



Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



ORIGINAL

Despersonalización y esquizofrenia: estudio comparativo entre primeros y múltiples episodios de esquizofrenia



CrossMark

Rogelio Luque-Luque^{a,b}, Geli Marie Chauca-Chauca^c, Pablo Alonso-Lobato^d y M. Jose Jaen-Moreno^{e,*}

^a Unidad de Hospitalización de Psiquiatría, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

^b Psiquiatría, Universidad de Córdoba, Córdoba, España

^c Centro de Salud Mental Comunitaria, Hospital Infanta Margarita, Córdoba, España

^d Centro de Salud Mental Comunitaria, Peñarroya, Córdoba, España

^e Centro de Salud Mental Castilla del Pino, Hospital Universitario Reina Sofía, Universidad de Córdoba, Córdoba, España

Recibido el 26 de julio de 2015; aceptado el 20 de enero de 2016

Disponible en Internet el 6 de marzo de 2016

PALABRAS CLAVE

Esquizofrenia;
Psicosis;
Despersonalización;
Desrealización

Resumen

Introducción: Los fenómenos de despersonalización/desrealización se han asociado clásicamente con las fases iniciales de la psicosis y se supone que precederían (incluso en años) a la psicosis clínica, siendo mucho más frecuentes en la fase prodrómica y en la fase aguda de la enfermedad. Los objetivos del presente estudio son analizar las diferencias para los fenómenos de despersonalización/desrealización existentes entre los pacientes con primeros o con múltiples episodios de esquizofrenia y los factores que podrían influir en ello.

Material y métodos: Estudio descriptivo, controlado y transversal en el que se estudiaron 48 sujetos diagnosticados de esquizofrenia paranoide (20 con un primer episodio y 28 con episodios múltiples). Fueron evaluados mediante la *Escala de Despersonalización de Cambridge*, la *Escala de los Síndromes Positivo y Negativo* y la *Escala de Experiencias Disociativas*, entre otras.

Resultados: Los sujetos con primeros episodios de esquizofrenia presentan mayores puntuaciones tanto en la *Escala de Despersonalización de Cambridge* como en la subescala que valora estas experiencias en la *Escala de Experiencias Disociativas*. No encontramos asociaciones entre estas y la subescala de síntomas positivos de la *Escala de los Síndromes Positivo y Negativo*.

Conclusiones: Las experiencias de despersonalización/desrealización aparecen con mayor frecuencia, duración e intensidad en pacientes con primeros episodios de esquizofrenia que en pacientes con múltiples episodios de la enfermedad.

© 2016 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mjjaen@gmail.com (M.J. Jaen-Moreno).

KEYWORDS

Schizophrenia;
Psychosis;
Depersonalisation;
Derealisation

Depersonalisation and schizophrenia: Comparative study of initial and multiple episodes of schizophrenia

Abstract

Introduction: The phenomena of depersonalisation/derealisation have classically been associated with the initial phases of psychosis, and it is assumed that they would precede (even by years) the onset of clinical psychosis, being much more common in the prodromal and acute phases of the illness. The aims of the present study are to analyse the differences in depersonalisation/derealisation between patients with initial and multiple episodes and the factors that could influence this.

Material and methods: A descriptive, controlled and cross-sectional study of 48 patients diagnosed with paranoid schizophrenia (20 with an initial episode and 28 with multiple episodes). These patients were assessed using scales such as the *Cambridge Depersonalization Scale*, the *Positive and Negative Symptom Scale*, and the *Dissociative Experiences Scale*.

Results: Participants with initial episodes score higher on both the *Cambridge Depersonalization Scale*, and the subscale of the *Dissociative Experiences Scale* that evaluates such experiences. There were no associations between these types of experience and the positive symptoms subscale of the *Positive and Negative Symptom Scale*.

Conclusions: Depersonalisation/derealisation experiences appear with greater frequency, duration and intensity in patients in the early stages of the illnesses, gradually decreasing as they become chronic.

© 2016 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La despersonalización consiste en una alteración en la percepción o en la experiencia de sí mismo, de manera que el individuo se siente ajeno y distante, como si fuera un observador externo de su cuerpo o de sus propios procesos psíquicos^{1,2}. Las principales características psicopatológicas de la despersonalización son la sensación de extrañeza del entorno, los sentimientos de automatización, la auto-observación, las alteraciones emocionales, las alteraciones en la imagen corporal y las alteraciones en la vivencia del tiempo¹.

Desde las primeras descripciones de Krishaber y Dugas a finales del siglo XIX se han propuesto distintas teorías para explicarla: alteraciones de la percepción, la memoria, las emociones, la imagen corporal y modificaciones primarias de la conciencia del *self*. Clínicamente la despersonalización puede presentarse como categoría independiente (trastorno de despersonalización) o como síntoma de otros trastornos psiquiátricos y neurológicos³.

Varios autores han indicado la presencia de despersonalización en la esquizofrenia, especialmente durante los pródromos y la fase aguda de la enfermedad⁴⁻⁹, mientras que en la esquizofrenia crónica parece ser infrecuente¹⁰. Asimismo, la despersonalización ha sido incluida entre los llamados síntomas básicos de la esquizofrenia¹¹, siendo un fenómeno que con frecuencia precede (incluso en años) a la aparición de la psicosis.

Es posible que la despersonalización no sea tanto específica de la esquizofrenia como que constituya una característica general de los estados prepsicóticos, con independencia de su etiología². Varios investigadores evidencian que en la evolución del episodio psicótico las experiencias de

despersonalización prodrómica se integran en los delirios emergentes, un proceso denominado «repersonalización psicótica» (*psychotic re-personalization*)². Autores clásicos observaron que en la etapa prodrómica de algunas psicosis se producía una transición fluida de la despersonalización típica a la elaboración delirante de las mismas experiencias^{4,12-14}. Para Fish¹⁵ la despersonalización también es un síntoma frecuente durante el inicio de la esquizofrenia, pero con una rápida evolución hacia un carácter delirante. Esto demostraría que algunos delirios se basarían en las experiencias de despersonalización y que esta serviría como «sustrato experiencial» que, modulado por diferentes marcos cognitivos, cristalizaría en distintos fenómenos delirantes¹⁶.

Los trabajos que estudian directamente la relación entre la despersonalización y la esquizofrenia no son abundantes. Brauer et al., en 1970, señalaron el elevado porcentaje de experiencias de despersonalización en pacientes con esquizofrenia¹⁷. Los resultados del estudio piloto internacional de la esquizofrenia señalan que la presencia de despersonalización constituye un marcador de buen pronóstico en la esquizofrenia no hebefrénica¹⁸. Maggini et al., en 2002, encontraron que la presencia de despersonalización se asociaba a un perfil clínico diferente, con mayor compromiso cognitivo, depresión, alexitimia y reactividad mal adaptativa al estrés¹⁹.

Desde la perspectiva psicoanalítica, sin embargo, algunos autores han planteado que la despersonalización representa una forma leve de esquizofrenia²⁰⁻²³. Estas afirmaciones son de difícil validación empírica y se basan en argumentos circulares, es decir, las explicaciones psicodinámicas de la despersonalización se derivan de modelos psicodinámicos de esquizofrenia.

El objetivo del presente estudio es el de analizar si existen diferencias en las experiencias de despersonalización entre pacientes con primeros o múltiples episodios de esquizofrenia.

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo, controlado y transversal. La Comisión Ética del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba aprobó el protocolo y este cumple con los principios de la Declaración de Helsinki.

Participantes

Se evaluaron un total de 48 sujetos pertenecientes al Área de Salud Mental de Córdoba, desde 2009 a 2012. La muestra estuvo conformada por hombres y mujeres entre 18 y 50 años, diagnosticados de esquizofrenia paranoide según los criterios del DSM-IV-TR. Se excluyó a sujetos con lesión cerebral grave, retraso mental, enfermedad neurológica y/o alteraciones sensoriales graves que impidiesen la evaluación. La muestra total fue distribuida a lo largo de 2 grupos, uno denominado *primer episodio psicótico* ($n=20$) y el segundo *episodios psicóticos múltiples* ($n=28$). Los primeros fueron incluidos una vez confirmado el diagnóstico de esquizofrenia.

La evaluación de los participantes se realizó durante su ingreso en la Unidad de Hospitalización, previa estabilización del proceso agudo, es decir, una vez que disminuyeron los síntomas psicopatológicos y las alteraciones de la conducta como la ansiedad, la agitación, la hostilidad o la falta de colaboración, que impidieran la cumplimentación de las escalas o distorsionaran sus resultados. Todos los pacientes dieron su consentimiento por escrito para la inclusión en el estudio. Los datos sociodemográficos y clínicos se obtuvieron mediante entrevista semiestructurada realizada por los investigadores.

Instrumentos de evaluación

Escala de Despersonalización de Cambridge (CDS)²⁴. Este cuestionario consta de 29 ítems, cada uno de los cuales está compuesto de 2 escalas con puntuación de tipo Likert (frecuencia y duración). La suma de estas proporciona una puntuación total de la *intensidad* de las experiencias. En el presente estudio hemos empleado la versión española²⁵ del instrumento, que ha mostrado una alfa de Cronbach total de 0,94 y con un punto de corte de 71. Sierra et al. plantean un modelo factorial que explica el 73,3% de la varianza, con extracción de 4 factores: *experiencias corporales anómalas* (ítems 24, 15, 20, 27, 23, 3, 6, 11 y 8), *embotamiento emocional* (ítems 25, 28, 7, 9, 18 y 10), *pensamientos subjetivos anómalos* (ítems 16, 14, 19, 21 y 17) y *extrañeza del entorno* (ítems 1, 13, 5 y 2)²⁶.

Escala de Experiencias Disociativas (DES)²⁷ en su versión validada al español²⁸, con una alfa de Cronbach de 0,91. Se trata de una escala analógica visual compuesta por 28 ítems con 3 dimensiones: absorción, amnesia y despersonalización-desrealización. Simeon et al.²⁹ demostraron la posibilidad de emplear la dimensión

despersonalización-desrealización como cribado para el trastorno.

Por último, también fueron empleadas las versiones validadas al español de la *Escala de los Síndromes Positivo y Negativo* (PANSS)^{30,31}, el *Inventario de Depresión de Beck*, la *Escala de Ansiedad de Hamilton* y la *Escala de Evaluación de Introspección-Ampliada*.

Análisis de los datos

Los datos fueron analizados utilizando el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS versión 20). En una primera fase se realizó el análisis descriptivo de las características sociodemográficas y clínicas de la muestra total, así como de ambos grupos por separado. Para la comparación de las variables empleamos la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes, dado que los grupos tenían un tamaño muestral menor de 30 y la prueba de normalidad (Kolmogorov-Smirnov) mostraba una distribución no normal para algunas de las puntuaciones, a menos que se especifique lo contrario. Las diferencias fueron consideradas estadísticamente significativas con una $p < 0,05$. La valoración de la asociación entre la escala CDS y el resto de los instrumentos empleados en el estudio se llevó a cabo con la prueba de correlación de Pearson.

Resultados

En la [tabla 1](#) se muestran los estadísticos descriptivos para las variables sociodemográficas recogidas, tanto para la muestra total como para ambos grupos por separado. La [tabla 2](#) muestra los estadísticos descriptivos para la escala CDS, la DES, la *Escala de Ansiedad de Hamilton*, el *Inventario de Depresión de Beck* y la PANSS.

La prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes mostró diferencias estadísticamente significativas para las puntuaciones de la CDS y la dimensión de despersonalización-desrealización de la escala DES. Respecto a la CDS, interesa señalar que el grupo de primeros episodios de esquizofrenia obtiene unas puntuaciones significativamente superiores tanto en los parámetros de intensidad, frecuencia y duración de las experiencias de despersonalización-desrealización como en los 4 factores que la componen: experiencias corporales anómalas, embotamiento emocional, recuerdos subjetivos anómalos y extrañeza del entorno. Estos resultados evidencian que existen diferencias en cuanto a la distribución de las puntuaciones en ambos grupos. Asimismo, también hallamos estas diferencias entre el grupo de primer episodio y el de episodios múltiples para el *Inventario de Depresión de Beck* y la escala de Hamilton, así como para las subescalas de la PANSS, salvo para la de síntomas positivos.

Los resultados de las pruebas de asociación –*correlación de Pearson*– entre la CDS y el resto de los instrumentos empleados se muestra en la [tabla 3](#).

Discusión

La prevalencia de experiencias de despersonalización en sujetos con esquizofrenia se sitúa en torno a un 6,9-36%³².

Tabla 1 Características sociodemográficas de la muestra a estudio

	Total	Primeros episodios	Episodios múltiples
Sexo, n (%)			
Hombres	33 (68,8)	11 (55)	22 (78,6)
Mujeres	15 (31,3)	9 (45)	6 (21,4)
Edad, media (DE)	33,7 (9,2)	28,25 (7,76)	37,54 (8,26)
Nivel educativo, n (%)			
Primaria incompleta	4 (8,3)	3 (15)	1 (3,6)
Primaria completa	20 (41,7)	7 (35)	13 (46,4)
Bachillerato incompleto	7 (14,6)	5 (25)	2 (7,1)
Bachillerato completo	10 (20,8)	1 (5)	9 (32,1)
Universitarios	7 (14,6)	4 (20)	3 (10,7)
Procedencia, n (%)			
Urbano	25 (52,1)	10 (50)	15 (53,5)
Rural	23 (47,9)	10 (50)	13 (46,4)
Intentos de suicidio, n (%)			
Sí	10 (20,8)	1 (5)	9 (32,1)
No	38 (79,2)	19 (95)	19 (67,9)
Ideas de suicidio, n (%)			
Sí	6 (12,5)	2 (10)	4 (14,3)
No	42 (87,5)	18 (90)	24 (87,5)
Tiempo de evolución en años, media (DE)	7,45 (9,25)	0,72 (0,95)	12,27 (9,52)

DE: desviación estándar.

Tabla 2 Puntuaciones obtenidas para las diferentes escalas en cada uno de los grupos

	Total, media (DE)	Primeros episodios, media (DE)	Episodios múltiples, media (DE)	U de Mann-Whitney, significación
CDS				
Intensidad	40,58 (32,7)	61,3 (30,89)	25,53 (24,83)	$p = 0,001$
Frecuencia	16,02 (13,7)	25 (13,34)	9,6 (9,96)	$p = 0,001$
Duración	24,14 (19,46)	36,65 (18,9)	15,21 (14,46)	$p = 0,00$
ECA	12,29 (12,99)	21,1 (13,03)	6 (8,69)	$p = 0,00$
EE	6,37 (6,37)	8,95 (6,32)	4,53(5,8)	$p = 0,01$
RSA	7,37 (6,72)	9,75 (6,9)	5,67 (6,17)	$p = 0,02$
EXE	9,18 (7,66)	14,05 (8)	5,71 (5,22)	$p = 0,00$
DES				
Total	22,01 (16,48)	2,81 (14,24)	21,44 (18,14)	$p = 0,326$
Absorción-imaginativo	13,6 (11,8)	12,4 (9,84)	14,46 (13,13)	$p = 0,9$
Amnesia	22,22 (15,53)	20,15 (14,94)	23,71 (19,29)	$p = 0,73$
DP-DR	14,64 (13,12)	21 (12,6)	10,1 (11,69)	$p = 0,05$
Hamilton	9,27 (9,01)	6,1 (8,49)	11,53 (8,82)	$p = 0,01$
BDI	7,85 (7,8)	5,15 (7,2)	9,78 (7,75)	$p = 0,024$
PANSS				
Subescala positiva	23,27 (7,13)	22,25 (6,08)	24 (7,82)	$p = 0,470$
Subescala negativa	16,35 (9,25)	10,9 (4,71)	20,25 (9,78)	$p = 0,000$
Psicopatología general	35,67 (13,96)	28,65 (6,51)	40,68 (15,71)	$p = 0,006$
Puntuación total	75,29 (26,11)	61,8 (13,82)	84,93 (28,66)	$p = 0,002$

BDI: *Inventario de Depresión de Beck*; CDS: *Escala de Despersonalización de Cambridge*; DE: desviación estándar; DP-DR: despersonalización-desrealización; DES: *Escala de Experiencias Disociativas*; ECA: experiencias corporales anómalas; EE: embotamiento emocional; EXE: extrañeza del entorno; PANSS: *Escala de los Síndromes Positivo y Negativo*; RSA: recuerdos subjetivos anómalos.

Tabla 3 Correlaciones de Pearson para las diferentes escalas

Muestra	DES				HARS	BDI	PANSS			
	Total	A-I	Amnesia	DP-DR			SP	SN	PG	PT
<i>CDS intensidad</i>										
Total	0,45**	0,31*	0,29*	0,69**	0,05	0,1	-0,14	-0,32*	-0,18	-0,24
PE	0,45*	0,36	0,17	0,69**	0,28	0,28	-0,55	0,12	0,35	0,18
ME	0,59**	0,51**	0,61**	0,53**	0,09	0,38*	0,09	-0,00	0,36	0,22
<i>CDS frecuencia</i>										
Total	0,46**	0,3*	0,28	0,74**	-0,22	0,22	-0,15	-0,323*	-0,19	-0,25
PE	0,48*	0,37	0,18	0,77**	0,72	0,76	-0,15	0,04	0,14	0,00
ME	0,59**	0,49**	0,6**	0,59**	0,29	0,39*	-0,07	-0,09	0,42	-0,01
<i>CDS duración</i>										
Total	0,42**	0,3*	0,26	0,65**	0,12	0,18	-0,12	-0,3*	-0,15	-0,21
PE	0,39	0,33	0,15	0,77**	0,41	0,41	0,15	0,17	0,48*	0,29
ME	0,56**	0,51**	0,58**	0,51**	0,33	0,46*	-0,13	-0,14	-0,09	-0,76
<i>CDS_ECA</i>										
Total	0,47**	0,34*	0,24	0,74**	-0,08	-0,04	-0,094	-0,34*	-0,24	-0,26
PE	0,48**	0,4	0,09	0,75**	-0,09	0,16	0,13	-0,01	-0,01	-0,12
ME	0,66**	0,6**	0,64**	0,62**	0,14	0,17	-0,01	0,02	-0,04	-0,06
<i>CDS_EE</i>										
Total	0,27	0,23	0,16	0,39**	0,19	0,23	-0,08	-0,2	-0,03	-0,11
PE	0,12	0,12	-0,00	0,21	0,33	0,28	0,38	0,58**	-0,99	0,16
EM	0,38*	0,38*	0,34	0,36	0,32	0,43*	-0,02	0,18	-0,01	-0,11
<i>CDS_RSA</i>										
Total	0,41**	0,24	0,35**	0,49**	0,1	0,1	-0,16	-0,14	-0,04	-0,12
PE	0,29	0,19	0,41	0,33	0,27	0,2	-0,01	0,05	-0,19	0,45*
EM	0,5**	0,34	0,59**	0,5**	0,16	0,07	0,22	-0,09	-0,15	-0,02
<i>CDS_EXE</i>										
Total	0,29*	0,17	0,16	0,55**	0,17	0,18	-0,13	-0,23	-0,08	-0,16
PE	0,31	0,31	0,2	0,46*	0,33	0,29	-0,02	0,25	-0,11	0,13
EM	0,35	0,26	0,34	0,39*	0,52**	0,57**	0,09	0,01	-0,06	0,01

A-I: absorción-imaginativo; BDI: *Inventario de Depresión de Beck*; CDS: *Escala de Despersonalización de Cambridge*; DP-DR: despersonalización-desrealización; ECA: experiencias corporales anómalas; EE: embotamiento emocional; EM: episodios múltiples; EXE: extrañeza del entorno; HARS: *Escala de Ansiedad de Hamilton*; PE: primeros episodios; PG: psicopatología general; PT: puntuación total; RSA: recuerdos subjetivos anómalos; SN: síntomas negativos; SP: síntomas positivos.

Los datos resaltados en negrita hacen referencia a las correlaciones con significación estadística.

* $p < 0,05$.

** $p < 0,001$.

Los resultados obtenidos en este trabajo indican que existen diferencias respecto al mayor número de síntomas de despersonalización-desrealización en pacientes con primeros episodios que en los que han sufrido múltiples episodios. Se admite que los pacientes con esquizofrenia presentan claros síntomas de despersonalización, especialmente en las fases iniciales de la enfermedad, y que serían menos frecuentes en etapas avanzadas de esta⁴. Estas diferencias no solamente las hallamos en las puntuaciones de frecuencia, duración e intensidad, sino que también están presentes en el modelo de 4 factores de Sierra et al. (experiencias corporales anómalas, embotamiento emocional, recuerdos subjetivos anómalos y extrañeza del entorno)^{26,29}.

Las puntuaciones obtenidas para la CDS (tabla 2) fueron similares a las obtenidas por Molina et al. en el estudio de validación original al castellano ($43,16 \pm 37,35$), mientras que en nuestro trabajo los sujetos con primeros episodios

puntúan el doble en la despersonalización. Esto podría indicar que las experiencias de despersonalización son más frecuentes en las fases incipientes o prodrómicas de las psicosis, previas a la aparición de delirios y alucinaciones, tal como sostenía Mayer-Gross⁴. De esta forma, dimensiones como la intensidad, la duración y la frecuencia no se asocian con los síntomas positivos. Por otro lado, no se ha encontrado relación entre las puntuaciones de la CDS y las de la subescala de síntomas negativos y de psicopatología general de la PANSS, en consonancia con el estudio de validación original. Los hallazgos reportados por la literatura hacen referencia a la asociación entre las experiencias de despersonalización con los síntomas básicos, los afectivos y la alexitimia de la esquizofrenia^{4,19,33}.

Asimismo conviene resaltar que las diferencias significativas entre ambos grupos en la DES se deben principalmente a los ítems que componen la subescala de despersonalización

y no a los (ítems) de la (subescala) absorción-imaginativa, siendo estos últimos considerados como los más característicos para los fenómenos disociativos³⁴.

La despersonalización se ha conceptualizado como un constructo teórico distribuido a lo largo de un continuum. Como otros fenómenos, puede estar presente en sujetos sanos, que la experimentarían en situaciones de fatiga, estrés o falta de sueño. Igualmente, también aparece como síntoma, asociada a otros muchos trastornos psiquiátricos (trastornos de ansiedad, trastornos afectivos, esquizofrenia), por lo que es necesario hacer la distinción de la despersonalización como síntoma o como trastorno definido en las clasificaciones internacionales de las enfermedades³⁵.

El interés por el estudio de las experiencias de despersonalización-desrealización tanto en población clínica como en no clínica se ha visto incrementado en los últimos años debido a la aparición de instrumentos válidos y fiables que facilitan su valoración, como es la CDS²⁵. Estudios prospectivos y retrospectivos han planteado la presencia de experiencias anómalas, como alteraciones corporales, despersonalización, «disolución de los límites del yo» o disforia, en las fases prodrómicas de la psicosis o en los estados predelirantes. Estas sensaciones, entre las que se encuadrarían las de despersonalización-desrealización, generarían «sentimientos de cambio» en el sujeto y podrían ser la base de sustentación de síntomas como los delirios. De esta manera, conforme avanza la psicosis, estas experiencias perderían importancia frente a otros fenómenos psicopatológicos, como las alucinaciones o los delirios^{8,9,16,36,37}.

Las limitaciones del presente estudio proceden principalmente de la composición y del tamaño muestral, lo que podría incrementar el riesgo de cometer un error tipo I. El que la muestra se obtuviese en sujetos hospitalizados habría dificultado profundizar en los estudios de asociaciones entre los diferentes instrumentos empleados.

En resumen, con los resultados obtenidos podemos contribuir a lo reportado en la literatura en relación con que las experiencias de despersonalización-desrealización son más frecuentes en pacientes con primeros episodios de esquizofrenia que en pacientes con múltiples episodios de la enfermedad.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Este trabajo se ha realizado gracias al convenio de colaboración entre la Fundación de Investigación Biomédica de Córdoba (FIBICO) y Janssen-Cilag.

Bibliografía

- Berrios GE, Sierra M. Depersonalization: A conceptual history. *Hist Psychiatry*. 1997;8 30 Pt 2:213–29.
- Sierra M. Depersonalization. A new look at a neglected syndrome. New York: Cambridge University Press; 2009.
- Postmes L, Sno HN, Goedhart S, van der Stel J, Heering HD, de Haan L. Schizophrenia as a self-disorder due to perceptual incoherence. *Schizophr Res*. 2014;152:41–50.
- Mayer-Gross W. On depersonalization. *Br J Med Psychol*. 1935;15:103–26.
- Ey H. 'Bouffées délirantes' et psychoses hallucinatoires aiguës. *Études Psychiatriques*, vol. 3. Paris: Desclée de Brouwer; 1954.
- Mayer-Gross W, Slater E, Roth M. *Clinical Psychiatry*. 3.^a ed. London, Martin, Baillière: Tindall & Cassell; 1969.
- Conrad K, Belda JM. La esquizofrenia incipiente. Madrid: Alhambra; 1963.
- Klosterkotter J, Hellmich M, Steinmeyer EM, Schultze-Lutter F. Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58:158–64.
- Klosterkotter J, Schultze-Lutter F, Ruhrmann S, Kraepelin and psychotic prodromal conditions. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2008;258 Suppl 2:74–84.
- Sedman G. Theories of depersonalization: A re-appraisal. *Br J Psychiatry: The Journal of Mental Science*. 1970;117:1–14.
- Gross G. The basic symptoms of schizophrenia. *Br J Psychiatry Suppl*. 1989;7:21–5, discussion 37–40.
- Ackner B. Depersonalization. I. Aetiology and phenomenology. *J Ment Sci*. 1954;100:838–53.
- Ackner B. Depersonalization. II. Clinical syndromes. *J Ment Sci*. 1954;100:854–72.
- Schilder P. The image and the appearance of the human body. London: Kegan Paul; 1935.
- Hamilton M. Fish's schizophrenia. 3.^a ed. Bristol: John Wright & Sons; 1984.
- Fuentenebro F, Berrios GE. The predelusional state: A conceptual history. *Compr Psychiatry*. 1995;36:251–9.
- Brauer R, Harrow M, Tucker GJ. Depersonalization phenomena in psychiatric patients. *Br J Psychiatry: The Journal of Mental Science*. 1970;117:509–15.
- Hwu HG, Chen CC, Tsuang MT, Tseng WS. Derealization syndrome and the outcome of schizophrenia: A report from the international pilot study of schizophrenia. *Br J Psychiatry: The Journal of Mental Science*. 1981;139:313–8.
- Maggini C, Raballo A, Salvatore P. Depersonalization and basic symptoms in schizophrenia. *Psychopathology*. 2002;35:17–24.
- Galdston I. On the etiology of depersonalization. *J Nervs Ment Dis*. 1947;105:25–39.
- Oberndorf CP. The role of anxiety in depersonalization. *Int J Psychoanal*. 1950;15:103–22.
- Winnik H. On the structure of the depersonalization-neurosis. *Br J Med Psychol*. 1948;21 Pt 4:268–77.
- Rosenfeld H. Analysis of schizophrenic state with depersonalization. *Int J Psychoanal*. 1947;28:130–9.
- Sierra M, Berrios GE. The Cambridge Depersonalization Scale: A new instrument for the measurement of depersonalization. *Psychiatry Res*. 2000;93:153–64.
- Molina Castillo JJ, Martínez de la Iglesia J, Albert Colomer C, Berrios GE, Sierra M, Luque Luque R. Adaptación y validación al castellano de la Escala de Depersonalización de Cambridge. *Actas Esp Psiquiatr*. 2006;34:185–92.

26. Sierra M, Baker D, Medford N, David AS. Unpacking the depersonalization syndrome: An exploratory factor analysis on the Cambridge Depersonalization Scale. *Psychol Med*. 2005;35:1523–32.
27. Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis*. 1986;174:727–35.
28. Icarán E, Colom R, Orengo García F. Experiencias disociativas: una escala de medida. *Anuario de Psicología*. 1996;70:60–84.
29. Simeon D, Guralnik O, Gross S, Stein DJ, Schmeidler J, Hollander E. The detection and measurement of depersonalization disorder. *J Nerv Men Dis*. 1998;186:536–42.
30. Gómez-Feria Prieto I, Hernández Hazaña JL, Fernández Caraballo D, Seffar F, Gómez González J. Los síntomas esquizofrénicos básicos y su relación con las esquizofrenias positivas y negativas. *Psiquiatr Biol*. 2001;8:3–8.
31. 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;22:171–7.
32. Hunter EC, Sierra M, David AS. The epidemiology of depersonalisation and derealisation. A systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39:9–18.
33. Sedman G, Kenna JC. Depersonalization and mood changes in schizophrenia. *Br J Psychiatry: The Journal of Mental Science*. 1963;109:669–73.
34. Molina JJ. Adaptación y validación al castellano de la Escala de Despersonalización de Cambridge. Córdoba: Universidad de Córdoba; 2008.
35. Sims A. Despersonalización. Síntomas mentales. Madrid: Triacastela; 2003. p. 259–79.
36. Gonzalez-Torres MA, Inchausti L, Aristegui M, Ibañez B, Díez L, Fernandez-Rivas A, et al. Depersonalization in patients with schizophrenia spectrum disorders, first-degree relatives and normal controls. *Psychopathology*. 2010;43:141–9.
37. Sass LA, Parnas J. Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophr Bull*. 2003;29:427–44.