.

Los pacientes completaron los siguientes cuestionarios:

1.- Escala de Despersonalización de Cambridge (*Cambridge Depersonalisation Scale*, CDS) ⁽²²⁷⁾ en su versión española, tras la adaptación transcultural.

2.- Versión española de la Escala de Experiencias Disociativas (*Dissociative Experiences Scale*, DES) ⁽²³²⁾, cuyas características han sido descritas en el capítulo V del presente trabajo.

3.- Se completó la evaluación de los pacientes con las versiones al castellano de los siguientes cuestionarios:

- La Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (*The Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia*, PANSS) ⁽²⁶⁰⁾ evalúa, en conjunto, la mayoría de las manifestaciones fenomenológicas de la esquizofrenia, así como otros síntomas psicopatológicos generales e inespecíficos. La escala consta de 30 ítems que son administrados en la entrevista clínica semiestructurada. De los 30 síntomas, 7 constituyen la escala positiva (PANSS-P), 7 la escala negativa (PANSS-N) y los 16 restantes la escala de psicopatología general. (PANSS-PG). La validación española corresponde a Peralta y cols. ⁽²⁶¹⁾.
- El Inventario de Depresión de Beck (*Beck's Depression Inventory*, BDI) ⁽²⁶²⁾, y su versión española ⁽²⁶³⁾, evalúan la gravedad del síndrome depresivo. Es una escala autoaplicada de 21 ítems, con puntuaciones diferentes en cada

uno de ellos. Presenta un importante porcentaje de ítems cognitivos, mientras que destaca la ausencia de síntomas motores, físicos y de ansiedad. La traducción al castellano ha sido aplicada en diferentes trastornos mentales, obteniéndose datos adecuados de fiabilidad y validez ^(264, 265).

- La Escala de Hamilton para la Ansiedad (*Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS*) ⁽²⁶⁶⁾ permite valorar la intensidad de las manifestaciones inespecíficas de la ansiedad. Es una escala heteroaplicada de estado que consta de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Existe un ítem específico para valorar el ánimo deprimido. El análisis factorial realizado en la validación original mostró dos grandes grupos factoriales que se identificaron con la ansiedad física y la ansiedad somática. La adaptación española fue realizada por Lobo y cols. ⁽²⁶⁷⁾.

8.2. ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE ESCALAS

8.2.1. Adaptación transcultural.

Tras recibir la autorización de los autores de la escala, para su adaptación se siguieron las recomendaciones existentes ⁽²⁶⁸⁻²⁷⁰⁾. En una fase inicial se realizaron, por separado, dos traducciones al castellano de la escala. A continuación, se llevó a cabo una retrotraducción por dos traductores bilingües ajenos al estudio que desconocían la existencia del original en inglés. Posteriormente, se constituyó un comité de traducción integrado por los investigadores, traductores y autores, que elaboró una primera versión al castellano. Se intentó garantizar la correspondencia de contenido en la redacción de los ítems. Los criterios de comparación fueron: a) literales, si el significado global en las versiones y los cambios de palabras fueron los mismos; b) semejantes, si hubo cambios en el significado de alguna palabra, pero no en el conjunto de la pregunta; c) diferentes, si se encontró una pérdida del significado original; y d) cambio en la pregunta, cuando se requirieron cambios en la formulación para adaptarlos a nuestra cultura. En una fase final, tras aplicarla en una muestra piloto compuesta por 11 pacientes esquizofrénicos y 11 depresivos, se concretó la versión definitiva (CDS-VE), recogida en el anexo IV.

8.2.2 Validación.

Todos los sujetos del estudio completaron los cuestionarios anteriormente señalados. La evaluación fue realizada por alguno de los psiquiatras entrenados a tal fin. Con el objetivo de perfeccionar los conocimientos sobre el fenómeno de la

despersonalización, el doctorando completó un periodo de formación específica en la Unidad de Investigación sobre Despersonalización, en el Instituto de Psiquiatría en Londres. El diagnóstico clínico de despersonalización fue realizado de acuerdo a los criterios A y B correspondientes al diagnóstico de trastorno de despersonalización de la DSM-IV-TR ⁽⁵⁹⁾. Este diagnóstico constituyó el *patrón oro*, con el que se estableció la validez del cuestionario. Cuando existió alguna duda sobre la presencia o no de experiencias de despersonalización, el caso fue discutido entre el grupo evaluador y si persistía era excluido del estudio.

A fin de evaluar la fiabilidad test-retest, 21 sujetos (6 esquizofrénicos, 8 depresivos y 7 con trastorno de ansiedad) fueron citados a los 7-10 días de la primera evaluación para volverles a aplicar la CDS-VE por el mismo profesional, tras comprobar que no se había producido cambio psicopatológico alguno.

8.3. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Las características del presente trabajo se encuadran dentro de los estudios transversales y observacionales. Los datos fueron analizados utilizando el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS versión 11.0) ⁽²⁷¹⁾. En el análisis descriptivo de las características sociodemográficas de la muestra se emplearon las siguientes técnicas estadísticas: medidas de distribución de frecuencias y de tendencia central con su correspondiente desviación estándar; para la comparación entre variables cualitativas se aplicó la prueba de *chi cuadrado*, mientras que el caso de variables cuantitativas se utilizó el *t de Student* y ANOVA, a menos que se especifique lo contrario. Las diferencias fueron consideradas estadísticamente significativas para una $p < 0.05$, con dos colas.

Puesto que la CDS-VE es una escala que mide un único trastorno, en primer lugar se obtuvo la consistencia interna que corresponde al grado de homogeneidad del instrumento, es decir, el grado en que todos los ítems participan de manera suficiente y equilibrada del concepto que se pretende evaluar. La consistencia interna de la versión de la CDS fue obtenida mediante el estadístico *alfa de Cronbach*, que indica el grado en que los diferentes ítems presentan una correlación positiva, y mediante la participación media de los ítems (*split half reliability*), que estima la homogeneidad en función de la correlación entre dos mitades equivalentes de la escala ⁽²⁷²⁾.

Por otro lado, la fiabilidad informa sobre la estabilidad y precisión del procedimiento, y determina el grado de reproducibilidad de una medida, analizada a partir del grado de error que se obtiene al reproducirla. Con este objetivo se calculó la

fiabilidad test-retest que mide la variación que ocurre entre dos intervalos de tiempo al rellenar el cuestionario un mismo individuo en el que no se han producido cambios clínicos. Ésta se obtuvo mediante el cálculo del *kappa* ponderado ⁽²⁷³⁾.

A continuación se estudió la validez del cuestionario que corresponde al grado en que el instrumento mide aquello que realmente pretende medir. Con este objetivo se obtuvieron la validez de constructo y de criterio ⁽²⁷⁴⁾. La primera informa de que el mismo fenómeno evaluado por un instrumento conocido como válido proporciona un resultado similar al que estamos analizando. Para ello se obtuvo la validez convergente (correlación existente entre CDS-VE y el factor despersonalización/desrealización de la DES) y la divergente. Para esta última, se compararon las puntuaciones obtenidas en la CDS-VE y las obtenidas en la escala PANSS por los pacientes esquizofrénicos. En ambos casos se calculó el coeficiente de correlación. Por otro lado, para la validez de criterio, es decir, el grado en que los resultados del test se correlacionan con el diagnóstico clínico de despersonalización según los criterios del DSM-IV-TR (*patrón oro*), se calculó la sensibilidad (S), especificidad (E) y las razones de máxima verosimilitud para los resultados positivos y negativos (RPP y RPN respectivamente), además del porcentaje de pacientes mal clasificados. Estos parámetros son descritos en la tabla 8.3.1. La capacidad discriminativa del cuestionario para diferenciar los sujetos sin despersonalización de los que presentaban dichas experiencias se analizó mediante el área bajo la curva ROC (*Receiver Operating Characteristic*), o curva de rendimiento predictivo, con el respectivo intervalo de confianza para un nivel de significación del 95% ⁽²⁷⁵⁾.

Tabla 8.3.1. Descripción de los parámetros correspondientes a la validez de criterio.

PARÁMETRO	DEFINICIÓN
SENSIBILIDAD	Proporción de verdaderos positivos que son identificados correctamente por el instrumento
ESPECIFICIDAD	Proporción de verdaderos negativos que son identificados correctamente por el instrumento
RAZÓN DE PROBABILIDAD POSITIVA	Probabilidad de obtener un resultado positivo si el paciente tiene la enfermedad comparada con la probabilidad de obtener un resultado positivo sin tener la enfermedad
RAZÓN DE PROBABILIDAD NEGATIVA	Probabilidad de obtener un resultado negativo si el paciente no tiene la enfermedad comparada con la probabilidad de obtener un resultado negativo al tener la enfermedad

Con el fin de obtener la versión reducida de la adaptación al castellano de la Escala de Despersonalización de Cambridge, se realizó el análisis factorial exploratorio de componentes principales con extracción de un único factor, con rotación QUARTIMAX, de los 29 ítems de intensidad (suma de los ítems de frecuencia y duración) de la CDS-VE ^(276, 277).

CAPÍTULO 9

RESULTADOS

9.1. ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN AL CASTELLANO DE LA ESCALA DE DESPERSONALIZACIÓN DE CAMBRIDGE

En el anexo IV se adjunta la versión final al castellano de la Escala de Despersonalización de Cambridge (CDS-VE). Como puede comprobarse, la mayoría de los ítems mantuvieron la literalidad con respecto a la versión original. Los ítems 13, 14, 16, 18 y 28 fueron considerados semejantes en su traducción. Únicamente la formulación de la pregunta 20 tuvo que ser cambiada. Hay que señalar que los pacientes, sobre todo el grupo de esquizofrénicos, presentaron dificultades para contestar los ítems expresados en negativo (4, 5, 7, 9, 18, 20, 25, 28). Sin embargo, el comité de traducción decidió no modificarlos.

De los 130 pacientes evaluados, 77 (59.2%) presentaron el diagnóstico de esquizofrenia, 35 el de depresión y 18 el de trastorno de ansiedad de acuerdo a los criterios del DSM-IV-TR⁽⁵⁹⁾. La edad media de la muestra fue de 35 ± 10 años, siendo el 50.8% mujeres. El 54.6% (71 pacientes) procedieron de la unidad de hospitalización. En la tabla 9.1.1 se resumen los principales datos demográficos, así como las puntuaciones obtenidas por grupo diagnóstico en los diferentes cuestionarios. La distribución de la puntuación de la CDS-VE no siguió una distribución normal (Kolmogorov-Smirnov, $Z = 1.783$; $p = 0.003$). Un total de 38 pacientes (29.2%) mostraron experiencias de despersonalización, de los cuales veintinueve (78.4%)

presentaron experiencias de desrealización. De éstos, 16 reunieron criterios de trastorno depresivo, 14 de esquizofrenia y 8 de trastorno de ansiedad. Ninguno de los casos presentó los criterios C o D para ser diagnosticado de trastorno de despersonalización según el DSM-IV-TR ⁽⁵⁹⁾.

Tabla 9.1.1. Características demográficas y puntuaciones obtenidas en los cuestionarios en cada grupo diagnóstico.

	Muestra total n = 130	Esquizofrénicos n = 77	Depresivos n = 35	Tr. de ansiedad n = 18
<u>Sexo</u>				
Mujeres	66 (50.8%)	27 (35.1%)	26 (74.3%)	13 (72.2%)
Varones	64 (49.2%)	50 (64.9%)	9 (25.7%)	5 (27.8%)
<u>Edad media</u>	35.18 ± 10	33.86 ± 33	36.86 ± 36	37.61 ± 13
<u>Nivel educación</u>				
Primarios	63 (48.5%)	38 (49.4%)	16 (45.7%)	9 (50%)
Secundarios	41 (31.5%)	24 (31.2%)	12 (34.3%)	5 (27.8%)
Superiores	26 (20%)	15 (19.5%)	7 (20%)	4 (22.2%)
<u>Unidad</u>				
Hospital	71 (54.6%)	55 (71,4%)	15 (42.9%)	1 (5.6%)
ESM	59 (45.4%)	22 (28.6%)	20 (57.1%)	17 (94.4%)
<u>DP según criterio clínico</u>	38 (29.2%)	14 (18.2%)	16 (45.7%)	8 (44.4%)
<u>BDI**</u>	17.25 ± 11; 14	12.32 ± 9; 10	26.86 ± 10; 26	19.67 ± 9; 20
<u>HARS *</u>	12.3 ± 6; 11	10.66 ± 6; 10	15.74 ± 7; 17	12.61 ± 6; 12
<u>DES</u>	22.97 ± 20; 17.5	21.73 ± 20; 16.6	26.28 ± 20; 21.6	21.71 ± 22; 17.12
<u>DES-DP</u>	20.59 ± 25; 8.3	18.37 ± 24; 7.8	24.9 ± 28; 9.17	21.44 ± 27; 12.42
<u>CDS-VE **</u>	59.25 ± 51; 46	43.16 ± 37; 35	93.26 ± 64; 75	62 ± 42; 57.5

Las puntuaciones de los cuestionarios son dadas en: media ± desviación estándar; mediana.

DP: despersonalización; BDI: Inventario de Depresión de Beck; HARS: Escala de Hamilton para la Ansiedad; DES: Escala de Experiencias Disociativas; DES-DP: subescala de despersonalización de la DES; CDS-VE: Versión española de la Escala de Despersonalización de Cambridge.

* Diferencias estadísticamente significativas (test de Kruskal-Wallis; $p < 0.05$).

** Diferencias estadísticamente significativas (test de Kruskal-Wallis; $p < 0.001$).

En la tabla 9.1.2 se pueden observar los valores correspondientes a la consistencia interna de las subescalas de la CDS-VE obtenidos en cada muestra. En general, el *alfa de Cronbach* fue superior a 0.9, mientras que los valores de participación media de los ítems fueron superiores a 0.8. Las correlaciones entre los ítems de intensidad y la puntuación global oscilaron entre 0.27 y 0.74. La fiabilidad test-retest fue obtenida mediante el *kappa* ponderado, al no seguir una distribución normal la puntuación del cuestionario, alcanzándose un valor de 0.391 ($p > 0.05$) para un punto de corte de 71 o más.

Tabla 9.1.2. Valores de consistencia interna en cada grupo diagnóstico.

	Muestra total	Esquizofrénicos	Depresivos	Trastorno de ansiedad
<u>α de Cronbach</u>				
Intensidad	0.945	0.918	0.952	0.923
Frecuencia	0.937	0.898	0.947	0.939
Duración	0.943	0.914	0.949	0.901
<u>Split-Half Reliability</u>				
Intensidad	0.894/0.899	0.823/0.868	0.916/0.908	0.825/0.873
Frecuencia	0.883/0.885	0.787/0.856	0.907/0.892	0.891/0.878
Duración	0.888/0.897	0.826/0.864	0.910/0.907	0.775/0.862

Puesto que no se cumplieron las condiciones de normalidad en la CDS-VE, en la tabla 9.1.3 se muestran los coeficientes de correlación de Spearman entre la CDS-VE y los diferentes cuestionarios empleados en el estudio. La validez convergente alcanzó un coeficiente de 0.65 ($p < 0.001$) al comparar la CDS-VE con el factor despersonalización/desrealización de la DES. La validez divergente fue obtenida al correlacionar la puntuación de la CDS-VE con la obtenida en la subescala positiva de la PANSS en los sujetos esquizofrénicos. En este caso el coeficiente fue de 0.308 ($p < 0.05$).

Tabla 9.1.3. Coeficientes de correlación de Spearman entre CDS-VE y el resto de cuestionarios (n = 130).

OTRAS ESCALAS	CDS-VE
BDI	0.683 **
HARS	0.496 **
DES	0.706 **
Factor amnesia-DES	0.582 **
Factor DP-DES	0.650 **
Factor imaginativo-DES	0.574 **
Factor taxon-DES	0.697 **
PANSS-P	0.308 *
PANSS-N	0.264 *
PANSS-PG	0.344 *

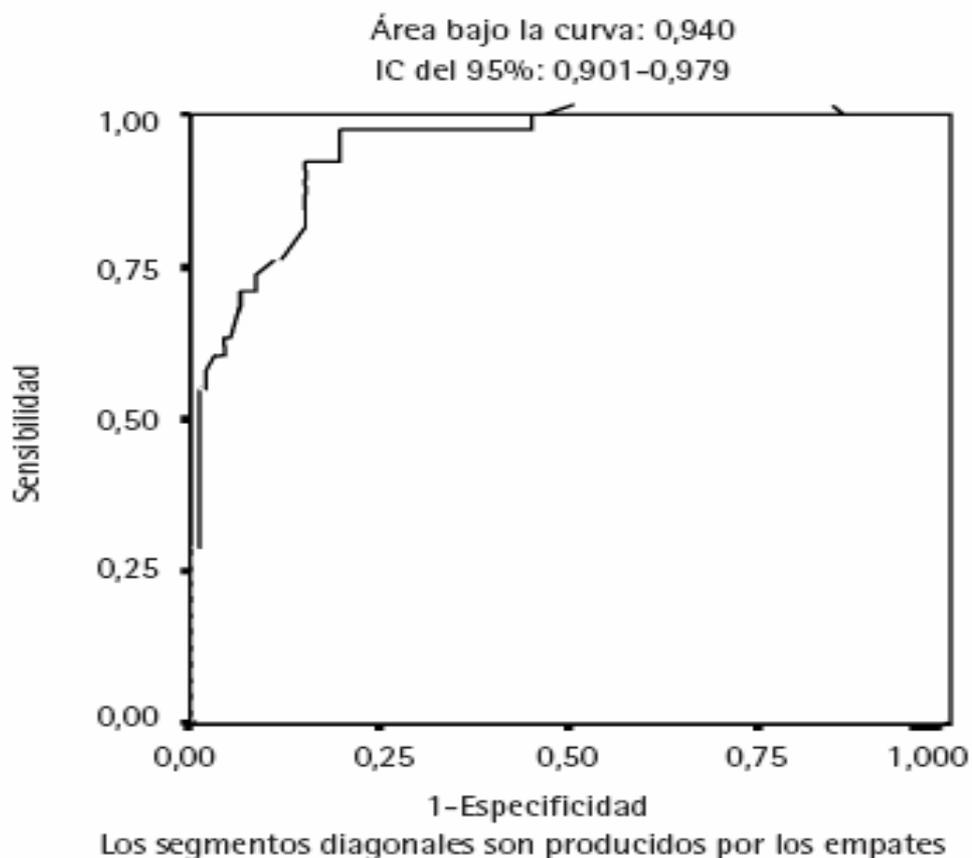
Los valores en la escala PANSS corresponden al grupo de esquizofrénicos.
 DP: despersonalización; BDI: Inventario de Depresión de Beck ; HARS: Escala de Hamilton para la Ansiedad; DES: Escala de Experiencias Disociativas; PANSS: Escala de los Síndromes Positivo y Negativo; PANSS-P: subescala Positiva de la PANSS; PANSS-N: subescala Negativa de la PANSS; PANSS-PG: subescala de Psicopatología General de la PANSS; CDS-VE: Versión española de la Escala de Despersonalización de Cambridge.

* Diferencias estadísticamente significativas: $p < 0.05$.

** Diferencias estadísticamente significativas: $p < 0.001$.

En la figura 9.1.1 se presenta la curva ROC de la CDS-VE, que obtuvo un área bajo la curva de 0.94 (Intervalo de Confianza al 95%: 0.901 – 0.979; $p < 0.001$). La mejor relación sensibilidad/especificidad fue obtenida para un punto de corte de 71 (sensibilidad = 0.763; especificidad = 0.891). El porcentaje de pacientes mal clasificados fue 14.61%. En el grupo de pacientes con esquizofrenia, el área bajo la curva obtenida fue de 0.991 (IC al 95%: 0.976 – 1.006; $p < 0.001$). En el caso de los pacientes depresivos, el área obtenida fue de 0.911 (IC al 95%: 0.82 – 1.002; $p < 0.001$). En cambio, el grupo de trastornos de ansiedad presentó un área bajo la curva ROC de 0.694 (IC al 95%: 0.444 – 0.944; $p > 0.05$).

Figura 9.1.1. Área bajo la curva ROC de la CDS-VE.



La tabla 9.1.4 refleja los datos de sensibilidad, especificidad, razón de probabilidad positiva y negativa, así como el porcentaje de sujetos mal clasificados para diferentes puntos de corte y grupos diagnósticos. En el grupo de pacientes esquizofrénicos, el mejor punto de corte fue 58.5. Sin embargo, en el grupo de depresivos, el análisis arrojó un punto más alto (86). No fue posible obtener un punto de corte óptimo en los pacientes con trastorno de ansiedad.

Tabla 9.1.4. Parámetros de validez según el punto de corte en función del grupo diagnóstico.

PUNTUACIONES EN CDS-VE	Sensibilidad	Especificidad	RPP	RPN	MC
<u>Muestra general</u>					
65	81.6 %	84.8 %	5.37	0.217	16.15
69	76.3 %	88 %	6.36	0.269	15.38
71	76.3 %	89.1 %	7.00	0.266	14.61
73	73.7 %	91.3 %	8.47	0.288	13.84
74.5	71.1 %	91.3 %	8.17	0.316	14.72
<u>Esquizofrénicos</u>					
52	100 %	92.1 %	12.66	-	6.49
55	100 %	95.2 %	20.83	-	3.90
58.5	92.9 %	95.2 %	19.35	0.07	5.19
64.5	85.7 %	95.2 %	17.85	0.15	6.49
70	85.7 %	96.8 %	26.78	0.15	5.19
<u>Depresivos</u>					
76	81.3 %	78.9 %	1.03	0.23	20
81	75 %	84.2 %	4.75	0.3	20
86	75 %	89.5 %	7.14	0.28	17.14
93	68.8 %	89.5 %	6.55	0.35	20
104.5	68.8 %	94.7 %	12.98	0.33	17.14

RPP: razón de probabilidad positiva; RPN: razón de probabilidad negativa; MC: porcentaje de sujetos mal clasificados.

9.2. ANÁLISIS FACTORIAL DE LA VERSIÓN AL CASTELLANO DE LA ESCALA DE DESPERSONALIZACIÓN DE CAMBRIDGE

Para desarrollar el análisis factorial se consideraron un total de 112 sujetos, correspondientes a los pacientes diagnosticados de esquizofrenia y trastorno depresivo. Los sujetos con trastorno de ansiedad fueron excluidos debido a los problemas, anteriormente descritos, en la validación general de la CDS-VE. El índice KMO fue de 0.884, obteniéndose un test de Bartlett significativo ($\chi^2 = 2036.299$; $df = 406$; $p < 0.001$).

El análisis de componentes principales de los 29 ítems de intensidad de la CDS-VE proporcionó como resultado la obtención de un factor principal, que explicó el 41.84% de la varianza total (figura 9.2.1). Este factor estuvo compuesto por un total de 11 ítems, recogidos en la tabla 9.2.1, al considerar aquellos ítems con una carga factorial superior a 0.7.

Con el fin de evaluar la capacidad discriminativa de esta subescala (CDS-VE-11) y compararla con la obtenida en la versión completa, se calculó el área bajo la curva ROC (*Receiver Operating Characteristic*). La CDS-VE-11 obtuvo un área de 0.963 (IC al 95%: 0.933 – 0.994; $p < 0.001$). El mejor punto de corte seleccionado fue 22.5 (sensibilidad: 0.9; especificidad: 0.902).

Figura 9.2.1. Representación gráfica de los factores obtenidos al realizar el análisis de componentes principales de los 29 ítems de intensidad de la CDS-VE.

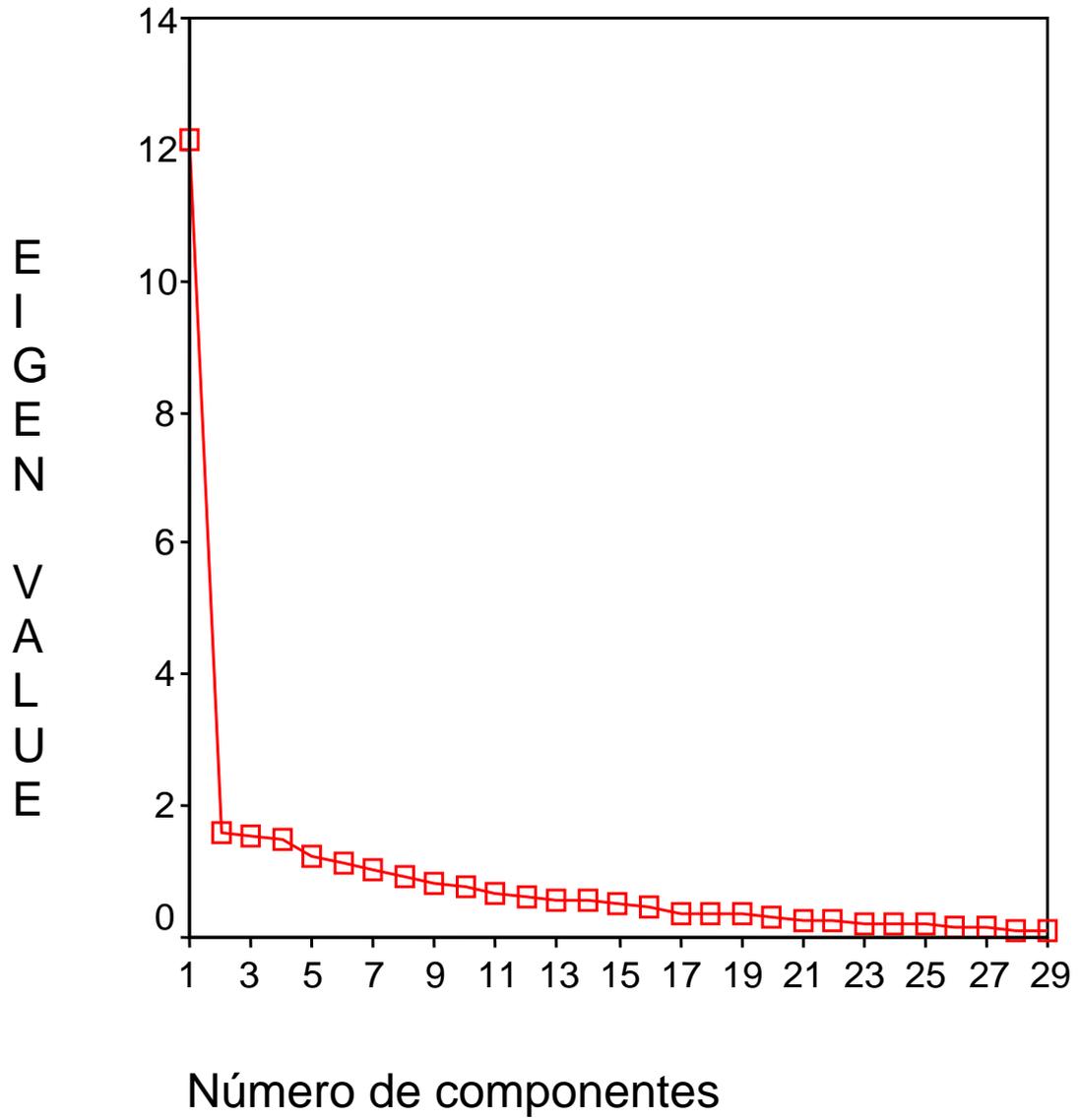


Tabla 9.2.1. Composición del factor principal obtenido del análisis de componentes principales de los 29 ítems de intensidad de la CDS-VE.

Nº ITEM	CONTENIDO DEL ITEM	CARGA FACTORIAL
6	Sentirse como un observador ajeno a sí mismo	0.855
13	Considerar los alrededores como distante o irreal	0.815
23	Sensación de estar fuera de mi cuerpo	0.805
3	Sentir que el propio cuerpo no le pertenece	0.803
24	Sentirse un autómeta o un robot	0.799
1	Sentirse extraño o no real	0.788
11	Sentir las voces distantes y artificiales	0.767
2	Sentir todo apagado, sin vida, como una fotografía	0.757
27	Comprobar que tengo cuerpo o que existo	0.746
20	Sensación de no ser uno mismo quien toca las cosas	0.744
10	Sentirse un autómeta	0.717

9.3. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS EXPERIENCIAS DE DESPERSONALIZACIÓN EN PACIENTES DEPRESIVOS

El grupo de pacientes depresivos estuvo formado por un total de 35 sujetos que reunieron los criterios de trastorno depresivo mayor según la clasificación DSM-IV-TR⁽⁵⁹⁾. De ellos, 26 (74.3%) fueron mujeres. El 45.7% presentaron estudios primarios, mientras que el 20% habían cursado estudios superiores. El 57.1% de los pacientes procedían del equipo de salud mental. Salvo los factores despersonalización ($Z = 1.463$, $p = 0.028$) y taxon de la DES ($Z = 1.363$, $p = 0.049$), todos los cuestionarios siguieron una distribución normal.

De estos 35 pacientes, 16 (45.7%) manifestaron experiencias de despersonalización según el criterio clínico, y 14 asociaron experiencias de desrealización (87.5%). Ocho de estos pacientes refirieron las experiencias de evolución crónica (57.1%), mientras que el resto las reseñaron como episódicas. El 75% procedieron del equipo de salud mental, y el 31.3% fueron entrevistados tras estabilización de la descompensación de su proceso de base. La edad media de inicio de las experiencias de despersonalización fue 24.36 ± 10.53 .

Como puede observarse en la tabla 9.3.1, los pacientes con experiencias de despersonalización presentaron puntuaciones más elevadas en todos los cuestionarios empleados en el estudio. A excepción del factor amnesia de la DES, las diferencias obtenidas fueron significativas. No se encontraron diferencias significativas en parámetros como el sexo, la edad o el nivel de estudios.

Tabla 9.3.1. Características descriptivas de los pacientes depresivos clasificados según la presencia de experiencias de despersonalización (n=35).

	GRUPO SIN DP (n=19)	GRUPO CON DP (n=16)	<i>p</i>
<u>Sexo</u>			
Mujer	12 (63.2%)	14 (87.5%)	NS
Varón	7 (36.8%)	2 (12.5%)	
<u>Edad</u>	39.79±12	33.31±12	NS
<u>Edad media de inicio del trastorno principal</u>	30.25±12	22.81±12	NS
<u>Nivel de estudios</u>			
Primarios	11 (57.9%)	5 (31.3%)	NS
Secundarios	4 (21.05%)	8 (50%)	
Superiores	4 (21.05%)	3 (18.8%)	
<u>BDI</u>	23.47±10	30.88±10	p=0.034
<u>HARS</u>			
HARS total	12.68±6	19.38±7	p=0.004
HARS-psíquica	6.26±3	9.31±4	p=0.007
HARS-somática	6.42±4	10.06±4	p=0.005
<u>DES</u>			
DES-total	16.06±11	38.43±21	p=0.001
DES-amnesia	14.59±15	24.91±21	NS
DES-imaginativo	21.7±14	42.89±25	p=0.003
DES-DP	6.59±8	46.65±27	p=0.001
DES-taxon	9.96±9	35.86±22	p=0.001
<u>CDS-VE</u>	53.79±33	140.12±61	p=0.001

Datos expresados en: número absoluto (porcentaje); media ± desviación estándar.

DP: despersonalización; BDI: Inventario de Depresión de Beck; HARS: Escala de Hamilton para la Ansiedad; DES: Escala de Experiencias Disociativas; DES-DP: subescala de despersonalización de la DES; CDS-VE: Versión española de la Escala de Despersonalización de Cambridge; NS: diferencias estadísticamente no significativas.

La mayoría de los síntomas incluidos en los cuestionarios de depresión y ansiedad fueron seleccionados con mayor frecuencia por los sujetos que presentaron experiencias de despersonalización (tabla 9.3.2). Sin embargo, no fue posible establecer un perfil de síntomas diferenciador entre éstos y los sujetos que no manifestaron experiencias de despersonalización.

Tabla 9.3.2. Comparación de los ítems seleccionados en los cuestionarios de depresión y ansiedad en los sujetos con depresión (n=35).

	GRUPO SIN DP (n=19)	GRUPO CON DP (n=16)	<i>p</i>
<u>Inventario de Depresión de Beck</u>			
1.- Estado de ánimo deprimido	89.5%	87.5%	NS
2.- Pesimismo	100%	100%	NS
3.- Sentimientos de fracaso	73.7%	93.8%	NS
4.- Insatisfacción	89.5%	93.8%	NS
5.- Sentimientos de culpa	84.2%	93.8%	NS
6.- Sentimientos de castigo	63.2%	62.5%	NS
7.- Odio a si mismo	89.5%	87.5%	NS
8.- Autoacusación	89.5%	93.8%	NS
9.- Impulsos suicidas	57.9%	75%	NS
10.- Periodos de llanto	63.2%	87.5%	NS
11.- Irritabilidad	73.7%	93.8%	NS
12.- Aislamiento social	42.1%	75%	NS
13.- Indecisión	78.9%	93.8%	NS
14.- Imagen corporal	73.7%	100%	p=0.027
15.- Capacidad laboral	84.2%	93.8%	NS
16.- Trastornos del sueño	68.4%	100%	p=0.014
17.- Cansancio	78.9%	93.8%	NS
18.- Pérdida de apetito	73.7%	75%	NS
19.- Pérdida de peso	42.1%	56.3%	NS
20.- Hipocondría	42.1%	56.3%	NS
21.- Libido	94.7%	93.8%	NS
<u>Escala de Hamilton para la Ansiedad</u>			
1.- Estado de ánimo ansioso	100%	93.8%	NS
2.- Tensión	84.2%	100%	NS
3.- Temores	21.1%	56.3%	p=0.032
4.- Insomnio	73.7%	87.5%	NS
5.- Intelectual (cognitivo)	63.2%	87.5%	NS
6.- Estado de ánimo deprimido	94.7%	93.8%	NS
7.- Somático (muscular)	89.5%	87.5%	NS
8.- Somático (sensorial)	73.7%	87.5%	NS
9.- Síntomas cardiovasculares	68.4%	87.5%	NS
10.- Síntomas respiratorios	68.4%	93.8%	NS
11.- Síntomas gastro-intestinales	68.4%	93.8%	NS
12.- Síntomas genito-urinarios	63.2%	93.8%	p=0.032
13.- Síntomas autónomos	68.4%	93.8%	NS
14.- Comportamiento en la entrevista	52.6%	68.8%	NS

DP: despersonalización; NS: diferencias estadísticamente no significativas.

Finalmente se obtuvieron los coeficientes de correlación entre la puntuación total obtenida en la CDS-VE y los valores obtenidos en el resto de cuestionarios en el grupo de pacientes que presentaron experiencias de despersonalización (tabla 9.3.3).

Tabla 9.3.3. Coeficientes de correlación entre CDS-VE y el resto de cuestionarios en sujetos depresivos que presentaron experiencias de despersonalización (n=16).

	Rho de Spearman	<i>p</i>
Edad	0.038	NS
Edad media de inicio del trastorno principal	0.535	p=0.033
<u>BDI</u>	0.468	NS
<u>HARS</u>		
HARS total	0.624	p=0.01
HARS-psíquica	0.569	p=0.021
HARS-somática	0.611	p=0.012
<u>DES</u>		
DES-total	0.625	p=0.01
DES-amnesia	0.328	NS
DES-imaginativo	0.531	p=0.034
DES-DP	0.759	p=0.001
DES-taxon	0.793	p=0.001

DP: despersonalización; BDI: Inventario de Depresión de Beck ; HARS: Escala de Hamilton para la Ansiedad; DES: Escala de Experiencias Disociativas; DES-DP: subescala de despersonalización de la DES; CDS-VE: Versión española de la Escala de Despersonalización de Cambridge; NS: diferencias estadísticamente no significativas.

9.4. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS EXPERIENCIAS DE DESPERSONALIZACIÓN EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS

La muestra estuvo compuesta por 77 sujetos con el diagnóstico de esquizofrenia según criterios del DSM-IV-TR ⁽⁵⁹⁾, de los cuales 50 fueron varones (64.9%). El 71.4% de los pacientes procedieron de la unidad de hospitalización, mientras que el resto fueron evaluados a nivel ambulatorio. Con respecto al total, 52 (67.5%) fueron entrevistados tras estabilización de su descompensación psicopatológica aguda reciente. En relación con el nivel de estudios de los pacientes, 38 (49.4%) presentaron estudios primarios; 24 (31.2%) un nivel de estudios medio; y 15 (19.5%) estudios superiores. Empleando el sistema inclusivo de la escala PANSS para definir las características de la esquizofrenia, los pacientes se distribuyeron de la siguiente forma: 54 pacientes (76.1%) presentaron características de tipo positivo (PANSS-C > 0); 14 pacientes (19.7%) de tipo negativo (PANSS-C < 0); y 3 pacientes (4.2%) de tipo mixto. El Inventario de Depresión de Beck ($Z = 1.669$; $p = 0.008$), la DES ($Z = 1.39$; $p = 0.042$) y subescalas, y la CDS-VE ($Z = 1.653$; $p = 0.008$) no siguieron una distribución normal, mientras que la Escala de Hamilton para la Ansiedad y la PANSS si lo hicieron.

Catorce pacientes (18.2%) presentaron experiencias de despersonalización según el criterio clínico. Además, diez de ellos (71.4%) mostraron experiencias de desrealización. En el 60% de los casos las experiencias habían mantenido un curso crónico. Diez de los pacientes procedieron de la unidad de hospitalización, y nueve de ellos (64.3%) fueron entrevistados tras estabilización de la descompensación de su proceso de base. El 78.6% (11 pacientes) presentaron criterios de esquizofrenia tipo positivo, y el resto, de tipo negativo.

Las puntuaciones obtenidas en los diferentes cuestionarios empleados en el estudio fueron significativamente más altas en los sujetos con experiencias de despersonalización (tabla 9.4.1). Al igual que ocurrió en el grupo de pacientes con trastorno depresivo mayor, tampoco se obtuvieron diferencias significativas en parámetros como el sexo, edad o tipo de esquizofrenia.

Tabla 9.4.1. Características descriptivas de los pacientes esquizofrénicos clasificados según la presencia de experiencias de despersonalización (n=77).

	GRUPO SIN DP (n=63)	GRUPO CON DP (n=14)	<i>p</i>
<u>Sexo</u>			
Mujer	23 (36.5%)	4 (28.6%)	NS
Varón	40 (63.5%)	10 (71.4%)	
<u>Edad</u>			
	33.62±9	34.93±9	NS
<u>Edad media de inicio del trastorno principal</u>			
	22.5±6	22.93±8	NS
<u>Nivel de estudios</u>			
Primarios	26 (41.3%)	12 (85.7%)	p=0.009
Secundarios	22 (34.9%)	2 (14.3%)	
Superiores	15 (23.8%)	-	
<u>Tipo de Esquizofrenia</u>			
Positiva	43 (75.4%)	11 (78.6%)	NS
Negativa	11 (19.3%)	3 (21.4%)	
Mixta	3 (5.3%)	-	
<u>PANSS</u>			
PANSS-P	23.89±4	26.5±3	p= 0.017
PANSS-N	21.35±5	23.36±4	NS
PANSS-PG	43.95±8	49.5±7	p=0.011
<u>BDI</u>			
	10.76±7	19.36±12	p=0.001
<u>HARS</u>			
HARS total	9.97±6	13.79±5	p=0.011
HARS-psíquica	5.41±3	7.57±3	p=0.01
HARS-somática	4.57±3	6.21±3	p=0.029
<u>DES</u>			
DES-total	16.58±16	44.17±20	p=0.001
DES-amnesia	14.54±19	43.68±26	p=0.001
DES-imaginativo	24.13±18	44.06±19	p=0.001
DES-DP	11.14±18	49.89±24	p=0.001
DES-taxon	11.67±17	44.44±24	p=0.001
<u>CDS-VE</u>			
	29.2±19	105.93±35	p=0.001

Datos expresados en: número absoluto (porcentaje); media ± desviación estándar. Test empleados: chi-cuadrado y test de Mann-Whitney.

DP: despersonalización; BDI: Inventario de Depresión de Beck; HARS: Escala de Hamilton para la Ansiedad; DES: Escala de Experiencias Disociativas; PANSS: Escala de los Síndromes Positivo y Negativo; PANSS-P: subescala Positiva de la PANSS; PANSS-N: subescala Negativa de la PANSS; PANSS-PG: subescala de Psicopatología General de la PANSS; CDS-VE: Versión española de la Escala de Despersonalización de Cambridge; NS: diferencias estadísticamente no significativas.

La tabla 9.4.2 muestra la frecuencia con la que los síntomas depresivos y de ansiedad, recogidos mediante las escalas correspondientes, fueron seleccionados en los dos grupos de sujetos con esquizofrenia. Todos los síntomas incluidos en ambas escalas fueron reportados en un porcentaje mayor por los sujetos con experiencias de despersonalización.

En la tabla 9.4.3 se observan las puntuaciones de cada uno de los ítems de la escala PANSS obtenidas en ambos grupos de pacientes. En general, las puntuaciones más elevadas corresponden a los sujetos con despersonalización. No obstante, las principales diferencias aparecen en el apartado de psicopatología general, donde los ítems de ansiedad, sentimientos de culpa, depresión y desorientación alcanzaron significancia estadística.

Tabla 9.4.2. Comparación de los ítems seleccionados en los cuestionarios de depresión y ansiedad en los sujetos con esquizofrenia (n=77).

	GRUPO SIN DP (n=63)	GRUPO CON DP (n=14)	<i>p</i>
<u>Inventario de Depresión de Beck</u>			
1.- Estado de ánimo	43.5%	57.1%	NS
2.- Pesimismo	50%	92.9%	p=0.003
3.- Sentimientos de fracaso	46.8%	71.4%	NS
4.- Insatisfacción	50%	78.6%	NS
5.- Sentimientos de culpa	33.9%	78.6%	p=0.002
6.- Sentimientos de castigo	22.6%	50%	p=0.038
7.- Odio a si mismo	25.8%	64.3%	p=0.006
8.- Autoacusación	50%	57.1%	NS
9.- Impulsos suicidas	14.5%	42.9%	p=0.016
10.- Periodos de llanto	35.5%	71.4%	p=0.014
11.- Irritabilidad	46.8%	85.7%	p=0.008
12.- Aislamiento social	56.5%	71.4%	NS
13.- Indecisión	45.2%	78.6%	p=0.024
14.- Imagen corporal	43.5%	64.3%	NS
15.- Capacidad laboral	59.7%	85.7%	NS
16.- Trastornos del sueño	35.5%	50%	NS
17.- Cansancio	62.9%	85.7%	NS
18.- Pérdida de apetito	21%	42.9%	NS
19.- Pérdida de peso	21%	35.7%	NS
20.- Hipocondría	43.5%	57.1%	NS
21.- Libido	61.3%	78.6%	NS
<u>Escala de Hamilton para la Ansiedad</u>			
1.- Estado de ánimo ansioso	87.1%	100%	NS
2.- Tensión	77.4%	100%	p=0.049
3.- Temores	8.1%	21.4%	NS
4.- Insomnio	50%	64.3%	NS
5.- Intelectual (cognitivo)	83.9%	92.9%	NS
6.- Estado de ánimo deprimido	71%	85.7%	NS
7.- Somático (muscular)	69.4%	85.7%	NS
8.- Somático (sensorial)	58.1%	71.4%	NS
9.- Síntomas cardiovasculares	38.7%	71.4%	p=0.026
10.- Síntomas respiratorios	61.3%	85.7%	NS
11.- Síntomas gastro-intestinales	41.9%	57.1%	NS
12.- Síntomas genito-urinarios	59.7%	64.3%	NS
13.- Síntomas autónomos	56.5%	85.7%	p=0.042
14.- Comportamiento en la entrevista	58.1%	85.7%	NS

DP: despersonalización; NS: diferencias estadísticamente no significativas.

Tabla 9.4.3. Comparación de las puntuaciones obtenidas en los ítems de la PANSS en los sujetos con esquizofrenia (n=77).

	GRUPO SIN DP (n=63)	GRUPO CON DP (n=14)	<i>p</i>
<u>PANSS-POSITIVA</u>			
1.- Delirios	4.5±1.1	5.29±0.7	p=0.011
2.- Desorganización conceptual	3.07±0.8	3.07±0.8	NS
3.- Comportamiento alucinatorio	3.79±1.2	4.57±1	p=0.029
4.- Excitación	2.73±0.7	3±0.7	NS
5.- Grandiosidad	2.98±0.9	3.43±1	NS
6.- Susplicacia / perjuicio	4.3±1.2	4.57±0.8	NS
7.- Hostilidad	2.54±0.9	2.43±0.8	NS
<u>PANSS-NEGATIVA</u>			
1.- Embotamiento afectivo	3.32±0.8	3.79±0.9	NS
2.- Retraimiento emocional	3.18±1	3.5±0.6	NS
3.- Contacto pobre	3.07±1	3±1.2	NS
4.- Retraimiento social	3.16±1	3.36±1.1	NS
5.- Dificultad en el pensamiento abstracto	3.13±0.9	3.71±0.7	p=0.028
6.- Ausencia de espontaneidad y fluidez en la conversación	2.61±1	2.93±0.8	NS
7.- Pensamiento estereotipado	2.86±1	3±0.7	NS
<u>PANSS-PSICOTALOGÍA GENERAL</u>			
1.- Preocupaciones somáticas	2.96±1	3.07±0.9	NS
2.- Ansiedad	3.09±0.7	3.5±0.5	p=0.027
3.- Sentimientos de culpa	2.16±0.8	2.93±1.2	p=0.01
4.- Tensión motora	2.88±0.8	3.21±0.6	NS
5.- Manierismos y posturas	2.5±0.9	2.64±0.9	NS
6.- Depresión	2.71±1.2	3.36±0.9	p=0.022
7.- Retardo motor	2.61±0.8	2.86±0.9	NS
8.- Falta de colaboración	2.38±1.1	2.64±1	NS
9.- Contenidos inusuales del pensamiento	3.27±1	3.57±0.9	NS
10.- Desorientación	1.52±0.7	2.29±0.8	p=0.002
11.- Atención deficiente	2.52±0.8	2.86±0.8	NS
12.- Ausencia de juicio e introspección	3.79±1.3	4.21±0.9	NS
13.- Trastornos de la volición	2.89±0.9	3.07±0.8	NS
14.- Control deficiente de impulsos	2.23±0.9	2.43±0.8	NS
15.- Preocupación	3.07±0.8	3.29±0.6	NS
16.- Evitación social activa	3.27±1	3.57±0.6	NS

Datos expresados en: media ± desviación estándar; test empleado: test de Mann-Whitney.

DP: despersonalización; PANSS: Escala de los Síndromes Positivo y Negativo; NS: diferencias estadísticamente no significativas.

Con objeto de establecer la relación entre las experiencias de despersonalización y otros síntomas, se obtuvieron los coeficientes de correlación entre la puntuación global obtenida en la CDS-VE y las obtenidas en el resto de cuestionarios (tabla 9.4.4).

Tabla 9.4.4. Coeficientes de correlación entre la CDS-VE y el resto de cuestionarios en sujetos con esquizofrenia que presentaron experiencias de despersonalización (n=14).

	Rho de Spearman	<i>p</i>
Edad	0.22	NS
Edad media de inicio del trastorno principal	-0.11	NS
<u>BDI</u>	0.264	NS
<u>HARS</u>		
HARS total	-0.106	NS
HARS-psíquica	-0.098	NS
HARS-somática	-0.033	NS
<u>PANSS</u>		
PANSS-P	0.337	NS
PANSS-N	0.845	p=0.001
PANSS-PG	0.752	p=0.002
<u>DES</u>		
DES-total	0.196	NS
DES-amnesia	-0.13	NS
DES-imaginativo	0.422	NS
DES-DP	0.24	NS
DES-taxon	0.178	NS

DP: despersonalización; BDI: Inventario de Depresión de Beck ; HARS: Escala de Hamilton para la Ansiedad; PANSS: Escala de los Síndromes Positivo y Negativo; PANSS-P: subescala Positiva de la PANSS; PANSS-N: subescala Negativa de la PANSS; PANSS-PG: subescala de Psicopatología General de la PANSS; DES: Escala de Experiencias Disociativas; DES-DP: subescala de despersonalización de la DES; CDS-VE: Versión española de la Escala de Despersonalización de Cambridge; NS: diferencias estadísticamente no significativas.

9.5. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS EXPERIENCIAS DE DESPERSONALIZACIÓN ENTRE SUJETOS DEPRESIVOS Y ESQUIZOFRÉNICOS

La muestra estuvo formada por un total de 112 sujetos, 77 (68.8%) con esquizofrenia y 35 con trastorno depresivo mayor según criterios del DSM-IV-TR ⁽⁵⁹⁾. Los pacientes procedieron tanto de la unidad de hospitalización (70 pacientes, 62.5%) como del equipo de salud mental (42 pacientes, 37.5%). No existieron diferencias significativas en cuanto a las características demográficas de ambos grupos. Sin embargo, si aparecieron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck, en la Escala de Hamilton para la Ansiedad (tanto psíquica como somática), y en la CDS-VE. Las puntuaciones más elevadas en estos cuestionarios correspondieron a los pacientes depresivos.

De los 112 sujetos, 30 pacientes (14 esquizofrénicos y 16 depresivos; 18 mujeres; edad media 34.07 ± 10.2 años; 53.3% procedentes del equipo de salud mental) presentaron experiencias de despersonalización según el criterio clínico. Veintitrés (79.3%) de ellos refirieron experiencias de desrealización. El 58.3% (14 pacientes) describieron la evolución de las experiencias de despersonalización como crónicas. La edad media de inicio del trastorno mental principal fue 22.87 ± 9.93 . Las puntuaciones de los cuestionarios empleados, así como de la CDS-VE, siguieron una distribución normal (test de Kolmogorov-Smirnov).

En la tabla 9.5.1 se reflejan las características demográficas y las puntuaciones obtenidas en los diferentes cuestionarios entre los sujetos depresivos y esquizofrénicos

con experiencias de despersonalización. Como puede comprobarse, las diferencias fueron significativas en el género y nivel de estudios. En lo que respecta a los cuestionarios empleados, los sujetos depresivos con experiencias de despersonalización obtuvieron puntuaciones mayores en las escalas de depresión, ansiedad y en la CDS-VE, siendo éstas significativas en los dos primeros cuestionarios. Sin embargo, las puntuaciones mayores en la DES y sus subescalas correspondieron a los sujetos esquizofrénicos con experiencias de despersonalización, aunque estas diferencias no alcanzaron significancia salvo en el factor amnesia de la DES.

Por otro lado, los diferentes componentes de las experiencias de despersonalización, examinados mediante la CDS-VE, mostraron la misma forma de distribución en cada grupo (tabla 9.5.2), a excepción de los ítems 23 y 24 que fueron seleccionados con mayor frecuencia por los sujetos depresivos.

Tabla 9.5.1. Comparación de las características demográficas y las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios entre sujetos con depresión y esquizofrenia con experiencias de despersonalización (n=30).

	GRUPO ESQUIZOFRENIA (n=14)	GRUPO DEPRESIÓN (n=16)	<i>p</i>
<u>Sexo</u>			
Mujer	4 (28.6%)	14 (87.5%)	p=0.002
Varón	10 (71.4%)	2 (12.5%)	
<u>Edad</u>			
	34.93±9	33.31±11	NS
<u>Edad media de inicio del trastorno principal</u>			
	22.93±7	22.81±12	NS
<u>Edad de inicio de experiencias de DP</u>			
	23.75±10	24.36±11	NS
<u>Nivel de estudios</u>			
Primario	12 (85.7%)	5 (31.3%)	p=0.009
Secundario	2 (14.3%)	8 (50%)	
Superior	-	3 (18.7%)	
<u>BDI</u>			
	19.36±11	30.88±10	p=0.006
<u>HARS</u>			
HARS total	13.79±5	19.38±7	p=0.021
HARS-psíquica	7.57±3	9.31±4	NS
HARS-somática	6.21±3	10.06±4	p=0.003
<u>DES</u>			
DES-total	44.17±20	38.43±21	NS
DES-amnesia	43.68±26	24.91±21	p=0.035
DES-imaginativo	44.06±19	42.89±25	NS
DES-DP	49.89±24	46.65±27	NS
DES-taxon	44.44±24	35.86±22	NS
<u>CDS-VE</u>			
	105.93±35	140.12±61	NS

Datos expresados en: número absoluto (porcentaje); media ± desviación estándar.

DP: despersonalización; BDI: Inventario de Depresión de Beck; HARS: Escala de Hamilton para la Ansiedad; PANSS: Escala de los Síndromes Positivo y Negativo; PANSS-P: subescala Positiva de la PANSS; PANSS-N: subescala Negativa de la PANSS; PANSS-PG: subescala de Psicopatología General de la PANSS; DES: Escala de Experiencias Disociativas; DES-DP: subescala de despersonalización de la DES; CDS-VE: Versión española de la Escala de Despersonalización de Cambridge; NS: diferencias estadísticamente no significativas.

Tabla 9.5.2. Distribución de la frecuencia con la que fueron seleccionados los ítems de la CDS-VE por los sujetos con depresión y esquizofrenia con experiencias de despersonalización (n=30).

	PACIENTES CON DEPRESIÓN (n=16)	PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA (n=14)	
CDS-VE-1	100%	85.7%	NS
CDS-VE-2	87.5%	78.6%	NS
CDS-VE-3	81.3%	78.6%	NS
CDS-VE-4	75%	78.6%	NS
CDS-VE-5	87.5%	71.4%	NS
CDS-VE-6	93.8%	85.7%	NS
CDS-VE-7	68.8%	71.4%	NS
CDS-VE-8	68.8%	71.4%	NS
CDS-VE-9	75%	78.6%	NS
CDS-VE-10	81.3%	71.4%	NS
CDS-VE-11	81.3%	71.4%	NS
CDS-VE-12	37.5%	71.4%	NS
CDS-VE-13	100%	85.7%	NS
CDS-VE-14	75%	64.3%	NS
CDS-VE-15	50%	50%	NS
CDS-VE-16	50%	78.6%	NS
CDS-VE-17	100%	78.6%	NS
CDS-VE-18	68.8%	64.3%	NS
CDS-VE-19	43.8%	64.3%	NS
CDS-VE-20	68.8%	78.6%	NS
CDS-VE-21	68.8%	85.7%	NS
CDS-VE-22	43.8%	28.6%	NS
CDS-VE-23	87.5%	50%	p=0.025
CDS-VE-24	87.5%	50%	p=0.025
CDS-VE-25	62.5%	78.6%	NS
CDS-VE-26	81.3%	85.7%	NS
CDS-VE-27	68.8%	92.9%	NS
CDS-VE-28	75%	92.9%	NS
CDS-VE-29	68.8%	71.4%	NS

CDS-VE: Versión española de la Escala de Despersonalización de Cambridge; NS: diferencias estadísticamente no significativas.

Al comparar las puntuaciones obtenidas en cada ítem de la CDS-VE (tabla 9.5.3), los siguientes ítems fueron señalados con mayor frecuencia, duración e intensidad por los sujetos depresivos frente a los esquizofrénicos: ítem 1 (*de repente, me siento extraño, como si no fuera real o hubiera perdido contacto con el mundo*); ítem 2 (*todo lo que veo me parece apagado o sin vida, como si mirase una fotografía*); ítem 23 (*tengo la sensación de estar fuera de mi cuerpo*); ítem 24 (*cuando me muevo me parece que no controlo mis movimientos, por lo que me siento automático y mecánico como si fuera un robot*). También la experiencia descrita en el ítem 13 (*todo a mi alrededor me parece distante o irreal, como si un velo se interpusiera entre el mundo y yo*) fue referida con una mayor duración por los sujetos depresivos con despersonalización.

Tabla 9.5.3. Comparación de las puntuaciones obtenidas en cada ítem de la CDS-VE en sujetos con experiencias de despersonalización (n=30).

	DEPRESIÓN (n=16)			ESQUIZOFRENIA (n=14)		
	Frecuencia	Duración	Intensidad	Frecuencia	Duración	Intensidad
CDS-VE-1	2.56±1.1*	4.38±1.8*	6.94±2.8*	1.29±0.9*	2.93±1.9*	4.21±2.4*
CDS-VE-2	2.5±1.4*	4.25±2.2*	6.75±3.4*	1.07±0.8*	2.29±1.7*	3.36±2.5*
CDS-VE-3	2.25±1.3	3.56±2.4	5.81±3.6	1.43±1.4	2.43±2	3.86±3.3
CDS-VE-4	1.69±1.4	2.88±2.2	4.56±3.2	1.29±1.3	1.86±1.4	3.14±2.4
CDS-VE-5	2.31±1.3	3.94±2.4	6.25±3.1	1.36±1.3	2.57±2.2	3.93±3.2
CDS-VE-6	2.63±1.4	3.69±2.1	6.31±3.3	1.79±1.2	3.29±2	5.07±3
CDS-VE-7	1.88±1.6	3.56±2.6	5.44±4	1.21±1.3	2.14±1.8	3.36±2.9
CDS-VE-8	1.31±1.2	2.31±2.2	3.62±3.3	1.07±1	2.14±2.1	3.21±2.7
CDS-VE-9	1.81±1.5	2.75±2	4.56±3.1	1.57±1.4	2±1.8	3.57±3.1
CDS-VE-10	2.25±1.6	3.63±2.4	5.87±3.9	1.64±1.5	2.64±2.2	4.28±3.6
CDS-VE-11	2±1.6	3.38±2.4	5.37±4	1.36±1.4	2±1.9	3.36±3.1
CDS-VE-12	0.88±1.3	0.94±1.7	1.81±2.8	1.5±1.4	2.43±2.4	3.93±3.7
CDS-VE-13	2.69±1.2	4.63±1.8*	7.31±2.8	2.07±1.4	3.07±2.2*	5.14±3.6
CDS-VE-14	1.69±1.5	3.19±2.3	4.87±3.7	1.43±1.5	2.5±2.3	3.93±3.6
CDS-VE-15	1.19±1.5	1.94±2.5	3.12±3.9	1.21±1.6	1.64±2.1	2.86±3.6
CDS-VE-16	1.38±1.7	2.19±2.6	3.56±4	1.71±1.4	2.43±1.9	4.14±3.2
CDS-VE-17	1.88±1.1	2.75±1.7	4.62±2.6	1.5±1.2	2.36±1.8	3.86±3
CDS-VE-18	1.44±1.3	3±2.5	4.44±3.5	1.64±1.5	2.43±2.5	4.07±4
CDS-VE-19	0.88±1.3	1.88±2.3	2.75±3.5	1.07±1.2	1.86±2	2.93±3.1
CDS-VE-20	1.63±1.5	2.56±2.5	4.19±4	1.21±1.1	1.93±1.8	3.14±2.8
CDS-VE-21	1.31±1.2	2.38±2.3	3.69±3.4	1.43±1.1	2.29±1.6	3.71±2.5
CDS-VE-22	0.5±0.6	1.69±2.2	2.19±2.7	0.5±1.1	0.64±1.4	1.14±2.5
CDS-VE-23	2.19±1.4*	3.75±2.4*	5.94±3.7*	1±1.4*	1.43±1.7*	2.43±2.6*
CDS-VE-24	2.63±1.5*	3.94±2.2*	6.56±3.7*	0.93±1.3*	1.43±2.1*	2.36±3.1*3.
CDS-VE-25	1.31±1.4	2.63±2.4	3.94±3.7	1.64±1.3	2.29±1.9	93±3
CDS-VE-26	2.19±1.7	3.25±2.5	5.44±3.6	1.79±1.3	2.57±2	4.36±3.1
CDS-VE-27	1.63±1.5	1.94±2.3	3.56±3.4	1.5±0.9	2.79±1.8	4.29±2.2
CDS-VE-28	1.81±1.3	4.06±2.5	5.87±3.8	1.93±1.3	3.07±2	5±3.1
CDS-VE-29	1.63±1.4	3.13±2.6	4.75±3.9	1.21±1.1	2.14±1.9	3.36±2.9

Datos expresados en: media ± desviación estándar.

CDS-VE: Versión española de la Escala de Despersonalización de Cambridge.

* Diferencias estadísticamente significativas, p<0.05.

CAPÍTULO 10

DISCUSIÓN

10.1. ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN AL CASTELLANO DE LA ESCALA DE DESPERSONALIZACIÓN DE CAMBRIDGE

La despersonalización se considera uno de los síntomas psiquiátricos más frecuente ⁽¹³⁻¹⁵⁾. Sin embargo, se ha estudiado menos que otros síndromes, quizás por la dificultad que entraña describir estas experiencias y por la inexistencia de un instrumento de evaluación apropiado. Los autores que inicialmente la estudiaron ya señalaron los impedimentos en la descripción del fenómeno por las modificaciones en aspectos subjetivos del yo que sólo son accesibles mediante introspección. Asimismo, tampoco ha existido una definición de despersonalización consensuada y aceptada por todos. El carácter de extrañeza de las experiencias y la estructura sindrómica del fenómeno han impedido la delimitación de este concepto ⁽⁴³⁾.

Además, como ya se ha mencionado, los instrumentos desarrollados para su estudio carecen de propiedades psicométricas suficientes y se han visto influidos por los modelos teóricos y los objetivos para los cuales fueron creados. Sin embargo, la Escala de Despersonalización de Cambridge (CDS) se originó a partir de la revisión de la psicopatología descriptiva existente sobre este fenómeno, siendo un instrumento útil en el diagnóstico de las experiencias de despersonalización y sus fenocopias ⁽²²⁷⁾. En la actualidad está siendo utilizada en la investigación neurobiológica de este síndrome.

En lo referente a la adaptación, el contenido del cuestionario no sufrió cambios importantes y sólo fue necesario modificar la redacción del ítem 20. No obstante, hay que tener en cuenta que algunos pacientes, principalmente los sujetos esquizofrénicos, presentaron dificultades a la hora de entender los ítems redactados en negativo. No fue posible cambiar la forma de éstos pues corresponden a los componentes negativos del síndrome que han sido referidos ampliamente en la literatura ⁽²⁶⁾. Por otro lado, el carácter autoadministrado del cuestionario fue bien aceptado por la población incluida en el estudio. Al evaluar el nivel de estudios necesario para comprender los ítems de la Escala de Experiencias Disociativas (DES), un 43% de los ítems requirió que los pacientes presentaran un nivel de estudios superior ⁽²⁷⁸⁾. También Icaran y cols. señalaron las dificultades de los pacientes para interpretar los ítems de la DES, que en ocasiones derivó en una entrevista clínica por la dilatación de las explicaciones precisadas ⁽²³²⁾. Estas dificultades se plasmaron en la extensión de éstos y en la interpretación de la forma de respuesta. Nosotros hemos observado que la brevedad en la formulación de los ítems de la versión española de la Escala de Despersonalización de Cambridge (CDS-VE) así como el sistema de respuesta no han generado tales dificultades. Además, aunque se descartaron aquellos pacientes con un nivel cultural muy bajo, la muestra estuvo compuesta por un 48.5% de sujetos con estudios primarios, lo cual no impidió la realización del estudio. Por tanto, es posible aplicar el cuestionario en pacientes de niveles culturales muy variados.

La CDS-VE se ha caracterizado por poseer una homogeneidad alta ⁽²⁷⁹⁾, en consonancia con los valores hallados por Sierra y Berrios ⁽²²⁷⁾, y los obtenidos en la validación de la versión alemana de la escala ⁽²⁵⁹⁾. Estas puntuaciones son comparables con las alcanzadas en los estudios realizados con la DES ⁽²⁴¹⁾ y otros cuestionarios. Sin

embargo, la Escala de Severidad de Despersonalización ⁽²²⁹⁾ sólo presentó una consistencia interna moderada.

En contra, la versión española de la CDS obtuvo una fiabilidad test-retest regular (0.21 – 0.40) ⁽²⁸⁰⁾. Esto contrasta con las puntuaciones obtenidas en la versión alemana que mostró un valor más elevado ⁽²⁵⁹⁾. Esta discordancia puede tener diversas explicaciones. Por un lado, puede deberse a diferencias en la composición de las muestras, ya que en la muestra alemana se utilizaron pacientes con trastornos psiquiátricos de evolución crónica, siendo las experiencias de despersonalización fundamentalmente crónicas. En nuestro estudio se incluyeron pacientes en diferentes estados clínicos, donde las experiencias de despersonalización podrían ser más inestables. Por otro lado, al obtener el *kappa* ponderado en cada grupo diagnóstico, los pacientes con trastorno de ansiedad presentaron un *kappa* de -0.167 ($p > 0.05$), siendo adecuada en los otros grupos. Otra posible explicación sería la dificultad encontrada a la hora de describir estas experiencias ⁽⁷⁴⁾. Así la primera entrevista actuaría como terapéutica, disminuyendo la intensidad del fenómeno en la segunda evaluación, o como facilitadora de la expresión de los diferentes componentes, aumentando así la puntuación en la escala ^(128, 281). Por tanto, esta divergencia puede obedecer a diferencias en la composición de las muestras y a la naturaleza y estabilidad de dichas experiencias.

Como era de esperar, la CDS-VE mostró correlaciones altas con el factor despersonalización/desrealización de la DES. Sin embargo, existieron limitaciones en la validez divergente. De hecho, sólo encontramos correlaciones bajas con las subescalas de la Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS) en el grupo de esquizofrénicos. Ya en el estudio original se obtuvieron resultados similares: en los

pacientes con trastorno de despersonalización sólo aparecieron correlaciones altas y positivas con el factor despersonalización/desrealización de la DES y no con otras escalas. Mientras, en aquellos con experiencias de despersonalización como síntoma secundario existieron correlaciones significativas con la DES, sus subescalas y la escala de depresión empleada ⁽²²⁷⁾. Estos datos han sido obtenidos también con otros cuestionarios ^(125, 230). La relación entre despersonalización y otros síndromes como depresión, ansiedad o disociación, ha sido referida ampliamente en la literatura ^(58, 149, 282). Este aspecto será discutido en profundidad más adelante.

La obtención de un área bajo la curva ROC (*Receiver Operating Characteristic*) de 0.94 representa la buena capacidad, en general, que tiene la escala para diferenciar los sujetos con despersonalización de aquellos que no presentaron dichas experiencias ⁽²⁸³⁾. El punto de corte con mejor relación sensibilidad/especificidad fue 71. Este resultado coincide prácticamente con el obtenido en la versión original, donde se estableció un punto de corte de 70. Sin embargo, en ésta se incluyeron sujetos con trastorno de despersonalización. Esto nos lleva a pensar que la intensidad y frecuencia de las experiencias tanto primarias como secundarias podrían ser la misma. De todas formas, las características de ambas muestras no son comparables entre sí y se necesitan estudios posteriores sobre esta cuestión. Además, hay que recordar que tanto éste como otros cuestionarios no deben ser considerados nunca pruebas diagnósticas, sino métodos de cribado rápido y, en todo caso, como ayuda a la clasificación de pacientes susceptibles de ser evaluados con criterios más fiables ⁽²⁸⁴⁾. De hecho, uno de los objetivos del cuestionario que nos ocupa fue el análisis descriptivo de dichas experiencias.

En cuanto a la relación entre despersonalización y ansiedad, este ha sido uno de los aspectos más controvertido en la literatura. En este sentido podemos interpretar las dificultades encontradas a la hora de aplicar la escala en la muestra de sujetos con trastorno de ansiedad. Ya en 1959, Roth acuñó el término de *síndrome de despersonalización fóbico-ansioso* para describir dicha relación ⁽¹⁸²⁾. Otros autores han definido un subgrupo de trastornos de ansiedad caracterizados por experiencias de despersonalización ^(19, 20). Además, Trueman ⁽¹⁴⁹⁾ encontró que los pacientes con despersonalización mostraban niveles de ansiedad más elevados que los sujetos normales. Uno de los aspectos a tener en cuenta es la distinción entre experiencias de despersonalización en el curso de una crisis de ansiedad frente a aquellas experiencias de despersonalización de evolución crónica que aparecen en los trastornos de ansiedad. Se ha sugerido que la relación entre despersonalización y ansiedad podría ser bidireccional. Así, la despersonalización suele ser precedida inicialmente de un episodio de ansiedad intenso. Posteriormente, una vez que las experiencias se han vuelto persistentes, éstas se convierten por sí mismas en un estímulo intensamente ansiógeno, debido probablemente a la sensación de falta de control y a las atribuciones que a menudo hacen los pacientes, como temor a estar enloquecido, a tener un tumor cerebral, etc. Se crea pues un círculo vicioso donde la ansiedad genera despersonalización, y ésta genera ansiedad, y así sucesivamente. Con el tiempo, las experiencias de despersonalización parecen asumir cada vez más independencia y su relación con la ansiedad se hace más tenue ⁽⁷³⁾. Por lo tanto, la relación entre ansiedad y despersonalización permanece aún sin aclararse, precisando resolver algunos de los aspectos psicopatológicos mencionados.

Por último, el análisis factorial realizado de la CDS-VE permitió obtener una

versión reducida compuesta por 11 ítems, los cuales se encuentran recogidos en la tabla 9.2.1. Esta versión arrojó mejores resultados que la versión completa en lo que respecta a la capacidad discriminativa del cuestionario medida mediante el área bajo la curva ROC. De hecho, para un punto de corte de 22.5, se obtuvo una alta sensibilidad y especificidad, situada entorno al 90%. Esta versión puede ser de gran utilidad clínica como herramienta de detección del fenómeno. Así, estos 11 ítems facilitarían el trabajo del clínico al disponer de unas cuestiones que le permitirían dirigir la evaluación de las experiencias. O bien, como cuestionario para administrar al paciente que se desarrollaría en un intervalo de tiempo más corto que el dedicado a la versión original.

Con respecto a los ítems que componen dicha versión, cabe destacar que siete de ellos coinciden con la reducción derivada de la versión alemana de la CDS ⁽²⁵⁹⁾. Esta subescala, obtenida mediante análisis discriminativo, estuvo compuesta por nueve ítems, que según el orden de importancia, fueron el 13, 1, 23, 16, 11, 27, 14, 24 y 2. Estos hallazgos son más interesantes si consideramos que se han empleado métodos estadísticos diferentes para obtener dichas versiones. Por otro lado, estos ítems se corresponden con dos de los factores obtenidos en el análisis factorial de las experiencias de despersonalización mediante la CDS desarrollado recientemente por Sierra y cols. ⁽⁷¹⁾, y ratificado posteriormente por Simeon y cols. ⁽⁷²⁾. En concreto, la concordancia estuvo con el factor “experiencia corporal anormal” (ítems 24, 15, 20, 27, 23, 3, 6, 11, 8) y con el factor “extrañeza de los alrededores” o desrealización (ítems 1, 13, 5, 2). Ambos factores son dos de los síntomas principales del síndrome y sugiere que el núcleo principal de síntomas se mantiene constante en las diferentes situaciones clínicas analizadas.

En resumen, podemos concluir que, a excepción de los sujetos con trastorno de ansiedad, la versión española de la CDS es un instrumento que ha presentado adecuadas propiedades psicométricas. De dicho cuestionario ha sido posible obtener una versión reducida que facilitaría su aplicación en la práctica clínica.

10.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS EXPERIENCIAS DE DESPERSONALIZACIÓN EN PACIENTES CON DEPRESIÓN Y ESQUIZOFRENIA

En el capítulo cuarto hemos comentado que a pesar de las limitaciones metodológicas existentes, a lo largo de la historia del fenómeno que nos ocupa se han realizado diferentes estudios con el objetivo de establecer la prevalencia de la despersonalización en los trastornos mentales. Así, los datos existentes en la actualidad sitúan la prevalencia de la despersonalización entre el 6.9 y 36% en la esquizofrenia, y entre el 4 y 60% en los trastornos depresivos, alcanzando hasta el 82.6% en los trastornos de pánico ⁽¹²⁹⁾. Esto indica que la despersonalización constituye un síndrome frecuente cuya presencia dentro de los diferentes trastornos mentales precisa ser estudiada y analizada. Uno de los principales objetivos de las investigaciones ha consistido en establecer el valor diferencial que poseen las experiencias de despersonalización, bien como síntoma que permita definir un subgrupo con características clínicas propias dentro de un grupo diagnóstico o bien, para establecer la severidad y pronóstico de aquellos pacientes donde se presenta.

El análisis de las características demográficas de los pacientes depresivos y esquizofrénicos con despersonalización frente a aquellos que no la presentaron no reveló diferencias significativas en cuanto al sexo y la edad de los sujetos analizados. Estos datos coinciden con los aparecidos en muestras de pacientes psiquiátricos hospitalizados ⁽⁷⁰⁾, en pacientes con trastornos depresivos ⁽¹⁹³⁾ o en pacientes con esquizofrenia ^(190, 191). El predominio de mujeres en todos los subgrupos de la muestra correspondería a una mayor tendencia en éstas a buscar ayuda psiquiátrica especializada

⁽²¹⁾. Además, cabe destacar que no aparecieron diferencias significativas en relación con la edad de inicio del trastorno principal, aspecto que ha sido reseñado en los sujetos con trastorno de pánico ^(19, 20, 184). La edad de inicio de las experiencias de despersonalización no fue valorada en el presente estudio. Por otro lado, las diferencias encontradas en el nivel cultural de los sujetos esquizofrénicos pueden corresponder a características en la composición de la muestra más que a la existencia de diferencias reales. Hay que recordar que los pacientes no fueron recogidos de forma consecutiva.

Tampoco se alcanzaron diferencias significativas en cuanto a la aparición de las experiencias de despersonalización en las diversas situaciones clínicas que fueron comparadas. Así, podemos observar que la despersonalización es un fenómeno constante que aparece tanto en sujetos hospitalizados como ambulatorios, tanto en fases agudas como en periodos de estabilidad de los trastornos psiquiátricos principales. A pesar que en el grupo de sujetos esquizofrénicos con despersonalización puede observarse un predominio del tipo positivo frente al tipo negativo, esta diferencia no alcanzó significancia ($\chi^2 = 0.777$; $df = 2$; $p = 0.678$). Por otro lado, y al igual que ha sido reflejado en los sujetos con trastorno de despersonalización ^(21, 23), los sujetos depresivos y esquizofrénicos presentaron una mayor frecuencia de experiencias de despersonalización de curso crónico, la cual estuvo situada entorno al 60%. También destacó la elevada proporción de sujetos con despersonalización que refirieron la presencia de experiencias de desrealización. Como se ha comprobado anteriormente, el factor desrealización fue uno de los síntomas que aparece en las versiones reducidas de la CDS y dentro de las manifestaciones específicas y estables de este síndrome. Es por ello, que la desrealización puede ser considerada como una parte del complejo síndrome de despersonalización.

En la literatura existen datos contradictorios en lo concerniente a la relación entre despersonalización y depresión o ansiedad. Si bien se ha sugerido que la despersonalización en el contexto de otro trastorno mental dependería de la intensidad de los síntomas de éste ⁽¹²⁹⁾, nuestros resultados en ambos grupos diagnósticos no corroborarían esta hipótesis. Así, en la muestra de pacientes depresivos han aparecido correlaciones significativas con la escala de ansiedad pero no con la escala que evalúa la gravedad del síndrome depresivo. Este resultado se ha mantenido cuando dichas correlaciones han sido parcialmente controladas con la Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS) (CDS-VE/BDI: $r = 0.073$, $df = 13$, $p = 0.797$). Hallazgos similares han sido descritos en sujetos normales ⁽¹⁴³⁾ y en pacientes psiquiátricos hospitalizados con experiencias de despersonalización ^(70, 132). Por contra, en otras muestras se ha referido la relación con la escala de depresión y no con la escala empleada para evaluar la ansiedad ⁽¹²⁵⁾. En los pacientes con trastorno de despersonalización ninguno de los trastornos psiquiátricos comórbidos guardó relación directa ni predijo la severidad de las experiencias ^(21, 23).

En esta línea podemos interpretar los datos obtenidos en el grupo de esquizofrénicos. En la tabla 9.4.4 se observa como únicamente existen correlaciones significativas con la subescala negativa y la subescala de psicopatología general de la PANSS, las cuales se mantienen al obtener las correlaciones entre la CDS-VE y otros cuestionarios en los sujetos con esquizofrenia tipo positivo con despersonalización (CDS-VE/PANSS-N: $r = 0.819$; $p = 0.002$; CDS-VE/PANSS-PG: $r = 0.838$; $p = 0.001$). Estos resultados no coinciden con los hallazgos reportados en la literatura que relacionaron la presencia de experiencias de despersonalización en sujetos esquizofrénicos con los síntomas positivos, con la depresión y con la alexitimia ^(190, 191).

²⁸⁵⁾. Estas discrepancias pueden ser debidas a diferencias en la composición de las muestras y a los diferentes cuestionarios utilizados. En conclusión, y aun a falta de estudios más concluyentes, podemos pensar que la despersonalización constituiría un síndrome independiente de otros trastornos psiquiátricos y la intensidad de estas experiencias no dependería directamente de la intensidad del trastorno mental principal.

La relación entre despersonalización y disociación constituye otra cuestión de complejidad. De los resultados obtenidos en el grupo de pacientes con despersonalización podemos resaltar los siguientes aspectos. Por un lado, destaca la presencia de valores elevados en la DES y sus subescalas tanto en sujetos depresivos como en esquizofrénicos con despersonalización, pudiendo ser estas puntuaciones más altas que las encontradas en sujetos con trastorno de despersonalización ^(21, 23), lo cual no es esperable si consideramos que el trastorno de despersonalización es considerado un trastorno disociativo ⁽²³⁵⁾. Además, no existen correlaciones significativas entre las puntuaciones de la CDS-VE y de la DES y sus subescalas, pues la aparecidas en los sujetos depresivos con despersonalización se pierden al ser controladas con la Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS) (CDS-VE/DES-Total: $r = 0.3944$; $p = 0.146$; CDS-VE/DES-imaginativo: $r = 0.2425$; $p = 0.384$). Asimismo, es revelador que no aparezcan correlaciones significativas con el factor absorción-imaginativo de la DES, cuando éste es considerado uno de los síntomas característicos de los fenómenos disociativos ⁽²⁸⁶⁾. Diversos estudios han señalado diferencias entre el perfil de los sujetos con trastorno de despersonalización y los trastornos disociativos ^(69, 105). Ya Guralnik y cols. encontraron alteraciones en el proceso cognitivo de los sujetos con despersonalización que diferían de las aparecidas en aquellos con trastorno disociativo de la identidad ⁽⁷⁷⁾. Tampoco los sujetos con despersonalización presentaron la misma capacidad de hipnosis que los

pacientes con trastornos disociativos⁽⁸⁴⁾. Se ha sugerido estas diferencias se deben a que los trastornos disociativos constituyen constructos clínicos distintos⁽⁷⁸⁾. En definitiva, puede sugerirse que la despersonalización sería un proceso mental de características psicopatológicas diferentes a la disociación. No obstante, como ya ha sido mencionado anteriormente, son necesarios más estudios que analicen en profundidad las características y el significado de la relación entre despersonalización y los distintos síntomas mentales.

Recientemente, uno de los aspectos analizado en la literatura científica ha sido el papel pronóstico que tienen las experiencias de despersonalización en el contexto de un trastorno mental. En este sentido, podemos observar como el subgrupo de pacientes con despersonalización (tablas 9.3.1 y 9.4.1) presentó puntuaciones más elevadas en todos los cuestionarios empleados en el estudio con respecto al grupo control, alcanzando la significancia en la mayoría de ellos. Tras desglosar los ítems de la PANSS en la población con esquizofrenia (tabla 9.4.3), se mantuvo el aumento de las puntuaciones en el grupo de despersonalización, aunque la significancia se alcanzó únicamente en algunos de los ítems, como delirios, alucinaciones, dificultad en el pensamiento abstracto, desorientación, ansiedad, sentimientos de culpa y depresión. Por otra parte, al desglosar los ítems de los cuestionarios de depresión y ansiedad (tablas 9.3.2 y 9.4.2), los sujetos con despersonalización seleccionaron con mayor frecuencia los ítems de los cuestionarios empleados. Este hallazgo ya ha sido referido principalmente en el trastorno de pánico^(20, 230, 287), donde este subgrupo presentó un mayor número, frecuencia y severidad de los ataques de pánico, con más conductas de evitación y peor funcionamiento.

Por otro lado, diversos estudios han referido que los sujetos con experiencias de despersonalización se caracterizan por la presencia elevada de síntomas mentales valorados mediante el *General Health Questionnaire* (GHQ-12)⁽¹⁷⁷⁾, un mayor grado de deterioro funcional evaluado mediante la *Global Assessment of Functioning Scale* (GAFS)⁽¹³⁴⁾, un aislamiento social mayor⁽⁸³⁾, relación con la ansiedad o fobia social⁽⁸²⁾, un deterioro sociolaboral mayor⁽¹⁸⁴⁾, y una resistencia al tratamiento⁽¹⁷⁴⁾. En este sentido podemos destacar que un mayor porcentaje de sujetos con despersonalización seleccionaron los ítems de aislamiento social y capacidad laboral del Inventario de Depresión de Beck. En los esquizofrénicos con despersonalización, estos ítems y otros que valoran el funcionamiento social también reflejaron hallazgos similares, aunque sin alcanzar significancia. Cuando se analizaron las correlaciones de cada ítem con la CDS-VE en este subgrupo, se encontraron un conjunto de ítems que se correlacionaron significativamente con la despersonalización. Entre estos ítems se encontraron el embotamiento afectivo (N1), el contacto pobre (N3), la ausencia de espontaneidad (N6) y la volición (PG13), los cuales corresponden con la dificultad de los sujetos con despersonalización en cuanto a las habilidades sociales⁽⁸¹⁾. Se ha sugerido que la pérdida de una adecuada respuesta emocional, que es uno de los hallazgos encontrados en los estudios psicofisiológicos y de neuroimagen, puede causar importante deterioro en las relaciones interpersonales⁽¹³⁹⁾. En definitiva, estos datos nos conducen a pensar que la presencia de despersonalización podría establecer un subgrupo dentro del trastorno psiquiátrico principal con mayor severidad del trastorno, al presentar mayor frecuencia e intensidad de los síntomas, causando mayor deterioro funcional en estos pacientes, principalmente en las habilidades sociales.

Con respecto al último apartado de los resultados, este es el primer estudio que

realiza una comparación descriptiva de las experiencias de despersonalización que aparecen en sujetos con depresión y esquizofrenia. Como puede verse en los resultados obtenidos (tabla 9.5.2), únicamente dos de los 29 ítems de la CDS-VE presentaron diferencias significativas en lo que se refiere a la frecuencia con la fueron seleccionados. Además, al analizar las puntuaciones obtenidas en cada ítem de la CDS-VE, podemos observar que esta estabilidad se mantiene (tabla 9.5.3), obteniéndose diferencias significativas en cinco de los 29 ítems de la CDS-VE (ítem 1, 2, 23, 24 y la duración del ítem 13). Estos hallazgos están en consonancia con lo descrito en la literatura sobre el fenómeno, sugiriendo que el síndrome de despersonalización posee las mismas características descriptivas independientemente del trastorno en el cual se presenta. Ya Sierra y Berrios ⁽²⁵⁾ demostraron que, a pesar de los diferentes puntos de vista teóricos desde los cuales se ha abordado la despersonalización, existe un núcleo central de síntomas que se mantiene estable a lo largo de las definiciones que han aparecido sobre este síndrome. En el estudio publicado recientemente por Medford y cols. tampoco se encontraron diferencias en la composición de las experiencias de despersonalización, evaluadas mediante la CDS, aparecidas en sujetos con trastorno de despersonalización crónico frente a aquellas causadas por el consumo de sustancias ⁽⁹⁴⁾. Por tanto, podemos considerar que la despersonalización es un fenómeno estable e independiente dentro de los trastornos mentales, lo que indicaría que podría estar originado mediante un mecanismo neurobiológico independiente de otras alteraciones psiquiátricas.

Con estos datos es posible plantear la revisión de los criterios diagnósticos propuestos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). De acuerdo con las conclusiones obtenidas en el presente estudio, la división entre

despersonalización primaria y secundaria, en base al criterio diagnóstico D sobre la *no aparición exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental*, podría carecer de significado diagnóstico, siendo el criterio C, *la provocación de malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo*, el que adquiriría mayor importancia diagnóstica de cara a establecer la presencia del trastorno de despersonalización. Con respecto a la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE), hay que recordar que entre los criterios diagnósticos no se hace mención al deterioro que provocan dichas experiencias. Así, si consideramos la despersonalización como un fenómeno independiente, como muestran los hallazgos presentados, cabría la posibilidad de que un individuo presentara un trastorno de despersonalización junto a cualquier otro trastorno mental sin invalidar la presencia del primero. En este supuesto, sería el criterio C, el malestar clínicamente significativo, el que determinaría la presencia o no de un trastorno de despersonalización. Esta hipótesis estaría en consonancia con la propuesta de considerar la despersonalización como un continuo que va desde lo normal hasta el grado extremo, lo patológico ⁽²³⁵⁾. Es necesario realizar estudios posteriores que proporcionen validez a esta hipótesis.

En conclusión, la despersonalización es un fenómeno estable e independiente de otros trastornos psiquiátricos, como la depresión o los trastornos psicóticos. Estos hallazgos podrían poner en discusión la distinción utilizada por las clasificaciones diagnósticas internacionales de experiencia de despersonalización primaria o secundaria en función de la presencia o no de otros trastornos mentales. Por otro lado, la existencia de experiencias de despersonalización podría suponer un factor de mal pronóstico por lo que su diagnóstico y abordaje terapéutico puede tener un importante interés clínico.

En lo que respecta a las limitaciones del estudio, éstas proceden principalmente de la composición de la muestra. Es necesario recordar que no se intentó realizar un muestreo representativo de la población. Además, la forma de obtención de la misma puede sugerir un sesgo de selección, aunque dadas las características de la primera fase del estudio, validación de un cuestionario, no parece que haya influido excesivamente en los resultados. En cuanto a la segunda fase, hay que tener presente que los pacientes no fueron recogidos de forma consecutiva lo que puede limitar la generalización de las conclusiones en el análisis descriptivo de las experiencias de despersonalización en los sujetos depresivos y esquizofrénicos. No obstante, los estudios observacionales permiten incluir pacientes reales, de grupos heterogéneos, analizando lo que ocurre en la práctica clínica habitual. Asimismo es posible obtener unas primeras hipótesis que deberán corroborarse en estudios posteriores.

Otra de las limitaciones se encuentra en el grupo de los sujetos con trastorno de ansiedad. En primer lugar, el pequeño tamaño muestral dificulta la realización de los diferentes análisis estadísticos. En segundo, debido a la heterogeneidad del concepto de ansiedad, así como el de los trastornos de ansiedad, hubiera sido recomendable analizar el comportamiento de las experiencias de despersonalización en cada categoría diagnóstica. Como ya ha sido mencionado en los capítulos anteriores, en la literatura se han descrito dificultades conceptuales y metodológicas a la hora de establecer la relación entre despersonalización y ansiedad.

CAPÍTULO 11

CONCLUSIONES

Del presente trabajo se pueden obtener las siguientes conclusiones, así como establecer las futuras líneas de investigación:

1.- La adaptación al castellano de la Escala de Despersonalización de Cambridge mantiene el contenido de la versión original.

2.- La versión española de la Escala de Despersonalización de Cambridge es un instrumento que ha demostrado una fiabilidad y validez adecuadas, similar a la del cuestionario original. Es posible utilizar dicho cuestionario en los diferentes trastornos mentales.

3.- La fiabilidad interobservador de la versión española de la Escala de Despersonalización de Cambridge es limitada, debido a la composición de la muestra y a las características de las experiencias de despersonalización. Este aspecto necesita ser abordado con mayor profundidad en estudios posteriores.

4.- El punto de corte de la versión española de la Escala de Despersonalización de Cambridge que presenta mejores resultados es 71, con una sensibilidad del 76.3% y una especificidad del 89.1%.

5.- Debido a los problemas en la composición de la muestra, son necesarios más

estudios que analicen el comportamiento de la escala en los sujetos con trastorno de ansiedad.

6.- El análisis de componentes principales de la versión española de la Escala de Despersonalización de Cambridge muestra la existencia de una versión de 11 ítems que mejora las propiedades psicométricas de la adaptación, la cual puede ser utilizada como herramienta de detección de casos en la práctica clínica.

7.- El análisis descriptivo de las características demográficas de los sujetos con despersonalización frente a aquellos que no presentan dichas experiencias no demuestra diferencias significativas en cuanto al sexo, edad, nivel de estudios y situaciones clínicas de los sujetos incluidos en el estudio. En general, las experiencias de despersonalización se manifiestan de forma crónica.

8.- Los hallazgos encontrados en sujetos con depresión y esquizofrenia sugieren que la intensidad de las experiencias de despersonalización no depende del trastorno psiquiátrico en el que aparecen, siendo un fenómeno independiente. Además, los resultados indican que la despersonalización no se relaciona con los fenómenos disociativos.

9.- Los sujetos con experiencias de despersonalización presentan un mayor número e intensidad de los síntomas del trastorno mental en el que aparecen. Por otro lado, la despersonalización se relaciona con dificultades en las habilidades sociales de los sujetos. Es necesario tener en cuenta estos hallazgos en el tratamiento de los sujetos que presentan estas manifestaciones.

10.- La despersonalización es un fenómeno estable e independiente de otros trastornos mentales. La no existencia de diferencias significativas en el análisis descriptivo de estas experiencias entre sujetos depresivos y esquizofrénicos demuestra que la composición sindrómica de este fenómeno permanece estable.

11.- La distinción entre despersonalización como trastorno primario o secundario dependería no tanto de la presencia o no de otro trastorno mental, sino de la intensidad, malestar e incapacidad que provocan estas experiencias en los sujetos donde aparece. Así, la despersonalización sería considerada como un continuo que oscila entre lo normal y lo patológico. Se necesita comprobar esta hipótesis en estudios posteriores.

**ANEXO I. RESOLUCION DE LA SECRETARÍA GENERAL
DE CALIDAD Y EFICIENCIA POR LA QUE SE
CONCEDEN LAS SUBVENCIONES PARA LA
FINANCIACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN Y
PLANES DE FORMACIÓN INVESTIGADORA EN
CIENCIAS DE LA SALUD EN EL ÁMBITO DE LA
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA**

RESOLUCION DE 19 DE DICIEMBRE DE 2002, DE LA SECRETARÍA GENERAL DE CALIDAD Y EFICIENCIA, POR LA QUE SE CONCEDEN LAS SUBVENCIONES PARA LA FINANCIACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN Y PLANES DE FORMACIÓN INVESTIGADORA EN CIENCIAS DE LA SALUD EN EL ÁMBITO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA

Mediante Orden de la Consejería de Salud de 12 de junio de 2001 (BOJA núm. 72, de 26 de junio de 2001), se establecen las bases reguladoras de la concesión de subvenciones para la financiación de proyectos de investigación y planes de formación investigadora en Ciencias de la Salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía, siendo convocadas las citadas subvenciones por Resolución de esta Secretaría General de 9 de mayo de 2002 (BOJA núm. 64 de 1 de junio).

En su virtud, en uso a las facultades que me han sido delegadas por el Consejero de Salud en el artículo 19 de la Orden de 12 de junio de 2001 y oídas las propuestas formuladas por la Comisión Científica de Evaluación y Selección para la financiación de Proyectos de Investigación y Planes de Formación Investigadora en Ciencias de la Salud, creada al efecto por el artículo 18 de la citada Orden,

RESUELVO

Primero. Conceder a los beneficiarios que figuran en los Anexos de esta Resolución subvenciones al amparo de la Resolución de 9 de mayo de 2002.

EXPEDIENTE: 57/02
BENEFICIARIO: FUNDACION REINA SOFIA-CAJASUR
INVESTIGADOR PRINCIPAL: LOPEZ CILLERO, PEDRO
PROYECTO: PREVENCIÓN DE LA DISFUNCIÓN TEMPRANA DEL INJERTO
SUBÓPTIMO CON ANTITROMBINA III DURANTE EL TRANSPLANTE
HEPÁTICO
CENTRO DE INVESTIGACIÓN: HOSPITAL REINA SOFÍA
PRESUPUESTO DE LA ACTIVIDAD: 14000 EUROS
SUBVENCIÓN: 14000 EUROS

EXPEDIENTE: 61/02
BENEFICIARIO: FUNDACION REINA SOFIA-CAJASUR
INVESTIGADOR PRINCIPAL: LOPEZ PEDRERA, ROSARIO
PROYECTO: MECANISMOS DE REGULACIÓN DE LA ANGIOGENESIS Y
LOS PROCESOS COAGULATIVO Y FIBRINOLÍTICO EN LA LEUCEMIA
AGUDA PROMIELOCÍTICA EN RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON
DERIVADOS RETINOÍDOS Y COMPUESTOS ARSÉNICOS
CENTRO DE INVESTIGACIÓN: HOSPITAL REINA SOFÍA
PRESUPUESTO DE LA ACTIVIDAD: 15600 EUROS
SUBVENCIÓN: 15600 EUROS

EXPEDIENTE: 105/02
BENEFICIARIO: FUNDACION REINA SOFIA-CAJASUR
INVESTIGADOR PRINCIPAL: LUQUE LUQUE, ROGELIO
PROYECTO: ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN AL CASTELLANO DE LA
ESCALA DE DESPERSONALIZACIÓN DE CAMBRIDGE
CENTRO DE INVESTIGACIÓN: HOSPITAL REINA SOFÍA
PRESUPUESTO DE LA ACTIVIDAD: 3900 EUROS
SUBVENCIÓN: 3900 EUROS

EXPEDIENTE: 60/02
BENEFICIARIO: FUNDACION REINA SOFIA-CAJASUR
INVESTIGADOR PRINCIPAL: MONTERO ALVAREZ, JOSE LUIS
PROYECTO: UTILIDAD Y SEGURIDAD DEL SISTEMA MARS EN
PACIENTES CON HEPATITIS ALCOHÓLICA GRAVE. ESTUDIO PILOTO
CENTRO DE INVESTIGACIÓN: HOSPITAL REINA SOFÍA
PRESUPUESTO DE LA ACTIVIDAD: 14000 EUROS
SUBVENCIÓN: 14000 EUROS

**ANEXO II. AUTORIZACIÓN DEL ESTUDIO POR EL
COMITÉ ÉTICO DEL HOSPITAL UNIVESITARIO "REINA
SOFIA" DE CÓRDOBA**



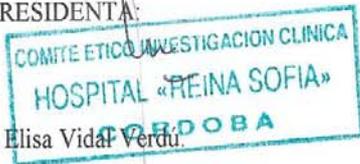
INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

El Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Reina Sofía, una vez estudiada la documentación presentada por la Dr. Rogelio Luque Luque del Servicio de Salud Mental de nuestro hospital, tiene a bien informar que el estudio presentado:

“Adaptación y validación al Castellano de la escala de despersonalización de Cambridge.”, se ajusta a las normas deontológicas establecidas para tales casos.

Y para que conste se expide el presente informe en Córdoba, a 25 de Junio de 2002.

LA PRESIDENTA:



Fdo.: Elisa Vidar Verdu.



Servicio Andaluz de Salud



HOSPITAL UNIVERSITARIO
"REINA SOFÍA"

RESOLUCION 9 DE MAYO DE 2002 (BOJA NÚM 64 DE 1 DE Junio de 2002), DE LA SECRETARIA GENERAL DE CALIDAD Y EFICIENCIA, POR LA QUE SE CONVOCAN SUBVENCIONES PARA LA FINANCIACION DE PROYECTOS DE INVESTIGACION Y PLANES DE FORMACION INVESTIGADORA EN CIENCIAS DE LA SALUD, EN EL AMBITO DE LA COMUNIDAD AUTONOMA ANDALUZA

La Comisión de Investigación del Hospital Universitario "Reina Sofía" de Córdoba, ha estudiado y evaluado el proyecto de investigación titulado: "ADAPTACION Y VALIDACION AL CASTELLANO DE LA ESCALA DE DESPERSONALIZACION DE CAMBRIDGE", presentado por el Dr. Rogelio Luque Luque (Area de Salud Mental).

Esta Comisión considera que los autores demuestran conocer suficientemente los antecedentes y el estado actual del tema que proponen investigar, que están bien definidos los objetivos del proyecto y es adecuada su metodología.

Por lo que hace constar la viabilidad del proyecto de investigación en todos sus términos y estima que los resultados pueden ser de gran interés.

Y para que conste, lo firmo con el VºBº del Presidente de la Comisión en Córdoba a veintiseis de Junio del 2.002

Vº Bº
EL PRESIDENTE



Fdo.: José López Miranda

EL SECRETARIO



Fdo.: Eduardo Collantes Estévez



ANEXO III. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO “ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE DESPERSONALIZACIÓN DE CAMBRIDGE”

La despersonalización es un fenómeno que ocurre con relativa frecuencia entre sujetos sanos o con alguna patología mental. Sin embargo existen pocos datos sobre la prevalencia, etiopatogenia y tratamiento de este proceso. Para facilitar el estudio de este trastorno surge la “ESCALA DE DESPERSONALIZACIÓN DE CAMBRIDGE”, cuya versión original se encuentra en inglés.

Así el objetivo del presente estudio es el de conseguir una versión en castellano de la ESCALA DE DESPERSONALIZACIÓN DE CAMBRIDGE y disponer de un instrumento que permita la investigación de este fenómeno en la población española. En el estudio participarán unos 150 pacientes con diferentes alteraciones mentales del área de Córdoba, los cuales deberán completar una serie de cuestionarios para evaluar este fenómeno y el estado de su proceso psíquico, sin la realización de pruebas invasivas diagnósticas. La información que se obtenga puede contribuir al conocimiento de su enfermedad y puede ser útil en la investigación de posibles tratamientos.

Toda la información que se recoge de usted, y que se guardará y analizará en un sistema informático, será estrictamente confidencial y seguirá la normativa legal vigente en España. Los resultados del estudio siempre se presentarán de forma global y nunca, bajo ningún concepto, de forma individualizada en revistas especializadas a fin de mejorar el conocimiento que se tiene actualmente sobre la despersonalización.

Además de la información escrita usted podrá preguntar a los investigadores más datos sobre el presente estudio. Si usted decide que no quiere participar, esta decisión no implicará ninguna diferencia con respecto a la calidad de la asistencia sanitaria que usted recibe.

Dº, habiendo recibido suficiente información sobre el estudio, autorizo mi participación en la investigación “ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE DESPERSONALIZACIÓN DE CAMBRIDGE” que se está realizando en el Área de Salud Mental de Córdoba.

En Córdoba, a de de 2.00 .

Firma del paciente.

ANEXO IV. VERSIÓN ESPAÑOLA DE LA ESCALA DE DESPERSONALIZACIÓN DE CAMBRIDGE

NOMBRE Y APELLIDOS:

EDAD:

SEXO: varón / mujer (*)

ESTUDIOS: primarios / secundarios / superiores (*)

(*) subraye lo que proceda

POR FAVOR, LEA LAS INSTRUCCIONES CON ATENCIÓN. En este cuestionario se describen experiencias extrañas y “curiosas” que pueden experimentarse normalmente en la vida diaria. Nos interesa: (a) la frecuencia con que ocurren, es decir, el número de veces que ha tenido usted estas experiencias desde que se siente mal (últimos seis meses); y (b) su duración aproximada. Para contestar a las preguntas, rodee con un círculo el número de la opción que más se ajuste a su caso. Si no está seguro, señale la más aproximada.

1. De repente, me siento extraño, como si no fuera real o hubiera perdido contacto con el mundo.

Frecuencia:

- 0 = nunca
- 1 = a veces
- 2 = a menudo
- 3 = muy a menudo
- 4 = siempre

Duración:

En general dura:

- 1 = unos segundos
- 2 = unos minutos
- 3 = unas horas
- 4 = un día aproximadamente
- 5 = más de un día
- 6 = más de una semana

2. Todo lo que veo parece “apagado” o “sin vida”, como si mirase una fotografía.

Frecuencia:

- 0 = nunca
- 1 = a veces
- 2 = a menudo
- 3 = muy a menudo
- 4 = siempre

Duración:

En general dura:

- 1 = unos segundos
- 2 = unos minutos
- 3 = unas horas
- 4 = un día aproximadamente
- 5 = más de un día
- 6 = más de una semana

3. Siento como si algunas partes de mi cuerpo no me pertenecieran.

Frecuencia:

- 0 = nunca
- 1 = a veces
- 2 = a menudo
- 3 = muy a menudo
- 4 = siempre

Duración:

En general dura:

- 1 = unos segundos
- 2 = unos minutos
- 3 = unas horas
- 4 = un día aproximadamente
- 5 = más de un día
- 6 = más de una semana

4. Al encontrarme en situaciones que habitualmente me producirían miedo o angustia, he advertido que no sentía ningún temor.

Frecuencia:

- 0 = nunca
- 1 = a veces
- 2 = a menudo
- 3 = muy a menudo
- 4 = siempre

Duración:

En general dura:

- 1 = unos segundos
- 2 = unos minutos
- 3 = unas horas
- 4 = un día aproximadamente
- 5 = más de un día
- 6 = más de una semana

5. Ya no disfruto con mis actividades favoritas.

Frecuencia:

- 0 = nunca
- 1 = a veces
- 2 = a menudo
- 3 = muy a menudo
- 4 = siempre

Duración:

En general dura:

- 1 = unos segundos
- 2 = unos minutos
- 3 = unas horas
- 4 = un día aproximadamente
- 5 = más de un día
- 6 = más de una semana

6. Mientras hago algo, tengo la sensación de ser un observador ajeno a mi mismo.

Frecuencia:

- 0 = nunca
- 1 = a veces
- 2 = a menudo
- 3 = muy a menudo
- 4 = siempre

Duración:

En general dura:

- 1 = unos segundos
- 2 = unos minutos
- 3 = unas horas
- 4 = un día aproximadamente
- 5 = más de un día
- 6 = más de una semana

7. El sabor de los alimentos ya no me resulta agradable o desagradable.

Frecuencia:

- 0 = nunca
- 1 = a veces
- 2 = a menudo
- 3 = muy a menudo
- 4 = siempre

Duración:

En general dura:

- 1 = unos segundos
- 2 = unos minutos
- 3 = unas horas
- 4 = un día aproximadamente
- 5 = más de un día
- 6 = más de una semana

8. Siento el cuerpo muy ligero, como si flotara en el aire.

Frecuencia:

- 0 = nunca
- 1 = a veces
- 2 = a menudo
- 3 = muy a menudo
- 4 = siempre

Duración:

En general dura:

- 1 = unos segundos
- 2 = unos minutos
- 3 = unas horas
- 4 = un día aproximadamente
- 5 = más de un día
- 6 = más de una semana

9. Cuando lloro o río no experimento emoción alguna.

Frecuencia:

- 0 = nunca
- 1 = a veces
- 2 = a menudo
- 3 = muy a menudo
- 4 = siempre

Duración:

En general dura:

- 1 = unos segundos
- 2 = unos minutos
- 3 = unas horas
- 4 = un día aproximadamente
- 5 = más de un día
- 6 = más de una semana

10. Me da la sensación de no tener ningún pensamiento, como si al hablar las palabras las pronunciara un “autómata”.

Frecuencia:

- 0 = nunca
- 1 = a veces
- 2 = a menudo
- 3 = muy a menudo
- 4 = siempre

Duración:

En general dura:

- 1 = unos segundos
- 2 = unos minutos
- 3 = unas horas
- 4 = un día aproximadamente
- 5 = más de un día
- 6 = más de una semana

11. Las voces que me son familiares (incluso la mía propia) suenan distantes y artificiales.

Frecuencia:

- 0 = nunca
- 1 = a veces
- 2 = a menudo
- 3 = muy a menudo
- 4 = siempre

Duración:

En general dura:

- 1 = unos segundos
- 2 = unos minutos
- 3 = unas horas
- 4 = un día aproximadamente
- 5 = más de un día
- 6 = más de una semana

12. Tengo la sensación de que se me han agrandado o empequeñecido las manos o los pies.

Frecuencia:

- 0 = nunca
- 1 = a veces
- 2 = a menudo
- 3 = muy a menudo
- 4 = siempre

Duración:

En general dura:

- 1 = unos segundos
- 2 = unos minutos
- 3 = unas horas
- 4 = un día aproximadamente
- 5 = más de un día
- 6 = más de una semana

13. Todo a mi alrededor me parece distante o irreal, como si un velo se interpusiera entre el mundo y yo.

Frecuencia:

- 0 = nunca
- 1 = a veces
- 2 = a menudo
- 3 = muy a menudo
- 4 = siempre

Duración:

En general dura:

- 1 = unos segundos
- 2 = unos minutos
- 3 = unas horas
- 4 = un día aproximadamente
- 5 = más de un día
- 6 = más de una semana

14. Tengo la sensación de que las cosas que he hecho hace un rato han ocurrido hace muchísimo tiempo; por ejemplo, me parece que las cosas que hice esta mañana ocurrieron hace semanas.

Frecuencia:

- 0 = nunca
- 1 = a veces
- 2 = a menudo
- 3 = muy a menudo
- 4 = siempre

Duración:

En general dura:

- 1 = unos segundos
- 2 = unos minutos
- 3 = unas horas
- 4 = un día aproximadamente
- 5 = más de un día
- 6 = más de una semana

15. Estando despierto tengo visiones en las que me veo como si me contemplara desde fuera, como si me viera en un espejo.

Frecuencia:

- 0 = nunca
- 1 = a veces
- 2 = a menudo
- 3 = muy a menudo
- 4 = siempre

Duración:

En general dura:

- 1 = unos segundos
- 2 = unos minutos
- 3 = unas horas
- 4 = un día aproximadamente
- 5 = más de un día
- 6 = más de una semana

16. Siento indiferencia al recordar las cosas que me han ocurrido, como si no me hubieran sucedido a mí.

Frecuencia:

- 0 = nunca
- 1 = a veces
- 2 = a menudo
- 3 = muy a menudo
- 4 = siempre

Duración:

En general dura:

- 1 = unos segundos
- 2 = unos minutos
- 3 = unas horas
- 4 = un día aproximadamente
- 5 = más de un día
- 6 = más de una semana

17. Al encontrarme en una situación nueva, me da la sensación de haberla vivido ya antes.

Frecuencia:

0 = nunca
1 = a veces
2 = a menudo
3 = muy a menudo
4 = siempre

Duración:

En general dura:

1 = unos segundos
2 = unos minutos
3 = unas horas
4 = un día aproximadamente
5 = más de un día
6 = más de una semana

18. De pronto, y sin motivo alguno, advierto que no siento ningún afecto por mi familia y mis mejores amigos.

Frecuencia:

0 = nunca
1 = a veces
2 = a menudo
3 = muy a menudo
4 = siempre

Duración:

En general dura:

1 = unos segundos
2 = unos minutos
3 = unas horas
4 = un día aproximadamente
5 = más de un día
6 = más de una semana

19. Los objetos de mi alrededor me parecen más pequeños y alejados.

Frecuencia:

0 = nunca
1 = a veces
2 = a menudo
3 = muy a menudo
4 = siempre

Duración:

En general dura:

1 = unos segundos
2 = unos minutos
3 = unas horas
4 = un día aproximadamente
5 = más de un día
6 = más de una semana

20. Al tocar algo con las manos tengo la sensación de cómo si no fuera yo el que lo está tocando.

Frecuencia:

0 = nunca
1 = a veces
2 = a menudo
3 = muy a menudo
4 = siempre

Duración:

En general dura:

1 = unos segundos
2 = unos minutos
3 = unas horas
4 = un día aproximadamente
5 = más de un día
6 = más de una semana

21. Me creo incapaz de imaginarme cosas. Por ejemplo, la cara de un amigo cercano o un lugar familiar.

Frecuencia:

0 = nunca
1 = a veces
2 = a menudo
3 = muy a menudo
4 = siempre

Duración:

En general dura:

1 = unos segundos
2 = unos minutos
3 = unas horas
4 = un día aproximadamente
5 = más de un día
6 = más de una semana

22. Cuando me duele alguna parte del cuerpo, me siento ajeno al dolor, como si le doliera a otra persona.

Frecuencia:

0 = nunca
1 = a veces
2 = a menudo
3 = muy a menudo
4 = siempre

Duración:

En general dura:

1 = unos segundos
2 = unos minutos
3 = unas horas
4 = un día aproximadamente
5 = más de un día
6 = más de una semana

23. Tengo la sensación de estar fuera de mi cuerpo.

Frecuencia:

0 = nunca
1 = a veces
2 = a menudo
3 = muy a menudo
4 = siempre

Duración:

En general dura:

1 = unos segundos
2 = unos minutos
3 = unas horas
4 = un día aproximadamente
5 = más de un día
6 = más de una semana

24. Cuando me muevo me parece que no controlo mis movimientos, por lo que me siento “automático” y mecánico como si fuera un “robot”.

Frecuencia:

0 = nunca
1 = a veces
2 = a menudo
3 = muy a menudo
4 = siempre

Duración:

En general dura:

1 = unos segundos
2 = unos minutos
3 = unas horas
4 = un día aproximadamente
5 = más de un día
6 = más de una semana

25. El olor de las cosas ya no me produce ninguna sensación de agrado o desagrado.

Frecuencia:

0 = nunca
1 = a veces
2 = a menudo
3 = muy a menudo
4 = siempre

Duración:

En general dura:

1 = unos segundos
2 = unos minutos
3 = unas horas
4 = un día aproximadamente
5 = más de un día
6 = más de una semana

26. Me siento tan ajeno a mis pensamientos que estos parecen tener “vida” propia.

Frecuencia:

0 = nunca
1 = a veces
2 = a menudo
3 = muy a menudo
4 = siempre

Duración:

En general dura:

1 = unos segundos
2 = unos minutos
3 = unas horas
4 = un día aproximadamente
5 = más de un día
6 = más de una semana

27. Tengo que tocarme para asegurarme que poseo un cuerpo o existo realmente.

Frecuencia:

0 = nunca
1 = a veces
2 = a menudo
3 = muy a menudo
4 = siempre

Duración:

En general dura:

1 = unos segundos
2 = unos minutos
3 = unas horas
4 = un día aproximadamente
5 = más de un día
6 = más de una semana

28. Me parece no sentir ya algunas necesidades corporales (por ejemplo, no siento la sensación de hambre o sed), por lo que como o bebo de modo rutinario.

Frecuencia:

0 = nunca
1 = a veces
2 = a menudo
3 = muy a menudo
4 = siempre

Duración:

En general dura:

1 = unos segundos
2 = unos minutos
3 = unas horas
4 = un día aproximadamente
5 = más de un día
6 = más de una semana

29. Los lugares que antes me eran familiares me resultan ahora desconocidos, como si no los hubiera visto antes.

Frecuencia:

0 = nunca
1 = a veces
2 = a menudo
3 = muy a menudo
4 = siempre

Duración:

En general dura:

1 = unos segundos
2 = unos minutos
3 = unas horas
4 = un día aproximadamente
5 = más de un día
6 = más de una semana

POR FAVOR, NO OLVIDE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

BIBLIOGRAFIA

1. Berrios GE. Concepto de psicopatología descriptiva. En: Luque R, Villagrán JM, editores. Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias. Madrid: Trotta; 2000. p. 109-45.
2. Villagrán JM. Hacia una psiquiatría biológica no reduccionista: los modelos interdisciplinares. En: Baca E, Lázaro J, editores. Hechos y valores en psiquiatría. Madrid: Triacastela; 2003. p. 485-513.
3. Rosenhan DL. On being sane in insane places. *Science* 1973;179:250-8.
4. Poland J, von Eckardt B, Spaulding W. Problems with the DSM approach to classifying psychopathology. En: Graham G, Stephens GL, editores. *Philosophical psychopathology*. Cambridge: MIT Press; 1994. p. 235-60.
5. Berrios GE. Descriptive psychopathology. En: Berrios GE, editor. *The history of mental symptoms*. Cambridge: Cambridge University Press; 1996. p. 15-31.
6. Luque R, Villagrán JM, Berrios GE. Teoría del síntoma mental. *Monografías de Psiquiatría* 2003;XV(1):30-48.
7. Villagrán JM, Luque R, Berrios GE. La psicopatología descriptiva como sistema de captura de información: justificación de un cambio. *Monografías de Psiquiatría* 2003;XV(1):16-29.
8. Costello CG. Research on symptoms versus research on syndromes: arguments in favour of allocating more research time to study of symptoms. *British Journal of Psychiatry* 1992;160:304-8.
9. Berrios GE, Marková IS, Villagrán JM. ¿Son los síntomas psiquiátricos fenómenos similares? El problema de la heterogeneidad de los síntomas. *Psiquiatría Biológica* 1996;3(6):223-31.
10. Berrios GE, Marková IS, Olivares JM. Retorno a los síntomas mentales: hacia una nueva metateoría. *Psiquiatría Biológica* 1995;2(2):51-62.
11. Luque R. Modelos dimensionales del síntoma psiquiátrico. En: Baca E, Lázaro J, editores.

Hechos y valores en psiquiatría. Madrid: Triacastela; 2003. p. 175-95.

12. Shorvon HJ. The Depersonalisation Syndrome. Proceedings of the Royal Society of Medicine 1946;39:779-92.
13. Coons P. The Dissociative Disorders. Psychiatr Clin North Am 1998;21:637-47.
14. Stewart W. Panel on depersonalization. J Am Psychoanal Assoc 1964;12:171-86.
15. Cattell JP, Cattel JS. Depersonalisation: psychological and social perspectives. En: Arieti S, editor. American Handbook of Psychiatry. New York: Basic Book; 1974. p. 767-99.
16. González JM, Rejón C. El extrañamiento en la Psicopatología: ¿despersonalización, desrealización, trastornos del yo? Actas Esp Psiquiatr 2002;30(6):382-91.
17. Hwu H, Chen C, Tsuang M, Tseng W. Derealization Syndrome and the Outcome of Schizophrenia: A Report from the International pilot Study of Schizophrenia. British Journal of Psychiatry 1981;139:313-8.
18. Nuller Y. Depersonalisation: symptoms, meaning, therapy. Acta Psychiatrica Scandinavica 1982;66:451-8.
19. Cassano G, Petracca A, Perugi G, Toni C, Tundo A, Roth M. Derealization and panic attacks: a clinical evaluation on 150 patients with panic disorder/agoraphobia. Compreh Psychiatry 1989;30:5-12.
20. Seguí J, Márquez M, García L, Canet J, Salvador-Carulla L, Ortiz M. Depersonalisation in panic disorder: a clinical study. Compreh Psychiatry 2000;41(3):172-8.
21. Simeon D, Knutelska M, Nelson D, Guralnik O. Feeling Unreal: A Depersonalisation Disorder Update of 117 Cases. Jn Clin Psychiatry 2003;64:990-7.
22. Phillips ML, Sierra M, Hunter E, Lambert MV, Medford N, Senior C, et al. A Depersonalisation Research Unit: progress report. Psychiatric Bulletin 2001;25:105-8.
23. Baker D, Hunter E, Lawrence E, Medford N, Patel M, Senior C, et al. Depersonalisation

disorder: clinical features of 204 cases. *Br J Psychiatr* 2003;182:428-33.

24. Sierra M, Berrios GE. Depersonalisation: a conceptual history. *History of Psychiatry* 1997;VII:213-29.
25. Sierra M, Berrios GE. The phenomenological stability of depersonalization: comparing the old and the new. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2001;189(9):629-36.
26. Sierra M. Despersonalización: aspectos psicopatológicos. En: Luque R, Villagrán JM, editores. *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias*. Madrid: Trotta; 2000. p. 249-63.
27. Krishaber M. *De la Névropathie Cérébro-Cardiaque*. Paris: Masson; 1873.
28. Dugas L. Observations sur la fausse mémoire. *Reveu Philosophique de Paris et l'Étranger* 1894;xxxvii:34-45.
29. Dugas L. Un cas de depersonnalisation. *Revue Philosophique de Paris et l'Étranger* 1898;45:500-7.
30. Berrios GE. Anxiety and cognate disorders. En: Berrios G, editor. *The History of Mental Symptoms. Descriptive Psychopathology Since the 19th Century*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1996.
31. Wernicke C. *Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen*. Leipzig: Georg Thieme; 1906.
32. Berrios GE, Hauser R. "Kraepelin". En: Berrios GE, Porter RJ, editores. *A History of Clinical Psychiatry*. London: Atholone; 1995. p. 280-91.
33. Sierra M, Berrios GE. 'A case of Depersonalization' (by Dugas L, 1898). *History of Psychiatry* 1996;7:451-61.
34. Dugas L, Moutier F. *La Dépersonnalisation*. Paris: Alcan; 1911.
35. Störriing G. *Vorlesungen über Psychopathologie in ihrer Bedeutung fuer die normale Psychologie*. Leipzig; 1900.

36. Löwy M. Die Aktinsgefühle: ei Depersonalisationsfall als Beitrag zur Psychologie des Aktivitätsgefühles und des Persönlichkeitbewubtseins. Prager Medizinische Wochenschrift 1908;xxxiii:443-61.
37. Österreich K. Die Entfremdung der Wahrnehmungswelt und die Depersonnalisation in der Psychasthenie. Journal für die Psychologie und Neurologie 1907;ix:15-53.
38. Schilder P. The Image and Appereance of the Human Body. London: Kegan Paul; 1935.
39. Janet P. Les Obsessions et al psychasthénie. Paris: Alcan; 1903.
40. Jaspers K. Psicopatología General. Buenos Aires: Beta; 1980.
41. Taylor FK. Depersonalization in the light of Brentano's phenomenology. British Journal of Medical Psychology 1982;55(Pt 4):297-306.
42. Federn P. Narcissim in the structure of the ego. Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse 1928;9:401-19.
43. Luque R, Villagrán JM, Valls JM, Díez A. Despersionalización: aspectos históricos, conceptuales y clínicos. Rev Asoc Esp Neuropsiq 1995;XV(54):443-59.
44. Fenichel O. The Psychoanalytic Theory of Neurosis. London: Kegan Paul, Trench and Trubner; 1945.
45. Freud S. Un trastorno de la memoria en la Acrópolis. En: Obras Completas, tomo IX. Madrid: Bblioteca Nueva; 1975.
46. Frances A, Sacks M, Aronoff S. Depersonalization: a self-relational perspective. International Journal of Psychoanalysis 1977;58:325-31.
47. Mayer-Gross W. On Depersonalisation. Br J Med Psychol 1935;15:103-22.
48. Sedman G. Theories of depersonalization: a re-appraisal. British Journal of Psychiatry 1970;117:1-14.

49. Lambert MV, Sierra M, Phillips ML, David AS. The spectrum of organic depersonalisation: a review plus four new cases. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience* 2002;14(2):141-54.
50. Burón E, Jódar I, Corominas A. Despersonalización: del trastorno al síntoma. *Actas Esp Psiquiatr* 2004;32(2):107-17.
51. López Ibor J, Sr. *Las neurosis como enfermedades del ánimo*. Madrid: Gredos; 1966.
52. Cabaleiro M. *Temas psiquiátricos. Algunas cuestiones psicopatológicas generales*. Madrid: Paz Montalvo; 1966.
53. Alonso Fernández F. *Fundamentos de la Psiquiatría actual. Tomo I*. Madrid: Paz Montalvo; 1968.
54. Castilla del Pino C. *Introducción a la Psiquiatría II. Psiquiatría General, Psiquiatría Clínica*. 2ª ed. Madrid: Alianza; 1982.
55. Sánchez de las Matas J. Ansiedad, depresión, estrés en "despersonalización" y "desrealización". *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría* 1994;22(6):270-6.
56. Fdez-Agüelles P, García O. *La Crisis de Despersonalización: Aspectos Fenomenológicos*. Intus 1998;IX(1 y 2):13-26.
57. Ruiz Ogara C. *La Despersonalización, la Desrealización y la Conciencia Yoica*. Intus 1998;IX(1 y 2):27-36.
58. A.P.A. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition*. Third Edition ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1980.
59. A.P.A. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (revised)*. Fourth Edition ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2001.
60. Holmes E, Brown R, Mansell W, Fearon P, Hunter E, Frasquillo F, et al. Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical*

Psychological Review 2005;25:1-23.

61. Brown R. Different types of "Dissociation" have different psychological mechanisms. In Trauma Dissociation 2006;7(4):7-28.

62. O.M.S. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas de comportamiento. Madrid: Organización Mundial de la Salud; 1992.

63. Sierra M, Berrios GE. Depersonalisation: neurobiological perspectives. Biological Psychiatry 1998;8:213-29.

64. Radovic F, Radovic S. Feelings of unreality: a conceptual and phenomenological analysis of the language of depersonalization. Philosophy, Psychiatry and Psychology 2002;9(3):271-83.

65. Moroz BT, Nuller I, Ustimova IN, Andreev BV. Study of pain sensitivity based on the indicators of electro-odontometry in patients with depersonalization and depressive disorders. Zhurnal-Nevropatologii-Psikhiatrii-Im-S-S-Korsakova 1990;90:81-2.

66. Roder CH, Michal M, Overbeck G, van de Ven VG, Linden DE. [Pain response in depersonalization: a functional imaging study using hypnosis in healthy subjects]. Psychother Psychosom 2007;76(2):115-21.

67. Sierra M, Senior C, Phillips ML, David AS. Autonomic response in the perception of disgust and happiness in depersonalization disorder. Psychiatry Research 2006;145:225-31.

68. Montagne B, Sierra M, Medford N, Hunter E, Baker D, Kessels R, et al. Emotional memory and perception of emotional faces in patients suffering depersonalization disorder. British Journal of Psychology 2007;98:517-27.

69. Simeon D, Hwu H, Knutelska M. Temporal Disintegration in Depersonalization Disorder. Journal of Trauma and Dissociation 2007;8(1):11-24.

70. Davidson PW. Depersonalization phenomena in 214 adult psychiatric in-patients. Psychiatric Quarterly 1966;40:702-22.

71. Sierra M, Baker D, Medford N, David AS. Unpacking the depersonalization syndrome: an exploratory factor analysis on the Cambridge Depersonalization Scale. *Psychological Medicine* 2005;35:1523-32.
72. Simeon D, Stephen D, Segal K, Lerch B, Dujour R, Giesbrech T. De-constructing depersoanlization: futher evidence for symptom clusters. *Psychiatry Research* 2008;157:303-6.
73. Sierra M. Despersonalización: experiencia, estructura y neurobiología. En: Vallejo J, Sánchez L, Díez C, Menchón JM, editores. *Temas y retos en la psicopatología actual*. Barcelona: Ars Medica; 2007. p. 131-45.
74. Simeon D. Depersonalisation Disorder: A Contemporary Overview. *CNS Drugs* 2004;18(6):343-54.
75. Papageorgiou C, Ventouras E, Uzunoglu N, Rabavilas A, Stefanis C. Changes of P300 elicited during a working memory test in individuals with Depersonalization-Derealization experiences. *Neuropsychobiology* 2002;46:70-5.
76. Lambert MV, Senior C, Phillips ML, Sierra M, David AS. Visual imagery and depersonalisation. *Psychopathology* 2001;34:259-64.
77. Guralnik O, Schmeidler J, Simeon D. Feeling unreal: cognitive processes in depersonalization. *American Journal of Psychiatry* 2000;157:103-9.
78. Guralnik O, Giesbrecht T, Knutelska M, Sirroff B, Simeon D. Cognitive Functioning in Depersonalization Disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2007;195(12):983-8.
79. Giesbrecht T, Merckelbach H, Geraerts E, Smeets E. Dissociation in Undergraduate Students: Disruptions in Executiva Functioning. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2004;192(8):567-9.
80. Senior C, Hunter E, Lambert MV, Medford N, Sierra M, Phillips ML, et al. Depersonalisation. *Psychologist* 2001;14(3):128-32.
81. Lawrence E, Shaw P, Baker D, Baron-Cohen S, David AS. Measuring empathy: reliability and

validity of the Empathy Quotient. *Psychological Medicine* 2004;34:911-24.

82. Michal M, Kaufhold J, Grabhorn R, Krakow K, Overbeck G, Heidenreich T. Depersonalization and Social Anxiety. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2005;193(9):629-32.

83. Michal M, Kaufhold J, Overbeck G, Grabhorn R. Narcissistic regulation of the self and interpersonal problems in Depersonalized patients. *Psychopathology* 2006;39:192-8.

84. Levin R, Sirof B, Simeon D, Guralnik O. Role of Fantasy Proneness, Imaginative Involvement, and Psychological Absorption in Depersonalization Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2004;192(1):69-71.

85. LeDoux J. Brain mechanisms of emotion and emotional learning. *Curr Opin Neurobiol* 1992;2:191-7.

86. Halgren E. Emotional neurophysiology of the amigdala within the context of human cognition. En: Aggleton J, editor. *The Amygdala: Neurobiological Aspects of Emotion, Memory and Mental Dysfunction*. New York: Wiley-Liss; 1992. p. 191-228.

87. Morgan M, Romanski L, LeDoux J. Extinction of emotional learning: Contribution of medial prefrontal cortex. *Neurosci Lett* 1993;163:109-13.

88. Lopera F, Ardila A. Prosopamnesia and visuolimbic disconnection syndrome: A case study. *Neuropsychology* 1992;6:3-12.

89. Eckhardt A, Hoffmann S. Depersonalisation and Selbstbeschädigung. *Z Psychosom Med Psychoanal* 1993;39:284-306.

90. Damasio A, van Hoesen G. Focal lesions of the limbic frontal lobe. En: Heilman K, Satz P, editores. *Neuropsychology of Human Emotion*. New York: Guildford Press; 1983. p. 85-110.

91. Anand A, Charney D, Oren D, Berman R, Hu X, Cappiello A, et al. Attenuation of the neuropsychiatric effects of ketamine with lamotrigine: support for hyperglutamatergic effects of N-methyl-D-aspartate receptor antagonists. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57(3):270-6.

92. Szymanski H. Prolonged Depersonalization After Marijuana Use. *American Journal of Psychiatry* 1981;138(2):231-3.
93. Keshaven MS, Lishman WA. Prolonged depersonalization following cannabis abuse. *British Journal of Addiction* 1986;81:140-2.
94. Medford N, Baker D, Hunter E, Sierra M, Lawrence E, Phillips ML, et al. Chronic depersonalization following illicit drug use: a controlled analysis of 40 cases. *Addiction* 2003;98:1731-6.
95. Maes M, Maes L, Suy E. Symptom profiles of biological markers in depression: a multivariate study. *Psychoneuroendocrinology* 1990;15:29-37.
96. Simeon D, Hollander E, Stein DJ, DeCaria C, Cohen LJ, Saoud JB, et al. Induction of depersonalization by the serotonin agonist meta-chlorophenylpiperazine. *Psychiatry Research* 1995;58:161-4.
97. Nuller Y, Morozova M, Kushnir O, et al. Effect of naloxone therapy on depersonalization: a pilot study. *J Psychopharmacol* 2001;15(2):93-5.
98. Walsh S, Geter-Douglas B, Strain E, et al. Enadoline and butorphanol: evaluation of kappa-agonists on cocaine pharmacodynamics and cocaine self-administration in humans. *J Pharmacol Exp Ther* 2001;299(1):147-58.
99. Lader M. *The Psychophysiology of Mental Illness*. London: Routledge and Kegan, Paul; 1975.
100. Kelly D, Walter C. The relationship between clinical diagnosis and anxiety, assessed by forearm blood flow and other measurements. *Br J Psychiatr* 1968(114):611-26.
101. Sierra M, Senior C, Dalton J, McDonough M, Bond A, Phillips ML, et al. Autonomic Response in Depersonalization Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:833-8.
102. Simeon D, Guralnik O, Knutelska M, Yehuda R, Schmeidler J. Basal norepinephrine in depersonalization disorder. *Psychiatry Research* 2003;121:93-7.

103. Simeon D, Guralnik O, Knutelska M, Hollander E, Schmeidler J. Hypothalamic-pituitary-adrenal Axis Dysregulation in Depersonalization Disorder. *Neuropsychopharmacology* 2001;25(2):793-5.
104. Stanton BR, David AS, Cleare AJ, Sierra M, Lambert MV, Phillips ML, et al. Basal activity of the hypothalamic - pituitary - adrenal axis in patients with depersonalization disorder. *Psychiatric Research* 2001;104:85-9.
105. Giesbrecht T, Smeets E, Merckelbach H, Jelicic M. Depersonalization Experiences in Undergraduates Are Related to Heightened Stress Cortisol Responses. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2007;195(4):282-7.
106. Mathew R, Wilson W, Chiu N, Turkington T, Degradó T, Coleman R. Regional cerebral blood flow and depersonalization after tetrahydrocannabinol administration. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1999;100:67-75.
107. Vollenweider F, Vontobek P, Hell D, al e. 5-HT modulation of dopamine release in basal ganglia in psilocybin-induced psychosis in man: a PET study with (11C)raclopride. *Neuropsychopharmacology* 1999;20:424-33.
108. Vollenweider F, Maguire R, Leenders K, al e. Effects of high amphetamine dose on mood and cerebral glucose metabolism in normal volunteers using positron emission tomography (PET). *Psychiatry Res* 1998;83:149-62.
109. Simeon D, Guralnik O, Hazlett EA, Spiegel-Cohen J, Hollander E, Buchsbaum MS. Feeling Unreal: a PET study of depersonalization disorder. *American Journal of Psychiatry* 2000;157:1782-8.
110. Phillips ML, Medford N, Senior C, Bullmore ET, Suckling J, Brammer MJ, et al. Depersonalisation disorder: thinking without feeling. *Psychiatry Research: Neuroimaging* 2001;108:145-60.
111. Medford N, Brierley B, Brammer M, Bullmore ET, David AS, Phillips ML. Emotional memory in depersonalization disorder: A functional MRI study. *Psychiatry Research: Neuroimaging* 2006;148:93-102.

112. Lemche E, Surguladze S, Giampietro V, Anilkumar A, Brammer M, Sierra M, et al. Limbic and prefrontal responses to facial emotion expressions in depersonalization. *Brain Imaging* 2007;18(5):473-7.
113. Phillips ML, Sierra M. Depersonalization Disorder: A Functional Neuroanatomical Perspective. *Stress* 2003;6(3):157-65.
114. Mula M, Pini S, Cassano G. The neurobiology and clinical significance of depersonalization in mood and anxiety disorders: A critical reappraisal. *Journal of Affective Disorders* 2007;99:91-9.
115. Sims A. Depersonalization. En: Sims A, editor. *Symptoms in the Mind. An Introduction to Descriptive Psychopathology*. Third ed. Londres: Saunders; 2003. p. 230-40.
116. Ackner B. Depersonalisation I. Aetiology and phenomenology. *Journal of Mental Science* 1954;100:838-53.
117. Sapperstein JL. Phenomena of depersonalization. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1949;110:236-51.
118. Berrios GE, Chen YH. Recognising Psychiatric Symptoms. Relevance to the Diagnostic Process. *British Journal of Psychiatry* 1993;163:308-14.
119. Lewis AJ. Melancholia: a clinical survey of depressive states. *Journal of Mental Science* 1934;80:277-378.
120. Dixon J. Depersonalization phenomena in a sample population of college students. *Br J Psychiatry* 1963;109:371-5.
121. Davidson K. Episodic depersonalisation. Observations on 7 patients. *British Journal of Psychiatry* 1964;110:505-13.
122. Fleiss J, Gurland B, Goldberg K. Independence of depersonalization-derealization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1975;43:110-1.
123. Coons P. Depersonalisation and Derealization. En: Michelson LK, Ray W, editores. *Handbook*

of Dissociation. Theoretical, Empirical, and Clinical Perspectives. New York: Plenum Press; 1996. p. 291-305.

124. Jacobs JR, Bovasso GB. Toward the clarification of the construct of depersonalization and its association with affective and cognitive dysfunctions. *J Pers Assess* 1992;59(2):352-65.

125. Lambert MV, Senior C, Fewtrell WD, Phillips ML, David AS. Primary and secondary depersonalisation disorder: a psychometric study. *J Affect Disord* 2001;63:249-56.

126. Sierra M, Lopera F, Lambert MV, Phillips ML, David AS. Separating depersonalisation and derealisation: the relevance of the "lesion method". *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002;72:530-2.

127. Brauer R, Harrow M, Tucker G. Depersonalization phenomena in Psychiatric Patients. *British Journal of Psychiatry* 1970;117:509-15.

128. Edwards JG, Angus JW. Depersonalization. *Br J Psychiatry* 1972;120:242-4.

129. Hunter E, Sierra M, David AS. The epidemiology of depersonalisation and derealisation. A systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:9-18.

130. Shilony E, Grossman FK. Depersonalization as a defence mechanism in survivors of trauma. *Journal of Traumatic Stress* 1993;6:119-28.

131. Noyes R, Kletti R. Depersonalisation in response to life-threatening danger. *Comprehensive Psychiatry* 1977;18:375-84.

132. Noyes R, Hoenk PR, Kuperman S, Slymen DJ. Depersonalization in accident victims and psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 1977;164:401-7.

133. Aderibigbe YA, Bloch RM, Walker WR. Prevalence of depersonalization and derealization experiences in a rural population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36:63-9.

134. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS. Dissociative disorders among adults in the community, impaired functioning, and axis I and II comorbidity. *Journal of Psychiatry Research*

2006;40:131-40.

135. Gast U, Rodewald F, Nickel V, Emrich H. Prevalence of Dissociative Disorders among Psychiatric Inpatients in a German University Clinic. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2001;189(4):249-57.

136. Watts C. A Long-term Follow-up of Schizophrenia Patients: 1946-1983. *Journal of Clinical Psychiatry* 1985;46(6):210-6.

137. Sierra M, Gomez J, Molina JJ, Luque R, Muñoz JF, David AS. Depersonalization in Psychiatric Patients: A Transcultural Study. *J Nerv Ment Dis* 2006;194(5):356-61.

138. Sierra M, David AS. Depersonalization and Individualism: The Effect of Culture on Symptom Profiles in Panic Disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2007;195(12):989-95.

139. Medford N, Sierra M, Baker D, David AS. Understanding and treating depersonalisation disorder. *Advances in Psychiatric Treatment* 2005;11:92-100.

140. Phillips ML, Sierra M, Hunter E, Lambert MV, Medford N, Senior C, et al. Service innovations: a depersonalisation research unit progress report. *Psychiatric Bulletin* 2001;25:105-8.

141. Simeon D, Gross S, Guralnik O, Stein DJ, Schmeidler J, Hollander E. Feeling unreal: 30 cases of DSM-R-III depersonalization. *American Journal of Psychiatry* 1997;154:1107-13.

142. Trueman D. Depersonalization in a nonclinical population. *Journal of Psychology* 1984;16:107-12.

143. Charbonneau J, O'Connor K. Depersonalization in a non-clinical sample. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 1999;27:377-81.

144. Roberts WW. Normal and Abnormal Depersonalisation. *Journal of Mental Science* 1960;106:478-93.

145. Fewtrell WD. Relaxation and depersonalisation. *British Journal of Psychiatry* 1984;145:217.

146. Pérez de Ciriza A, Otamendi S, et al. Factores causantes de estrés en pacientes de las unidades de cuidados intensivos. *Enferm Intens* 1996;7:95-103.
147. van-Dyck R, Spinhoven P. Depersonalization and derealization during panic and hypnosis in low and highly hypnotizable agoraphobics. *Int J Clin Exp Hypn* 1997;45:45-54.
148. Fdez-Agüelles P, Giner J. Dspersonalización neurótica. En: Roca M, editor. *Trastornos neuróticos*. Barcelona: Ars Medica; 2002. p. 585-609.
149. Trueman D. Anxiety and depersonalization and derealization experiences. *Psychol Rep* 1984;54:91-6.
150. Noyes R, Kletti R. Depersonalization in the Face of Life-Threatening Danger: A Description. *Psychiatry* 1976;39:19-27.
151. Cardena E, Spiegel D. Dissociative reactions to the San Francisco Bay Area earthquake of 1989. *American Journal of Psychiatry* 1989;150:474-8.
152. Sloan P. Post-traumatic stress in survivors of an airplane crash-landing: A clinical and exploratory research intervention. *Journal of Traumatic Stress* 1988;1:211-29.
153. Madakasira S, O'Brien K. Acute posttraumatic stress disorder in victims of a natural disaster. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1987;175:286-90.
154. Bleich A, Gelkopf M, Melamed Y, Solomon Z. Emotional impact of exposure to terrorism among young-old and old-old israeli citizens. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13:705-12.
155. Marmar C, Weiss D, Schlenger W, Fairbank J, Jordan B, Kulka R, et al. Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *Am J Psychiatry* 1994;151:902-7.
156. Spiegel D, Classen C, Cardena E. New DSM-IV diagnosis of acute stress disorder. *Am J Psychiatry* 2000;157:1890-1.
157. Simeon D, Greenberg J, Knutelska M, Schmeidler J, Hollister L. Peritraumatic reactions

associated with the World Trade Center disaster. *Am J Psychiatry* 2003;160:1702-5.

158. Simeon D, Greenberg J, Nelson D, Schmeidler J, Hollander E. Dissociation and Posttraumatic Stress 1 Year After the World Trade Center Disaster: Follow-Up of a Longitudinal Survey. *J Clin Psychiatry* 2005;66(2):231-7.

159. Clunie M, Crone L, Klassen L, Yip R. Psychiatric side effects of indomethacin in parturients. *Can J Anesth* 2003;50(6):586-8.

160. Braken J, Koopmans P. Current status of interferon alpha in the treatment of chronic hepatitis B. *Pharma Weekbl Sci* 1992;14:167-73.

161. Westermann G, Bohm M, Bonsman G, al E. Chronic intoxication by doxycycline use for more than 12 years. *J Intern Med* 1999;246:591-2.

162. Cohen P. Medication-associated depersonalization symptoms: report of transient depersonalization symptoms induced by minocycline. *Southern Medical Journal* 2004;97(1):70-3.

163. Treisman G, Kaplin A. Neurologic and psychiatric complications of antiretroviral agents. *AIDS* 2002;16(9):1201-15.

164. Terao T, Yoshimura R, Terao M, al e. Depersonalization following nitrazepan withdrawal. *Biological Psychiatry* 1992;31:212-3.

165. Lechin F, van der Dijs B, Benaïm M. Benzodiazepines: tolerability in elderly patients. *Psychother Psychosom* 1996;65:171-82.

166. Khazaal Y, Zullino D. Depersonalisation-derealisation syndrome induced by reboxetine. *Swiss Med Wkly* 2003;133:398-9.

167. Nelleen B. Venlafaxine Withdrawal Syndrome: Report of Seven Cases in Trinidad. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2004;24(2):229-31.

168. Sakar J, Jones N, Sullivan G. A case of Depersonalization-Derealization syndrome during

treatment with quetiapine. *Jn Psychopharmacology* 2001;15(3):209-11.

169. Bathia S, Arora A, Bathia S. Perceptual disturbances with zaleplon. *Psychiatry Services* 2001;52(1):109.

170. Waltzer H. Depersonalization and the use of LSD: a psychodynamic study. *American Journal of Psychoanalysis* 1972;32:45-52.

171. Guttman E, Maclay W. Mescaline and Depersonalisation: Therapeutic experiments. *Journal of Neurology and Psychopathology* 1936;16:193-212.

172. Stein MB, Uhde TW. Depersonalization disorder: effects of caffeine and response to pharmacotherapy. *Biological Psychiatry* 1989;26:315-20.

173. Raimo E, Roemer R, Moster M, Shan Y. Alcohol-Induced Depersonalization. *Society of Biological Psychiatry* 1999;45:1523-6.

174. Moran C. Depersonalisation and Agoraphobia Associated with Marihuana Use. *British Journal of Medical Psychology* 1986;59:187-96.

175. Melges F, Tinklenberg J, Hollister L, Gillespie H. Temporal Disintegration and Depersonalization During Marihuana Intoxication. *Archives of General Psychiatry* 1970;23:204-10.

176. Mathew R, Wilson W, Humphreys D, Lowe J, Weithe K. Depersonalization after marijuana smoking. *Biological Psychiatry* 1993;33:431-41.

177. Sang F, Jauregui-Renaud K, Green DA, Bronstein AM, Gresty MA. Depersonalization/derealization symptoms in vestibular disease. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 2006;77(6):760-6.

178. Ströhle A, Kämpfel T, Sonntag A. Paroxetine for Depersonalization Associated With Multiple Sclerosis. *Am J Psychiatry* 2000;157:150-1.

179. Roth M, Harper M. Temporal Lobe Epilepsy and the Phobic Anxiety Depersonalisation

Syndrome. *Comprehensive Psychiatry* 1962;3:215-26.

180. Devinsky O, Feldmann E, Bromfield E, Emoto S, Raubertas R. Structured interview for partial seizures: clinical phenomenology and diagnosis. *Journal of Epilepsy* 1991;4:107-16.

181. Devinsky O, Putnam F, Grafman J, Bromfield E, Theodore W. Dissociative states and epilepsy. *Neurology* 1989;39:835-40.

182. Roth M. The phobic anxiety-depersonalisation syndrome. *Proc R Soc Med* 1959;52:587-95.

183. Benedetti A, Perugi G, Toni C, Simonetti B, Mata B, Cassano G. Hypochondriasis and illness phobia in panic-agoraphobic patients. *Compreh Psychiatry* 1997;38:124-31.

184. Hidalgo MI, Díaz RJ, Lana A, Peña I, Hidalgo MA. La despersonalización en los trastornos de pánico. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines* 1997;25(3):167-71.

185. Edlund M, Swann A, Clothier J. Patients with panic attacks and abnormal EEG results. *American Journal of Psychiatry* 1987;144:508-9.

186. Ackner B. Depersonalisation II. Clinical Syndromes. *Journal of Mental Science* 1954;100:854-72.

187. Ordas D, Ritchie E. Treatment of depersonalization disorder and associated depression with electroconvulsive therapy. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 1994;6:67-9.

188. Fuentenebro F, Berrios G. The pre-delusional state: a conceptual history. *Compreh Psychiatry* 1995;36:251-9.

189. Conrad K. *La esquizofrenia incipiente*. Madrid: Alhambra; 1962.

190. Sedman G, Kenna JC. Depersonalization and mood changes in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 1963;109:669-73.

191. Maggini C, Raballo A, Salvatore P. Depersonalization and basic symptoms in Schizophrenia. *Psychopatology* 2002;35:17-24.

192. Torch EM. Review of the relationship between obsession and depersonalisation. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1978;58:191-8.
193. Sedman G, Reed GF. Depersonalization phenomena in obsessional personalities and in depression. *British Journal of Psychiatry* 1963;109:376-9.
194. Hollander E, Carrasco JL, Mullen LS, Trungold S, DeCaria CM, Towey J. Left hemispheric activation in depersonalization disorder: A case report. *Biological Psychiatry* 1992;31:1157-62.
195. Simeon D, Stein DJ, Hollander E. Depersonalization Disorder and Self-Injurious Behavior. *Journal of Clinical Psychiatry* 1995;56(suppl 4):36-9.
196. Chopra H, Beatson J. Psychotic Symptoms in Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry* 1986;143(12):1605-7.
197. Zanarini MC, Ruser T, Frankenburg FR, Hennen J. The dissociative experiences of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry* 2000;42:223-7.
198. Lipsanen T, Korkeila J, Peltola P, Järvinen J, Langen K, Lauerma H. Dissociative disorders among psychiatric patients. Comparison with a nonclinical sample. *European Psychiatry* 2004;19:53-5.
199. Gunderson J. Trastorno límite de la personalidad. Guía clínica. Barcelona: Psiquiatría Editores, S.L. Ars Médica; 2002.
200. Yap PM. Koro, a culture bound depersonalisation syndrome. *British Journal of Psychiatry* 1965;111:43-50.
201. Simeon D, Guralnik O, Schmeidler J, Knutelska M. Fluoxetine therapy in depersonalisation disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2004;185:31-6.
202. King A, Little J. Thiopentone treatment of the phobic-anxiety depersonalization syndrome. *1959;52:595-6.*
203. Hollander E, Liebowitz M, DeCaria C, Fairbanks J, Fallon B, Klein D. Treatment of

- depersonalization with serotonin reuptake blockers. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 1990;10:200-3.
204. Noyes R, Kuperman S, Olson SB. Desipramine: a possible treatment for depersonalization disorder. *Canadian Journal of Psychiatry* 1987;32:782-4.
205. Hollander E, Fairbanks J, Decaria C, Liebowitz M. Pharmacological dissection of panic and depersonalization. *American Journal of Psychiatry* 1989;146:142.
206. Fichter C, Horevitz R, Braun B. Fluoxetine in depersonalization disorder. *American Journal of Psychiatry* 1992;149:1750-1.
207. Hollander E, Cohen L, DeCaria C, Stein DJ, Trungold Apter S, Islam M. Fluoxetine and depersonalization syndrome. *Psychosomatics* 1992;33:361-2.
208. Tunier, al e. The effects of risperidone in severe depersonalization and derealization in the context of borderline personality disorders. *Biological Psychiatry* 1997;42(Suppl):315-25.
209. Ratliff N, Kerski D. Depersonalization treated with fluoxetine. *Am J Psychiatry* 1995;152(11):1689-90.
210. Abbas S, Chandra P, Srivastava M. The use of fluoxetine and buspirone for treatment-refractory depersonalization disorder. *J Clin Psychiatry* 1995;56(10):484.
211. Pérez J, Salvador M. Respuesta terapéutica a moclobemida en un caso de trastorno de despersonalización crónico y persistente. *Psiquiatría Biológica* 1996;3(3):101-2.
212. Sachdev P. Citalopram-Clonazepam combination for primary depersonalization disorder: a case report. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry* 2002;36(3):424-5.
213. Jimenez-Genchi A. Repetitive transcranial magnetic stimulation improves depersonalization: a case report. *CNS Spectr* 2004;9(5):375-6.
214. Sierra M, Phillips ML, Lambert MV, Senior C, David AS, Krystal J. Lamotrigine in the

- Treatment of Depersonalization Disorder. *J Clin Psychiatry* 2001;62(10):826-7.
215. Sierra M, Phillips ML, Ivin G, Krystal J, David AS. A placebo-controlled, cross-over trial of lamotrigine in depersonalization disorder. *J Psychopharmacol* 2003;17(1):103-5.
216. Sierra M, Baker D, Medford N, Lawrence E, Patel M, Phillips ML, et al. Lamotrigine as an add-on treatment for depersonalization disorder: a retrospective study of 32 cases. *Clinical Neuropharmacology* 2006;29(5):253-8.
217. Bohus M, Landwehrmeyer B, Stiglmayr C, et al. Naltrexone in the treatment of dissociative symptoms in patients with borderline personality disorder: an open-label trial. *J Clin Psychiatry* 1999;60(9):598-603.
218. Glover H. A preliminary trial of nalmefene for the treatment of emotional numbing in combat veterans with post-traumatic stress disorder. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 1993;30(4):255-63.
219. Simeon D, Knutelska M. An open trial of naltrexone in the treatment of depersonalization disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2005;25(3):267-70.
220. Simeon D, Hollander E. Depersonalization Disorder. *Psychiatric Annals* 1993;23(7):382-8.
221. Simeon D, Guralnik O, Schmeidler J, et al. The role of childhood interpersonal trauma in depersonalization disorder. *American Journal of Psychiatry* 2001;158:1027-33.
222. Michal M, Beutel M, Jordan J, Zimmermann M, Wolters S, Heidenreich T. Depersonalization, Mindfulness, and Childhood Trauma. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2007;195(8):693-6.
223. Hunter EC, Phillips ML, Chalder T, Sierra M, David AS. Depersonalisation disorder: a cognitive-behavioural conceptualisation. *Behav Res Ther* 2003;41(12):1451-67.
224. Hunter E, Baker D, Phillips ML, Sierra M, David AS. Cognitive-behaviour therapy for depersonalisation disorder: an open study. *Behav Res Ther* 2005;43:1121-30.
225. Bernard-Leroy E. Sur l'illusion dite 'Dépersonnalisation'. *Revue Philosophique de Paris et*

l'Étranger 1898;46:157-62.

226. Heymans G. Weitere Daten über Depersonalisation und 'Fausse Reconnaissance'. *Zeitschrift für Psychologie* 1906;43:1-17.

227. Sierra M, Berrios GE. The Cambridge Depersonalisation Scale: a new instrument for the measurement of depersonalisation. *Psychiatry Res* 2000;93:153-64.

228. Fewtrell WD. Leicester: APT Press; 2000.

229. Simeon D, Guralnik O, Schmeidler J. Development of a Depersonalization Severity Scale. *J Trauma Stress* 2001;14(2):341-9.

230. Cox B, Swinson R. Instrument to assess depersonalization-derealization in panic disorder. *Depress Anxiety* 2002;15:172-5.

231. Field MC, Draijer N, Jonge Pd. Prevalence of dissociative disorders in psychiatric in - patients: the impact of study characteristics. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000;102:402 - 28.

232. Icaran E, Colom R, Orengo-García F. Estudio de validación de la escala de experiencias dissociativas con muestra de población española. *Actas Esp Psiquiatr* 1996;24(1):7-10.

233. Steinberg M, Rounsaville B, Cichetti D. The Structured Clinical Interview for DSM - III - R Dissociative Disorders: preliminary report on a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry* 1990;147(1):76 -82.

234. Steinberg M. Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D), revised. Washinton DC: American Psychiatric Press; 1994.

235. Steinberg M. The Spectrum of Depersonalization: Assessment and Treatment. En: Tasman A, Goldfinger S, editores. *APP. Review of Psychiatry*; 1991. p. 223-47.

236. Ross CA, Heber S, Norton GR, al e. The Dissociative Disorders Interview Schedule: a structured interview. *Dissociation* 1989;2:169-89.

237. Bernstein E, Putnam F. Development, reliability and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis* 1986;174:727-35.
238. Carlson EB, Putnam FW. An Update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation* 1993;17:16-27.
239. González A. Síntomas disociativos en una muestra de pacientes psiquiátricos extrahospitalarios. *Psiquis* 2004;25(1):37-43.
240. Steinberg MD, Rounsaville MD, Cicchetti PD. Detection of Dissociative Disorder in Psychiatric Patients by a Screening Instrument and a Structured Diagnostic Interview. *American Journal of Psychiatry* 1991;148(8):1050 - 4.
241. Dubester K, Braun B. Psychometric properties of the Dissociative Experiences Scale. *J Nerv Ment Dis* 1995;183(4):231-5.
242. Fischer DG, Elnitsky S. A factor analytic study of two scales measuring dissociation. *American Journal of Clinical Hypnosis* 1990;32:201-7.
243. Ray WJ, June K, Turaj K, Lundy R. Dissociative experiences in a college-age population: A factor analytic study of two dissociation scales. *Personality and Individual Differences* 1992;13:417-24.
244. Dunn GE, Ryan JJ, Paolo AM. A principal components analysis of the Dissociative Experiences Scale in a substance abuse population. *Journal of Clinical Psychology* 1994;50:936-40.
245. Carlson EB, Putman FW, Ross CA, Anderson G, Clark P, Torem M, et al. Factor analysis of the Dissociative Experiences Scale: A multicenter study. En: Braun BG, Carlson EB, editores. *Proceedings of the Eighth International Conference on Multiple Personality and Dissociative States*. Chicago: Rush; 1991.
246. Ross CA, Ellason JW, Anderson G. A factor analysis of the Dissociative Experiences Scale (DES) in dissociative identity disorder. *Dissociation* 1995;8:229-35.
247. Ross C, Joshi S, Currie R. Dissociative experiences in the general population: A factor analysis.

Hospital and Community Psychiatry 1991;3:297-301.

248. Sanders B, Green J. The factor structure of the Dissociative Experiences Scale in college students. *Dissociation* 1994;7:23-7.

249. Waller NG, Putman FW, Carlson EB. Types of dissociation and dissociative types: a taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychol Methods* 1996;1:300-21.

250. Simeon D, Guralnik O, Gross S, Stein D, Schmeidler J, Hollander E. The detection and measurement of Depersonalization Disorder. *J Nerv Ment Dis* 1998;186(9):536-42.

251. Waller NG, Ross CA. The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: taxometric and behavior genetic findings. *J Abnorm Psychol* 1997;106:499-510.

252. Simeon D, Knutelska M, Nelson D, Guralnik O, Schmeidler J. Examination of the Pathological Dissociation Taxon in Depersonalization Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2003;191(11):738-44.

253. Bremner J, Krystal J, Putnam F, Southwick S, Marmar C, Charney D, et al. Measurement of dissociative states with the Clinician Administered Dissociative States Scale (CADSS). *J Trauma Stress* 1998;11:125-36.

254. Riley KC. Measurement of dissociation. *J Nerv Ment Dis* 1988;176:449-50.

255. Sanders S. The perceptual alteration scale: a scale measuring dissociation. *Am J Clin Hypn* 1986;29:95-101.

256. Vanderlinden J, Van Dyck R, Vandereycken W, Vertommen H, Jan Verkes R. The Dissociation Questionnaire (DIS-Q): Development and characteristics of a new self-report questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 1993;1(1):21-7.

257. Krüger C, Mace CJ. Psychometric validation of the State Scale of Dissociation (SSD). *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 2002;75:33-51.

258. Briere J, Weathers FW, Runtz M. Is dissociation a multidimensional construct? Data from the Multiscale Dissociation Inventory? *Journal of Traumatic Stress* 2005;18(3):221-31.
259. Michal M, Sann U, Niebecker M, Lazanowsky C, Kernhof, Aurich S, et al. [The Measurement of the Depersonalisation-Derealisation-Syndrome with the German Version of Cambridge Depersonalisation Scale (CDS)]. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2004;54(9-10):367-74.
260. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1987;13(2):261-76.
261. Peralta V, Cuesta M. Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Esp Psiquiatr* 1994;22(4):171-7.
262. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 1961;4:561-71.
263. Conde V, Esteban T. Estudio crítico de la fiabilidad y validez del inventario de Beck. *Archivos de Neurobiología* 1976;39:313-38.
264. Alonso M, Florit AC. Características psicométricas de la versión española del Inventario de Depresión de Beck en pacientes crónicos con esquizofrenia. *Anales de Psiquiatría* 2002;18(4):154-60.
265. Vázquez C, Sanz J. Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud* 1999;10(1):59-81.
266. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology* 1959;32:50-5.
267. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badia X, Baró E. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Med Clin* 2002;118(13):493-9.
268. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Jn Clin Epidemiol* 1993;46:1417-32.

269. Agra I. Adaptación transcultural de cuestionarios en ciencias de la salud. *Medifam* 1997;7:13-6.
270. Guillemin F. Cross cultural adaptation and validation of health status measures. *Scand J Rheumatol* 1995;24:61-3.
271. Kinnear PR, Gray CD. *SPSS for Windows Made Simple*. East Sussex: Psychology Press Ltd.; 2000.
272. Salvador L, Romero C, González F. Guías para la descripción y la selección de instrumentos de evaluación en psiquiatría. En: Bulbena A, Berrios GE, Fernández de Larrinoa P, editores. *Medición clínica en Psiquiatría y Psicología*. Barcelona: Masson; 2003. p. 15-34.
273. Prieto L, Lamarca R, Casado A. La evaluación de la fiabilidad en las observaciones clínicas: el coeficiente de correlación interclase. *Med Clin* 1998;110:142-5.
274. Bulbena A, Ibarra N, Ballesteros J. Entrevistas estructuradas, cuestionarios y escalas de evaluación en psiquiatría. En: Vallejo J, Leal C, editores. *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Ars Medica; 2005. p. 536-52.
275. Muñoz P. Tests de cribado en la práctica clínica. En: Bulbena A, Berrios GE, Fernández de Larrinoa P, editores. *Medición clínica en Psiquiatría y Psicología*. Barcelona: Masson; 2003. p. 35-54.
276. Kline P. *An Easy Guide to Factor Analysis*. London: Routledge; 1994.
277. Visauta B, Martori JC. *Análisis estadístico con SPSS para windows. Volumen II. Estadística multivariante*. Segunda ed. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U.; 2003.
278. Paolo AM, Ryan JJ, Dunn GE, Van Fleet J. Reading level of the Dissociative Experience Scale. *J Clin Psychol* 1993;49(2):209-12.
279. Grau G. Metodología para la validación de cuestionarios. *Medifam* 1995;5(6):351-9.
280. Feinstein AR. *Clinical Epidemiology*. Philadelphia: WB Saunders; 1985.
281. Robins LN. *Epidemiology: Reflections on Testing the Validity of Psychiatric Interviews*. Arch

Gen Psychiatry 1985;42:918-24.

282. Sedman G. An investigation of certain factors concerned in the aetiology of depersonalization. Acta Psychiatr Scand 1972;48:191-219.

283. Tobías A, Fernández F. Pruebas diagnósticas (III): curvas ROC. Jano 1999; LVI:1090.

284. Martínez J, Onís MC, Dueñas R, Albert C, Aguado C, Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. Medifam 2002;12:620-30.

285. Perona-Garcelan S, Cuevas-Yust C, Garcia-Montes JM, Perez-Alvarez M, Ductor-Recuerda MJ, Salas-Azcona R, et al. Relationship between self-focused attention and dissociation in patients with and without auditory hallucinations. J Nerv Ment Dis 2008;196:190-7.

286. Putman FW, Carlson EB, Ross CA, Anderson G, Clark P, Torem M, et al. Patterns of Dissociation in Clinical and Nonclinical Samples. The Journal of Nervous and Mental Disease 1996;184(11):673-9.

287. Marquez M, Seguí J, García L, Canet J, Ortiz M. Is Panic Disorder with Psychosensorial Symptoms (Depersonalization-Derealization) a More Severe Clinical Subtype? The Journal of Nervous and Mental Disease 2001;189(5):332-4.