

SÍNTOMAS DE DESPERSONALIZACIÓN EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y EN PARTICIPANTES DE LA COMUNIDAD por Rafael Kichic

Se distribuye bajo una licencia Creative Commons - Atribución - No comercial - Sin obra derivada - 4.0 Internacional.



UNIVERSIDAD DE PALERMO
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

TESIS DOCTORAL

SÍNTOMAS DE DESPERSONALIZACIÓN EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD
Y EN PARTICIPANTES DE LA COMUNIDAD

DOCTORANDO

Lic. Rafael Kichic

DIRECTOR

Dr. Mauricio Sierra Siegert

CO-DIRECTOR

Dr. Alejandro Castro Solano

Buenos Aires, Mayo de 2014

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer al Dr. Mauricio Sierra por haber aceptado ser mi director de tesis, y por el tiempo, la paciencia, y la amistad que desarrollamos a lo largo de estos años. También quería agradecer al Dr. Facundo Manes por su generosidad al haberme contactado con Mauricio Sierra, y a Emma por haberme ayudado a aprovechar mi visita al Dr. Sierra.

Igualmente valioso ha sido para mi el apoyo y consejo permanente de mi Co-Director el Dr. Alejandro Castro Solano, a quien también estoy profundamente agradecido.

Quiero agradecer a la Dra. Edna Foa y a la Dra. Elizabeth Hembree a quienes tengo un especial aprecio y afecto por haberme enseñado la psicopatología y el tratamiento de los trastornos de ansiedad. También a la Dra. Mildred Vera Ríos quien gentilmente me brindó su tiempo y guía para elaborar la propuesta de investigación.

Agradezco a mis colegas de INECO, especialmente a los miembros de la Clínica de Ansiedad y Estrés y al Lic. Lucas Sedeño, quienes me ayudaron a la ejecución de las investigaciones. También quiero agradecer el apoyo de Claudia y a Patricia quienes en forma incansable me han ayudado a conseguir muchos de los artículos científicos con los cuales se hizo esta tesis.

Por último, quiero agradecer a mi querida Natalia y a mis padres quienes con todo su afecto y comprensión siempre me apoyaron y me alentaron en mis proyectos personales y profesionales.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Presentación		16
PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO		22
Capítulo 1	DEFINICIÓN DE DESPERSONALIZACIÓN Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS	23
	1.1 Despersonalización y Desrealización en la Clasificación DSM-IV	23
	1.2 Trastorno de Despersonalización	24
	1.3 Relación entre Despersonalización y Desrealización	26
	1.4 Subtipos de Despersonalización	28
	1.4.1 Experiencias corporales anómalas	28
	1.4.2 Embotamiento afectivo	29
	1.4.3 Experiencias anómalas del recordar	30
	1.4.4 Desrealización	31
	1.5 Despersonalización Primaria y Secundaria	32
	1.6 Resumen	34
Capítulo 2	PREVALENCIA DE LA DESPERSONALIZACIÓN	35
	2.1 Introducción	35
	2.2 Prevalencia en Población General	36
	2.3 Prevalencia en Pacientes con Trastornos de Ansiedad	37
	2.4 Prevalencia en Población Hispana	38
	2.5 Despersonalización en Personas con Trastornos de Ansiedad y en Muestras no Clínicas	38
	2.6 Edad de Inicio	41
Capítulo 3	MODELOS TEÓRICOS DE LA DESPERSONALIZACIÓN	43
	3.1 Introducción	43
	3.2 Modelo Cognitivo-Conductual: Alcances y Limitaciones	45
	3.2.1 Modelo cognitivo-conductual de Hunter et al. (2003): el rol de las interpretaciones catastróficas	45
	3.2.2 Intervenciones cognitivo-conductuales para la despersonalización	48
	3.2.3 Limitaciones del modelo cognitivo-conductual de Hunter et al., (2003)	51
	3.2.3.1 <i>Despersonalización como una forma de evitación extrema</i>	52
	3.2.3.2 <i>Posible rol de las creencias obsesivas</i>	57

	3.2.3.3 <i>Creencias obsesivas y síntomas obsesivo-compulsivos</i>	60
	3.3 Modelo de Aceptación y Compromiso	62
	3.3.1 Modelo de aceptación y compromiso aplicado al trastorno de despersonalización: El rol de la evitación experiencial	64
	3.4 Resumen	67
Capítulo 4	TRASTORNOS DE ANSIEDAD, SÍNTOMAS DE PÁNICO, ANSIEDAD, Y DEPRESIÓN	69
	4.1 Introducción	69
	4.2 Trastornos de Ansiedad según el DSM-IV	70
	4.2.1 Crisis de angustia o crisis de pánico	72
	4.2.2 Ansiedad	72
	4.2.3 Depresión	74
	4.2.4 Trastornos de ansiedad	75
	4.2.4.1 <i>Trastorno de angustia con o sin agorafobia</i>	76
	4.2.4.2 <i>Agorafobia sin historia de trastorno de angustia</i>	76
	4.2.4.3 <i>Fobia social o trastorno de ansiedad social</i>	77
	4.2.4.4 <i>Fobias específicas</i>	77
	4.2.4.5 <i>Trastorno de ansiedad generalizada</i>	78
	4.2.4.6 <i>Trastorno por estrés agudo y trastorno por estrés postraumático</i>	78
	4.2.4.7 <i>Trastorno obsesivo compulsivo</i>	80
	4.2.4.7.1 <i>Subtipos de trastorno obsesivo-compulsivo</i>	81
	4.3 Trastornos de Ansiedad: Cambios en la Clasificación del DSM-IV al DSM-5	82
	4.4 Despersonalización en el Contexto de un Trastorno de Ansiedad del DSM-IV	83
Capítulo 5	RELACIÓN ENTRE DESPERSONALIZACIÓN, SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	85
	5.1 Población no Clínica	85
	5.2 Pacientes con Trastornos de Ansiedad	86
	5.3 Pacientes con Trastorno de Despersonalización	88
	5.4 Resumen	90
Capítulo 6	RELACIÓN ENTRE DESPERSONALIZACIÓN Y SÍNTOMAS OBSESIVO-COMPULSIVOS	91
	6.1 Introducción	91
	6.2 Población no Clínica	92
	6.3 Pacientes con Trastorno Obsesivo-Compulsivo	93
	6.4 Pacientes con Trastorno de Despersonalización	94
	6.5 Resumen	96

SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA	98
Capítulo 7 INTRODUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA	99
7.1 Objetivos de la Investigación	103
7.2 Hipótesis	106
7.3 Estudios	109
7.4 Método	111
7.4.1 Muestra de participantes de la comunidad	111
7.4.2 Muestra de pacientes con trastornos de ansiedad	111
7.4.3 Instrumentos	112
7.4.4 Procedimiento	122
Capítulo 8 ESTUDIO I: DESPERSONALIZACIÓN EN UNA MUESTRA COMUNITARIA Y EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD.	124
8.1 Despersonalización en una Muestra Comunitaria y en Pacientes con Trastornos de Ansiedad.	124
8.1.1 Método	124
8.1.1.1 Muestra	125
8.1.1.2 Instrumentos y procedimiento	125
8.1.1.3 Análisis de datos	125
8.1.2 Resultados	127
8.1.2.1 Descripción y comparación de los síntomas de despersonalización en pacientes con trastornos de ansiedad y en participantes de la comunidad (Objetivos 1 y 2)	127
8.1.2.2 Comparación de los síntomas de despersonalización en pacientes con trastorno de angustia y/o agorafobia, en pacientes con otros trastornos de ansiedad, y en participantes de la comunidad (Objetivo 3)	132
8.1.2.3 Diferencias en la intensidad de la despersonalización en participantes de la comunidad según la edad (Objetivo 4)	133
8.1.2.4 Diferencias en la intensidad de la despersonalización en pacientes con trastornos de ansiedad según la edad (Objetivo 5)	134
Capítulo 9 ESTUDIO II: PREDICTORES DE	

DESPERSONALIZACIÓN EN PARTICIPANTES DE LA COMUNIDAD Y EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD	136
9.1 Interpretaciones Catastróficas, Evitación Experiencial, y Síntomas de Despersonalización	136
9.1.1 Método	136
9.1.1.1 Muestra	136
9.1.1.2 Instrumentos y procedimiento	137
9.1.1.3 Análisis de datos	137
9.1.2 Resultados	139
9.1.2.1 <i>Correlaciones bivariadas y parciales entre interpretaciones catastróficas, evitación experiencial, y despersonalización (Objetivo 6)</i>	139
9.1.2.2 <i>Análisis de regresión (Objetivo 6)</i>	140
9.2 Síntomas Obsesivo-Compulsivos, Pensamientos indeseados, Creencias Obsesivas, y Despersonalización	144
9.2.1 Método	144
9.2.1.1 Muestra	145
9.2.1.2 Instrumentos y procedimiento	145
9.2.1.3 Análisis de datos	145
9.2.2 Resultados	148
9.2.2.1 <i>Correlaciones bivariadas y parciales entre síntomas y creencias obsesivo-compulsivas, frecuencia y malestar asociado a pensamientos indeseados, y Despersonalización (Objetivo 7)</i>	148
9.2.2.2 <i>Análisis de regresión (Objetivo 7)</i>	150
9.2.2.3 <i>Diferencias en la intensidad de la despersonalización según la intensidad de la sintomatología obsesivo-compulsiva (Objetivo 7)</i>	153
Capítulo 10 ESTUDIO III: PREDICTORES DE DESPERSONALIZACIÓN EN PARTICIPANTES DE LA COMUNIDAD.	157
10.1 Interpretaciones Catastróficas, Evitación Experiencial, y Síntomas de Despersonalización	157
10.1.1 Método	157
10.1.1.1 Muestra	157
10.1.1.2 Instrumentos y procedimiento	158
10.1.1.3 Análisis de datos	158

10.1.2 Resultados	160
10.1.2.1 Interpretaciones catastróficas y evitación experiencial en participantes de la comunidad con altos vs. bajos niveles de despersonalización (Objetivo 8)	160
10.1.2.2 Correlaciones bivariadas y parciales entre interpretaciones catastróficas, evitación experiencial, y despersonalización (Objetivo 8)	162
10.1.2.3 Análisis de regresión (Objetivo 8)	164
10.2 Síntomas Obsesivo-Compulsivos, Pensamientos Indeseados, Creencias Obsesivas, y Despersonalización	167
10.2.1 Método	167
10.2.1.1 Muestra	167
10.2.1.2 Instrumentos y procedimiento	168
10.2.1.3 Análisis de datos	168
10.2.2 Resultados	171
10.2.2.1 Correlaciones bivariadas y parciales entre síntomas y creencias obsesivo-compulsivas, frecuencia y malestar asociado a pensamientos indeseados, y despersonalización (Objetivo 9)	171
10.2.2.2 Análisis de regresión (Objetivo 9)	173
10.2.2.3 Altos vs. bajos niveles de síntomas obsesivo-compulsivos (Objetivo 9)	176
Capítulo 11 ESTUDIO IV: PREDICTORES DE DESPERSONALIZACIÓN EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD	177
11.1 Interpretaciones Catastróficas, Evitación Experiencial, y Síntomas de Despersonalización	177
11.1.1 Método	177
11.1.1.1 Muestra	177
11.1.1.2 Instrumentos y procedimiento	177
11.1.1.4 Análisis de datos	178
11.1.2 Resultados	179
11.1.2.1 Interpretaciones catastróficas y evitación experiencial en participantes de la comunidad con altos vs. bajos niveles de despersonalización (Objetivo 10)	179
11.1.2.2 Correlaciones bivariadas y parciales	

	<i>entre interpretaciones catastróficas, evitación experiencial, y despersonalización (Objetivo 10)</i>	182
	<i>11.1.2.3 Análisis de regresión (Objetivo 10)</i>	184
11.2	Síntomas Obsesivo-Compulsivos, Pensamientos Indeseados, Creencias Obsesivas, y Despersonalización	188
11.2.1	Método	188
11.2.1.1	<i>Muestra</i>	188
11.2.1.2	<i>Instrumentos y procedimiento</i>	188
11.2.1.3	<i>Análisis de datos</i>	188
11.2.2	Resultados	190
11.2.2.1	<i>Correlaciones bivariadas y parciales entre síntomas y creencias obsesivo-compulsivas, frecuencia y malestar asociado a pensamientos indeseados, y despersonalización (Objetivo 11)</i>	190
11.2.2.2	<i>Análisis de regresión (Objetivo 11)</i>	192
Capítulo 12	DISCUSION	196
12.1	Despersonalización en Participantes de la Comunidad Comparados con una Muestra de Pacientes con Trastornos de Ansiedad	196
12.2	Predictores de Despersonalización en Participantes de la Comunidad y en Pacientes con Trastornos de Ansiedad	201
12.3	Predictores de Despersonalización en una Muestra de Participantes de la Comunidad	209
12.4	Predictores de Despersonalización en Pacientes con Trastornos de Ansiedad	215
12.5	Conclusiones Generales. Limitaciones y Futuras Líneas de Investigación	222
	Referencias Bibliográficas	232
	APENDICES	292
A.	Consentimiento Informado Para Participantes de la Comunidad	292
B.	Presencia/Ausencia de Trastornos de Ansiedad, Epilepsia del Lóbulo Temporal, y Síntomas Psicóticos.	294
C.	Datos Demográficos y Cuestionarios Autoadministrables	295
D.	Consentimiento Informado para Pacientes con Trastornos de Ansiedad	317

E. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders.*
Módulo F.

318

ÍNDICE DE TABLAS

Tablas Estudio I

1. Número de Síntomas de Despersonalización y Promedios de la Mediana para el Puntaje Total, la Frecuencia y Duración de los Ítems Marcados como Presentes en la Escala Cambridge Depersonalization Scale	128
2. Síntomas de Despersonalización Ordenados según su Frecuencia para cada Grupo	129
3. Comparación de Variables Demográficas y Medidas de Auto-Informe entre el Grupo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad y Participantes de la Comunidad	130
4. Número y Proporción de Participantes por Grupo que Informaron tener los Síntomas de Despersonalización Evaluados con la CDS.	262
5. Medias, Desvíos Estándar (DS), y Análisis de la Varianza (ANOVA) de un Factor para el Efecto del Diagnóstico de Trastorno de Angustia con o sin Agorafobia en la Despersonalización	133

Tablas Estudio II

6. Correlaciones de Pearson entre Medidas de Interpretaciones Catastróficas, Evitación Experiencial, y Síntomas de Despersonalización en Participantes de la Comunidad y en Pacientes con Trastornos de Ansiedad ($n = 140$)	264
7. Correlaciones Parciales entre Variables Teóricas y Síntomas de Despersonalización en Participantes de la Comunidad y en Pacientes con Trastornos de Ansiedad ($n = 137$)	264
8. Resumen de la Regresión Lineal Múltiple con el Método de Selección de Variables por Pasos para Predecir el Puntaje Global Transformado de la Escala CDS en las Muestras de Pacientes Ansiosos y Participantes de la Comunidad ($n = 140$)	266
9. Resumen de la Regresión Lineal Múltiple con el Método de Selección de Variables por Pasos para Predecir el Puntaje Transformado de la Subescala CDS-ECA en las Muestras de Pacientes Ansiosos y Participantes de la Comunidad ($n = 139$)	266

10. Resumen de la Regresión Lineal Múltiple con el Método de Selección de Variables por Pasos para Predecir el Puntaje Transformado de la Escala CDS-EA en las Muestras de Pacientes Ansiosos y Participantes de la Comunidad ($n = 139$)	267
11. Resumen de la Regresión Lineal Múltiple con el Método de Selección de Variables por Pasos para Predecir el Puntaje Transformado de la Subescala CDS-EAR en las Muestras de Pacientes Ansiosos y Participantes de la Comunidad ($n = 139$)	267
12. Resumen de la Regresión Lineal Múltiple con el Método de Selección de Variables por Pasos para Predecir el Puntaje Transformado de la Subescala CDS-DR en las Muestras de Pacientes Ansiosos y Participantes de la Comunidad ($n = 139$)	268
13. Resumen de los Resultados de Todas las Regresiones Lineales Múltiples con el Método de Selección de Variables por Pasos en Donde se Emplean la CDS, ACQ, BSQ, AAQ, STAI-T, y BDI-II para Predecir el Puntaje Global Transformado de la CDS y Cada una de sus Subescalas en la Muestra de Pacientes con Trastornos de Ansiedad y Participantes de la Comunidad.	144
14. Correlaciones de Pearson entre Medidas de Síntomas Obsesivo-Compulsivos, Creencias Obsesivas, Frecuencia y Malestar Asociado a los Pensamientos Indeseados, y Despersonalización en Participantes de la Comunidad y en Pacientes con Trastornos de Ansiedad ($n = 140$)	269
15. Correlaciones Parciales entre Medidas de Síntomas Obsesivo-Compulsivos, Creencias Obsesivas, Frecuencia y Malestar Asociado a los Pensamientos Indeseados, y Despersonalización en Participantes de la Comunidad y en Pacientes con Trastornos de Ansiedad Mientras se Controla por Puntajes en la STAI-T ($n = 137$)	270
16. Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Global Transformado de la Escala CDS en las Muestras de Pacientes Ansiosos y Participantes de la Comunidad ($n = 131$)	271
17. Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Transformado de la Subescala CDS-ECA en la Muestra de Pacientes Ansiosos y Participantes de la Comunidad ($n = 130$)	272
18. Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Transformado de la Subescala CDS-EA en la Muestra de Pacientes Ansiosos y Participantes de la Comunidad ($n = 129$)	272
19. Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje	

Transformado de la Subescala CDS-EAR en la Muestra de Pacientes Ansiosos y Participantes de la Comunidad ($n = 131$)	273
20. Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Transformado de la Subescala CDS-DR en la Muestra de Pacientes Ansiosos y Participantes de la Comunidad ($n = 131$)	273
21. Resumen de los Resultados de Todas las Regresiones Lineales Múltiples con el Método de Selección de Variables por Pasos en donde se Emplean la OCIR, III-31, y STAI-T para Predecir el Puntaje Global Transformado de la CDS y cada una de sus Subescalas en la Muestra de Pacientes con Trastornos de Ansiedad y Participantes de la Comunidad	153
22. Comparación de Variables Demográficas y Despersonalización entre los Grupos de Altos y Bajos niveles de Síntomas Obsesivo-Compulsivos según la OCIR para la Muestra de Pacientes Ansiosos y Participantes de la Comunidad	154
23. Comparación de Variables Demográficas y Despersonalización entre los Grupos de Altos y Bajos Niveles de Síntomas Obsesivo-Compulsivos en las Subescalas de Chequeo, Orden y Obsesividad de la OCIR para la Muestra de Pacientes Ansiosos y Participantes de la Comunidad	156

Tablas Estudio III

24. Comparación de Variables Demográficas y Medidas de Auto-Informe entre los Grupos de Altos y Bajos Niveles de Despersonalización en Participantes de la Comunidad	161
25. Correlaciones de Pearson entre Medidas de Interpretaciones Catastróficas, Evitación Experiencial, y Síntomas de Despersonalización en Participantes de la Comunidad ($n = 70$)	274
26. Correlaciones Parciales entre Variables Teóricas y Síntomas de Despersonalización en Participantes de la Comunidad ($n = 67$)	275
27. Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Global Transformado de la Escala CDS en Participantes de la Comunidad ($n = 68$)	276
28. Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Transformado de la Subescala CDS-ECA en Participantes de la Comunidad ($n = 67$)	276
29. Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Transformado en la Subescala CDS-EA en Participantes de la Comunidad ($n = 67$)	277

30. Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Transformado en la Subescala CDS-EAR en Participantes de la Comunidad ($n = 68$)	277
31. Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Transformado en la Subescala CDS-DR en Participantes de la Comunidad ($n = 70$)	278
32. Resumen de los Resultados de Todas las Regresiones Lineales Múltiples con el Método de Selección de Variables por Pasos en Donde se Emplean la CDS, ACQ, BSQ, AAQ, STAI-T, y BDI-II para Predecir el Puntaje Global Transformado de la CDS y cada una de sus Subescalas en la Muestra de Participantes de la Comunidad	167
33. Correlaciones de Pearson entre Medidas de Síntomas Obsesivo-Compulsivos, Creencias Obsesivas, Frecuencia y Malestar asociado a los Pensamientos Indeseados, y Despersonalización en Participantes de la Comunidad ($n = 70$)	279
34. Correlaciones Parciales entre Medidas de Síntomas Obsesivo-Compulsivos, Creencias Obsesivas, Frecuencia y Malestar Asociado a los Pensamientos Indeseados, y Despersonalización en Participantes de la Comunidad luego de Controlarse por Puntajes en la STAI-T ($n = 65$)	280
35. Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Global Transformado de la Escala CDS en Participantes de la Comunidad ($n = 64$)	281
36. Resumen de la regresión lineal múltiple para predecir el puntaje transformado de la subescala CDS-ECA en Participantes de la Comunidad ($n = 63$)	281
37. Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Transformado de la Subescala CDS-EA en Participantes de la Comunidad ($n = 63$)	282
38. Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Transformado de la Subescala CDS-EAR en Participantes de la Comunidad ($n = 64$)	282
39. Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Transformado de la Subescala CDS-DR en Participantes de la Comunidad ($n = 64$)	283
40. Resumen de los Resultados de Todas las Regresiones Lineales Múltiples	

con el Método de Selección de Variables por Pasos en Donde se Emplean la OCIR, III-31, y STAI-T para Predecir el Puntaje Global Transformado de la CDS y cada una de sus Subescalas en la Muestra de Participantes de la Comunidad	175
--	-----

Tablas Estudio IV

41. Comparación de Variables Demográficas y Medidas de Auto-Informe entre los Grupos de Altos y Bajos Niveles de Despersonalización en Pacientes con Trastornos de Ansiedad	181
42. Correlaciones de Pearson entre Medidas de Interpretaciones Catastróficas, Evitación Experiencial, y Síntomas de Despersonalización en Pacientes con Trastornos de Ansiedad ($n = 70$)	283
43. Correlaciones Parciales entre Variables Teóricas y Síntomas de Despersonalización en Pacientes con Trastornos de Ansiedad ($n = 67$)	284
44. Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Global Transformado de la Escala CDS en Pacientes con Trastornos de Ansiedad ($n = 70$)	285
45. Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Transformado de la Subescala CDS-ECA en Pacientes con Trastornos de Ansiedad ($n = 69$)	285
46. Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Transformado de la Subescala CDS-EA en Pacientes con Trastornos de Ansiedad ($n = 70$)	286
47. Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Transformado de la Subescala CDS-EAR en Pacientes con Trastornos de Ansiedad ($n = 70$)	286
48. Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Transformado de la Subescala CDS-DR en Pacientes con Trastornos de Ansiedad ($n = 70$)	287
49. Resumen de los Resultados de Todas las Regresiones Lineales Múltiples con el Método de Selección de Variables por Pasos en donde se Emplean la CDS, ACQ, AAQ, STAI-T, y BDI-II para Predecir el Puntaje Global Transformado de la CDS y cada una de sus Subescalas en la Muestra de Pacientes con Trastornos de Ansiedad	187
50. Correlaciones de Pearson entre Medidas de Síntomas Obsesivo-Compulsivos, Creencias Obsesivas, Frecuencia y Malestar Asociado a	

los Pensamientos Indeseados, y Despersonalización en Pacientes con Trastornos de Ansiedad ($n = 70$)	287
51. Correlaciones Parciales entre Medidas de Síntomas Obsesivo-Compulsivos, Creencias Obsesivas, Frecuencia y Malestar Asociado a los Pensamientos Indeseados, y Despersonalización en Pacientes con Trastornos de Ansiedad Mientras se Controla por Puntajes en la STAI-T ($n = 67$)	288
52. Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Global Transformado de la Escala CDS en Pacientes con Trastornos de Ansiedad ($n = 68$)	289
53. Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Transformado de la Subescala CDS-ECA en Pacientes con Trastornos de Ansiedad ($n = 68$)	290
54. Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Transformado de la Subescala CDS-EA en Pacientes con Trastornos de Ansiedad ($n = 68$)	290
55. Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Transformado de la Subescala CDS-EAR en Pacientes con Trastornos de Ansiedad ($n = 68$)	291
56. Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Transformado de la Subescala CDS-DR en Pacientes con Trastornos de Ansiedad ($n = 68$)	291
57. Resumen de los Resultados de Todas las Regresiones Lineales Múltiples con el Método de Selección de Variables por Pasos en Donde se Emplean la OCIR, III-31, y STAI-T para Predecir el Puntaje Global Transformado de la CDS y cada una de sus Subescalas en la Muestra de Pacientes con Trastornos de Ansiedad	195

Presentación

“... Muchas veces siendo yo un niño recuerdo a mi mamá salir desesperada a la guardia porque pensaba que se iba a morir. Para llegar al hospital más cercano teníamos que tomar la ruta y luego la autopista. Esos momentos eran terroíficos para mí, a veces en medio de sus ataques de pánico ella soltaba el volante y yo tenía que agarrarlo. Era una locura, me decía ‘me voy a morir’ e inmediatamente me daba los números de las cuentas del banco por las dudas. Una vez, se descompuso, paró el coche en medio de la ruta y me decía que se iba a morir, que me iba a quedar solo, no sabía que hacer, yo estaba aterrado porque era muy peligroso parar a esa hora en ese lugar. Si me preguntaba algo y no le contestaba se ponía violenta, y si le contestaba algo se molestaba muchísimo, de a poco aprendí a ponerme frío, a controlar mis emociones, mantenerme frío me permitía controlar la situación ...”.

“ ... Volví a mi casa en subte con una amiga, y empecé a sentirme cada vez peor, me sentía mareada, con falta de aire, palpitaciones, me senté, tomé agua y un tranquilizante que me dio mi médico pero no hubo caso, de repente empecé a sentirme como si estuviera desvinculada de mi cuerpo. Me preguntaba ‘¿quién es esa persona que me tiene las cosas?’, ‘¿cómo llegué acá?’ pero al mismo tiempo yo sabía que era mi amiga y qué estábamos haciendo juntas, era una sensación muy extraña. Tenía mucho miedo de estar volviéndome loca, como si me estuviera escindiendo de la realidad y pudiera terminar haciendo cualquier cosa. Desde que pasó, nunca más volví a ser yo misma ...”.

Estas dos viñetas de pacientes con trastornos de ansiedad, ilustran cómo los síntomas de despersonalización y desrealización se entremezclan con las reacciones de ansiedad. Su presencia es considerada un marcador de la intensidad del trastorno ansioso (Mula, Pini, & Cassano, 2007) y un frecuente obstáculo para el tratamiento de algunos trastornos de ansiedad (Foa, Hembree & Rothbaum, 2007; Lickel, Nelson, Hayes, & Deacon, 2008). A pesar de su relevancia clínica llamativamente poco se sabe acerca de la relación entre ansiedad y despersonalización (Roth 1959; Sierra, Medford, Wyatt, & David, 2012). Más aun, en el campo de los trastornos de ansiedad, la despersonalización ha sido tratada casi en forma invariable como un constructo unidimensional en lugar de multidimensional (Sierra, Baker, Medford, & David, 2005; Simeon et al., 2008), limitando su estudio, y por lo tanto, nuestra comprensión sobre la relación entre la ansiedad y la despersonalización.

En la actualidad se considera que los síntomas de despersonalización comprenden experiencias de desapego o extrañeza respecto del propio cuerpo, las sensaciones, los procesos mentales, los actos, y el mundo exterior (Sierra, 2009). Éstos son altamente prevalentes tanto en muestras psiquiátricas - por ej., trastorno de angustia - como en muestras no clínicas (Hunter, Sierra, & David, 2004), sin embargo se desconocen posibles semejanzas y diferencias de estas experiencias en ambas poblaciones.

Numerosas teorizaciones intentaron explicar la naturaleza de la relación entre ansiedad y despersonalización, sin embargo ésta ha sido estudiada casi exclusivamente desde una perspectiva sindrómica (Roth, 1959; Sierra et al., 2012) o neurobiológica (Phillips et al., 2001; Schoenberg, Sierra, & David, 2012; Sierra & Berrios, 1998; Sierra & David, 2011). Con la intención de mejorar nuestros conocimientos en este campo, desde una perspectiva psicológica, se ha propuesto un modelo cognitivo-conductual (Hunter, Phillips, Chalder, Sierra, & David,

2003) y un modelo basado en la terapia de aceptación y compromiso (TAC) de la despersonalización (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996; Neziroglu & Donnelly, 2010). Ambos intentan explicar la relación entre ansiedad y despersonalización, y proponen relaciones específicas entre variables derivadas teóricamente y la despersonalización. En la actualidad, la escasa o nula investigación empírica acerca de sus supuestos tóricos los ubica en un terreno especulativo.

Por lo tanto, nuestra tesis se propone investigar las similitudes y diferencias de los síntomas de despersonalización, concebida como un constructo multidimensional (Sierra et al., 2005; Simeon et al., 2008), en participantes de la comunidad y en pacientes con trastornos de ansiedad, así como determinar la asociación entre variables teóricas y la intensidad de la despersonalización en ambas poblaciones.

La presente tesis se divide en dos partes: el marco teórico y la sección empírica. El primer capítulo del marco teórico explicita la definición de despersonalización y desrealización del DSM-IV, el trastorno de despersonalización, los diferentes subtipos, y la distinción entre despersonalización primaria y secundaria. La heterogeneidad de los síntomas de despersonalización reflejada en los diferentes subtipos será tomada en cuenta en la realización de los cuatro estudios que componen la segunda parte de esta tesis.

En el segundo capítulo, se realiza una revisión de los estudios de prevalencia en muestras no clínicas, en personas con trastornos de ansiedad, y de aquellos estudios que comparan en forma directa la despersonalización en ambas poblaciones. Estas investigaciones servirán de fundamento para explorar las diferencias entre la despersonalización de pacientes con trastornos de ansiedad y participantes de la comunidad.

En el tercer capítulo, se desarrolla el modelo cognitivo-conductual de la despersonalización, sus limitaciones, posibles formas de resolución a la luz de investigaciones más recientes, y su relación con el modelo neurobiológico de la despersonalización. También se revisa la literatura que en forma indirecta apoya la hipótesis de una asociación entre interpretaciones catastróficas de los síntomas ansiosos y despersonalización. La descripción del modelo cognitivo-conductual y su modificación permitirán fundamentar el estudio de la asociación entre interpretaciones catastróficas, síntomas obsesivo-compulsivos, pensamientos indeseados, creencias obsesivas, y despersonalización. En segundo lugar, se desarrolla el modelo de aceptación y compromiso, y su posible aplicación a la despersonalización fundamentando la relevancia de estudiar la asociación entre la evitación experiencial y la despersonalización. Luego, se explicitan posibles hipótesis derivadas de los dos modelos las cuales serán investigadas en la sección empírica.

En el cuarto capítulo, se define qué es la ansiedad, depresión, crisis de angustia, qué se entiende por trastornos de ansiedad según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición (DSM-IV; APA, 1994), y sus diferencias con la quinta edición del DSM (DSM-5; APA, 2013a). Resulta importante mencionar que al momento de escribir esta tesis el DSM-5 no había sido publicado, razón por la cual cuando se hable de trastornos de ansiedad nos estaremos refiriendo a aquellos incluidos bajo ese nombre en el capítulo correspondiente del DSM-IV.

En el quinto capítulo, se revisan los estudios que exploran la relación entre ansiedad, depresión, y despersonalización en población no clínica, en los trastornos de ansiedad y en el trastorno de despersonalización. Los resultados de este grupo de investigaciones constituyen antecedentes importantes para nuestras investigaciones.

En el último capítulo de la primera parte, se realiza una revisión actualizada de los estudios que investigan la relación entre sintomatología obsesivo-compulsiva y despersonalización en población no clínica, en los trastornos de ansiedad, y en el trastorno de despersonalización. Los resultados de este escaso grupo de investigaciones constituyen el fundamento de nuestras investigaciones sobre sintomatología obsesivo-compulsiva, creencias obsesivas, y despersonalización.

La segunda parte está compuesta por el capítulo siete, en el cual se describe la metodología empleada, las cuatro investigaciones empíricas, y la discusión de los resultados obtenidos. En el primer estudio – Capítulo 8 -, se describen y comparan el grupo de pacientes con trastornos de ansiedad con el de participantes de la comunidad respecto de la frecuencia, duración, subtipos, y proporción de cada uno de los síntomas de despersonalización. Además, se compara la intensidad de la despersonalización entre pacientes con diagnóstico principal o secundario de trastorno de angustia y/o agorafobia, pacientes con otros trastornos de ansiedad, y participantes de la comunidad. Por último, se examina la asociación entre edad e intensidad de la despersonalización para cada muestra por separado. En el segundo estudio - Capítulo 9 -, se emplean conjuntamente una muestra de participantes de la comunidad y una muestra de pacientes con trastornos de ansiedad para explorar la relación entre variables derivadas de los modelos teóricos, ansiedad, preocupación por los síntomas del pánico, depresión, sintomatología obsesivo-compulsiva, frecuencia y malestar de los pensamientos indeseados, creencias obsesivas, y los diferentes subtipos de despersonalización. El tercer – Capítulo 10 - y cuarto estudio – Capítulo 11 - exploran las relaciones estudiadas en el segundo de estas investigaciones focalizándose solamente en los participantes de la comunidad y en los pacientes con trastornos de ansiedad, respectivamente.

En último lugar, se discuten los resultados de los estudios y se los relaciona con el marco teórico. Finalmente, se exponen las limitaciones de las investigaciones realizadas y se sugieren futuras líneas de investigación.

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

Capítulo 1.

DEFINICION DE DESPERSONALIZACIÓN Y

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

1.1 Despersonalización y Desrealización en la Clasificación DSM-IV

Desde los comienzos de su estudio se ha sugerido que los síntomas de despersonalización pueden constituir un trastorno en sí mismo, así como formar parte de trastornos psiquiátricos y neurológicos (Shorvon, 1946). Siguiendo estas observaciones clínicas, los síntomas de despersonalización pueden encontrarse en las siguientes categorías del DSM-IV y del DSM-5: en el trastorno de despersonalización, o bien formando parte de los criterios sintomáticos del trastorno de angustia, del trastorno por estrés postraumático, o del trastorno por estrés agudo.

El trastorno de despersonalización se encuentra en el capítulo de los trastornos disociativos de la cuarta y quinta edición del DSM. El DSM-IV define a la despersonalización como “una alteración de la percepción o experiencia de uno mismo, de modo que uno se siente separado del propio cuerpo o de los propios procesos mentales, como si se tratara de un observador exterior” (APA, 1994, p.781). La desrealización es definida como la “alteración de la percepción o experiencia del mundo externo de manera que éste parece extraño e irreal” (APA, 1994, p. 781). Para describirlas, los pacientes se ven obligados a emplear expresiones “como si” y en ambos casos conservan el criterio de realidad (Sierra, 2009).

1.2 Trastorno de Despersonalización

Empleado por primera vez en 1894 por Dugas (*véase* Sierra & Berrios, 1997), el término despersonalización ha tenido un uso tanto dimensional como categorial. Recién a mediados del siglo pasado comenzó a ser considerado como un síndrome psiquiátrico (Sierra & Berrios, 1997). En los sistemas clasificatorios modernos no fue reconocido como un trastorno en sí mismo sino hasta la aparición del DSM-III (APA, 1980). Sin embargo, las dudas acerca de si se trataba de un síntoma o de un trastorno persistieron hasta poco antes de la publicación del DSM-III-R (APA, 1987) (Kluft, Steinberg, & Spitzer, 1988).

Su ubicación nosológica también despierta debates y controversias (Hunter et al., 2003; Spiegel et al., 2011; Sierra et al., 2012). En el DSM-IV y en el DSM-5, se lo incluye dentro del capítulo de los trastornos disociativos, mientras que en la Décima Edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10; WHO, 1992) se lo clasifica dentro de la sección denominada otros trastornos neuróticos. Episodios agudos de ansiedad como los ataques de pánico, o aquellos que caracterizan a patologías postraumáticas como el trastorno por estrés agudo, y el estrés postraumático, están asociados a síntomas de despersonalización, lo cual se refleja en los criterios sintomáticos de estos trastornos.

El fundamento por el cual las sucesivas ediciones del DSM lo han incluido como un trastorno disociativo fue cambiando al compás de las modificaciones realizadas a la definición de disociación. En el DSM-IV se define a la disociación como “el proceso en el cual las funciones normalmente integradas de la consciencia, identidad, memoria o percepción del ambiente están interrumpidas” (APA, 1994, p. 489). El hecho de sentirse irreal y las alteraciones en la

percepción del entorno son las dos características por las cuales el trastorno de despersonalización fue incluido entre los trastornos disociativos. No obstante, a diferencia de otros trastornos disociativos, no se observa una alternancia entre estados disociativos y no disociativos sino más bien un curso crónico (Hunter et al., 2003; Kluft, 1988), no se observan fallas en la memoria como sí ocurre en otros trastornos (Kluft et al., 1988), no hay pérdida de conciencia de sí-mismo o del entorno sino más bien una alteración en cómo la persona se percibe a sí misma (Sierra & David, 2011), y la comorbilidad con otros trastornos disociativos es poco frecuente (Hunter et al., 2003).

Si bien la gran mayoría de los pacientes con trastorno de despersonalización presenta antecedentes de haber sufrido un trastorno de ansiedad (Baker et al., 2003; Simeon et al., 1997), recientemente Sierra et al. (2012) encontraron que un subgrupo de ellos presenta niveles mínimos de ansiedad al momento de la evaluación. Estos hallazgos cuestionan la hipótesis de una relación lineal entre despersonalización y los síntomas de ansiedad.

Según el DSM-IV se considera que una persona cumple criterios para este trastorno cuando experimenta síntomas crónicos o recurrentes de distanciamiento o de sentirse un observador externo a sus procesos mentales o de su propio cuerpo, que afectan su desempeño social, laboral, o familiar. Para poder asignarse el diagnóstico, estos episodios no deben explicarse por los efectos fisiológicos directos de una sustancia, otros trastornos psiquiátricos – por ej., trastornos de angustia, trastorno por estrés agudo, esquizofrenia - o neurológicos – por ej., epilepsia del lóbulo temporal -, y la persona debe conservar el criterio de realidad.

Sierra y Berrios (2001) proponen que las diferentes formas en que se presenta la despersonalización pueden ser concebidas como el resultado de una experiencia de desapego que

afecta globalmente a las emociones, el cuerpo, los procesos mentales, y las acciones, aunque reconocen que los diferentes subtipos identificados parecen corresponderse con mecanismos diferentes (*véase* Sierra & David, 2011). En esta misma línea y con el objetivo de favorecer su estudio, Spiegel et al. (2011) sugieren que futuras modificaciones a los criterios sintomáticos actuales incluyan en forma explícita los distintos subtipos de despersonalización identificados por Sierra et al. (2005) y Simeon et al. (2008), y no solamente los síntomas de experiencias corporales anómalas como ocurre actualmente. En efecto, en el DSM-5 (APA, 2013a) se realiza un mayor esfuerzo por especificar las diferentes formas de despersonalización al incluir explícitamente a la desrealización, al desapego respecto de los sentimientos, sensaciones, o acciones, en los criterios sintomáticos.

La aparición de los síntomas puede ser abrupta o gradual (Baker et al., 2003), y en algunos casos estar asociado a situaciones en donde la persona percibe que su vida estuvo en riesgo - por ej., traumas -, durante períodos de fatiga extrema, o durante o después del consumo de sustancias - por ej., marihuana, alcohol, alucinógenos - (Medford et al., 2003).

1.3 Relación entre Despersonalización y Desrealización

A la hora de diferenciar entre ambos tipos de síntomas, resulta importante señalar que el término despersonalización fue introducido en la psiquiatría hacia fines del siglo XIX (Dugas, 1894), mientras que el término desrealización fue acuñado muchos años después por Mapohter hacia mediados de los años treinta (Mayer-Gross, 1935). Con la finalidad de distinguir entre ambos tipos de síntomas, Mayer-Gross (1935) propuso usar el término despersonalización para

describir los sentimientos de extrañeza con respecto a la persona, reservando el de desrealización para referirse únicamente a los sentimientos de irrealidad respecto del mundo externo. A pesar de esta distinción, desde los comienzos de su estudio sistemático se ha destacado que es muy poco frecuente encontrar síntomas de desrealización en ausencia de despersonalización (Mayer-Gross, 1935; Shorvon, 1946).

Desde el punto de vista neurobiológico se ha señalado que la desrealización y el resto de los síntomas de despersonalización pueden responder a mecanismos subyacentes diferentes aunque tal vez relacionados (Sierra & David, 2011; Sierra, Lopera, Lambert, Phillips & David, 2002). Desde el punto de vista descriptivo, en cambio, la presencia de la desrealización en la mayoría de los pacientes con trastorno de despersonalización, (Baker et al., 2003), y los resultados de análisis factoriales realizados sobre la *Cambridge Depersonalization Scale* (CDS) (Sierra et al., 2005; Simeon et al., 2008) en donde la desrealización aparece como uno de los factores, han llevado a considerarla como una de las manifestaciones posibles de la despersonalización.

La categoría diagnóstica de síndrome de despersonalización/desrealización de la CIE-10, y más recientemente, la sustitución del término de trastorno de despersonalización por el de trastorno de despersonalización/desrealización en el DSM-5 (APA, 2013a), constituyen un fiel reflejo del vínculo estrecho entre ambos grupos sintomáticos. Por esa razón, en la presente tesis, a menos que se aclare específicamente, cuando se haga referencia al término despersonalización nos estaremos refiriendo también al término desrealización.

1.4 Subtipos de Despersonalización

La riqueza de las descripciones psicopatológicas clásicas ha impulsado la curiosidad por investigar si la variedad sintomática a la cual se refiere el término despersonalización, refleja una unidad subyacente que afecta los distintos aspectos de la experiencia (Sierra et al., 2005). Con el objetivo de captar la variedad y riqueza clínica de la despersonalización y suplir las limitaciones de instrumentos previos, Sierra y Berrios (2000) desarrollaron la CDS, un instrumento de 29 ítems que mide las distintas variantes de la despersonalización.

Estudios psicométricos realizados sobre la CDS por dos grupos de investigadores independientes sugieren que los síntomas de despersonalización pueden ser agrupados en al menos 4 factores (Sierra, 2009; Sierra et al., 2005; Simeon et al., 2008): a) experiencias corporales anómalas; b) embotamiento afectivo; c) experiencias anómalas del recordar; d) desrealización. Simeon y colaboradores (2008) encontraron un quinto factor que denominaron distorsiones corporales, cuyos síntomas se superponen al factor experiencias anómalas del cuerpo del estudio de Sierra et al. (2005). Estos factores o subtipos se corresponden con aquellos tempranamente descritos en numerosos casos clínicos publicados en revistas psiquiátricas (Sierra & Berrios, 2001).

1.4.1 *Experiencias corporales anómalas*

Este grupo incluye síntomas que afectan la experiencia subjetiva de sentir el propio cuerpo, o de ser la persona que ejecuta las acciones o los actos mentales. También se incluyen aquí las experiencias de verse desde afuera, una marcada auto-observación, y distorsiones somático-sensoriales, aunque estas últimas son consideradas raras de encontrar en el trastorno de despersonalización y se consideran propias de la esquizofrenia, la epilepsia del lóbulo temporal o de pacientes con migrañas (Sierra, 2009; Sierra et al., 2005).

Un ejemplo de este subtipo de síntomas puede ser cuando los pacientes están sentados en una habitación, pueden ver su propio cuerpo sentado, pero sienten que están en un lugar que no pueden especificar. Según Sierra (2009) la tendencia a la auto-observación sería uno de los efectos de experimentar su propio cuerpo como ajeno. Algunos pacientes con despersonalización pasan gran parte del día pensando cómo están o cómo se sienten, dónde están verdaderamente, razón por la cual se ha sugerido una relación estrecha entre la despersonalización crónica y los síntomas obsesivos (Torch, 1978; 1981) (véase Capítulo 6).

1.4.2 Embotamiento afectivo

Este grupo sintomático también llamado despersonalización afectiva, incluye perturbaciones en la capacidad subjetiva para experimentar emociones y necesidades corporales. La disminución en la capacidad para sentir, afecta la experiencia subjetiva de miedo, tristeza, o asco en situaciones que antes provocaban esas emociones. A diferencia de la anhedonia, los síntomas de embotamiento afectivo involucran una alteración en la capacidad para experimentar no sólo emociones positivas sino también emociones negativas como la tristeza (Glover, 1992;

Mula et al., 2010). En pacientes con despersonalización crónica, los síntomas de embotamiento afectivo afectan exclusivamente la experiencia subjetiva manteniéndose conservada la expresión motora (Sierra & Berrios, 1998). Por ejemplo, un paciente con trastorno por estrés postraumático describía que al abrazar a su hijo no sentía alegría como antes del trauma, y necesitaba recordar cómo se sentía antes para sentir algo parecido.

Estos síntomas han sido extensamente estudiados en personas con estrés postraumático (Litz, 1992; Litz & Gray, 2002) y su aparición temprana está asociada a sintomatología postraumática crónica (Harvey & Bryant, 1998).

1.4.3 Experiencias anómalas del recordar

En este subtipo se incluyen síntomas tales como: sentir como si episodios autobiográficos no le hubieran pasado efectivamente a la persona, distorsiones temporales como la sensación de sentir que ya vivió una situación (*déjà vu*), sentir que un hecho reciente sucedió mucho tiempo atrás, sentir un vacío mental (*'mind emptiness'*), y dificultades para colorear afectivamente los recuerdos. Por ej., algunos pacientes recuerdan haber estado de vacaciones en determinado lugar pero aclaran que no sienten como si les hubiera pasado a ellos.

Lewis (1931) le otorgó un lugar central a las alteraciones en la perspectiva temporal en el desarrollo de la despersonalización. No obstante, Simeon, Hwu, y Knutelska (2007) encontraron que las alteraciones en la percepción del tiempo y la perspectiva temporal - por ej., capacidad para imaginarse el futuro - correlacionaban en forma significativa con la tendencia al

ensimismamiento y no con los síntomas de despersonalización, en una muestra de despersonalizados crónicos. Se ha sugerido que las primeras son propias de los trastornos disociativos crónicos mientras que las segundas estarían asociadas fuertemente a síntomas disociativos peritraumáticos (Simeon et al., 2007).

La tendencia de los pacientes despersonalizados crónicamente a sumergirse en sus pensamientos llevó a plantear la existencia de una estrecha relación entre rasgos o síntomas obsesivos y despersonalización. Esta tendencia afectaría secundariamente la experiencia subjetiva del hecho mismo de recordar (Torch, 1978).

Otro de los síntomas incluídos en este subtipo es el de visualizar episodios autobiográficos como si la persona fuera un observador externo. Este fenómeno es frecuente en pacientes con trastorno por estrés postraumático y ha sido conceptualizado como una forma de controlar el temor a desbordarse mientras relatan o recuerdan el trauma (Foa et al., 2007). En apoyo de esta hipótesis, recordar el trauma desde la perspectiva del observador estuvo asociado a conductas evitativas en personas traumatizadas (Kenny & Bryant, 2007) y a síntomas de estrés postraumático crónico (Kenny et al., 2009).

1.4.4 Desrealización

Si bien el término desrealización ha sido criticado por definir en forma negativa un fenómeno psicopatológico (Sierra, 2009), las clasificaciones psiquiátricas actuales continuaron haciendo uso del mismo (APA, 1994, 2013; WHO, 1992).

El término desrealización hace referencia a la experiencia de sentir como si el mundo fuera irreal. Como se dijo anteriormente, las personas lo describen como si estuvieran en un sueño, una burbuja, o como si vieran el mundo detrás de un vidrio. Sierra y Berrios (2000) sugieren que estos síntomas responden a la dificultad de la persona para colorear el mundo exterior con sentimientos placenteros o sentimientos de familiaridad.

1.5 Despersonalización Primaria y Secundaria

Sólo tres estudios investigaron las posibles diferencias y similitudes entre la despersonalización primaria y secundaria. La despersonalización primaria fue definida como un puntaje de uno o más en la entrevista clínica *Present State Examination* (PSE; Wing, Cooper, & Sartorius, 1974) (Lambert, Senior, Fewtrell, Phillips, & David, 2001; Baker et al., 2003) o bien cuando un experto determina que es el problema principal (Baker et al., 2003), y la persona reconoce que estas experiencias son subjetivas y no el resultado de fuerzas externas que se imponen. Se ha considerado que la despersonalización es secundaria cuando se presenta en el contexto de un trastorno psiquiátrico o enfermedad médica (Baker et al., 2003; Lambert et al., 2001).

En el primer estudio, Lambert et al. (2001) encontraron que aquellos con despersonalización primaria ($n = 35$) y secundaria ($n = 7$) no se diferenciaban respecto de la intensidad de los síntomas de despersonalización, medida con la subescala de despersonalización de la *Dissociative Experiences Scale* (DES; Bernstein & Putnam, 1986) y la *Fewtrell Depersonalisation Scale* (Fewtrell, 2000). Sin embargo, ambos grupos de despersonalizados se

diferenciaron en dichas escalas respecto de los controles comunitarios. La ausencia de diferencias entre los grupos clínicos del estudio de Lambert et al. (2001) podría explicarse porque el tamaño de la muestra no era lo suficientemente grande. En un segundo estudio con una muestra más grande, Baker et al. (2003) encontraron que aquellos con despersonalización primaria ($n = 108$) puntuaron significativamente más alto en los ítems de despersonalización y desrealización de la PSE comparados con el grupo de despersonalización secundaria ($n = 38$). Los resultados de un tercer estudio publicado recientemente señalan que las personas con trastorno de despersonalización presentaron una mayor intensidad de la despersonalización al momento de la entrevista comparados con el grupo de trastornos de ansiedad y los controles sanos (Hunter, Salkovskis, & David, 2014). Además, el grupo de pacientes con trastornos de ansiedad puntuó significativamente más alto en la escala de despersonalización CDS comparado con los controles sanos (Hunter et al., 2014).

En resumen, es posible que aquellos con despersonalización primaria presenten una mayor intensidad - frecuencia y duración - de los síntomas comparados con aquellos con despersonalización secundaria, y estos últimos comparados con muestras no clínicas. No queda claro si estas diferencias serían sólo cuantitativas o también cualitativas, dado que ninguno de los estudios mencionados investigó las diferencias grupales respecto de cada subtipo de despersonalización o el perfil de síntomas más frecuentes. De acuerdo a lo propuesto por Sierra (2009) sería esperable encontrar que aquellos con despersonalización primaria exhiban una mayor intensidad de los síntomas que se refieren a experiencias anómalas del recordar, comparados con aquellos con despersonalización secundaria, o controles comunitarios.

1.6 Resumen

La descripción limitada e insuficiente de los síntomas de despersonalización incluidos en los criterios sintomáticos de la crisis o el trastorno de angustia, el trastorno por estrés postraumático y el trastorno por estrés agudo del DSM-IV (APA, 1994), contrasta con la riqueza y variedad fenomenológica que caracterizan a los síntomas de despersonalización (Sierra & Berrios, 2000). Por esa razón, se espera que una evaluación pormenorizada de los mismos en personas con trastornos de ansiedad y en la comunidad, permita una mejor comprensión de la relación entre despersonalización y ansiedad.

Capítulo 2.

PREVALENCIA DE LA DEPERSONALIZACIÓN

2.1 Introducción

A pesar de haberse encontrado que los criterios para diagnosticar el trastorno de despersonalización han permanecido estables a lo largo de los años (Sierra & Berrios, 2001), existe una gran variabilidad en la estimación de la prevalencia de estos síntomas (Hunter et al., 2004; Lee, Kwok, Hunter, Richards, & David, 2012). Esta variabilidad ha sido atribuida en gran medida a los instrumentos de evaluación empleados y al marco temporal establecido para determinar su prevalencia (Hunter et al., 2004; Lee et al., 2012). Los síntomas de despersonalización pueden ser transitorios o crónicos. Por lo tanto, el estudio de la prevalencia de la despersonalización se encuentra afectado por cómo se define la presencia de un caso.

Es importante mencionar que la despersonalización puede presentarse tanto en personas de la población general, como en personas con patologías psiquiátricas - por ej., trastornos de ansiedad - o neurológicas - por ej., epilepsia del lóbulo temporal -. A continuación se revisarán los estudios de prevalencia de la despersonalización en la población general y en pacientes con trastornos de ansiedad.

2.2 Prevalencia en Población General

Existen pocas investigaciones sobre la prevalencia de los síntomas de despersonalización en muestras comunitarias. Cuatro estudios emplearon entrevistas semi-estructuradas para evaluar en forma presencial la prevalencia de los síntomas de despersonalización al momento de la evaluación o en el último mes. Bebbington, Hurry, Tennant, Sturt, y Wing (1981), y Bebbington, Marsden, y Brewin (1997) encontraron que la prevalencia mensual de la despersonalización en muestras británicas era de 1.2 y 1.7% respectivamente. Un tercer estudio realizado en una muestra comunitaria de Canadá encontró que la prevalencia de síntomas de despersonalización, según la definición del DSM-IV, era del 2.4% (Ross, Joshi, & Currie, 1991). Recientemente, Lee et al. (2012) encontraron que la prevalencia mensual de los síntomas de despersonalización era del 0.9 %.

Otra forma de evaluar los síntomas ha sido a través de escalas autoadministrables. Mediante el uso de una versión de 9 ítems de la CDS (CDS-9), en una muestra representativa de la población general alemana, Michal et al. (2009) encontraron que el 1.9% de la muestra comunitaria presentaba síntomas clínicamente significativos de despersonalización, mientras que el 27.8% marcó positivamente al menos un ítem de la CDS-9. En un estudio similar, Michal, Glaesmer, et al. (2011) encontraron que la prevalencia en las últimas dos semanas de síntomas clínicamente significativos de despersonalización era del 3.4%, definido como un puntaje de 3 o más sobre un total de 6 en la versión ultra breve de la CDS (CDS-2). El 21.8% marcó en forma positiva la presencia de síntomas de despersonalización independientemente de cual fuera su intensidad.

En resumen, los estudios que emplearon entrevistas semi-estructuradas y evaluaron la prevalencia actual o en el último mes sugieren que la prevalencia de síntomas persistentes e intensos afecta al 0.9-2.4% de la población, mientras que dicha prevalencia parece ser más elevada cuando se emplean instrumentos autoadministrables. Resulta claro también que un alto porcentaje de la población general presenta experiencias leves y transitorias de despersonalización.

2.3 Prevalencia en Pacientes con Trastornos de Ansiedad

Debido a que los síntomas de despersonalización forman parte de los criterios sintomáticos del trastorno de angustia, del trastorno por estrés postraumático y del trastorno por estrés agudo, se dispone de información acerca de la prevalencia de estos síntomas casi exclusivamente en el contexto de estos trastornos.

En estudios realizados en muestras de pacientes de Estados Unidos y Europa occidental, se encontró que la prevalencia de los síntomas de despersonalización durante las crisis de angustia oscilaba entre el 24.1 y el 82.6 % (Hunter et al., 2004). La variabilidad encontrada entre estudios puede deberse a los diferentes instrumentos empleados para evaluar los síntomas de pánico y de despersonalización, y a las características de la muestra. Por ejemplo, existe evidencia que sugiere que variables culturales tales como individualismo-colectivismo están asociadas a la experiencia de despersonalización en pacientes con pánico (Sierra & David, 2007).

Al menos cuando se emplearon instrumentos autoadministrables, los estudios epidemiológicos sugieren que los síntomas de despersonalización son frecuentes tanto en poblaciones no clínicas como en pacientes con trastorno de angustia (Hunter et al., 2004). Resulta interesante destacar que hasta la fecha no se ha estudiado en qué medida los diferentes síntomas de despersonalización de los pacientes ansiosos difieren de los presentados en poblaciones no clínicas.

2.4 Prevalencia en Población Hispana

Se ha señalado que la prevalencia de la despersonalización en países de Asia y Latinoamérica es menor comparada con la de países de Europa occidental y Estados Unidos (Sierra, 2009). Sierra et al. (2006) encontraron que la prevalencia de los síntomas de despersonalización en pacientes psiquiátricos internados latinoamericanos era menor a aquella encontrada en países de habla inglesa. Estos resultados no se explicaron por el tipo de diagnóstico psiquiátrico, dado que se observó la misma tendencia en las distintas categorías psiquiátricas, incluidos los trastornos de ansiedad. Más específicamente, en pacientes con trastorno de angustia se encontró que la prevalencia de la despersonalización era menor en los españoles que en los pacientes de habla inglesa (Sierra & David, 2007).

2.5 Despersonalización en Personas con Trastornos de Ansiedad y en Muestras no Clínicas

Se ha sugerido que los síntomas de despersonalización en la población general son menos frecuentes y más breves que aquellos encontrados en muestras psiquiátricas - hipótesis cuantitativa - (Sierra, 2009). Sin embargo, dado que la presencia de síntomas transitorios e infrecuentes de despersonalización fue observada tanto en la población general (Michal et al., 2009; Michal, Glaesmer, et al., 2011) como en personas con trastornos de ansiedad (Barlow et al., 1985; Cox & Swinson, 2002; Goff, Olin, Jenike, Baer, & Buttolph, 1992; Harvey & Bryant, 1999; Hoyer, Braeuer, Crawcour, Klumbies, & Kirschbaum, 2013; Noyes & Kletti, 1977), no resulta claro aun que la diferencia entre los síntomas de despersonalización de estas dos poblaciones resida en su duración o frecuencia.

Otra dimensión que diferenciaría los síntomas de despersonalización en poblaciones clínicas versus poblaciones no clínicas es el número de síntomas (Sierra, 2009, p. 46). Se ha sugerido que personas con síntomas leves de despersonalización exhiben más frecuentemente síntomas de desrealización y de embotamiento afectivo que síntomas de experiencias anómalas del recordar, mientras que estos últimos serían más frecuentes en personas con síntomas extremos de despersonalización (Sierra, 2009, p. 46).

En un estudio se encontró que aquellos con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) presentaron niveles más elevados de disociación, incluyendo los síntomas de despersonalización, comparados con el grupo no clínico (Merckelbach & Wessel, 2000). No obstante, en este estudio se empleó la escala DES, la cual no evalúa la amplia gama de síntomas de despersonalización (Blevins, Weathers & Mason, 2012; Sierra & Berrios, 2000), incluye manifestaciones extremas de despersonalización - por ej., verse desde afuera del propio cuerpo - (Blevins et al., 2012) o incluye síntomas que hoy en día no se consideran que forman parte de la definición de despersonalización - por ej., alucinaciones auditivas - (Blevins et al.; Sierra & Berrios, 2000). En

un estudio más reciente, Hoyer et al. (2013) evaluaron en forma más exhaustiva los síntomas de despersonalización en personas con fobia social, para ello emplearon una versión estado y abreviada de la CDS. Encontraron que durante interacciones sociales estresantes los síntomas de despersonalización eran más frecuentes en las personas con fobia social que en la muestra de controles sanos.

Como puede observarse los estudios de comparación entre pacientes con trastornos de ansiedad y población no clínica son escasos, están restringidos a un tipo de trastorno de ansiedad (Hoyer et al., 2013; Merckelbach & Wessel, 2000) o no evalúan las diferentes manifestaciones de la despersonalización (Merckelbach & Wessel, 2000). Por lo tanto, en la presente tesis se realizará un estudio comparativo para examinar en forma comprehensiva la intensidad y subtipos de despersonalización en pacientes con trastornos de ansiedad y población comunitaria.

Asimismo, resulta interesante encontrar que la evaluación de los síntomas de despersonalización en individuos con trastorno de angustia se realizó usando preguntas aisladas (Barlow et al., 1985; Cassano et al., 1989; Seguí et al., 2000) o medidas que no evalúan adecuadamente todos los subtipos de despersonalización (Ball, Robinson, Shekhar, & Walsh, 1997; Cox & Swinson, 2002). A pesar que los síntomas de despersonalización están presentes en todos los trastornos de ansiedad (Barlow et al., 1985), y acompañan frecuentemente a aquellos con trastorno de angustia (Cox & Swinson, 2002; Hunter et al., 2004; Seguí et al., 2000), ningún estudio comparó la amplia gama de síntomas de despersonalización en individuos con trastorno de angustia, otros trastorno de ansiedad, y muestras no clínicas. En consecuencia, en la presente tesis se comparará la intensidad y el subtipo de despersonalización en aquellos con trastorno de angustia, aquellos con otros trastornos de ansiedad, y en participantes de la comunidad.

2.6 Edad de Inicio

La edad de inicio de los síntomas de despersonalización parece ser más frecuente alrededor de los 20 años y a mayor edad su intensidad disminuye (Aderibigbe, Bloch, & Walker, 2001; Baker et al., 2003; Walker, Gregory, Oakley, Bloch, & Gardner, 1996).

Dos estudios realizados en muestras de pacientes con trastorno de despersonalización convergen en señalar que los síntomas suelen comenzar entre la adolescencia y la temprana adultez, con una edad promedio que oscila entre los 20 (Simeon, Riggio-Rosen, Guralnik, Kniitelska, & Nelson, 2003) y 22.8 años (Baker et al., 2003). Baker et al. (2003) encontraron que los pacientes cuya edad se encontraba entre los 0 y 16 años presentaban una mayor intensidad de la despersonalización que aquellos cuya edad de inicio se encontraba entre los 17-39 años o de los 40 años en adelante.

En una muestra comunitaria, Aderibigbe et al. (2001) encontró que la prevalencia de los síntomas en el último año declinaba a partir de los 46 años. Sin embargo, no todos los estudios realizados en población general encontraron una relación entre edad e intensidad de la despersonalización. Michal, Wiltink, et al. (2011) no encontraron una asociación entre diferentes grupos etarios y la intensidad de la despersonalización al usar una versión de dos ítems de la CDS (CDS-2) en una muestra de la población general de Alemania. Si se toma en cuenta que los síntomas de despersonalización suelen ser más intensos a edades más tempranas, la exclusión de personas menores a 35 años en el estudio de Michal, Wiltink, et al., (2011) explicaría la diferencia entre estudios. De todos modos, las diferencias pueden deberse no sólo a

características de la muestra, sino también a diferencias en el diseño del estudio, o al método empleado para detectar la despersonalización y definir un caso (Hunter et al., 2004).

Capítulo 3

MODELOS TEÓRICOS DE LA DESPERSONALIZACIÓN

3.1 Introducción

Desde la postulación de la teoría sensorial de Krishaber en 1873 (*véase* Sierra & Berrios, 1997), hasta la actualidad se han desarrollado distintas explicaciones y formas de conceptualizar la despersonalización. Entre ellas aquella que ha ganado aceptación creciente ha sido la de concebir a la despersonalización, o al menos un subgrupo de sus síntomas, como el resultado subjetivo de un mecanismo neurobiológico que tendría como función regular la respuesta emocional ante situaciones de amenaza y miedos extremos (Ehlers & Steil, 1995; Foa & Hearst-Ikeda, 1996; Foa & Riggs, 1993; Griffin, Resick, & Mechanic, 1997; Noyes & Kletti, 1977; Roth & Argyle, 1998; Sierra & Berrios, 1998). El beneficio de este mecanismo sería el de aumentar las posibilidades de supervivencia al suprimir niveles extremos de ansiedad mientras se mantiene el nivel de alerta durante la situación potencialmente peligrosa (Sierra & Berrios, 1998). En esta misma línea, en el campo del estrés postraumático se ha considerado que el embotamiento afectivo aparece cuando las estrategias de evitación destinadas a reducir el malestar asociado a los recuerdos postraumáticos son ineficaces (Foa & Riggs, 1993; Foa, Riggs & Gershuny, 1995; Litz et al., 1997). En otros términos, se considera que el embotamiento afectivo es una respuesta a un estado de ansiedad incontrolable (Foa et al., 1995; Litz et al., 1997).

De esta manera puede observarse cómo la despersonalización se encuentra inevitablemente asociada a la psicopatología de los trastornos de ansiedad, especialmente a

aquella que involucra estados agudos e intensos como el trastorno de angustia, el trastorno por estrés agudo, y el trastorno por estrés postraumático.

Los modelos cognitivo-conductuales sostienen que en los trastornos de ansiedad subyacen creencias exageradas acerca de la peligrosidad de situaciones, ideas, imágenes, o sensaciones corporales (Clark, 1999). De esta forma, si la despersonalización es una respuesta a niveles de ansiedad extremos es posible que los pacientes con despersonalización presenten creencias exageradas sobre el peligro o la amenaza.

Tal como lo plantea Hunter et al. (2003), la estrecha relación entre trastornos de ansiedad, síntomas de ansiedad, y despersonalización, las dificultades para ubicarla nosológicamente como un trastorno disociativo (Hunter et al., 2003; Sierra et al., 2012), y los éxitos terapéuticos alcanzados por los tratamientos cognitivo-conductuales para los trastornos de ansiedad (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006; Hunter et al., 2003), constituyen razones suficientes para considerar al enfoque cognitivo-conductual de la despersonalización como un enfoque promisorio para explorar hipótesis derivadas teóricamente y facilitar el desarrollo de un tratamiento para una patología difícil de tratar (Medford, Sierra, Baker, & David, 2005; Sierra, 2008; Somer, Amos-Williams, & Stein, 2013)

Más recientemente, el modelo de aceptación y compromiso enmarcado dentro de lo que se ha denominado la *tercera ola* o generación de modelos cognitivo-conductuales (Hayes, 2004), parece ofrecer nuevas perspectivas para comprender y tratar la despersonalización (Neziroglu & Donnelly, 2010). Al igual de lo que sucede con el modelo cognitivo-conductual, el modelo de aceptación y compromiso también ha sido aplicado para comprender y explicar los trastornos de ansiedad (Eifert & Forsyth, 2005; Orsillo & Roemer, 2005). Aunque con menor grado de

apoyatura empírica que la terapia cognitivo-conductual, se han realizado estudios aleatorizados y controlados que apoyan la eficacia de la TAC para diferentes trastornos de ansiedad (Arch et al., 2012; Dalrymple & Herbert, 2007; Roemer, Orsillo, & Salters-Pedneault, 2008; Twohig et al., 2010). Si bien la relación entre despersonalización y las variables teóricas postuladas por el modelo de aceptación y compromiso aun no han sido objeto de estudio, Neziroglu y Donnelly (2010) postulan la potencial utilidad de este modelo en el contexto de un libro dirigido a pacientes con despersonalización crónica, y sugieren posibles intervenciones psicoterapéuticas.

En la presente tesis, por lo tanto, se tomarán en cuenta dos modelos teóricos: el modelo cognitivo-conductual de Hunter et al. (2003) sobre la despersonalización y el modelo de aceptación y compromiso de Hayes et al. (1996) y su adaptación realizada por Neziroglu y Donnelly (2010) para comprender la despersonalización.

3.2 Modelo Cognitivo-Conductual: Alcances y Limitaciones

3.2.1 Modelo cognitivo-conductual: El rol de las interpretaciones catastróficas

De acuerdo con el estado de la investigación en el momento de formularlo, Hunter et al. (2003) aclaran que su modelo es de naturaleza especulativa. Al igual que los modelos cognitivo-conductuales de los trastornos de ansiedad (Clark, 1986; Ehlers & Clark, 2000; Salkovskis, 1985), el modelo de Hunter et al. consideran que las personas con trastorno de despersonalización presentan una tendencia a interpretar en forma catastrófica síntomas

transitorios de despersonalización. Basándose en estudios que indican que la despersonalización es un síntoma que se encuentra frecuentemente en la población general, se propone que las interpretaciones catastróficas de los síntomas de irrealidad provocan síntomas de ansiedad, lo cual motiva la evitación de situaciones disparadoras de despersonalización. De esta manera, la despersonalización es en sí misma objeto de interpretaciones disfuncionales como por ej., miedo a perder el control, a volverse loco, a volverse invisible, o a tener una enfermedad neurológica (Baker et al., 2007). El contenido de estos temores se asemeja en algunos casos a los presentados por los pacientes con trastorno de angustia (Clark, 1986; Hunter et al., 2014; Rapee, Sanderson, McCauley, & Di Nardo, 1992).

Siguiendo la hipótesis de diátesis-estrés propuesta por Beck (Beck, 1967), Hunter et al. (2003) proponen que estas interpretaciones catastróficas se derivan de creencias que la persona tiene acerca de su vulnerabilidad a la locura. Se asume que estas creencias pre-mórbidas - diátesis - predisponen a que la presencia de síntomas de despersonalización - estrés - sea interpretada de un modo amenazante, mientras que aquellas personas que no presentan dichas creencias es más probable que atribuyan la presencia de los síntomas de despersonalización al cansancio, al consumo de sustancias, o al estrés.

Estas interpretaciones catastróficas de los pacientes con despersonalización motivan conductas evitativas o conductas de búsqueda de seguridad para prevenir o que esos temores se materialicen (Hunter et al., 2003). En un ejemplo brindado por Hunter et al. (2003) ilustran la relación entre despersonalización-interpretaciones catastróficas-ansiedad-evitación, menciona que una persona con temor a comportarse como un loco cuando tiene los síntomas de despersonalización, muy probablemente realizará conductas que le aseguren la apariencia de alguien "normal". El efecto paradójico de dicha conducta puede aumentar la sensación de

extrañeza o desapego dado que la persona actúa de una forma diferente a la habitual y mantiene el cuadro de despersonalización. En consecuencia, las interpretaciones catastróficas estarían asociadas a la persistencia de los síntomas de despersonalización.

Un efecto paradójico similar parece explicar la relación entre los síntomas obsesivo-compulsivos y la despersonalización. Hunter et al. (2003) señalan que si el contenido de las obsesiones se encuentra centrado en la existencia misma de la persona puede dar lugar a conductas de chequeo, como por ejemplo, chequear la presencia/ausencia de sus sentimientos, si existe o no existe, etc.. Este aumento de los recursos atencionales focalizados en la persona incrementaría en forma indeseada los síntomas de irrealidad.

A pesar de observaciones tempranas que indican una fuerte asociación entre despersonalización y síntomas obsesivo-compulsivos (Shorvon, 1946; Torch, 1978), desde este modelo no se intenta abordar la posible relación entre despersonalización y los subtipos de síntomas obsesivo-compulsivos, ni tampoco se esboza relación alguna entre las creencias típicamente obsesivas (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group; OCCWG, 1997) y el desarrollo y mantenimiento del trastorno de despersonalización.

A diferencia de la gran cantidad de estudios que apoyan el rol fundamental de las interpretaciones catastróficas en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de ansiedad (Foa, Ehlers, Clark, Tolin, & Orsillo, 1999; Khawaja & Oei, 1998; OCCWG, 2001; Warren, Zgourides & Englert, 1990), hasta la fecha sólo un estudio, de publicación reciente, exploró la relación entre las interpretaciones catastróficas y la despersonalización crónica. Hunter et al. (2014) encontraron que las personas con trastorno de despersonalización atribuían sus síntomas a causas psicológicas en mayor medida que los controles ansiosos y sanos, y presentaban

interpretaciones catastróficas más frecuentes que los controles sanos pero no que los participantes con trastornos de ansiedad. Evidencia adicional proveniente de muestras de pacientes con trastornos de ansiedad indica que los síntomas de despersonalización están asociados al miedo a volverse loco y a perder el control (Kenardy, Evans, & Oei, 1992; Meuret et al., 2006), y que aquellos con trastorno de angustia y despersonalización tienen más temor a volverse locos comparados con aquellos sin despersonalización (Seguí et al., 2000). Además, la gran mayoría de los pacientes con trastorno de angustia y despersonalización temen la aparición de los síntomas de despersonalización (Cox & Swinson, 2002).

No obstante, existe la necesidad de explorar en forma más exhaustiva la relación entre interpretaciones catastróficas y la despersonalización concebida como un constructo multidimensional. En ese sentido, el estudio de Hunter et al. (2014), si bien es un primer y gran aporte para comprender esta relación, no exploró la capacidad de las interpretaciones catastróficas para predecir los diferentes subtipos de despersonalización. En forma adicional, los estudios realizados en pacientes con trastornos de ansiedad se caracterizaron por no emplear medidas específicas para evaluar interpretaciones catastróficas o los diferentes subtipos de despersonalización.

3.2.2 Intervenciones cognitivo-conductuales para la despersonalización

Del modelo propuesto por Hunter et al. (2003) se desprende que las estrategias terapéuticas más eficaces serán aquellas que permitan testear las expectativas catastróficas asociadas a los síntomas de despersonalización. Evidencia inicial acerca de su eficacia surge del

primer y único estudio hasta la fecha en el cual se testeó una forma específica de terapia cognitivo-conductual para el trastorno de despersonalización que incluyó: psicoeducación sobre la despersonalización, autoregistro de situaciones disparadoras, reestructuración cognitiva, estrategias de exposición, y estrategias para focalizar la atención (Hunter, Baker, Sierra, & David, 2005). En dicho estudio una muestra de 21 pacientes mostró una reducción estadísticamente significativa en sus síntomas de despersonalización luego de realizar un promedio de 13 sesiones, con frecuencia semanal, y duración de una hora.

En el campo del trastorno de angustia la exposición a los síntomas físicos - o exposición interoceptiva - ocupa un lugar central en el tratamiento cognitivo-conductual (Craske & Barlow, 2006). Esta consiste en inducir síntomas físicos similares a los de las crisis de angustia mediante una serie de ejercicios diseñados para testear creencias de peligrosidad asociadas a los síntomas físicos del ataque de pánico (Hackmann, 2004; Craske & Barlow, 2006), incluyendo los de despersonalización (Miller, Brown, DiNardo, & Barlow, 1994). Ante la dificultad para inducir los síntomas de despersonalización, Lickel et al. (2008) identificaron que el ejercicio de hiperventilar durante al menos 1 minuto, con o sin estimulación visual, era eficaz para inducir síntomas intensos similares a los de despersonalización y era más eficaz que los ejercicios propuestos inicialmente por Miller et al. (1994) - por ej., mirar un punto en forma fija durante 3 minutos -. McKay y Moretz (2008) exploraron la utilidad de un ejercicio de inducción de los síntomas de despersonalización en 3 pacientes con trastorno de angustia cuyos síntomas de despersonalización eran fuente de malestar y estaban asociados a creencias de pérdida de control. En este estudio, los ejercicios consistieron en emplear durante 30 minutos un anteojito para imágenes en 3 dimensiones mientras el participante se encontraba sentado, y debía practicarlo media hora por día. Luego de la exposición interoceptiva, todos los pacientes evidenciaron una

reducción en sus temores interoceptivos y dos de ellos informaron reducciones evidentes en los síntomas de despersonalización durante los ataques de pánico. Los autores no especifican qué síntomas de despersonalización se indujeron con el ejercicio de exposición interoceptiva ni tampoco cuales eran los síntomas de despersonalización experimentados por los pacientes. Del mismo modo, no validaron el método empleado para la inducción de los síntomas. En síntesis, los resultados obtenidos en pacientes con trastorno de despersonalización y con trastorno de angustia sugieren que intervenciones diseñadas para testear las interpretaciones catastróficas asociadas a la despersonalización pueden favorecer la reducción de los síntomas de despersonalización.

Sin embargo, una explicación alternativa de los resultados obtenidos por McKay y Moritz (2008) es que al realizar la exposición interoceptiva los participantes redujeron su temor a los síntomas físicos en general, e indirectamente a la despersonalización en particular. En efecto, los pacientes con trastorno de angustia suelen experimentar más de un temor asociado a cada síntoma físico (*véase* los casos de McKay & Moritz, 2008; Clark, 1986), y un mismo ejercicio de exposición interoceptiva suele provocar más de un síntoma físico tal como sucede con el ejercicio de hiperventilar (Antony, Roth-Ledley, Liss, & Swinson, 2006; McKay & Moritz, 2008; Schmidt & Trakowski, 2004), o el de dar vueltas sobre sí mismo (Antony et al., 2006; Lee et al., 2006). Por lo tanto, sería plausible considerar que estos pacientes al realizar la exposición interoceptiva, testearon sus interpretaciones catastróficas asociadas a los síntomas del pánico en general, reduciendo de ese modo sus niveles de ansiedad interoceptiva, e indirectamente al reducir esos temores disminuyeron la probabilidad de despersonalizarse.

Esta interpretación de los resultados de McKay y Moritz (2008) es consistente con la idea de concebir a la despersonalización como una respuesta a niveles extremos de ansiedad. De este

modo, es posible que estrategias terapéuticas destinadas a reducir la ansiedad - por ej. exposición imaginal a los recuerdos del trauma en el caso del trastorno por estrés postraumático - ayuden indirectamente a reducir los síntomas de despersonalización (Foa et al., 1995; Hageaars, van Minnen, & Hoogduin, 2010).

3.2.3 Limitaciones del modelo cognitivo-conductual de Hunter et al. (2003)

En el modelo de Hunter et al. (2003) se postula que la ansiedad es el resultado de evaluar en forma catastrófica la presencia normal de los síntomas de desrealización/despersonalización. De este modo, se esperaría que todos los pacientes con trastorno de despersonalización presenten elevados niveles de ansiedad. Contrariamente, observaciones clínicas y hallazgos recientes sugieren que las personas con trastorno de despersonalización pueden subdividirse en aquellas que informan altos y bajos niveles de ansiedad (Sierra et al., 2012; Simeon & Abugel, 2008, p. 198). Adicionalmente, en Sierra et al. (2012) encontraron que la correlación existente entre despersonalización y ansiedad no era lineal, y solo alcanzó significancia estadística en aquellos pacientes con despersonalización menos intensa. Esto representa un desafío para aquellos modelos que postulan una relación causal entre despersonalización y ansiedad (Sierra et al., 2012).

De esta manera, el modelo de Hunter et al. (2003) presentaría limitaciones para explicar al menos los siguientes aspectos: a) por qué un subgrupo de pacientes evidencian despersonalización crónica y niveles mínimos de ansiedad (Sierra et al., 2012), b) su relación con el modelo neurobiológico de la despersonalización (Sierra & Berrios, 1998), y c) la relación

entre despersonalización, sintomatología obsesivo-compulsiva, y el posible rol de las creencias obsesivas. Las primeras dos parecen ser fundamentalmente consecuencia directa de la forma en que Hunter et al. conceptualizan la despersonalización. A continuación se presenta una posible forma de resolución de las dos primeras limitaciones y se avanzan hipótesis acerca de la posible relación entre despersonalización, síntomas, y creencias obsesivo-compulsivas.

3.2.3.1 Despersonalización como una forma de evitación extrema

El modelo neurobiológico converge en forma adecuada con la idea de considerar a la despersonalización como una respuesta extrema frente a estados de ansiedad también extremos (Foa & Riggs, 1993; Foa et al., 1995; Griffin et al., 1997; Medford et al., 2003; Roth & Argyle, 1998). Este modelo sostiene que en la despersonalización conviven dos mecanismos opuestos que se contrabalancean (Sierra, 2009; Sierra & Berrios, 1998; Sierra & David, 2011). Por un lado, existiría un mecanismo excitatorio que favorece el estado de alerta asociado a los niveles de ansiedad, y por el otro, un mecanismo cortical inhibitorio, el cual tiene por consecuencia un efecto tajante y selectivo sobre la experiencia subjetiva emocional y las respuestas autonómicas frente a estímulos emocionales negativos que “desactiva el proceso por el cual la percepción y la cognición son coloreadas emocionalmente” (Sierra & Berrios, 1998, p. 904), y se expresa bajo la forma de sentimientos subjetivos de desapego.

En una reciente y extensa revisión Sierra y David (2011) concluyeron que los hallazgos de estudios de neuroimágenes y psicofisiológicos apoyan la hipótesis de un mecanismo fronto-límbico inhibitorio que explica los subtipos de embotamiento afectivo, desrealización, y

experiencias anómalas del recordar. Esta red neural involucraría la activación de la amígdala, la ínsula anterior, el hipotálamo y la corteza cingulada anterior sobre las cuales se apoya la experiencia emocional, mientras que la corteza prefrontal regula en forma extrema la activación de dichas estructuras. Respecto de las experiencias corporales anómalas, postulan que serían el resultado de una disrupción provocada por la activación de la corteza parietal derecha sobre la experiencia subjetiva de ser el agente de sus propias acciones o de sentir el cuerpo como propio.

Diferentes grupos de investigadores señalan que la percepción de pérdida de control subyace a las experiencias de despersonalización (Foa et al., 1995; Noyes & Kletti, 1977; Sierra & Berrios, 1998; Sierra & David, 2007), por lo tanto, es posible que la percepción de peligro medie la relación entre ansiedad extrema y despersonalización. Más específicamente, Sierra y Berrios (1998) postularon que la despersonalización es una respuesta que permite lidiar con aquellas situaciones en donde la persona percibe que su vida está en peligro y no puede tomar distancia física respecto de la fuente de amenaza, no puede localizarla espacialmente, o resulta desconocida, es decir, la persona percibe que no tiene control. En este contexto, Sierra & Berrios (1998) sostienen que resulta adaptativo inhibir las conductas de lucha o huida, dado que se vuelven ineficaces. En forma similar, Foa et al. (1995) proponen que el embotamiento afectivo surge cuando fracasan todos los intentos por disminuir o evitar la ansiedad asociada a los recuerdos del trauma.

Se ha postulado que el inicio de los síntomas de despersonalización está asociado en muchos casos a la percepción de no tener control o de sentirse atrapado por las circunstancias (Sierra, 2009, p. 52) internas - por ej., síntomas de pánico, alteraciones del sí-mismo inducidas por sustancias - (Gilbert & Allan, 1998; Medford et al., 2003) o externas - por ej., abuso sexual infantil - (Gilbert & Allan, 1998) las cuales están acompañadas de estados de ansiedad extremos

e incontrolables. Esto supone que la despersonalización cumpliría una función adaptativa en esos momentos y todos podemos llegar a experimentarla. Esta formulación de la despersonalización permitiría explicar la ausencia de diferencias entre la despersonalización crónica que comienza con el consumo de sustancias y aquella cuyo inicio no está asociado a dicho consumo (Medford et al., 2003; Simeon, Kozin, Segal, & Lerch, 2009).

Respecto de circunstancias internas y el sentimiento de sentirse atrapado, Simeon y Abugel (2008) sugirieron que la despersonalización puede sobrevenir como el resultado de experimentar en forma egodistónica el hecho mismo de existir. Es decir, todo aquello que indique que la persona exista - por ej., sentir ansiedad - se vuelve un disparador de interpretaciones catastróficas - ej., si existo voy a sufrir indefinidamente - y provoca ganas de escapar. Ante la imposibilidad de escapar de sí mismo la única opción para controlar los niveles de ansiedad es la despersonalización (Sierra, 2009). De hecho Ludovic Dugas, quien describió la despersonalización por primera vez a finales del siglo XIX (Sierra & Berrios, 1997), equiparó a ésta con un “suicidio virtual”.

Más difícil de explicar, en cambio, es el mantenimiento de la despersonalización. La teoría cognitiva postula que existen conexiones estrechas entre los pensamientos catastróficos y los comportamientos destinados a impedir que esos temores percibidos se concreten (Clark, 1986). En este caso, la despersonalización en sí misma equivaldría a una conducta evitativa que mantiene creencias de peligrosidad acerca de la ansiedad o las emociones extremas. Paradójicamente la misma despersonalización/desrealización es interpretada en forma catastrófica. De este modo, los síntomas de ansiedad de los pacientes con despersonalización crónica serían el resultado no sólo de las interpretaciones catastróficas de la despersonalización como sostienen Hunter et al. (2003), sino también y en forma primaria de la interpretación

catastrófica de los síntomas de ansiedad en sí mismos. Esta modificación del modelo de Hunter et al. (2003) permite explicar la existencia de un subgrupo de despersonalizados crónicamente con niveles mínimos de ansiedad, y conjeturar que este subgrupo presenta mayores niveles de interpretaciones catastróficas asociadas a la ansiedad comparados con aquellos que informan altos niveles de ansiedad.

Podría trazarse un paralelismo entre los pacientes con despersonalización crónica y ansiedad mínima y los pacientes agorafóbicos que no sufren ataques de pánico porque evitan en forma extrema cualquier desplazamiento o perfeccionan su capacidad para evitar eficazmente los síntomas de ansiedad o pánico a un costo personal muy elevado. De acuerdo con esta observación, se ha señalado que algunos pacientes con despersonalización que sufrían crisis de angustia, progresivamente dejan de tener síntomas de pánico hasta que finalmente la despersonalización se vuelve constante y al responder al tratamiento vuelven a sentir síntomas de ansiedad o pánico (Sierra, 2009, p. 74).

Las modificaciones propuestas están de acuerdo con sugerencias acerca del rol del embotamiento afectivo en el mantenimiento del trastorno por estrés postraumático. Pacientes que tienen miedo a desbordarse cuando relatan el trauma evitan conectarse emocionalmente con los recuerdos (Foa & Hearst-Ikeda, 1996). El embotamiento afectivo resultante es interpretado en forma negativa - por ej., “es como si estuviera muerto por dentro”- y se convierte en una fuente adicional de malestar.

Se ha encontrado que las creencias acerca de las posibles consecuencias dañinas de los síntomas ansiosos juegan un rol importante en la adquisición y mantenimiento de los trastornos de ansiedad (Reiss, 1991). Sería esperable que aquellos pacientes con un trastorno de ansiedad y

síntomas elevados de despersonalización mostraran altos niveles de interpretaciones catastróficas de los síntomas ansiosos comparados con aquellos con bajos niveles de despersonalización.

Para explicar el desempeño de una persona en el contexto de reacciones emocionales extremas se ha recurrido a la ley de Yerkes-Dodson (Yerkes-Dodson, 1908; Hardy & Parfitt, 1991). En breve, esta ley describe una relación empírica existente entre activación autonómica y desempeño, según la cual un aumento en la activación se acompaña inicialmente de un mejor desempeño, pero sólo hasta un punto límite, luego del cual niveles de activación más elevados tienen un efecto deletéreo sobre el desempeño. Esta relación es a menudo ilustrada gráficamente con la forma de una U invertida. En este caso la despersonalización tendría la función de mantener la organización de la conducta - desempeño - y favorecer la supervivencia al inhibir los niveles de extremos de ansiedad y su efecto potencialmente desorganizador sobre la conducta y la cognición (Sierra, 2009; Sierra & Berrios, 1998).

Al considerar a la despersonalización como una forma de evitación extrema, se desprende que las estrategias terapéuticas debieran estar orientadas a que la persona experimente ansiedad y pueda testear sus expectativas catastróficas sin despersonalizarse. La evitación en sus diferentes variantes (Clark, 1999; Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004, p. 260), y la despersonalización (Feeny, Zoellner, & Foa, 2000; Foa et al., 1995; Harvey & Bryant, 1998) están asociadas al mantenimiento de los trastornos de ansiedad y del estrés postraumático, respectivamente. Asimismo, carecería de sentido inducir síntomas de despersonalización si éstos en verdad reflejan una forma de evitación que impide la modificación de las consecuencias temidas y mantiene el cuadro, del mismo modo que carecería de sentido un tratamiento para el TOC en donde el paciente deba realizar rituales cada vez que piensa que algo malo puede ocurrir si no los hace (Foa, 2010; Salkovskis, 1985).

Por último, concebir a la despersonalización de este modo supone considerarla funcionalmente equivalente a las conductas de evitación. Pero a diferencia de la evitación en donde la persona tiene una intención de disminuir su ansiedad o las probabilidades de que se materialicen sus consecuencias temidas (Foa & Kozak, 1986; Salkovskis, 1991), no resulta claro que la despersonalización sea un proceso estratégico, en el sentido de voluntario (McNally, 1995). En efecto, se ha postulado que la evitación y el embotamiento afectivo postraumático responden a mecanismos diferentes (Foa, Zinbarg, & Rothbaum, 1992). Foa et al. (1992) postulan un paralelismo entre la liberación de opioides en animales bajo situaciones de estrés impredecibles e imposibles de escapar y los síntomas de embotamiento afectivo en pacientes con trastorno por estrés postraumático. No obstante, desde el punto de vista clínico pueden observarse por un lado, pacientes que informan la aparición repentina de la despersonalización, lo cual hace pensar en procesos automáticos subyacentes, en el sentido de involuntario. Este sería el caso de aquellos que informan síntomas de despersonalización durante las crisis de angustia. Por el otro lado, algunos pacientes informan esfuerzos deliberados por no conectarse con sus emociones, pensamientos, acciones o sensaciones físicas. Este sería el caso de las personas con trastorno por estrés postraumático que tienen miedo a desbordarse durante el relato del trauma si no controlan sus emociones (Foa & Hearst-Ikeda 1996).

3.2.3.2 Posible rol de las creencias obsesivas

Como se verá en el Capítulo 6, la mayoría de los pacientes con trastorno de despersonalización presenta pensamientos indeseados y repetitivos (Baker et al., 2007) similares

a los del TOC (Sierra et al., 2012). Debido a que una de las diferencias entre pensamientos indeseados y obsesiones es el nivel de estrés que éstos producen (Rachman & de Silva, 1978) resulta pertinente mencionar cómo explican las teorías cognitivo-conductuales el malestar asociado a estos pensamientos.

Rachman (1997) y Salkovskis (1985) sostienen que las personas con TOC interpretan en forma personalmente amenazante los pensamientos indeseados, lo cual las impulsa a realizar compulsiones con el objetivo de prevenir la ocurrencia de un daño o bien reducir la ansiedad. Por otro lado, cuando estos pensamientos indeseados son interpretados como irrelevantes se espera que no produzcan ningún malestar ni tampoco ganas de hacer rituales. De este modo, se considera que la presencia de síntomas obsesivo-compulsivos está asociada a una forma particular de interpretar la frecuencia y el contenido de los pensamientos indeseados.

Fuertemente influenciado por los modelos cognitivos de Salkovskis (1985) y Rachman (1997), el OCCWG (1997) clasificó los contenidos cognitivos del TOC en tres niveles. El primero, consiste en pensamientos, imágenes o impulsos indeseados que irrumpen en el proceso del pensar. Entre el 72 y el 100% de la población experimenta esta clase de pensamientos o imágenes (O'Connor, & Aardema, 2007), pero en los pacientes con TOC son más frecuentes, estresantes, y difíciles de controlar (Rachman & de Silva, 1978). El segundo nivel consiste en el proceso por el cual la persona evalúa dichos pensamientos indeseados, es decir, le asigna un significado. Se considera que los pensamientos indeseados se transforman en obsesiones cuando la persona los interpreta en forma personalmente amenazante e intenta suprimirlos con el objetivo de prevenir o disminuir las probabilidades de una consecuencia temida, lo cual aumenta la frecuencia de pensamientos indeseados (Tolin, Abramowitz, Pzeworski, & Foa, 2002). El tercer nivel consiste en creencias globales características del TOC. Se considera que las

interpretaciones disfuncionales de los pensamientos indeseados - segundo nivel - provienen de creencias disfuncionales acerca de la estimación del peligro, responsabilidad, la incertidumbre, el perfeccionismo, la necesidad de controlar los pensamientos, y la importancia de tener determinados pensamientos.

Respecto del segundo nivel el OCCWG (1997) identificó tres dimensiones. La primera está conformada por interpretaciones disfuncionales acerca de la importancia de tener un pensamiento indeseado, como por ejemplo, “si este pensamiento viene de mi mente debe ser porque quiero tenerlo”. La segunda incluye interpretaciones disfuncionales acerca del grado de responsabilidad personal que la persona tiene cuando imagina que algo malo puede suceder, por ejemplo, “como he pensado que podrían suceder cosas malas, debo hacer algo para prevenirlo”. La tercera dimensión incluye interpretaciones disfuncionales acerca de la necesidad de controlar los pensamientos indeseados. En esta dimensión se incluyen interpretaciones disfuncionales como, “debería ser capaz de sacarme este pensamiento de la cabeza”.

Para investigar el segundo y tercer nivel de contenidos cognitivos, el OCCWG (1997) desarrolló una medida de interpretaciones disfuncionales típicas del TOC, la *Interpretations of Intrusions Inventory* (III-31), y una medida de creencias obsesivas, la *Obsessive Beliefs Questionnaire* (OBQ). En muestras con trastornos de ansiedad, estudiantes, y participantes de la comunidad se encontró que las subescalas de la III-31 y de la OBQ presentaban correlaciones significativas entre moderadas y altas ($r's = .50-.84$) (OCCWG, 2001; OCCWG, 2003) especialmente cuando se consideraba aquellas que estaban diseñadas para medir dominios cognitivos similares ($r's = .64-.84$) (OCCWG; 2001; OCCWG, 2003), lo cual sugiere que ambas medidas no pueden diferenciar las interpretaciones amenazantes de los pensamientos

indeseados - segundo nivel - de las creencias obsesivas - tercer nivel -. Por esta razón, en la presente tesis se considerará a la III-31 como una medida de creencias obsesivas.

Como se dijo anteriormente la mayoría de los pacientes con trastorno de despersonalización presentan pensamientos indeseados. Sin embargo, no se ha explorado si dichos pensamientos son experimentados como estresantes, es decir, que las personas con despersonalización evalúen la presencia de los mismos en términos de amenaza o peligro. Dado que se ha sugerido que el trastorno de despersonalización puede formar parte de los trastornos del espectro obsesivo-compulsivo (Hollander & Benzaquen, 1997), resulta relevante explorar la relación entre las interpretaciones disfuncionales de los pensamientos indeseados y los síntomas de despersonalización.

3.2.3.3 Creencias obsesivas y síntomas obsesivo-compulsivos

Los síntomas obsesivo-compulsivos son heterogéneos y han conducido a los investigadores a realizar esfuerzos por subtipificarlos (Leckman et al., 2010). Para alcanzar esa ardua tarea se emplearon diferentes criterios (McKay et al., 2004), sin embargo el que ha predominado desde sus comienzos fue la clasificación fundamentalmente por tipos de compulsión. Estudios de análisis factorial realizados con diferentes instrumentos de medición permitieron identificar entre 4 (Leckman et al., 2010; Leckman et al., 1997) y 6 subtipos o factores (Foa et al., 2002): obsesiones de contaminación/compulsiones de lavado, simetría y de orden, acumulación compulsiva, conductas de chequeo, neutralización, y obsesividad (*véase* el Capítulo 4).

En población no clínica se encontraron las siguientes asociaciones entre creencias obsesivas y subtipos de síntomas obsesivo-compulsivos: las creencias exageradas sobre la probabilidad de un peligro estuvieron asociadas a compulsiones de lavado (Taylor et al., 2010; Tolin, Woods, & Abramowitz, 2003), chequeo (Taylor et al., 2010; Tolin et al., 2003), orden/simetría (Taylor et al., 2010), obsesividad (Taylor et al., 2010; Tolin et al., 2003), acumulación (Taylor et al., 2010; Tolin et al., 2003), y neutralización (Taylor et al., 2010; Tolin et al., 2003); las creencias exageradas acerca de la importancia de los pensamientos con el subtipo de neutralización (Tolin et al., 2003); creencias exageradas acerca de la necesidad de controlar los pensamientos con el subtipo llamado obsesividad (Tolin et al., 2003), y creencias sobre necesidad de hacer las cosas de modo perfecto con los síntomas de orden y simetría (Tolin et al., 2003), y por último, las creencias exageradas sobre responsabilidad estuvieron asociadas a todos los subtipos de síntomas obsesivo-compulsivos (Taylor et al., 2010).

En pacientes con TOC, controles ansiosos, y muestras no clínicas se encontró que las creencias exageradas sobre responsabilidad o sobre la probabilidad de un peligro, sobre la incertidumbre o el perfeccionismo, y sobre la importancia o necesidad de controlar los pensamientos, estuvieron asociadas a todos los subtipos de síntomas obsesivo-compulsivos (OCCWG, 2005).

Si bien se ha criticado el carácter patognomónico de las diferentes creencias e interpretaciones identificadas por el OCCWG para el TOC (OCCWG, 2003; Viar, Bilsky, Armstrong & Olatunji, 2011), interpretar en forma personalmente amenazante la presencia de pensamientos indeseados está asociado a un mayor grado de malestar (Calkins, Berman, & Wilhelm, 2013).

De acuerdo con estos estudios, si la despersonalización se caracteriza por pensamientos de tipo obsesivo y comportamientos compulsivos, entonces es posible que creencias de tipo obsesivo jueguen un rol central en la predicción de la despersonalización.

3.3 Modelo de Aceptación y Compromiso

La TAC es considerada un enfoque clínico general para comprender y tratar la psicopatología. La teoría psicopatológica que subyace a la TAC se apoya en los principios del análisis conductual. Además, la TAC incorpora los principios de la teoría del marco relacional - *relational frame theory* - para tomar en cuenta la complejidad del comportamiento humano, e intenta aplicar el análisis conductual a áreas que tradicionalmente han sido ignoradas por éste - por ej., cognición, emoción, significado, valores -. La teoría del marco relacional provee a la TAC de una explicación para comprender el rol del lenguaje en la psicopatología desde una perspectiva conductual (Arch & Craske, 2008).

La teoría del marco relacional sostiene que el problema central consiste en creer que uno debe controlar y responder al lenguaje entendido en términos de pensamientos, auto-diálogos, etc., disminuyendo la flexibilidad comportamental o la posibilidad de vivir acorde a los valores de la persona (Barnes-Holmes, Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2002). En consecuencia, según la TAC el problema no reside en los contenidos cognitivos - por ej., si el pensamiento refleja en forma imprecisa los hechos ocurridos -, sino más bien en la utilidad de comportarse de acuerdo a determinada forma de pensar.

Desde su creación se han desarrollado formas específicas de la TAC para patologías específicas (Orsillo & Roemer, 2005). Su objetivo principal es el de promover la flexibilidad cognitiva, bajo el supuesto de que la psicopatología está asociada al grado de inflexibilidad psicológica presentada por el individuo (Hayes et al., 2004). La flexibilidad cognitiva es definida como la habilidad para conectarse en forma plena con el presente sin necesidad de defenderse, y supone mantener la conducta o modificarla según los valores de la persona (Levin & Hayes, 2009). Esta se compone de seis procesos que interactúan entre sí (Wilson, Bordieri, Flynn, Lucas, & Slater, 2012): la aceptación o contacto con el momento presente, el tomar distancia de los pensamientos - *cognitive defusion* -, el establecimiento de una dimensión trascendental del yo - *self as context* -, la dirección del comportamiento guiado por los valores, y la acción comprometida. Intervenciones psicológicas que actúen en cualquiera de estos seis procesos favorecerán un mayor grado de flexibilidad cognitiva.

El concepto de aceptación resulta central en la TAC a tal punto que forma parte del mismo nombre de la terapia. La aceptación hace referencia a un proceso mediante el cual la persona puede observar y considerar a sus pensamientos y sentimientos como algo diferente a la realidad y considerarlas solamente como eventos internos que no necesitan ser modificados (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Su contracara es la evitación de dichas experiencias negativas, frecuentemente llamada evitación experiencial. Ésta se define como:

un fenómeno que ocurre cuando la persona no desea entrar en contacto con determinadas experiencias privadas - por ej., sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, tendencias conductuales - y realiza pasos para modificar la forma o la frecuencia de dichos eventos y el contexto que los ocasiona. (Hayes et al., 1996, p. 1154)

El término evitación experiencial engloba las distintas formas de evitación y escape - por ej., evitación cognitiva - y se refiere a todo intento por alterar dichos eventos internos. Se considera que la reducción en el corto plazo del malestar asociado a la evitación experiencial tiene un rol central en el mantenimiento de los trastornos mentales. Este concepto tiene gran relevancia para la comprensión de los trastornos de ansiedad y síntomas relacionados como por ejemplo, la despersonalización (Neziroglu & Donnelly, 2010; Orsillo & Roemer, 2005).

A diferencia del modelo cognitivo-conductual, el cual se focaliza fundamentalmente en el contenido de las cogniciones - por ej., la ansiedad va a subir indefinidamente -, el modelo de aceptación y compromiso se focaliza en la función que tienen dichas cogniciones y en la forma de reaccionar ante ellas. En el caso del modelo de aceptación, la razón por la cual una persona evita es para no entrar en contacto con pensamientos indeseados, imágenes o emociones displacenteras.

3.3.1 Modelo de aceptación y compromiso aplicado al trastorno de despersonalización:

El rol de la evitación experiencial.

En un intento por desarrollar un modelo de aceptación y compromiso para el trastorno de despersonalización, Neziroglu y Donnelly (2010) publicaron un libro dirigido a pacientes con dicho trastorno. Desafortunadamente, hasta la fecha no se ha publicado en revistas científicas un modelo de la TAC para la despersonalización crónica. De todas formas y a pesar de dicha limitación, el carácter novedoso del modelo de aceptación y compromiso revisado en el apartado

anterior, lo hacen particularmente atractivo para su testeo empírico en un área de la psicopatología muchas veces ignorada (Office of Rare Diseases; ORD, 2009).

Neziroglu y Donnelly (2010) han sugerido que la despersonalización crónica se caracteriza por marcados intentos de evitar situaciones que provocan síntomas de despersonalización - por ej., situaciones sociales -, sentimientos, sensaciones, y síntomas físicos desbordantes y displacenteros. En otras palabras, la evitación experiencial sería una característica propia del trastorno de despersonalización. La consecuencia de evitar aquellas situaciones que provocan la despersonalización es la de no vivir acorde a sus propios valores y mantener los síntomas.

Los autores agregan que no sólo se evitan situaciones que provocan despersonalización, sino también que la despersonalización constituye en sí misma una forma de evitación de emociones extremas (Neziroglu & Donnelly, 2010, p. 73). Este modelo predice entonces que personas con altos niveles de despersonalización presentarán mayores niveles de evitación experiencial comparados con aquellos con menores niveles de despersonalización. En el caso de los pacientes con trastorno de ansiedad, sería esperable que algo similar ocurra cuando se comparen aquellos pacientes ansiosos con altos y bajos niveles de despersonalización.

La investigación acerca de la relevancia del constructo de evitación experiencial o de aceptación para la comprensión de la psicopatología, se encuentra en sus comienzos. Para testear empíricamente la teoría psicopatológica de la TAC se desarrollaron diferentes medidas, entre las cuales se encuentra la *Acceptance and Action Questionnaire* (AAQ) (Hayes et al., 2004) y sus versiones posteriores (Bond et al., 2011) que miden el grado de evitación experiencial.

Un concepto relacionado al de aceptación es el de atención plena - *mindfulness* - (Block-Lerner, Salters-Pedneault, & Tull, 2005). Si bien se reconoce que la atención plena comprende diferentes dimensiones o facetas, ésta ha sido definida como “una observación no crítica del flujo de estímulos internos y externos a medida que aparecen” (Baer, 2003, p. 125). Michal et al. (2007) señalan el contraste existente entre la experiencia de desapego que caracteriza al trastorno de despersonalización y los objetivos de la atención plena de estar en contacto deliberado con aquello que ocurre en el tiempo presente. De este modo, al igual que Neziroglu y Donnelly (2010), Michal et al. (2007) postulan que existe una relación inversa entre aceptación y despersonalización. En forma consistente con esta hipótesis, Michal et al. encontraron correlaciones significativas entre una medida de atención plena y la intensidad de la despersonalización medida con una versión breve de la CDS, en pacientes con dolor y en controles (r 's = -.56, -.47, respectivamente).

Los resultados de estudios en pacientes con trastorno de ansiedad evidenciaron que el grado de evitación experiencial estuvo significativamente correlacionado con medidas de ansiedad (Berman, Wheaton, McGrath, & Abramowitz, 2010; Roemer, Salters, Raffa & Orsillo, 2005), y depresión (Berman et al., 2010; Roemer et al., 2005) en la dirección esperada¹. En contrapartida, la evitación experiencial no estuvo significativamente correlacionada con ninguno de los subtipos de sintomatología obsesivo-compulsiva en una muestra de pacientes con TOC (Manos et al., 2010). Resulta importante mencionar que en ningún caso se exploró la relación entre evitación experiencial y despersonalización.

¹ En el Estudio 2 de Roemer et al. (2005) se calculó la correlación entre la transformación a los puntajes Z de la AAQ y las medidas sintomáticas, por esa razón las correlaciones son positivas.

La ausencia de estudios que investiguen en forma directa la posible relación entre evitación experiencial y despersonalización impide sacar conclusiones acerca de la relevancia de dicho constructo para la comprensión de la despersonalización.

3.4 Resumen

En este capítulo se presentaron dos posibles modelos de la despersonalización. Respecto del modelo cognitivo-conductual formulado por Hunter et al. (2003) y sobre el cual los autores aclaran que es especulativo, no puede dar cuenta de la compleja relación entre ansiedad y despersonalización (Sierra et al., 2012), y tampoco explora en profundidad la relación entre obsesiones, compulsiones y despersonalización. Considerar a la despersonalización como funcionalmente equivalente a las conductas de evitación parece explicar mejor la compleja relación entre ansiedad y despersonalización, potencialmente mediada por interpretaciones catastróficas acerca de la pérdida de control.

A pesar de su frecuencia, los síntomas de despersonalización rara vez han sido tomados en cuenta dentro de los modelos y tratamientos cognitivo-conductuales de los trastornos de ansiedad (Hoyer et al., 2013; Weiner & McKay, 2013), y cuando lo han hecho pusieron de manifiesto visiones contrarias acerca del rol de la despersonalización en el trastorno de ansiedad y cómo tratarla (Foa & Hearst-Ikeda, 1996; Weiner & McKay, 2013). Más aun, se ha tomado la despersonalización como unidimensional cuando en verdad ésta parece representar diferentes dimensiones o subtipos (Sierra et al., 2005; Simeon et al., 2008).

Respecto del modelo de aceptación y compromiso, la evitación de experiencias negativas es propuesta como una variable asociada a la psicopatología en general (Hayes et al., 1996), y más recientemente a la despersonalización (Neziroglu & Donnelly, 2010). Sin embargo, esta relación no ha sido estudiada en pacientes con trastorno de despersonalización u otros trastornos en los cuales dichos síntomas son frecuentes - por ej., los trastornos de ansiedad -.

Capítulo 4

TRASTORNOS DE ANSIEDAD, SÍNTOMAS DE PÁNICO,

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

4.1 Introducción

En los últimos años la clasificación de los trastornos de ansiedad ha sufrido numerosos cambios en las sucesivas clasificaciones del DSM las cuales en sus versiones más recientes han tenido por objetivo aislar en forma más precisa las características principales de cada una de las categorías diagnósticas, y distinguirlas de la ausencia de patología, sin desconocer que algunas características de los trastornos ansiosos se superponen entre sí (Brown, 1996; Zinbarg & Barlow, 1996) o bien con los trastornos depresivos (Brown, Chorpita, & Barlow, 1998). Por ejemplo, se ha considerado que el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de angustia son más difíciles de separar del resto de los trastornos de ansiedad y trastornos depresivos debido a que la expectación aprehensiva de la ansiedad generalizada (Barlow & Di Nardo, 1991) y las crisis de pánico (Barlow et al., 1985) están presentes en otros trastornos. A este modelo implícitamente adoptado por el DSM-IV (APA, 1994) se lo ha llamado modelo jerárquicamente estructurado de los trastornos de ansiedad - *hierarchically structured model* -.

A pesar de ser clasificados en forma separada, los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado del ánimo en general suelen coexistir tanto en muestras clínicas (Brown, Campbell,

Lehman, Grisham, & Mancill, 2001) como en muestras epidemiológicas (Kessler et al., 2003). Más aun, la ansiedad y la depresión se encuentran estrechamente relacionadas no sólo a nivel de las categorías diagnósticas (Brown et al., 2001; Kessler et al., 2003), sino también a nivel dimensional (Clark & Watson, 1991). De este modo, el uso de las categorías diagnósticas del DSM-IV para los trastornos de ansiedad supone la coexistencia con otros síntomas, como por ej. los depresivos. En consecuencia, a la hora de realizar estudios sobre ansiedad resulta relevante evaluar no sólo la sintomatología ansiosa sino también la depresiva.

4.2 Trastorno de Ansiedad según el DSM-IV

En el DSM-IV (APA, 1994), las crisis de angustia o crisis de pánico ocupan un rol central en la clasificación de los trastornos de ansiedad. Basándose fundamentalmente en las investigaciones y propuestas del grupo de David H. Barlow y colegas (Barlow, Brown, & Craske, 1994; Barlow et al., 1985), el DSM-IV clasifica las crisis de pánico en 3 clases: inesperados, situacionales o esperados, o situacionalmente predisuestas (APA, 1994, p. 403). Las crisis de pánico no constituyen en sí mismas un trastorno de ansiedad.

Las crisis inesperadas y recurrentes constituyen el elemento patognomónico central del trastorno de angustia, mientras que a modo de ejemplo, las crisis de pánico situacionales caracterizan a las fobias específicas o a la fobia social, y las situacionalmente predisuestas, a la agorafobia.

El DSM en su cuarta edición (APA, 1994) reconoce 12 trastornos de ansiedad: el trastorno de angustia sin agorafobia, el trastorno de angustia con agorafobia, la agorafobia sin historia de trastorno de angustia, la fobia social o trastorno de ansiedad social, la fobia específica, el TOC, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno por estrés postraumático, el trastorno por estrés agudo, el trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, el trastorno de ansiedad inducido por sustancias, y el trastorno de ansiedad no especificado. Una decimotercer categoría es el trastorno mixto ansioso-depresivo, el cual se encuentra en el capítulo de criterios y ejes propuestos para estudios posteriores (APA, 1994, p. 741). En la presente tesis se tomarán en cuenta todos los trastornos de ansiedad excepto aquellos debidos a una enfermedad médica, al consumo de sustancias, el trastorno de ansiedad no especificado, y el trastorno mixto ansioso-depresivo.

Los trastornos de ansiedad tienen en común un estado de expectación aprehensiva ante situaciones, imágenes, ideas, o síntomas físicos y la presencia de estrategias evitativas para reducir la ansiedad o la probabilidad de un daño/peligro (Barlow, 2002). Ambas características pueden variar de trastorno en trastorno. Por ejemplo, a diferencia de una fobia a los animales en donde la conducta evitativa es relativamente eficaz para reducir el temor, en el caso del TOC la persona necesita desarrollar rituales - mentales y/o motores - para reducir la ansiedad que le provocan ideas, imágenes o impulsos indeseados y estresantes (Foa, 2010).

A continuación se define qué se entiende por una crisis de angustia según el DSM-IV (APA, 1994), cómo se la diferencia de la ansiedad, se describen brevemente los criterios sintomáticos del DSM-IV (APA, 1994) para los diferentes trastornos de ansiedad, y se mencionan los cambios introducidos en el DSM-5.

4.2.1 Crisis de angustia o crisis de pánico

El DSM-IV (APA, 1994) define una crisis de pánico como:

la aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro - o más - de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos: palpitaciones o elevación de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo o falta de aliento, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad o mareos o desmayos, desrealización - sensación de irrealidad - o despersonalización - estar separado de uno mismo -, miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir, parestesias - sensación de entumecimiento u hormigueo -, escalofríos o sofocaciones. (APA, 1994)

Según Barlow (2002) esta definición de crisis de angustia adoptada por el DSM-IV (APA, 1994) constituye la manifestación clínica del miedo. En el DSM-5 la crisis de angustia comprende los mismos síntomas que en el DSM-IV (APA, 2013a; Craske et al., 2010).

4.2.2 Ansiedad

El término ansiedad ha sido definido de diferentes maneras lo cual dio lugar a diferentes instrumentos de medición. Una discusión detallada acerca de las definiciones de ansiedad se encuentra fuera del alcance de la presente tesis. Sin embargo, tal como puede observarse en la

definición de crisis de angustia, éstas son consideradas por el DSM-IV (APA, 1994) como eventos aislados y capaces de ser distinguidos de los síntomas ansiosos. A diferencia de las crisis de angustia, se ha considerado que la ansiedad se caracteriza por una mayor estabilidad en la tasa de palpitaciones, menor intensidad percibida de las manifestaciones físicas y diferentes circuitos cerebrales (Barlow, 2002, p. 127-130).

Con el advenimiento del cognitivismo en los años ´60 las definiciones de ansiedad comenzaron a estar fuertemente impregnadas por el reconocimiento del rol de los pensamientos en las emociones (Barlow, 2002). Entre una de las definiciones más conocidas se encuentra la de Spielberger, Gorsuch, y Lushene (1970) quienes diferencian entre ansiedad estado y ansiedad rasgo. Spielberger et al. y Spielberger y Reheiser (2009) definieron a la ansiedad estado como la experiencia subjetiva de sentimientos de nerviosismo, aprehensión, síntomas de activación autonómica, y preocupación en un momento dado, mientras que la ansiedad rasgo fue definida como diferencias individuales relativamente estables en la tendencia a experimentar ansiedad y a responder con sentimientos de ansiedad estado en el futuro. Estas definiciones dieron lugar al instrumento *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI; Spielberger et al.) y su versión revisada (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983), el cual mide ansiedad estado (STAI-S) y ansiedad rasgo (STAI-T), y es ampliamente usado en investigaciones sobre ansiedad.

Más recientemente, Barlow (2002) definió a la ansiedad como una emoción orientada al futuro que supone la percepción del carácter impredecible e incontrolable de un posible evento negativo y la focalización de la atención en dichos eventos o en la reacción emocional. Al miedo, en cambio, lo define como un sistema primitivo de alarma frente a un peligro inminente, acompañado de una respuesta intensa del sistema autonómico y una marcada tendencia a escapar.

Como puede observarse, esta definición de ansiedad se superpone con otros constructos como el de “miedo al miedo” (Goldstein & Chambless, 1978) o comúnmente llamado ansiedad anticipatoria. En su teoría inicial, Goldstein y Chambless (1978) proponen que los pacientes con agorafobia se distinguen de otros trastornos ansiosos por dos características: los ataques de pánico y el miedo al miedo, es decir, el miedo a tener síntomas físicos de pánico. Posteriormente, encontraron que los pacientes con otros trastornos de ansiedad diferentes al trastorno de pánico y la agorafobia puntuaban más alto en medidas de miedo al miedo cuando se los comparaba con controles sanos, y propusieron modificar la teoría inicial de Goldstein y Chambless (1978) al postular que el miedo al miedo está presente también en el resto de los trastornos ansiosos.

Estos desarrollos teóricos llevaron a Chambless y colegas al desarrollo de dos instrumentos autoadministrables de medición: el *Agoraphobic Cognitions Questionnaire* (ACQ) y el *Body Sensations Questionnaire* (BSQ) (Chambless, Caputo, Bright, & Gallagher, 1984). El primero de estos evalúa pensamientos catastróficos asociados a las consecuencias de sentir ansiedad, mientras que el segundo evalúa los síntomas físicos del pánico y el grado de malestar asociado. Chambless y Gracely (1989) encontraron en una muestra de 364 participantes con agorafobia que ambas medidas fueron mejores predictores de conductas evitativas que la STAI-T. De este modo, la ACQ y la BSQ pueden ser consideradas medidas de ansiedad diferentes a la STAI-T, siendo la primera una medida de los pensamientos catastróficos que acompañan a la ansiedad y la segunda una medida acerca de los síntomas físicos que suelen encontrarse en estados de ansiedad y de pánico (Chambless & Gracely, 1989).

4.2.3 Depresión

Al igual que en el caso de la ansiedad existen numerosas definiciones del término depresión, y se han considerado enfoques tanto dimensionales como categoriales para el estudio de la misma (Flett, Vredenburg, & Krames, 1997). En un intento por distinguir entre ansiedad y depresión, Clark y Watson (1991) retoman el estudio de las dimensiones de la emoción mediante el uso de escalas consistentes en listados de adjetivos. En su modelo tripartito, Clark y Watson (1991) proponen que la ansiedad y la depresión comparten un componente inespecífico denominado “afecto negativo” - por ej., infelicidad - pero al mismo tiempo reconocen que la ansiedad y la depresión presentan características distintivas. Mientras la ansiedad se caracteriza por los síntomas de activación autonómica, la depresión se caracteriza por la presencia de bajos niveles de afecto positivo - por ej., anhedonia combinada con lentitud psicomotora -. Basándose en la hipótesis de la continuidad de los síntomas depresivos entre muestras no clínicas y clínicas, se desarrollaron instrumentos autoadministrables para medir síntomas depresivos. Entre los más usados se encuentra el *Bek Depression Inventory* (Beck, Ward, & Mendelson, 1961), cuya segunda versión (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996) evalúa la intensidad de los síntomas depresivos de acuerdo a los criterios del episodio depresivo mayor del DSM-IV (APA, 1994).

4.2.4 Trastornos de ansiedad

Los criterios diagnósticos del DSM-IV pueden dividirse en criterios sintomáticos, criterios temporales, criterio de significación clínica, y criterios de exclusión (Spitzer & Wakefield, 1999). En este apartado se describirán brevemente los criterios sintomáticos para cada trastorno.

4.2.4.1 Trastorno de angustia con o sin agorafobia

Las características principales del trastorno de angustia son: la presencia de crisis de angustia inesperadas y recurrentes, un estado de preocupación por la aparición de futuras crisis o por sus consecuencias psicológicas o físicas, y cambios comportamentales destinados a evitar la aparición de las mismas.

La agorafobia consiste en la aparición de ansiedad en lugares en donde escapar puede ser dificultoso o la persona teme no recibir ayuda en caso de sufrir una crisis de angustia. Entre las situaciones típicamente agorafóbicas se encuentran: estar lejos de casa, miedo a estar solo, usar transporte público en horas pico, ir a centro comercial, y espacios cerrados. Estas situaciones son evitadas o resistidas con malestar y ansiedad significativas por temor a la aparición de síntomas de pánico, o la persona necesita de la compañía de otra persona para enfrentarlas. Cuando la persona cumple con los criterios para agorafobia, el paciente recibe el diagnóstico de trastorno de angustia con agorafobia.

4.2.4.2 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia

Este cuadro se diagnostica cuando la persona cumple los criterios para agorafobia pero no presenta antecedentes de trastorno de angustia.

4.2.3.3 Fobia social o trastorno de ansiedad social

Este trastorno ansioso tiene como característica central un marcado temor a ser evaluado negativamente o a hacer el ridículo que se manifiesta en una o más situaciones sociales en las cuales la persona se expone a situaciones de interacción social. Se destaca que en forma invariable la persona presenta crisis de angustia o algunos de sus síntomas al enfrentar las situaciones temidas, y busca evitarlas o las resiste con malestar. Entre las situaciones sociales típicamente evitadas se encuentran: hablar en público, reuniones sociales, hacer reclamos, hablar con desconocidos, o ser centro de atención. Se reconocen dos subtipos, la fobia social generalizada y la circunscripta (APA, 1994). Como su nombre lo indica la primera se refiere a temores o ansiedad a la mayoría de las situaciones sociales.

4.2.4.4 Fobias específicas

La característica central de este trastorno es la presencia de un miedo intenso y persistente desencadenado en forma invariable ante la exposición o anticipación de una situación u objeto específicos, el cual puede tomar la forma de una crisis de angustia o algunos de sus síntomas. Las situaciones u objetos temidos se evitan o se resisten con un malestar intenso. Las fobias específicas pueden ser de diferentes subtipos: tipo animal, tipo ambiental, tipo sangre-inyecciones-daño, y tipo situacional.

4.2.4.5 Trastorno de ansiedad generalizada

La característica principal del trastorno de ansiedad generalizada es la tendencia duradera a preocuparse excesivamente por pequeñas cosas o eventos que un no han ocurrido y manifestar ansiedad excesiva ante una amplia gama de situaciones. Las personas con trastorno de ansiedad generalizada perciben que esta preocupación es difícil de controlar, presentan síntomas de inquietud, fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse o mantener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular, y alteraciones del sueño (APA, 1994).

4.2.4.6 Trastorno por estrés agudo y trastorno por estrés postraumático

Según el DSM-IV para recibir el diagnóstico de alguno de ellos, la persona debe cumplir con los criterios para trauma, es decir, debe haber experimentado, haber sido testigo o recibido una noticia de un evento determinado, y debe haber reaccionado con horror, miedo o desamparo intenso. Estos son los únicos dos trastornos que requieren de un evento externo para poder ser diagnosticados. El DSM-IV especifica en un listado los tipos de acontecimientos que pueden ser considerados traumáticos, como por ej., traumas sexuales, robos, accidentes de tránsito, etc.

El trastorno por estrés agudo es una categoría que se puede emplear entre los primeros 2 días y 4 semanas después del trauma. Los síntomas de este cuadro se dividen en 4 grupos: síntomas disociativos, síntomas de re-experimentación, síntomas de evitación y síntomas de

activación autonómica. Respecto del criterio disociativo los síntomas pueden presentarse durante o después del trauma y deben cumplirse 3 o más del siguiente listado: embotamiento afectivo, desconocimiento del entorno o confusión, desrealización, despersonalización, y amnesia disociativa. En cuanto a los síntomas de re-experimentación se considera que la persona cumple con este criterio sintomático si presenta imágenes, pensamientos, sueños o pesadillas, o la sensación de revivir un aspecto del trauma, y malestar psicológico al enfrentar objetos o situaciones que le recuerdan directa o indirectamente al trauma. Entre los síntomas de evitación se encuentran, la evitación de personas o lugares que recuerden al trauma, evitar pensamientos o sentimientos asociados al trauma.

Existen numerosas diferencias entre el diagnóstico de trastorno por estrés agudo y el trastorno por estrés postraumático (Harvey & Bryant, 2002). Las principales son: el criterio temporal y la presencia de un criterio disociativo en el trastorno por estrés agudo.

El diagnóstico de trastorno por estrés postraumático se diagnostica después de un mes de transcurrido el trauma y comprende 17 síntomas agrupados en 3 criterios: el criterio de re-experimentación, el criterio de evitación, y el criterio de síntomas de activación autonómica. Para que la persona reciba el diagnóstico debe presentar 1 o más de los siguientes síntomas de re-experimentación: recuerdos, imágenes pensamientos o percepciones sobre el trauma intrusos y recurrentes, sueños desagradables, actuar o sentir como si estuviera reviviendo el trauma, malestar psicológico intenso o respuestas de activación autonómica ante estímulos internos o externos que le recuerden al trauma - por ej., ver noticias de accidentes, violación, etc. - . Respecto de los síntomas de evitación la persona debe presentar 3 o más de los siguientes síntomas: intentos por evitar pensamientos o emociones asociados al trauma, evitación de actividades, lugares o personas que le recuerden al trauma, amnesia psicógena, pérdida de

interés, embotamiento afectivo, restricción para experimentar emociones, y desesperanza. Por último, la persona debe presentar 2 o más de los siguientes síntomas de activación autonómica: problemas para iniciar o mantener el sueño, irritabilidad o ira, problemas para concentrarse, hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto. El DSM-IV identifica 3 subtipos de estrés postraumático: agudo - entre el primer y tercer mes después del trauma -, crónico, y de inicio demorado - deben pasar 6 meses o más entre el trauma y el inicio de los síntomas -.

En la quinta edición de los DSM (APA, 2013a) se incorporó un subtipo de estrés postraumático disociativo, el cual hace referencia a los síntomas de despersonalización más que a los síntomas de escisión psíquica (Holmes et al., 2005). Tanto en la cuarta como en la quinta edición de los DSM (APA; 1994; 2013a) llama la atención la limitada descripción que se realiza de los síntomas de despersonalización en los trastornos que ocurren después de un trauma.

4.2.4.7 Trastorno obsesivo-compulsivo

Según el DSM-IV (APA, 1994) para recibir el diagnóstico de TOC la persona debe presentar obsesiones y compulsiones. Las obsesiones son definidas como pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes, intrusos y evaluados como inapropiados por la persona que los sufre, acompañados de ansiedad o malestar. Estas obsesiones son seguidas por intentos de suprimir o neutralizar dichos pensamientos o imágenes a través de rituales motores o mentales y la persona los reconoce como producto de su propia mente. Los rituales o compulsiones son comportamientos o actos mentales que la persona repite una y otra vez en respuesta a una obsesión o reglas obsesivas. Estos rituales tienen por objetivo disminuir o prevenir la ansiedad,

miedo o malestar, o disminuir la probabilidad de un daño. Se considera que la persona debe reconocer a sus obsesiones y rituales como exagerados en algún momento de la vida, pero cuando dicho reconocimiento se encuentra ausente la mayor parte del tiempo se considera que el paciente tiene un TOC con poca conciencia de enfermedad.

4.2.4.7.1 Subtipos de trastorno obsesivo-compulsivo

La forma más característica para subtipificarlos ha consistido en focalizarse en el tipo de compulsiones (McKay et al., 2004) y la escala más empleada para tal fin ha sido la *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (YBOCS; Goodman et al., 1989). De este modo, se ha considerado que los pacientes con TOC pueden dividirse en aquellos en donde predominan obsesiones de contaminación/compulsiones de lavado, pensamientos inaceptables/compulsiones de chequeo, compulsiones de simetría/orden, y compulsiones de acumulación o acaparamiento (McKay et al., 2004; Leckman et al., 1997; Summerfeldt, Richter, Antony, & Swinson, 1999). Existe desacuerdo acerca de cómo dividir y subtipificar las obsesiones que reflejan sentimientos de responsabilidad exagerada, aquellas que involucran pensamientos sexuales, religiosos, o agresivos, y los rituales de chequeo. En contraposición, existe un consenso bastante amplio acerca de los subtipos simetría/orden, obsesiones de contaminación/compulsiones de lavado, y síntomas de acumulación (Baer, 1994; Leckman et al., 2010; Pinto et al., 2008).

Más recientemente Foa et al. (2002) desarrollaron una escala autoadministrable para medir los diferentes subtipos de TOC. Esta escala comprende seis factores: limpieza, chequeo, orden, obsesiones, acumulación, y neutralización y presenta la misma cantidad de ítems por

subescala. Fullana et al. (2004) encontraron que la estructura de 6 factores originalmente arrojada por el estudio de Foa et al. (2002) se replicaba en una muestra de estudiantes españoles. Fullana et al. (2004) sugieren que dicha solución de 6 factores es comparable a la encontrada por Leckman et al. (1997) y Baer (1994).

4.3 Trastornos de Ansiedad: Cambios en la Clasificación del DSM-IV al DSM-5

Al momento de escribir esta tesis se publicó el DSM-5, razón por la cual se consideró pertinente mencionar los cambios más importantes realizados al capítulo de los trastornos de ansiedad del DSM-IV.

Entre los cambios más notorios se encuentra la exclusión del TOC, del trastorno por estrés postraumático, y del trastorno por estrés agudo en el capítulo correspondiente del DSM-5. El primero de ellos fue agrupado en un nuevo capítulo denominado trastornos obsesivo-compulsivos, en el cual se incluyen otros trastornos como por ej., la tricotilomanía, mientras que los otros dos trastornos fueron agrupados en un capítulo nuevo denominado trastornos asociados al estrés y al trauma. Además, se elimina el diagnóstico de agorafobia sin historia de trastorno de angustia. De este modo, el capítulo de los trastornos de ansiedad del DSM-5 queda conformado por el trastorno de angustia, la agorafobia, la fobia específica, la fobia social, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad inducido por sustancias o debido a una enfermedad médica, otros trastornos de ansiedad especificados, el trastorno de ansiedad no especificado, y se agregan otros dos trastornos anteriormente pertenecientes al capítulo de trastornos de inicio, en la infancia, la niñez o la adolescencia del DSM-IV como el mutismo

selectivo, y el trastorno de ansiedad de separación. Por último, las crisis de angustia se dividen en esperadas o inesperadas y pueden ser diagnosticadas como un especificador de cualquier otro trastorno mental.

Un pormenorizado análisis de los cambios entre uno y otro manual diagnóstico excede el alcance de esta tesis. De cualquier forma, puede afirmarse que independientemente de su ubicación nosológica, en líneas generales los criterios sintomáticos de la crisis de angustia, el trastorno de angustia, la agorafobia, las fobias específicas, la fobia social, el trastorno de ansiedad generalizada y el TOC del DSM-IV permanecieron sin cambios significativos en el DSM-5. En cambio, sí se observan modificaciones importantes en los criterios sintomáticos del trastorno por estrés agudo y del trastorno por estrés postraumático, y la eliminación del criterio del carácter excesivo o irracional de la ansiedad en la fobia específica y la fobia social (APA, 2013a; 2013b). En el caso del trastorno por estrés postraumático se incluye un nuevo grupo sintomático llamado alteraciones de la cognición y del ánimo asociadas al trauma, y en el trastorno por estrés agudo se agrega un quinto grupo sintomático llamado estado de ánimo negativo. Por último se reconoce un subtipo disociativo, léase subtipo despersonalizado, para el trastorno por estrés postraumático.

4.4 Despersonalización en el Contexto de un Trastorno de Ansiedad del DSM-IV

Las crisis de angustia y dos trastornos de ansiedad incluyen síntomas de despersonalización entre sus criterios sintomáticos. En el caso de las crisis de angustia se encuentran mencionadas dos formas específicas de despersonalización: la desrealización y la

sensación de ser un observador externo a uno mismo, estas últimas pertenecientes al subtipo denominado experiencias corporales anómalas. Pero tal como se vio en el Capítulo 1, la despersonalización en general, y las experiencias corporales anómalas en particular, agrupan muchos otros síntomas diferentes a los mencionados en los criterios del pánico. En el trastorno por estrés agudo, el criterio disociativo contiene 4 síntomas de despersonalización, y el trastorno por estrés postraumático incorpora al embotamiento afectivo entre sus síntomas de evitación. Nuevamente, los síntomas de despersonalización incluidos en los cuadros postraumáticos del DSM-IV no reflejan el florido abanico de síntomas de despersonalización señalados por Sierra et al. (2005).

Sin lugar a dudas una descripción limitada de los subtipos de despersonalización determina en qué medida puedan detectarse adecuadamente estos síntomas en personas con trastornos de ansiedad. De esta forma, expandir el estudio de la despersonalización más allá de la desrealización, el embotamiento afectivo, o determinadas formas específicas de experiencias anómalas del cuerpo permitirá mejorar nuestra comprensión acerca de la relación entre despersonalización, trastornos de ansiedad, ansiedad, y síntomas obsesivo-compulsivos. Estos síntomas cuando aparecen en el contexto de un trastorno de ansiedad o bien en forma crónica - por ej., trastorno de despersonalización- son fuente de malestar intenso para el paciente (Cox & Swinson, 2002; Jaycox & Foa, 1999), y presentan desafíos al profesional que realiza el tratamiento (Lickel et al., 2008, Jaycox & Foa, 1999).

Capítulo 5

RELACIÓN ENTRE DESPERSONALIZACIÓN, SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

En los capítulos anteriores se desarrollaron definiciones de despersonalización, ansiedad y depresión. A a continuación se revisará la literatura empírica que investiga estas relaciones en la población no clínica, en personas con trastornos de ansiedad, y en personas con trastorno de despersonalización.

5.1. Población no Clínica

Michal, Glaesmer et al. (2011) realizaron una serie de análisis estadísticos para explorar la relación entre ansiedad, depresión e intensidad de la despersonalización en una muestra de la población general. Estos investigadores encontraron que la intensidad de la depresión y la ansiedad se correlacionaban en forma significativa con la despersonalización ($r = .51, .52$, respectivamente). La ansiedad apareció como un mejor predictor de la despersonalización que los síntomas depresivos. Más aun, el 90.1 % y el 76.8 % de aquellos con niveles clínicamente elevados de despersonalización en las últimas dos semanas, definidos como un puntaje de 3 o más en la CDS-2, presentaban también niveles elevados de depresión y ansiedad, respectivamente. En un segundo estudio realizado por el grupo de Michal y colaboradores (Michal, Wiltnik et al., 2011) en población general, se encontraron correlaciones significativas

pero moderadas entre depresión, ansiedad, y despersonalización, medida con la CDS-2, ($r = .32$, $.32$, respectivamente). La relación entre ansiedad y despersonalización también fue estudiada en estudiantes universitarios (Trueman, 1984 a, b). Trueman (1984a) encontró que el 84% de los estudiantes universitarios presentaba síntomas de despersonalización e identificaron como eventos precipitantes los síntomas de ansiedad, estrés, problemas interpersonales, muerte de un ser querido, depresión, o problemas de identidad. En otro estudio con estudiantes universitarios, Trueman (1984b) encontró que los síntomas de ansiedad se encontraban significativamente correlacionados a la intensidad de la despersonalización y al número de episodios.

En resumen, los diferentes estudios en población no clínica sugieren una asociación entre despersonalización, ansiedad, y depresión. De esta manera, el uso de muestras no clínicas resulta adecuado para el estudio de la despersonalización.

5.2 Pacientes con Trastornos de Ansiedad

Como se dijo anteriormente, se ha sugerido que la presencia de la despersonalización constituye un marcador de gravedad del trastorno de angustia (Cassano et al., 1989; Cox & Swinson, 2002; Mula et al., 2007; Seguí et al., 2000) y del trastorno por estrés postraumático en mujeres (Armour, Elklit, Lauterbach, & Elhai, *en prensa*). Asimismo, los síntomas disociativos peritraumáticos, los cuales en su gran mayoría consisten en síntomas de despersonalización y desrealización, están asociados a psicopatología postraumática crónica (Harvey & Bryant, 1998; Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003). Además, clínicamente se ha subrayado que su presencia puede traducirse en un desafío para el uso de estrategias terapéuticas estándar en el tratamiento

del trastorno por estrés postraumático (Jaycox & Foa, 1999) y del trastorno de angustia (Lickel et al., 2008). En consecuencia, resulta relevante explorar la relación entre ansiedad y despersonalización.

A pesar que la mayoría de la investigación sobre despersonalización en los trastornos de ansiedad ha sido realizada en muestras de pacientes con trastorno por estrés postraumático o con trastorno de angustia (*véase* Hunter et al., 2004), existe evidencia que indica la presencia de síntomas de despersonalización en personas con trastorno de ansiedad generalizada (Barlow et al., 1985; Noyes et al., 1992), fobia social (Barlow et al., 1985; Hoyer et al., 2013), TOC (Barlow et al., 1985; Goff et al., 1992), y fobias (Barlow et al., 1985). De este modo, si los síntomas de despersonalización están presentes en todos los trastornos de ansiedad, investigar los mecanismos asociados a su mantenimiento en esta población puede favorecer el desarrollo del tratamiento de la despersonalización en los trastornos ansiosos.

Diferentes estudios investigaron la asociación entre ansiedad, depresión y despersonalización. En personas con fobia social, la intensidad de la ansiedad social estuvo asociada a los síntomas de despersonalización, medida con una versión estado de 15 ítems de la CDS (r 's = .39-.65) (Hoyer et al., 2013). Asimismo, en personas con trastorno de angustia, la intensidad de los ataques de pánico ($r = .56$), de la ansiedad ($r = .52$), y de la depresión ($r = .44$) estuvo significativamente asociada a la intensidad de la despersonalización, medida con un cuestionario desarrollado para evaluar despersonalización en pacientes con pánico (Cox & Swinson, 2002). No obstante, a diferencia de los resultados obtenidos por Cox y Swinson (2002) dos estudios encontraron que aquellos con trastorno de angustia con y sin despersonalización no se diferenciaban respecto de los niveles de depresión (Ball, 1997; Cassano et al., 1989).

En el campo del estrés postraumático, en cambio, la investigación se limitó a estudiar la relación entre ansiedad y uno de los subtipos de despersonalización, el embotamiento afectivo (véase Capítulo 1). Los síntomas de activación autonómica evaluados con entrevistas semi-estructuradas fueron los mejores predictores de embotamiento afectivo en una muestra de ex combatientes (Litz et al., 1997), y aquellos que mejor discriminaron entre personas con y sin estrés postraumático (Foa et al., 1995), llevando a los investigadores a considerar al embotamiento afectivo como una forma de evitación de los niveles de ansiedad extremos (Foa et al., 1995).

5.3 Pacientes con Trastorno de Despersonalización

Quizás fue Roth (1959) quien haya señalado con mayor claridad la relación entre ansiedad y despersonalización al acuñar el término “síndrome ansiedad fóbica-despersonalización” - *phobic anxiety-depersonalization syndrome* ². Sin embargo, existe evidencia mixta acerca de la relación entre ansiedad, depresión, y despersonalización en pacientes con trastorno de despersonalización.

Por un lado, se ha encontrado que la ansiedad y la depresión se encuentran correlacionadas significativamente con la despersonalización (Baker et al., 2003; Sierra et al., 2012). Asimismo, en muestras de pacientes crónicamente despersonalizados la ansiedad fue el mejor predictor de la intensidad de la despersonalización en general (Simeon et al., 2003), de los

² En aquel entonces el término ansiedad fóbica incluía no sólo los síntomas de ansiedad anticipatoria o miedo al miedo sino también las crisis de angustia (véase Barlow, 2002, p. 295).

síntomas de experiencias corporales anómalas, del embotamiento afectivo, y de las experiencias anómalas del recordar (Sierra et al., 2012). En otro estudio la depresión predijo los síntomas de embotamiento afectivo (Sierra et al., 2005).

Por el otro lado, existe evidencia contraria acerca de una asociación lineal entre ansiedad y despersonalización. Al dividir la muestra de pacientes con trastorno de despersonalización en aquellos con altos versus bajos niveles de despersonalización, Sierra et al. (2012) encontraron que la correlación entre diferentes medidas de ansiedad y despersonalización permanecía significativa sólo para el segundo grupo (alta, $r's = .02-.06$; baja, $r's = .27-.31$). Más aun, Sierra et al. identificaron que un subgrupo de los pacientes informaban niveles mínimos de ansiedad, definidos como 15 puntos o menos en el *Beck Anxiety Inventory* (BAI; Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988). De este modo, los autores concluyen que hasta determinado grado de intensidad de la despersonalización es posible que exista una relación entre ansiedad y despersonalización después de la cual esta relación deja de ser evidente. Estos hallazgos son congruentes con observaciones clínicas (Simeon & Abugel, 2008) y resultados de investigaciones previas (Baker et al., 2003). Más aun, Baker et al. (2007) no encontraron correlaciones significativas entre medidas autoadministrables de despersonalización y ansiedad en una muestra de 80 participantes con trastorno de despersonalización. Por el contrario, la depresión estuvo significativamente correlacionada a dos medidas de despersonalización ($r's = .27-.35$). En una muestra más pequeña, Simeon et al. (1992) tampoco encontraron correlaciones significativas entre una escala de despersonalización administrada por el clínico y medidas de ansiedad y depresión ($r's = .25, .24$, respectivamente).

En resumen, la variabilidad de los resultados obtenidos en estos estudios sugiere que la relación entre ansiedad y despersonalización no es lineal como lo sugería Roth (1959) (Sierra et

al., 2012), sino más compleja de lo inicialmente predicho (Hunter et al., 2003). Tal como se sugirió en el Capítulo 3, es posible que otras variables como por ejemplo las interpretaciones catastróficas acerca de la ansiedad y el grado de evitación experiencial sean variables mediadoras de esta relación ansiedad-despersonalización. Por esa razón, en la presente tesis se explorará el rol de estas variables derivadas teóricamente en la predicción de los diferentes subtipos de despersonalización.

5.4 Resumen

En síntesis, los estudios revisados sugieren que: a) existe una asociación entre ansiedad, depresión, y despersonalización en muestras no clínicas; b) su presencia se encuentra en los diferentes trastornos de ansiedad; c) la intensidad de la ansiedad está asociada a la intensidad de la despersonalización en personas con trastornos de ansiedad; d) la relación entre ansiedad, depresión, y despersonalización no es lineal en personas con despersonalización primaria. Como se dijo en el apartado anterior, es posible que otras variables medien la relación entre ansiedad y despersonalización.

Capítulo 6

RELACIÓN ENTRE DESPERSONALIZACIÓN Y SÍNTOMAS

OBSESIVO-COMPULSIVOS

6.1 Introducción

Tal como se vio en el capítulo anterior existe evidencia acerca de una estrecha relación entre la ansiedad y la despersonalización en muestras clínicas y no clínicas, sin embargo, se ha señalado que dicha relación es particularmente notoria entre la ansiedad obsesiva y la despersonalización (Davison, 1964; Sedman & Reed, 1963; Shorvon, 1946; Torch, 1978).

En el DSM-IV (APA, 1994), el término obsesivo-compulsivo se emplea para nombrar dos trastornos: el TOC y el TOC de la personalidad. A diferencia de los criterios diagnósticos del TOC, los criterios sintomáticos para el TOC de la personalidad cambiaron en forma considerable a lo largo del tiempo (Summerfeldt, Huta, & Swinson, 1998) y los criterios sintomáticos de ambos cuadros se superponen parcialmente (Eisen et al., 2006). Específicamente, Eisen et al. (2006) encontraron que la relación entre ambos trastornos se limitaba exclusivamente a los síntomas de perfeccionismo, la acumulación compulsiva, y la preocupación egosintónica por los detalles. Por lo cual, es posible que algunos de los rasgos obsesivos descritos por Shorvon (1946) y Torch (1978) en pacientes despersonalizados - por ej., escrupulosidad, predilección por el orden - puedan ser categorizados hoy en día como síntomas del TOC.

A continuación, se revisará el estado actual del conocimiento sobre la relación entre los síntomas obsesivo-compulsivos y la despersonalización en población no clínica, en muestras de pacientes con TOC, y en muestras de pacientes despersonalizados.

6.2 Población no Clínica

Al igual que los síntomas de despersonalización, los síntomas obsesivo-compulsivos se encuentran en un continuum de intensidad y frecuencia en el cual el trastorno de despersonalización y el TOC constituyen las manifestaciones más extremas de ambos tipos de síntomas (Gibbs, 1996; Holmes et al., 2005).

Los síntomas de despersonalización son frecuentes de encontrar en la población general. Del mismo modo, la gran mayoría de las personas tienen pensamientos indeseados difíciles de diferenciar en forma y contenido de las obsesiones que caracterizan al TOC (Rachman & de Silva 1978; Salkovskis & Harrison, 1984). Esto sugiere que ambos fenómenos clínicos se encuentran en un continuo de menor a mayor grado de intensidad y deterioro asociado, por lo cual puede concluirse que los estudios en muestras no clínicas constituyen una forma adecuada de explorar la relación entre los síntomas de despersonalización y los síntomas obsesivo-compulsivos.

Watson, Wu, y Cutshall (2004) realizaron una serie de estudios para examinar en forma sistemática la relación entre disociación y síntomas obsesivo-compulsivos. En el primero de ellos con estudiantes universitarios encontraron que dos medidas de disociación se correlacionaban

más fuertemente con los síntomas de obsesividad y de chequeo que con el resto de los síntomas obsesivo-compulsivos. Dicha asociación no pudo explicarse por los niveles de neuroticismo. En cuanto a los síntomas de despersonalización, sólo los síntomas de obsesividad permanecieron significativamente correlacionados a los síntomas de despersonalización después de controlar estadísticamente por los niveles de neuroticismo. El segundo estudio replicó en estudiantes universitarios el patrón de correlaciones encontrado en el primero y mostró que la relación entre disociación, obsesividad, y chequeo no podía explicarse por otras formas de ansiedad - por ej., ansiedad social -. Nuevamente, la correlación entre obsesividad y despersonalización permaneció significativa luego de controlarse por otras formas de ansiedad. En el estudio de Watson et al. (2004) la despersonalización fue evaluada con la subescala de despersonalización/desrealización de la DES, y con la *Dissociative Processes Scale* (DPS; Harrison & Watson, 1992), las cuales no evalúan en forma exhaustiva el espectro de síntomas de despersonalización identificados por Sierra et al. (2005). De este modo, si bien estos resultados sugieren una relación específica entre los síntomas de obsesividad y los síntomas de despersonalización, no resulta claro cuál es la relación entre los diferentes subtipos de síntomas obsesivo-compulsivos y los diferentes subtipos de despersonalización.

6.3 Pacientes con Trastorno Obsesivo-Compulsivo

En cuanto a los estudios realizados en pacientes con TOC, existe evidencia que apoya la existencia de una asociación entre los síntomas obsesivo-compulsivos y la despersonalización. Investigaciones realizadas en pacientes con TOC sugieren que existe una asociación entre la

intensidad del TOC (Goff et al., 1992), las conductas compulsivas de chequeo (Grabe et al., 1999; Rufer, Fricke, Held, Cremer, & Hand, 2006), las compulsiones de simetría/orden, (Grabe et al., 1999; Rufer et al., 2006), las rumiaciones obsesivas (Rufer et al., 2006), y la disociación en general. Las compulsiones de chequeo (Rufer et al., 2006) y las de orden/simetría/exactitud (Grabe et al., 1999) mostraron correlaciones significativas con los síntomas de despersonalización en particular. Sin embargo, estos estudios emplearon la DES. Además, emplearon medidas para el TOC con un formato SI-NO, lo cual dificulta la investigación de posibles asociaciones entre síntomas obsesivo-compulsivos y despersonalización.

6.4 Pacientes con Trastorno de Despersonalización

Resulta interesante observar que tanto clínicos como investigadores han llamado la atención acerca de la asociación entre los síntomas obsesivo-compulsivos y la despersonalización crónica (Sedman, & Reed, 1963; Shorvon, 1946; Torch, 1978).

Shorvon (1946) identificó que más del 85% de sus pacientes con despersonalización crónica presentaban rasgos obsesivo-compulsivos, aunque no especificó cuáles. Posteriormente, Torch (1978) sugirió que la ansiedad obsesiva caracterizada por preocupaciones existenciales y filosóficas era el componente central de la despersonalización crónica. En tiempos más recientes Hollander y Benzaquen (1997) propusieron que el trastorno de despersonalización podía ser considerado por sus características parecidas a las obsesiones, edad de inicio, y curso crónico como un trastorno perteneciente a los trastornos del espectro obsesivo-compulsivo.

De acuerdo a las observaciones realizadas por Torch (1978; 1981) la despersonalización crónica estaría diferencialmente relacionada a los síntomas obsesivo-compulsivos de orden, escrupulosidad, y una marcada tendencia a la auto-observación. Estos pacientes, según sus observaciones, exhibían dudas egodistónicas acerca de la existencia, el origen de su sufrimiento, las emociones, los valores morales, y el significado del tiempo. Estas observaciones convergen con una concepción más amplia del concepto de despersonalización, el cual incluye no sólo los síntomas de desrealización, sino también cambios en la forma de experimentar el paso del tiempo y experiencias corporales anómalas (Sierra, 2009; Sierra et al., 2005). De esta forma, resulta comprensible que aquellos afectados por estos síntomas desarrollen preocupaciones acerca de la existencia o el tiempo.

A pesar de estas frecuentes observaciones clínicas, llama la atención que sólo unos pocos estudios hayan investigado los pensamientos obsesivos de las personas despersonalizadas. Estudios más actuales realizados en individuos con trastorno de despersonalización encontraron que el 70% informó haber tenido pensamientos intrusivos y repetitivos (Baker et al., 2007), y que la intensidad de la despersonalización era un buen predictor de la frecuencia de pensamientos obsesivos (Sierra et al., 2012). Sin embargo, en ninguno de ellos se evaluó si estos pensamientos producían malestar ni tampoco se emplearon medidas estandarizadas para evaluar los síntomas obsesivo-compulsivos.

6.5 Resumen

Los estudios mencionados en este capítulo se caracterizan por no haber evaluado los diferentes síntomas que se engloban bajo el término despersonalización (Sierra & Berrios, 2000; Sierra et al., 2005). En consecuencia, para mejorar nuestra comprensión de la relación entre los síntomas obsesivo-compulsivos y la despersonalización es necesario emplear instrumentos de evaluación que permitan detectar la variedad sintomática que la caracteriza.

Ambos grupos de síntomas se encuentran en un continuo (Gibbs, 1996; Holmes et al., 2005) lo cual señala que la realización de investigaciones con muestras no clínicas permitiría avanzar nuestro conocimiento acerca de la asociación entre síntomas obsesivo-compulsivos y despersonalización. Por lo tanto, en la presente tesis se explorará la relación entre sintomatología obsesivo-compulsiva y los diferentes subtipos de despersonalización en una muestra de participantes de la comunidad, en una muestra de pacientes con trastornos de ansiedad, y en ambas muestras en forma conjunta. En forma adicional, y de acuerdo con los estudios que señalan la presencia de pensamientos indeseados en el trastorno de depersonalización, en esta tesis se realizarán estudios empíricos con la finalidad de explorar la relación entre las creencias obsesivas, la frecuencia y el malestar asociados a los pensamientos indeseados, y los síntomas de despersonalización (*véase* Capítulo 3, apartado 3.2.3.2) en una muestra de participantes de la comunidad, en una muestra de pacientes con trastornos de ansiedad, y conjuntamente en ambas muestras. Como se ha mencionado anteriormente, la forma en que las personas interpretan los pensamientos indeseados - por ej., creencias obsesivas - determina si éstos producirán malestar o

no. Sin embargo, hasta la fecha ningún estudio exploró la relación entre creencias obsesivas y despersonalización.

SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

Capítulo 7

INTRODUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

Los síntomas de despersonalización pueden configurar un trastorno en sí mismo, presentarse en el contexto de enfermedades neurológicas, de patologías psiquiátricas, - fundamentalmente los trastornos de ansiedad -, o bien estar presentes en la población general (Hunter et al., 2004). Por lo tanto, los participantes de la comunidad y los pacientes con trastornos de ansiedad constituyen grupos ideales para el estudio de la despersonalización dado que estos síntomas son frecuentes en ambos grupos (Hunter et al., 2004). Más aun, existe evidencia creciente que indica la presencia de síntomas de despersonalización en los diferentes trastornos ansiosos (Barlow et al., 1985; Goff et al., 1992; Harvey & Bryant, 1999; Hoyer et al., 2013; Litz & Gray, 2002; Noyes et al., 1992).

La única revisión de estudios epidemiológicos realizada sobre los síntomas de despersonalización hasta la fecha señala que la prevalencia anual informada en muestras no clínicas es similar a la presentada por pacientes con trastorno de angustia al momento de la evaluación, en las últimas semanas, o durante la crisis de angustia (Hunter et al., 2004). Estos estudios, como la gran mayoría de ellos, se caracterizan por haber medido la despersonalización con instrumentos que no evalúan en forma comprehensiva los diferentes subtipos de despersonalización (*véase* Capítulos 1 y 2).

Sierra (2009) ha sugerido que los síntomas de despersonalización son menos frecuentes y de menor duración que aquellos presentados por los que sufren un trastorno psiquiátrico - hipótesis cuantitativa - y que el subtipo denominado experiencias anómalas del recordar

caracteriza a aquellos con síntomas particularmente intensos de despersonalización. No obstante, según nuestro conocimiento, no se han realizado estudios que describan o comparen en forma directa los síntomas más frecuentes, el número, la intensidad, los subtipos de despersonalización y la proporción de cada uno de los síntomas entre una muestra no clínica y otra de pacientes con un trastorno de ansiedad, tomando en cuenta el mismo marco temporal para evaluarlos. Más aun, tampoco se ha explorado la intensidad y subtipos de despersonalización en individuos con trastorno de angustia como diagnóstico principal o secundario comparados con individuos con otros trastornos de ansiedad, y una muestra no clínica.

Poco se sabe acerca de variables psicológicas o manifestaciones específicas de la ansiedad - por ej., síntomas obsesivo-compulsivos - asociadas a la despersonalización (véase Capítulo 3). Desde el punto de vista clínico, explorar variables psicológicas asociadas a la despersonalización resulta importante para el diseño de estrategias terapéuticas, dado que su presencia suele ser fuente de malestar intenso en pacientes con trastornos de ansiedad (Cox & Swinson, 2002; Foa et al., 2007) y dificultades para el tratamiento del trastorno ansioso (Foa et al., 2007; Jaycox & Foa 1999; Lickel et al., 2008). Un buen punto de partida son aquellos modelos teóricos que favorecieron el desarrollo de estrategias psicológicas eficaces para los trastornos de ansiedad (Hunter et al., 2003). Por esa razón, en la sección empírica se explorarán variables teóricas que se desprenden de dos modelos de la despersonalización crónica enmarcados dentro de la tradición cognitivo-conductual (Twoigh, 2012): el modelo de Hunter et al. (2003) y el modelo de aceptación y compromiso de Hayes et al. (2004) adaptado por Neziroglu y Donnelly (2010) para explicar la despersonalización.

Desde el punto de vista teórico, se ha postulado que las interpretaciones catastróficas acerca de la pérdida de control (Hunter et al., 2003; Sierra & Berrios, 1998), y la evitación de

experiencias internas negativas o evitación experiencial (Neziroglu & Donnelly, 2010) están asociadas a la despersonalización. Sin embargo, según nuestro conocimiento no se han realizado estudios que evalúen la capacidad de las interpretaciones catastróficas para predecir la despersonalización. En aquellos casos en los cuales se ha explorado la relación entre interpretaciones catastróficas y despersonalización, la investigación se limitó a explorar de qué forma las personas con trastorno de despersonalización, trastornos de ansiedad, y controles sanos interpretan la despersonalización inicialmente y cual es la frecuencia de los pensamientos catastróficos (Hunter et al., 2014). Con excepción del estudio de Hunter et al. (2014), las investigaciones restantes fueron realizadas solamente en pacientes con trastorno de angustia y los instrumentos empleados no evaluaron adecuadamente las interpretaciones catastróficas y/o los diferentes subtipos de despersonalización (Cassano et al., 1989; Cox & Swinson, 2002; Seguí et al., 2000). Respecto de la evitación experiencial, según nuestro conocimiento, no existen estudios que hayan explorado su relación con los síntomas de despersonalización. En conclusión, ante la escasa o inexistente investigación empírica, estos modelos resultan especulativos (Hunter et al., 2003).

De este modo, la investigación en esta área será extendida para explorar la asociación entre las interpretaciones catastróficas sobre la ansiedad, la evitación experiencial, y los diferentes subtipos de despersonalización en las muestras de participantes de la comunidad y de pacientes con trastornos de ansiedad, y en cada muestra por separado. Para tal fin se emplearán instrumentos que evalúan específicamente estos constructos teóricos y los diferentes subtipos de despersonalización.

Del mismo modo que la despersonalización, las creencias obsesivas y los síntomas obsesivo-compulsivos se encuentran en un continuum de intensidad, que comprende

pensamientos indeseados, infrecuentes, egodistónicos, y sencillos de suprimir (Gibbs, 1996; Salkovskis & Harrison, 1984; Warren, Gershuny, & Sher, 2002), hasta pensamientos indeseados frecuentes difíciles de neutralizar y que obligan a la persona a realizar conductas repetitivas características del TOC (Gibbs, 1996).

A pesar del gran desarrollo que han tenido los modelos y estrategias cognitivo-conductuales para el TOC, resulta llamativo que modelos de la despersonalización inscriptos en una misma tradición (Hayes et al., 2004; Hunter et al., 2003; Neziroglu & Donnelly, 2010) apenas hagan referencia a las observaciones que plantean una relación estrecha entre sintomatología obsesivo-compulsiva - subtipos orden/simetría, chequeo, obsesividad - y despersonalización (Hollander & Benzaquen, 1997; Shorvon, 1946; Torch, 1978). Por esa razón, la investigación será extendida también para explorar la asociación entre los síntomas obsesivo-compulsivos, las creencias obsesivas, la frecuencia y el malestar asociado a los pensamientos indeseados, y los diferentes subtipos de despersonalización en las muestras de participantes de la comunidad y de pacientes con trastornos de ansiedad en forma conjunta, y en cada muestra por separado.

En resumen, esta sección de la tesis comienza describiendo y estudiando en forma sistemática y exhaustiva las semejanzas y diferencias de los síntomas de despersonalización en participantes de la comunidad y en pacientes con trastornos de ansiedad (Capítulo 8). Luego se examina la asociación entre interpretaciones catastróficas, evitación experiencial, sintomatología obsesivo-compulsiva, creencias obsesivas, frecuencia y malestar asociado a los pensamientos indeseados, y despersonalización en participantes de la comunidad y en pacientes con trastornos de ansiedad (Capítulo 9). Al realizarse los análisis estadísticos en las dos muestras en forma conjunta, esto permite ampliar los rangos de los puntajes de las variables predictoras, mejorando

la capacidad para predecir puntajes extremos (Graves, 2000). Finalmente, la asociación entre estas mismas variables y la despersonalización son luego estudiadas en la muestra de participantes de la comunidad (Capítulo 10) y en la muestra de pacientes con trastornos de ansiedad (Capítulo 11) por separado.

7.1 Objetivos de la Investigación

Los objetivos de la presente investigación son:

Objetivo general

Examinar los síntomas de despersonalización en participantes de la comunidad y en pacientes con trastornos de ansiedad, así como determinar las variables asociadas a la intensidad - frecuencia y duración - de la despersonalización en participantes de la comunidad y en pacientes con trastornos de ansiedad.

Objetivos específicos

1. Describir el número, la intensidad - frecuencia y duración - de los síntomas de despersonalización marcados como presentes, y los diez síntomas más frecuentes en los participantes de la comunidad y en los pacientes con diagnóstico principal de trastorno de ansiedad por separado.
2. Examinar en qué medida los pacientes con diagnóstico principal de trastornos de ansiedad difieren de los participantes de la comunidad en la intensidad global - frecuencia y duración - de la despersonalización, en los diferentes subtipos, y en la proporción de cada uno de los síntomas de despersonalización.
3. Examinar diferencias individuales en la intensidad y subtipo de síntomas de despersonalización de los pacientes con diagnóstico principal o secundario de trastorno de angustia con o sin agorafobia, y agorafobia sin historia de trastorno de angustia, comparados con pacientes con otros trastornos de ansiedad y con participantes de la comunidad.
4. Examinar diferencias en la intensidad y subtipo de los síntomas de despersonalización según la edad en una muestra de participantes de la comunidad.
5. Examinar diferencias en la intensidad y subtipo de los síntomas de despersonalización según la edad en personas con diagnóstico principal de trastornos de ansiedad.
6. Determinar si las interpretaciones catastróficas sobre los síntomas de ansiedad o niveles de evitación experiencial están asociados a la intensidad - frecuencia y duración - y los

subtipos de despersonalización en una muestra compuesta por participantes de la comunidad y pacientes con diagnóstico principal de trastorno de ansiedad.

7. Determinar si la sintomatología obsesivo-compulsiva – particularmente, los síntomas de chequeo, orden/simetría, y obsesividad –, las creencias obsesivas, la frecuencia y el malestar asociado a los pensamientos indeseados están asociadas a la intensidad y subtipo de despersonalización en una muestra compuesta por participantes de la comunidad y pacientes con diagnóstico principal de trastorno de ansiedad.
8. Determinar si las interpretaciones catastróficas sobre los síntomas de ansiedad o niveles de evitación experiencial están asociados a la intensidad y los subtipos de despersonalización en una muestra de participantes de la comunidad.
9. Determinar si la sintomatología obsesivo-compulsiva - particularmente, los síntomas de chequeo, orden/simetría, y obsesividad -, las creencias obsesivas, la frecuencia, y el malestar asociado a los pensamientos, están relacionados a la intensidad y subtipo de despersonalización en una muestra de participantes de la comunidad.
10. Determinar si las interpretaciones catastróficas sobre los síntomas de ansiedad o niveles de evitación experiencial están asociados a la intensidad y los subtipos de despersonalización en personas con diagnóstico principal de trastornos de ansiedad.
11. Determinar si la sintomatología obsesivo-compulsiva – particularmente, los síntomas de chequeo, orden/simetría, y obsesividad –, las creencias obsesivas, la frecuencia, y el

malestar asociado a los pensamientos, están relacionados a la intensidad y los subtipos de despersonalización en una muestra de personas con diagnóstico principal de trastornos de ansiedad.

7.2 Hipótesis

La presente investigación es de naturaleza correlacional y el diseño es transversal, razón por la cual las hipótesis que se presentan son correlacionales y de comparación de grupos. De acuerdo a lo revisado en el marco teórico se formularon las siguientes hipótesis³:

Hipótesis 1: independientemente del subtipo, los pacientes con trastornos de ansiedad presentan síntomas de despersonalización más intensos - más frecuentes y de mayor duración -, y una mayor proporción de cada uno de los síntomas en comparación con participantes de la comunidad. (Hipótesis de diferencias de grupos).

Hipótesis 2: independientemente del subtipo, los pacientes con diagnóstico principal o secundario de trastorno de angustia con o sin agorafobia, y agorafobia sin historia de trastorno de angustia, presentan síntomas de despersonalización más intensos - más frecuentes y de mayor duración -, comparados con pacientes con otros trastornos de ansiedad y con participantes de la comunidad. (Hipótesis de diferencias de grupos).

³ Nota: No se formuló una hipótesis para el objetivo 1 debido a que el mismo es de naturaleza exploratoria.

Hipótesis 3: los participantes de la comunidad más jóvenes presentan síntomas de despersonalización más intensos - más frecuentes y de mayor duración -, independientemente del subtipo, comparados con aquellos de mayor edad. (Hipótesis de diferencias de grupos).

Hipótesis 4: las personas con diagnóstico principal de trastorno de ansiedad más jóvenes presentan síntomas de despersonalización más intensos - más frecuentes y de mayor duración -, independientemente del subtipo, comparados con aquellos de mayor edad. (Hipótesis de diferencias de grupos).

Hipótesis 5: las interpretaciones catastróficas sobre los síntomas de ansiedad y la evitación experiencial están asociadas a la intensidad - duración y frecuencia - de la despersonalización y los diferentes subtipos de despersonalización en una muestra de pacientes con diagnóstico principal de trastornos de ansiedad y de participantes de la comunidad. (Hipótesis correlacional).

Hipótesis 6: los síntomas obsesivo-compulsivos – particularmente, los síntomas, chequeo, orden/simetría, y obsesividad –, las creencias obsesivas, la frecuencia y el malestar asociado a lo pensamientos indeseados, están asociados a la intensidad y a los diferentes subtipos de despersonalización en una muestra de pacientes con diagnóstico principal de trastornos de ansiedad y de participantes de la comunidad. (Hipótesis correlacional).

Hipótesis 7: las interpretaciones catastróficas sobre los síntomas de ansiedad y la evitación experiencial están relacionadas a la intensidad - duración y frecuencia - de la

despersonalización y sus diferentes subtipos en participantes de la comunidad. (Hipótesis correlacional).

Hipótesis 8: los síntomas obsesivo-compulsivos - particularmente, los síntomas de chequeo, orden/simetría, y obsesividad -, las creencias obsesivas, la frecuencia y el malestar asociado a los pensamientos indeseados, están relacionadas a la intensidad - duración y frecuencia - y a los diferentes subtipos de despersonalización en participantes de la comunidad. (Hipótesis correlacional).

Hipótesis 9: las interpretaciones catastróficas sobre los síntomas de ansiedad y la evitación experiencial están relacionadas a la intensidad - frecuencia y duración - de la despersonalización y sus diferentes subtipos en pacientes con trastornos de ansiedad. (Hipótesis correlacional).

Hipótesis 10: los síntomas obsesivo-compulsivos - particularmente, los síntomas de chequeo, orden/simetría, y obsesividad -, las creencias obsesivas, la frecuencia y el malestar asociado a los pensamientos indeseados están relacionadas a la intensidad - duración y frecuencia - y a los diferentes subtipos de despersonalización en pacientes con trastornos de ansiedad. (Hipótesis correlacional).

7.3 Estudios

Para alcanzar los objetivos propuestos se realizaron cuatro estudios. El Estudio I se realizó para llevar a cabo los objetivos 1, 2, 3, 4 y 5. El primer objetivo de este estudio fue describir el número, la intensidad de los síntomas de despersonalización marcados como presentes, y los diez síntomas más frecuentes de despersonalización. Un segundo objetivo fue explorar las diferencias individuales en la intensidad y en la proporción de cada uno de los síntomas de despersonalización en una muestra de pacientes con trastornos de ansiedad y en una muestra de participantes de la comunidad. Un tercer objetivo fue explorar las diferencias individuales en la intensidad de la despersonalización de los pacientes con diagnóstico principal o secundario de trastorno de angustia y/o agorafobia, con pacientes con los otros trastornos de ansiedad y con participantes de la comunidad. Por último, se investigó la asociación entre edad e intensidad de la despersonalización en forma independiente para cada muestra.

El Estudio II se ocupó de alcanzar los objetivos 6 y 7. Los análisis estadísticos se realizaron sobre el total de los participantes - muestra de pacientes ansiosos y muestra de participantes de la comunidad -. Como se vio en el Capítulo 2, la distribución continua que caracteriza a la despersonalización (Holmes et al., 2005) conduce a considerar como apropiado un enfoque dimensional de la misma. Dicho enfoque permite dilucidar en forma más adecuada los procesos cognitivos subyacentes a la despersonalización al ampliar el rango de puntajes de las variables predictoras y mejorar la capacidad para predecir puntajes extremos (Graves, 2000). Por lo tanto, se exploró la asociación entre la despersonalización y variables derivadas del modelo cognitivo-conductual - interpretaciones catastróficas - y del modelo de la TAC (Hayes et al., Neziroglu & Donnelly, 2010) - evitación experiencial - en las muestras de participantes de la

comunidad y de pacientes con diagnóstico principal de trastornos de ansiedad en forma conjunta. Además, se exploró la relación entre síntomas obsesivo-compulsivos, creencias obsesivas, frecuencia y malestar provocado por pensamientos indeseados, y los síntomas de despersonalización.

El Estudio III se realizó para alcanzar los objetivos 8 y 9. Los análisis buscaron determinar el grado de asociación entre las interpretaciones catastróficas sobre la ansiedad, la evitación de experiencias internas y los distintos subtipos de despersonalización en los participantes de la comunidad. Además, se analizó el grado de asociación entre los síntomas obsesivo-compulsivos, las creencias obsesivas, frecuencia y malestar provocado por pensamientos indeseados, y los síntomas de despersonalización.

El Estudio IV se realizó para alcanzar los objetivos 10 y 11. Los análisis buscaron determinar el grado de asociación entre las interpretaciones catastróficas sobre la ansiedad, la evitación de experiencias internas y los distintos subtipos de despersonalización en los pacientes con trastornos de ansiedad. Además, se analizó el grado de asociación entre los síntomas obsesivo-compulsivos, las creencias obsesivas, frecuencia y malestar provocado por pensamientos indeseados, y los síntomas de despersonalización.

En el Estudio I se describieron y se compararon los síntomas de despersonalización en la muestra de participantes de la comunidad y en la muestra de pacientes con trastornos de ansiedad. En el Estudio II se emplearon las muestras de participantes de la comunidad y de pacientes con trastornos de ansiedad en forma conjunta. Para los análisis realizados en el Estudio III se empleó solamente la muestra de participantes de la comunidad, mientras que para los análisis del Estudio IV se empleó solamente la muestra de pacientes con

trastornos de ansiedad. Por esa razón, la descripción de las características de los participantes, los instrumentos empleados y el procedimiento se incluyen solamente en este capítulo.

7.4 Método

7.4.1 Muestra de participantes de la comunidad

Se tomó una muestra intencional no probabilística de 70 participantes voluntarios adultos (49 mujeres; edad promedio = 33.5 años, DS = 12.1, *rango* =19-66) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el conurbano bonaerense durante el año 2012-2013. Los participantes no recibieron retribución económica por su participación en el estudio. Los criterios de inclusión eran: tener entre 18 y 70 años, ser de nacionalidad argentina, y ser capaz de completar los cuestionarios autoadministrables. Los criterios de exclusión fueron: haber sido diagnosticado previamente con un trastorno de ansiedad, síntomas psicóticos, y/o epilepsia del lóbulo temporal.

7.4.2 Muestra de pacientes con trastornos de ansiedad

La muestra estuvo compuesta por 70 adultos (41 mujeres; edad promedio = 36.2 años, DS = 11.9, *rango* 18-66) con diagnóstico principal de trastorno de ansiedad que consultaron a la Clínica de Ansiedad y Estrés del Instituto de Neurología Cognitiva (INECO) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en busca de tratamiento durante los años 2012 y 2013. La muestra fue de tipo intencional no probabilística. Cada participante completó una batería de escalas

autoadministrables que forman parte de la evaluación de rutina de la Clínica de Ansiedad y Estrés. El diagnóstico de los pacientes fue realizado por un experto en trastornos de ansiedad. Los criterios de inclusión eran: tener un trastorno de ansiedad como diagnóstico principal, nacionalidad argentina, y ser capaz de completar los cuestionarios autoadministrables. Los criterios de exclusión fueron: ser menor de 18 años, presencia de síntomas psicóticos, imposibilidad de completar los cuestionarios, retraso mental, y epilepsia del lóbulo temporal. Los participantes cumplieron criterios para los siguientes diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994): TOC (40%), trastorno de pánico con o sin agorafobia (24.3%), agorafobia sin historia de trastorno de pánico (4.3%), trastorno de ansiedad generalizada (11.4%), trastorno por estrés postraumático (8.6%), fobia social (5.7%), y fobia específica (5.7%).

7.4.3 Instrumentos

Todos los cuestionarios autoadministrables, excepto el cuestionario sobre presencia o ausencia de trastornos de ansiedad, epilepsia del lóbulo temporal, y síntomas psicóticos, fueron completados por los participantes de ambas muestras.

Datos demográficos: se diseñó un cuestionario autoadministrable que pregunta sobre la edad, género, y nacionalidad del participante.

Presencia o ausencia de trastornos de ansiedad, epilepsia del lóbulo temporal, y síntomas psicóticos. Se diseñó un cuestionario autoadministrable con el objetivo de evaluar la presencia o ausencia de un trastorno de ansiedad, síntomas psicóticos, o epilepsia del lóbulo temporal en participantes de la comunidad. Este cuestionario tiene un formato de respuesta SI-

NO y consiste en 8 ítems que preguntan si la persona ha sido diagnosticada con alguno de los trastornos de ansiedad reconocidos en el DSM-IV - por ej., trastorno de pánico, agorafobia, fobias, TOC, trastorno por estrés postraumático, trastorno de ansiedad generalizada, o fobia social -, ataques de pánico repetidos, o bien en forma genérica con un trastorno de ansiedad (APA, 1994). Si bien el término trastorno de ansiedad refleja un conjunto de trastornos en lugar de un trastorno en particular, se decidió incluirlo en el cuestionario debido a que muchas veces los pacientes llegan a la consulta y refieren haber sido diagnosticados con un trastorno de ansiedad, a pesar de lo cual no saben exactamente qué tipo de trastorno de ansiedad padecen. Del mismo modo, los pacientes suelen recibir el diagnóstico de ataques de pánico a pesar de que en sí mismo no es un diagnóstico del DSM-IV, razón por la cual se decidió incluir una pregunta sobre la presencia o ausencia de ataques de pánico recurrentes. Por último, el término trastorno de pánico se prefirió por sobre el de trastorno de angustia dado que su uso es más frecuente por pacientes y profesionales. La presencia de epilepsia del lóbulo temporal o de síntomas psicóticos fue evaluada con dos preguntas en las cuales se les preguntaba a los participantes si alguna vez había sido diagnosticado con esa enfermedad o con esos síntomas. Aquellos que contestaron en forma positiva a cualquiera de las preguntas del cuestionario fueron excluidos del estudio.

Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition With Psychotic Screen, Bilingual Edition (SCID-I/P W/PSY SCREEN; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1998). Módulo F. Para establecer el diagnóstico principal de trastorno de ansiedad en la muestra clínica se empleó el módulo de trastornos de ansiedad - módulo F - de la SCID-I. La SCID-I sigue los criterios diagnósticos especificados en el DSM-IV (APA, 1994) (First, Gibbon, Spitzer, & Williams, 1996a). En esta entrevista se considera que la persona presenta un trastorno de ansiedad en la actualidad si ha cumplido con los criterios en el último

mes. Cada criterio puede codificarse como: ? = información insuficiente, 1 = ausente, 2 = subclínico - por ej., presenta un ataque de pánico inesperado pero no son recurrentes -, 3 = clínico o cumple el criterio. De acuerdo con lo sugerido por First et al. (1996a), se consideró como diagnóstico principal a aquel que motivó la consulta. La SCID-I es ampliamente usada para el diagnóstico psiquiátrico y ha mostrado una confiabilidad entre evaluadores de moderada a excelente (Lobbestael, Leurgans, & Arntz, 2011). Los coeficientes Kappa obtenidos por Lobbestael et al. (2011) para los trastornos de ansiedad fueron: trastorno de angustia = .67, agorafobia = .60, fobia social = .83, fobia específica = .80, TOC = .65, trastorno por estrés postraumático = .77, y trastorno de ansiedad generalizada = .75. La entrevista diagnóstica fue realizada por un experto con amplia experiencia clínica en el área. En esta tesis se empleó la versión española de la versión original (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996b), traducida por el equipo del Behavioral Sciences Research Institute, de la Universidad de Puerto Rico, en colaboración con el Comité de Traducción del New York State Psychiatric Institute, la Latino Mental Health Clinic del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Harvard y el Hispanic Research Center de la Universidad de Fordham. Esta versión tiene las preguntas en español y los criterios diagnósticos en inglés para los módulos A, B, C, D, y F.

Cambridge Depersonalization Scale (CDS; Sierra & Berrios, 2000): es un cuestionario autoadministrable de 29 ítems que permite evaluar la intensidad de los síntomas de despersonalización en los últimos seis meses. Cada ítem incluye dos escalas: frecuencia y duración. La suma de ambas puntuaciones arroja un puntaje de 0-10. El puntaje total está compuesto por la suma de todos los ítems cuyo rango es de 0 a 290. Estudios de análisis factorial arrojaron una solución de cuatro factores (Sierra et al., 2005). Estos factores fueron: a) experiencias anómalas del cuerpo (ECA), b) embotamiento afectivo (EA), c) experiencias

anómalas del recordar (EAR), y d) desrealización (DR). La CDS permite diferenciar entre pacientes con trastorno de despersonalización, epilepsia del lóbulo temporal, y trastornos de ansiedad (Sierra & Berrios, 2000). En participantes con despersonalización crónica, Simeon et al. (2008) encontraron 5 factores, 4 de los cuales se superponían con los encontrados por Sierra et al. (2005), el quinto factor se refería a distorsiones somáticas o corporales. En un estudio reciente realizado en población comunitaria, Aponte-Soto, Vélez-Pastrana, Martínez-Taboas, y González, (*en prensa*) encontraron 4 factores, experiencias corporales anómalas, embotamiento afectivo, desrealización, y alteraciones perceptuales, excpeto este último el resto de los factores se superponen a los factores encontrado por Sierra et al.. La CDS ha sido traducida y validada en diferentes idiomas (Michal et al., 2004; Aponte-Soto, *en prensa*; Sugiura et al., 2009; Molina Castillo et al., 2006). La versión española se obtuvo luego de un proceso de retrotraducción y evaluación por un comité de expertos (*véase* Molina Castillo, 2008; Molina Castillo et al., 2006). Esta versión demostró una alta consistencia interna ($\alpha > .90$) y confiabilidad por mitades para las subescalas de duración, frecuencia, y el puntaje total - todos los valores de $\alpha > .88$ - en una muestra de pacientes internados con esquizofrenia, depresión, y trastornos de ansiedad (Molina Castillo et al., 2006). Sus propiedades psicométricas son similares a la versión original. Debido a la ausencia de una versión argentina del instrumento, en este trabajo se empleó la versión española desarrollada por Molina Castillo et al. (2006).

Los coeficientes de Chronbach para la muestra de participantes de la comunidad fueron: puntaje total de la CDS $\alpha = .91$, CDS-frecuencia $\alpha = .84$, CDS-duración $\alpha = .82$, experiencias corporales anómalas $\alpha = .82$, embotamiento afectivo $\alpha = .78$, experiencias anómalas del recordar $\alpha = .74$, desrealización $\alpha = .73$. Los coeficientes de Chronbach para la muestra de pacientes con trastornos de ansiedad fueron: puntaje total de la CDS $\alpha = .93$, CDS-frecuencia $\alpha = .88$, CDS-

duración $\alpha = .88$, experiencias corporales anómalas $\alpha = .87$, embotamiento afectivo $\alpha = .83$, experiencias anómalas del recordar $\alpha = .81$, desrealización $\alpha = .80$. Para evaluar la validez convergente se calculó el coeficiente de correlación de Pearson entre el puntaje total de la CDS y los ítems de la BSQ que miden desrealización (ítem 16) y despersonalización (ítem 17). Para la muestra de participantes de la comunidad las correlaciones entre el puntaje total de la CDS y los ítems 16 y 17 de la BSQ fueron: $r = .28, .35$, respectivamente, mientras que para la muestra de pacientes ansiosos fueron $r = .59, .47$, respectivamente. Para evaluar la validez divergente se calculó el coeficiente de correlación de Pearson entre el puntaje total de la CDS con el Beck Depression Inventory-II y el State Trait Anxiety Inventory-Trait Scale para la muestra de participantes de la comunidad ($r = .69, .65$, respectivamente) y para los pacientes con trastornos de ansiedad ($r = .66, .55$, respectivamente).

Agoraphobic Cognitions Questionnaire (ACQ; Chambless et al., 1984): este cuestionario autoadministrable se encuentra entre los más investigados para medir interpretaciones catastróficas asociadas a la presencia de síntomas de ansiedad (Antony, Orsillo, & Roemer, 2001). Está compuesto de 14 ítems que se puntúan de 1 (*ese pensamiento nunca ocurre*) a 5 (*ese pensamiento ocurre siempre*). El puntaje total y el puntaje de cada una de las subescalas se obtienen mediante el promedio de los ítems que componen cada una de ellas. El ACQ comprende dos subescalas: interpretaciones o creencias catastróficas acerca de la pérdida de control (PC) - por ej., “voy a gritar”- e interpretaciones o creencias acerca de padecer enfermedades físicas potencialmente mortales (PF) - por ej., “voy a tener un ataque al corazón”-. Si bien la ACQ se reconoce como una medida de cogniciones disfuncionales para pacientes con trastorno de angustia o agorafobia (Chambless et al., 1984), pacientes con otros trastornos de ansiedad no se diferenciaron de los pacientes con pánico o agorafobia en la subescala de

creencias sobre la pérdida de control, y puntuaron significativamente más alto que los controles sanos en una versión breve de la ACQ (Chambless & Gracely, 1989). La versión empleada en este estudio se obtuvo luego de un proceso de retrotraducción de la versión Argentina provista por la primera autora de la versión original, la cual fue posteriormente revisada por un experto y un traductor para verificar la precisión de la traducción.

Los coeficientes de Chronbach para el puntaje total de la escala, de la subescala sobre creencias de pérdida de control y de la subescala de preocupaciones por enfermedades físicas para la muestra de participantes de la comunidad fueron $\alpha = .84$, $.77$, y $.78$, respectivamente, y para la muestra de pacientes con trastorno de ansiedad fueron $\alpha = .78$, $.72$, y $.77$, respectivamente. Para evaluar la validez convergente se calculó el coeficiente de correlación de Pearson entre el puntaje total de la ACQ y la Body Sensations Questionnaire (participantes de la comunidad $r = .59$, pacientes con trastornos de ansiedad $r = .72$). Para evaluar la validez divergente se calculó el coeficiente de Pearson entre el puntaje total de la ACQ y el puntaje total de la Interpretation of Intrusions Inventory (participantes de la comunidad $r = .35$, pacientes con trastornos de ansiedad $r = .37$).

Body Sensations Questionnaire (BSQ; Chambless et al., 1984): este cuestionario autoadministrable es ampliamente usado para medir el grado de malestar asociado a los síntomas de pánico (Antony et al., 2001). En este cuestionario se pide a la persona que indique en qué medida se preocupa cuando tiene determinados síntomas físicos de acuerdo a una escala Likert de 1 (*esta sensación no me preocupa para nada*) a 5 (*esta sensación me preocupa extremadamente*). El puntaje total está compuesto por la suma de todos los ítems cuyo rango es de 17 a 85. La versión española se obtuvo luego de un proceso de revisión y retrotraducción de las versiones preexistentes, una de España y otra de Argentina (Novy, Stanley, Averill, & Daza,

2001). En una muestra de participantes bilingües, dicha versión mostró una alta consistencia interna ($\alpha = .95$) y una aceptable validez convergente con una medida de sensibilidad a la ansiedad ($r = .67$) (Novy et al., 2001). En el presente trabajo se empleó la versión argentina de la BSQ cuyo coeficiente de Chronbach fue de $\alpha = .91$ para la muestra de participantes de la comunidad, y de $\alpha = .89$ para la muestra de pacientes con trastornos de ansiedad.

Beck Depression Inventory-II (BDI-II; Beck et al., 1996): es un instrumento autoadministrable que mide la severidad de los síntomas depresivos. El inventario evalúa 21 áreas relacionadas con la sintomatología depresiva a través de una serie de afirmaciones para cada variable. A cada afirmación se le asigna un valor numérico de 0 a 3. Las personas deben identificar qué afirmación representa mejor su estado de ánimo en las últimas dos semanas. La suma de todos los puntajes proporciona un puntaje total relacionado con la severidad del cuadro cuyo rango es de 0 a 63. El BDI-II ha demostrado buenas propiedades psicométricas en muestras argentinas y similares a la versión original. El coeficiente de Chronbach fue de .86 y .88 para muestras locales no psiquiátricas y psiquiátricas, respectivamente. La confiabilidad test-retest para intervalos de 7-10 días fue de .86 para la muestra no psiquiátrica y de .90 para la muestra psiquiátrica (Brenlla & Rodríguez, 2006). En este trabajo se empleó la versión argentina del BDI-II.

State Trait Anxiety Inventory- Trait Scale (STAI-T; Spielberger et al., 1983): este instrumento autoadministrable es ampliamente usado para medir ansiedad en general. La subescala rasgo de la STAI está compuesta por 20 ítems y pregunta a los sujetos por la frecuencia con la cual generalmente presentan sentimientos, cogniciones y síntomas relacionados con la ansiedad (Spielberger et al., 1983). Cada ítem se puntúa en una escala tipo Likert de 0 (*casi nunca*) a 3 (*casi siempre*). El puntaje total está compuesto por la suma de todos los ítems

cuyo rango es de 0 a 60. La versión española ha demostrado una alta consistencia interna ($\alpha = .90$) y una muy buena confiabilidad test-retest ($r = .93$) (Leibovich de Figueroa, 1991). En este trabajo se empleó la versión argentina de la STAI-T (Leibovich de Figueroa, 1991).

Obsessive Compulsive Inventory-Revised (OCIR; Foa et al., 2002): este instrumento autoadministrable consta de 18 ítems que miden la gravedad de los síntomas obsesivo-compulsivos en el último mes. Cada ítem se puntúa en una escala tipo Likert de 0 (*en absoluto*) a 4 (*muchísimo*). El puntaje total está compuesto por la suma de todos los ítems cuyo rango es de 0 a 72. Comprende seis subescalas: limpieza (L), chequeo (CH), orden (OR), obsesiones (OB), acumulación (AC), y neutralización (N). El rango de cada subescala es de 0 a 12. La versión española se obtuvo luego de un proceso de retrotraducción y posterior revisión de la versión original realizado por el grupo de Fullana y colegas (Fullana et al., 2005). Dicha versión mostró índices de consistencia interna de buenos a moderados para el puntaje total ($\alpha = .86$) y las subescalas ($\alpha = .61$ a $.82$), buena confiabilidad test-retest para el puntaje total ($r = .67$) y subescalas ($r = .45$ a $.66$), y buena validez convergente y divergente en estudiantes universitarios (Fullana et al., 2005). Se encontraron propiedades psicométricas similares para la versión española en pacientes con trastornos de ansiedad de España y de Argentina (Belloch et al., 2013). La versión española (Fullana et al., 2005; Malpica, Ruiz, Ávila, & Lázaro, 2009) arrojó una solución de seis factores que replica la estructura encontrada en la versión original (Foa et al.). En el presente trabajo se empleó la versión española de Fullana et al. (2005) adaptada a los giros idiomáticos locales.

Los coeficientes de Chronbach para la muestra de participantes de la comunidad fueron: puntaje total $\alpha = .83$, subescala de limpieza $\alpha = .78$, chequeo $\alpha = .56$, orden, $\alpha = .76$, obsesiones $\alpha = .85$, acumulación $\alpha = .57$, y neutralización $\alpha = .35$. Para la muestra de pacientes con

trastornos de ansiedad, los coeficientes de Chronbach fueron: puntaje total $\alpha = .91$, subescala de limpieza $\alpha = .81$, chequeo $\alpha = .87$, orden, $\alpha = .83$, obsesiones $\alpha = .82$, acumulación $\alpha = .72$, y neutralización $\alpha = .78$.

Interpretation of Intrusions Inventory (III-31; OCCWG, 2001): es un instrumento autoadministrable semi-ideográfico que evalúa interpretaciones negativas sobre los pensamientos, imágenes o impulsos indeseados. Al comienzo se brindan ejemplos y una definición de pensamientos indeseados, egodistónicos, sobre los cuales se focalizará el cuestionario y una serie de instrucciones para diferenciarlos de los pensamientos depresivos. Luego se pide a la persona que brinde uno o dos ejemplos recientes de pensamientos indeseados y señale su frecuencia - 1 (*menos de una vez por mes*), 6 (*varias veces por día*) -, y malestar asociado a ellos - 0 (*nada*), 5 (*extremo*). En la segunda parte, se presentan 31 ítems sobre pensamientos indeseados y se pide a la persona que responda en qué medida cree en determinadas formas de interpretar dichos pensamientos - 0 (*No creí para nada en esa idea*), 100 (*Estuve completamente convencido de que esa idea era cierta*) -. El puntaje total está compuesto por la suma de todos los ítems cuyo rango es de 0 a 3100, el cálculo de las subescalas se obtiene mediante la suma de aquellos ítems que la componen. Desde el punto de vista teórico se propusieron tres subescalas de la III: a) creencias acerca de la necesidad de controlar los pensamientos (NC), b) creencias sobre la importancia de los pensamientos (IP), y c) creencias sobre responsabilidad (R). Estudios sobre la estructura factorial de la III sugieren que la escala es unifactorial (OCCWG, 2005). Las subescalas de la versión original mostraron índices de consistencia interna de buenos a moderados en muestras de pacientes con TOC, con trastorno de ansiedad, estudiantes, y participante de la comunidad ($\alpha = .80$ a $.96$) (OCCWG, 2001). Los pacientes con TOC puntuaron significativamente más alto que otros pacientes con trastorno de

ansiedad, y muestras no clínicas (OCCWG, 2001). En una muestra de pacientes argentinos con trastornos de ansiedad la III-31 mostró muy buena consistencia interna ($\alpha = .88$ a $.96$) (Kichic et al., 2010). La versión argentina se obtuvo luego de un proceso de retrotraducción y posterior revisión por dos expertos y un traductor para verificar la precisión de la traducción de la versión original.

La III-31 mostró una muy buena consistencia interna para el puntaje total, y las subescalas sobre creencias acerca de la necesidad de controlar los pensamientos, creencias sobre la importancia de los pensamientos, y creencias sobre responsabilidad para la presente muestra de participantes de la comunidad ($\alpha = .94$, $\alpha = .86$, $\alpha = .84$, y $\alpha = .81$, respectivamente) y para la presente muestra de pacientes con trastornos de ansiedad ($\alpha = .95$, $\alpha = .88$, $\alpha = .84$, y $\alpha = .89$, respectivamente).

Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-9: Hayes et al., 2004): este instrumento autoadministrable que evalúa la evitación de experiencias internas negativas (pensamientos, síntomas físicos, emociones, etc) o evitación experiencial. Está compuesta por 9 ítems que se puntúan de 1 (*nunca es cierto*) a 7 (*siempre es cierto*). El rango de puntajes es de 9 a 63, a mayor puntaje se considera que mayor grado de evitación experiencial. La versión española (Barraca Mairal, 2004) demostró una adecuada consistencia interna en una muestra psiquiátrica y no psiquiátrica ($\alpha = .74$) y una confiabilidad test-retest aceptable ($r = .71$). En este estudio se empleó la versión argentina, la cual se obtuvo luego de un proceso de retrotraducción y posterior revisión por dos expertos y un traductor para verificar la precisión de la traducción de la versión original. El coeficiente de Chronbach fue de $\alpha = .41$ para la muestra de participantes de la comunidad, y de $\alpha = .50$ para la muestra de pacientes con trastornos de ansiedad del presente estudio.

7.4.4 Procedimiento

Los participantes de la comunidad fueron reclutados mediante conocidos del doctorando. Antes de comenzar a completar las medidas autoadministrables, se pidió un consentimiento informado a cada participante en el cual se explicaba el tipo de investigación y se solicitaba de su autorización voluntaria para participar en la misma (Apéndice A). Los participantes debían responder preguntas acerca de si fue diagnosticado con un trastorno de ansiedad, con síntomas psicóticos, o epilepsia del lóbulo temporal (Apéndice B). Luego los participantes de la comunidad completaron preguntas sobre variables demográficas y las siguientes medidas: CDS, ACQ, BSQ, BDI-II, STAI-T, OCI-R, III-31, AAQ (Apéndice C).

La muestra de pacientes con diagnóstico principal de trastorno de ansiedad estuvo constituida por aquellos pacientes que consultaron en busca de tratamiento a la Clínica de Ansiedad y Estrés del Instituto de Neurología Cognitiva (INECO) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Antes de comenzar a completar las medidas autoadministrables, se pidió un consentimiento informado a cada paciente, en el cual se explicaba el tipo de investigación y se solicitaba de su autorización voluntaria para participar en la misma - Apéndice D -. Los pacientes completaron un paquete de medidas autoadministrables que incluían: variables demográficas, CDS, ACQ, BSQ, BDI-II, STAI-T, OCI-R, III-31, AAQ - véase Apéndice C -. Estas medidas eran completadas antes de realizar la/s entrevista/s de evaluación en la Clínica de Ansiedad y Estrés de INECO o bien entre entrevistas de evaluación. Si el paciente presentaba dudas acerca de cómo completar los cuestionarios, un asistente o los profesionales de la Clínica de Ansiedad lo asistían en el llenado de los cuestionarios. Durante la o las entrevistas se aplicó

la entrevista semi-estructurada SCID-I módulo F (Apéndice E). Las entrevistas de evaluación fueron realizadas por un psicólogo experto en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad. El estudio fue aprobado por el comité de ética de INECO.

Capítulo 8

ESTUDIO I: DESPERSONALIZACIÓN EN UNA MUESTRA COMUNITARIA Y EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD

El primer objetivo de este estudio fue describir el número, la intensidad de los síntomas de despersonalización marcados como presentes, y los diez síntomas más frecuentes de despersonalización en participantes de la comunidad y en pacientes con trastornos de ansiedad. Un segundo objetivo fue el de examinar en qué medida los pacientes con trastornos de ansiedad difieren de los participantes de la comunidad en la intensidad global, subtipo, y proporción de cada uno de los síntomas de despersonalización. Un tercer objetivo consistió en explorar las diferencias individuales en la intensidad de la despersonalización de los pacientes con diagnóstico principal o secundario de trastorno de angustia y/o agorafobia, con pacientes con los otros trastornos de ansiedad y con participantes de la comunidad. Por último, se investigó la asociación entre edad e intensidad de la despersonalización en forma independiente para cada muestra.

8.1 Despersonalización en una Muestra Comunitaria y en

Pacientes con Trastornos de Ansiedad

8.1.1 Método

8.1.1.1 Muestra

En este estudio se empleó la muestra de participantes de la comunidad y la muestra de pacientes con diagnóstico principal de trastorno de ansiedad cuyas características fueron especificadas en el Capítulo 7.

8.1.1.2 Instrumentos y procedimiento

Los instrumentos empleados fueron: una encuesta sobre datos demográficos y diagnóstico actual de trastorno de ansiedad, síntomas psicóticos, y epilepsia del lóbulo temporal, SCID-I módulo F, CDS, STAI-T, BSQ, y BDI-II. El procedimiento fue especificado en el capítulo 7.

8.1.1.3 Análisis de datos

Con el objetivo de describir el número de síntomas de despersonalización se calculó la mediana del número de síntomas de despersonalización evaluados con la escala CDS. Para explorar la intensidad de los síntomas de despersonalización primero se calculó la mediana de las respuestas para cada uno de los ítems descritos en la escala CDS marcados como presentes: 1) total de cada ítem (1-10), 2) la subescala de frecuencia (1-4), y 3) la subescala de duración (1-6). Se consideró que un participante presentaba un síntoma de despersonalización si el valor asignado al ítem era \geq a 1 en la subescala de frecuencia, es decir, si marcó que al menos tenía ese síntoma *a veces*. Luego para cada grupo se calculó el promedio de la mediana de cada uno de los ítems para: 1) las subescalas de frecuencia y de duración sumadas (1-10), y 2) las subescalas de frecuencia (1-4), y 3) duración (1-6) por separado. Estos últimos dos cálculos se realizaron con la

finalidad de explorar la opción de respuesta promedio en la subescala de frecuencia - 1 = a veces, 2 = a menudo, 3 = muy a menudo, 4 = siempre - y en la subescala de duración - 1 = unos segundos, 2 = unos minutos, 3 = unas horas, 4 = un día aproximadamente, 5 = más de un día, 6 = más de una semana - que divide a la mitad cada una de las muestras. También se calcularon los 10 síntomas más frecuentes de despersonalización para cada grupo.

En segundo lugar, se comparó el grupo de pacientes con trastornos de ansiedad y participantes de la comunidad en: 1) la intensidad global de la despersonalización, 2) cada uno de sus subtipos, y 3) la proporción de cada uno de los síntomas, todos estos medidos según la CDS.

En tercer lugar, se subdividió la muestra de pacientes con trastornos de ansiedad en dos subgrupos y se realizaron comparaciones en la intensidad y los subtipos de despersonalización entre: Grupo 1, pacientes con diagnóstico principal o secundario de trastorno de angustia con o sin agorafobia, y a aquellos con agorafobia sin historia de trastorno de angustia; Grupo 2, pacientes con trastornos de ansiedad sin trastorno de angustia o agorafobia; y Grupo 3, participantes de la comunidad.

Por último, el grupo de participantes de la comunidad se dividió en tercios según la edad. Se comparó el tercio más alto con el tercio más bajo. El mismo análisis se realizó en el grupo de pacientes con trastornos de ansiedad.

Para la comparación de variables continuas entre grupos se usó el test *t* de Student para muestras independientes y el test de análisis de la varianza (ANOVA) de un factor según correspondía, y se calcularon los tamaños de efecto. Debido a que las variables CDS, BSQ, y BDI-II presentaban una distribución con asimetría derecha, se calculó la transformación de cada una de ellas mediante la raíz cuadrada. Para las variables categóricas se empleó el test de Chi

cuadrado. Las diferencias entre grupos se consideraron significativas con un nivel de alfa $< .05$, todos los valores de p informados son bilaterales. Dado que los análisis en este estudio eran exploratorios y tenían la intención de generar hipótesis no se corrigió por posibles errores de Tipo I (Rothman, 1990).

8.1.2 Resultados

No se encontraron diferencias significativas entre el grupo de trastornos de ansiedad y el de participantes de la comunidad respecto de la edad - ansiosos: $media = 36.2, DS = 11.9$ vs. participantes de la comunidad: $media = 33.5, DS = 12.1, t = -1.33, p = .185, d = 0.23$ - o género - ansiosos: 45.6% vs. participantes de la comunidad: 54.4% , $X^2(1) = 1.99, p = .158$).

8.1.2.1 Descripción y comparación de los síntomas de despersonalización en pacientes con trastornos de ansiedad y en participantes de la comunidad (Objetivos 1 y 2)

La mediana de la cantidad de síntomas de despersonalización marcados como presentes fue de 8 para los pacientes con trastornos de ansiedad mientras que para los participantes de la comunidad fue de 3 (Tabla 1). La opción de respuesta promedio de la subescala de frecuencia de la CDS que divide a las muestras de los pacientes con trastornos de ansiedad y a los participantes de la comunidad por la mitad corresponde a la opción *a veces* (Tabla 1). La opción de respuesta promedio de la subescala de duración de la CDS que divide a la muestra de los pacientes con trastornos de ansiedad por la mitad se ubica cerca de la opción *unos minutos*, mientras que para los participantes de la comunidad se ubica cerca de la opción *unos segundos* (Tabla 1).

Tabla 1

Número de Síntomas de Despersonalización y Promedios de la Mediana para el Puntaje Total, la Frecuencia y Duración de los Ítems Marcados como Presentes en la Escala Cambridge Depersonalization Scale

Grupo	Mediana del número de ítems marcados	Promedio de la mediana del puntaje total de los ítems marcados (1-10)	Promedio de la mediana de la frecuencia de ítems marcados (1-4)	Promedio de la mediana de la duración de ítems marcados (1-6)
Trastorno de Ansiedad (n = 70)	8 (27.6%)	3.6	1.2 (<i>a veces</i>)	2.3 (<i>unos minutos</i>)
Participantes de la comunidad (n = 70)	3 (10.3%)	2.4	1 (<i>a veces</i>)	1.4 (<i>unos segundos</i>)

Ocho de los diez primeros síntomas más frecuentes de despersonalización - ítems 1, 4, 5, 6, 14, 16, 17, 18, y 26 - fueron compartidos por ambos grupos (Tabla 2). El ítem 13 fue el undécimo más frecuentemente marcado por los pacientes con trastornos de ansiedad, mientras que en los participantes de la comunidad fue el octavo más frecuente (Tabla 2). La superposición del listado de los síntomas rankeados en cada grupo según su frecuencia sugiere fundamentalmente similitudes cualitativas y diferencias cuantitativas en la forma de experimentar los síntomas o - episodios - de despersonalización.

Tabla 2
Síntomas de Despersonalización Ordenados según su Frecuencia para cada Grupo

Ítem de la CDS	Grupo trastornos de ansiedad (n =70)	Grupo de participantes de la comunidad (n = 70)
Item 5 <i>“Ya no disfruto con mis actividades favoritas”</i>	1	4
Item 17 <i>“Al encontrarme en una situación nueva, me da la sensación de haberla vivido ya antes”</i>	2	1
Item 6 <i>“Mientras hago algo, tengo la sensación de ser un “observador ajeno” a mí mismo”</i>	3	6
Item 14 <i>“Tengo la impresión 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”</i>	4	3
Item 1 <i>“De repente, me siento extraño, como si no fuera real o hubiera perdido contacto con el mundo”</i>	5	7
Item 4 <i>“Al encontrarme en situaciones que habitualmente me producirían miedo o angustia, he advertido que no sentía ningún temor”</i>	6.5	2
Item 26 <i>“Me siento tan ajeno a mis pensamientos que estos parecen tener “vida” propia”</i>	6.5	10
Item 18 <i>“De pronto, y sin motivo alguno, advierto que no siento ningún afecto por mi familia y mis mejores amigos”</i>	8	9
Item 16 <i>“Siento indiferencia al recordar las cosas que me han ocurrido, como si no me hubieran sucedido a mí”</i>	9	5
Item 13 <i>“Todo a mí alrededor me parece distante o irreal, como si un velo se interpusiera entre el mundo y yo”</i>	10	11
Item 10 <i>“Me da la sensación de no tener ningún pensamiento, como si al hablar las palabras las pronunciara un “autómata”</i>	11	8

Nota. CDS = Cambridge Depersonalization Scale.

En la Tabla 3 se muestran las medias, desvíos, p-valores y tamaños del efecto de cada grupo para el CDS, STAI-T, BSQ, y BDI-II. El grupo de pacientes con trastornos de ansiedad presentó puntajes significativamente más altos que el grupo de participantes de la comunidad en la intensidad global de despersonalización, en la frecuencia y duración de los síntomas, y en tres de los cuatro subtipos de despersonalización - experiencias corporales anómalas, embotamiento afectivo, y desrealización -. Además, el grupo de pacientes ansiosos evidenció puntajes significativamente más altos en la intensidad de la ansiedad, en la preocupación por los síntomas de ansiedad, y en depresión. Todas estas diferencias presentaron tamaños del efecto superiores a grandes (Cohen, 1992). Los grupos no se diferenciaron respecto de la intensidad de los síntomas de experiencias anómalas del recordar y el tamaños del efecto fue entre pequeño y mediano (Cohen, 1992).

Tabla 3

Comparación de Variables Demográficas y Medidas de Auto-Informe entre el Grupo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad y Participantes de la Comunidad

Variable	Grupo trastornos de ansiedad (<i>n</i> =70)	Grupo participantes de la comunidad (<i>n</i> = 70)	Estadístico	<i>d</i>
CDS-Total	32.7 (29.2)	10.1 (11.4)	$t = -6.79, p = .000$	1.02

CDS-Frecuencia	11.9 (11.1)	4.2 (4.7)	$t = -6.08, p = .000$	0.90
CDS-Duración	20.8 (18.8)	5.9 (6.9)	$t = -7.02, p = .000$	1.05
CDS-ECA	7.26 (9.4)	1.63 (2.9)	$t = -5.40, p = .000$	0.82
CDS-EA	6.8 (8.8)	1.1 (2.5)	$t = -5.77, p = .000$	0.88
CDS-EAR	5.4 (5.7)	3.6 (3.4)	$t = -1.68, p = .094$	0.38
CDS-DR	9.2 (7.3)	1.91 (3.2)	$t = -8.39, p = .000$	1.29
STAI-T	33.3 (12.1)	18.2 (10.1)	$t = -7.99, p = .000$	1.35
BSQ	35.9 (13)	25.1 (8.8)	$t = -5.96, p = .000$	0.97
BDI-II	21.7 (12.2)	7 (7.5)	$t = -9.13, p = .000$	1.45

Nota. CDS = Cambridge Depersonalization Scale; ECA = experiencias corporales anómalas; EA = embotamiento afectivo; EAR = experiencias anómalas del recordar; DR = desrealización; STAI-T = State Trait Anxiety Inventory-Trait Scale; BSQ = Body Sensations Questionnaire; BDI-II = Beck Depression Inventory-II. d = tamaño del efecto de Cohen.

Cuando se comparó ambos grupos en la proporción de cada síntoma de despersonalización, los pacientes con trastornos de ansiedad mostraron una proporción significativamente mayor en 16 de los 29 síntomas (ítems 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 18, 23, 24, 26, 27, 28) (ver Tabla 4 en Anexo Tablas). Aquellos síntomas en los cuales no se observaron diferencias estadísticamente significativas, corresponden principalmente al subtipo denominado experiencias anómalas del recordar (ítems 14, 16, 17, 19, 21) (Sierra et al., 2005). En su conjunto, los resultados expuestos en las Tablas 3 y 4 sugieren que las diferencias cuantitativas entre el grupo de pacientes con trastornos de ansiedad y el de participantes de la comunidad se observan fundamentalmente en los subtipos denominados experiencias corporales anómalas, embotamiento afectivo, y desrealización.

8.1.2.2 Comparación de los síntomas de despersonalización en pacientes con trastorno de angustia y/o agorafobia, en pacientes con otros trastornos de ansiedad, y en participantes de la comunidad (Objetivo 3)

Antes de realizar las comparaciones, se exploraron diferencias en edad, género, ansiedad, y preocupación por los síntomas del pánico entre aquellos con diagnóstico principal ($n = 20$) y diagnóstico secundario de trastorno de angustia y/o agorafobia ($n = 5$). No se encontraron diferencias significativas en edad ($U = 47, p = .838$), género ($X^2(1, N = 25) = 0.45, p = .50$), ansiedad ($U = 41, p = .54$) o preocupación por los síntomas del pánico ($U = 39.5, p = .475$) entre ambos grupos. Por lo tanto, se consideró justificado agrupar los pacientes con diagnóstico principal y diagnóstico secundario de trastorno de angustia y/o agorafobia.

En la Tabla 5 se muestran las medias, desvíos, p-valores, y tamaños del efecto para los puntajes en el BSQ y la CDS de los tres grupos. El grupo de pacientes con trastorno de angustia y/o agorafobia - Grupo 1 - puntuó significativamente más alto que el grupo de pacientes con otros trastornos de ansiedad - Grupo 2 - y participantes de la comunidad - Grupo 3 - en preocupaciones por los síntomas del pánico (BSQ). El Grupo 1 puntuó significativamente más alto que el Grupo 3 en la intensidad global de los síntomas de despersonalización y en tres de los subtipos excepto en la de experiencias anómalas del recordar - experiencias corporales anómalas, embotamiento afectivo, y desrealización -. Sin embargo, el Grupo 1 no se diferenció del Grupo 2 en la intensidad global de la despersonalización ni en ninguno de los subtipos. Debido a la estrecha relación entre el trastorno por estrés postraumático y la despersonalización (APA, 2013a; Noyes & Kletti, 1977) se decidió excluir del Grupo 2 a aquellos con diagnóstico principal de estrés postraumático ($n = 6$). Sin embargo, cuando se excluyó a aquellos con diagnóstico principal de trastorno por estrés postraumático el patrón de resultados fue el mismo -

todos los $p's > .05$ -. Estos hallazgos indican que los pacientes con un trastorno de ansiedad, independientemente que tengan un diagnóstico de trastorno de angustia y/o agorafobia como diagnóstico principal o secundario, presentan una mayor intensidad global de los síntomas de despersonalización, de las experiencias corporales anómalas, el embotamiento afectivo y la desrealización cuando se los compara con participantes de la comunidad.

Tabla 5

Medias, Desvíos Estándar (DS), y Análisis de la Varianza (ANOVA) de un Factor para el Efecto del Diagnóstico de Trastorno de Angustia con o sin Agorafobia en la Despersonalización

Variable	Grupo 1 (n = 25)		Grupo 2 (n = 45)		Grupo 3 (n = 70)		Análisis post hoc Scheffé, $p < .05$	ANOVA	
	Media	DS	Media	DS	Media	DS		F (2, 137)	η^2
BSQ	40.3	11.6	33.5	13.2	25.1	8.6	Grupo 1 vs. 2, 3	21.96***	.24
CDS-Total	27.36	23.7	35.7	31.7	10.1	11.4	Grupo 1, 2 vs. 3	23.91***	.26
CDS-ECA	7.36	9.4	7.2	9.6	1.6	2.9	Grupo 1, 2 vs. 3	15.32***	.17
CDS-EA	4.9	5.9	7.8	9.9	1.1	2.5	Grupo 1, 2 vs. 3	18.46***	.21
CDS-EAR	5.1	4.8	5.5	6.2	3.6	3.4	Ns	0.91	.02
CDS-DR	7.2	6	10.4	7.8	1.9	3.2	Grupo 1, 2 vs. 3	38.56***	.36

Nota. CDS = Cambridge Depersonalization Scale; ECA = experiencias corporales anómalas; EA = embotamiento afectivo; EAR = experiencias anómalas del recordar; DR = desrealización; BSQ = Body Sensations Questionnaire. η^2 = tamaño del efecto. * $p < .05$
** $p < .01$. *** $p < .001$.

8.1.2.3 Diferencias en la intensidad de la despersonalización en participantes de la comunidad según la edad (Objetivo 4)

Para examinar la relación entre edad y despersonalización en la muestra de participantes de la comunidad se comparó el tercio de participantes más jóvenes (*rango* = 19 a 34 años) de la muestra ($n = 46$) con el tercio de mayor edad (*rango* = 51 o más años) ($n = 10$). No se encontraron diferencias significativas en la intensidad global de la despersonalización - jóvenes:

media = 11.4, *DS* = 12.7 vs. mayores: *media* = 6.2, *DS* = 5.2, $t = -1.10$, $p = .277$ -, en las subescalas experiencias anómalas del recordar- jóvenes: *media* = 4.1, *DS* = 3.1 vs. mayores: *media* = 3.1, *DS* = 3.1, $t = 0.72$, $p = .474$ -, ni en la subescala de desrealización - jóvenes: *media* = 2, *DS* = 3.5 vs. mayores: *media* = 1.5, *DS* = 2.2, $t = 0.21$, $p = .833$ -. Los grupos evidenciaron diferencias en las subescalas experiencias corporales anómalas - jóvenes: *media* = 1.9, *DS* = 3.1 vs. mayores: *media* = 0.2, *DS* = 0.6, $t = 3.36$, $p = .002$ - y embotamiento afectivo - jóvenes: *media* = 1.3, *DS* = 2.9 vs. mayores: *media* = 0, *DS* = 0, $t = 3.73$, $p = .001$ -. Estos resultados sugieren que las personas jóvenes de la comunidad presentan una mayor intensidad de los síntomas de experiencias corporales anómalas y de embotamiento afectivo que las personas de mayor edad.

8.1.2.4 Diferencias en la intensidad de la despersonalización en pacientes con trastornos de ansiedad según la edad (Objetivo 5)

Para examinar la relación entre edad y despersonalización en la muestra de pacientes con diagnóstico principal de trastorno de ansiedad se comparó el tercio de participantes más jóvenes (*rango* = 18 a 33 años) de la muestra ($n = 34$) con el tercio de participantes de mayor edad (*rango* = 51 o más años) ($n = 12$). Los grupos no evidenciaron diferencias en la intensidad global de la despersonalización ni en ninguno de sus subtipos - todos los valores de $p > 0.05$ -. Sin embargo, se observó una tendencia no estadísticamente significativa a que las personas más jóvenes puntúen más alto en la intensidad global de la despersonalización - jóvenes: *media* = 32.3, *DS* = 22.5 vs. mayores: *media* = 28.8, *DS* = 38.6 -, en las subescalas experiencias corporales anómalas - jóvenes: *media* = 7.4, *DS* = 7.1 vs. mayores: *media* = 5.5, *DS* = 9.3 -,

embotamiento afectivo - jóvenes: $media = 6.6, DS = 9$ vs. mayores: $media = 6.4, DS = 9.8$ -, y desrealización - jóvenes: $media = 9.4, DS = 6.4$ vs. mayores: $media = 6.5, DS = 7.3$ -. El patrón inverso se observó en la subescala experiencias anómalas del recordar -jóvenes: $media = 4.9, DS = 5.3$ vs. mayores: $media = 6.7, DS = 6.8$ -. Estos resultados sugieren que las personas jóvenes con diagnóstico principal de trastorno de ansiedad no presentan una mayor intensidad de los síntomas de despersonalización.

Capítulo 9. ESTUDIO II: PREDICTORES DE DESPERSONALIZACIÓN EN PARTICIPANTES DE LA COMUNIDAD Y EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD

El primer objetivo de este estudio fue determinar si la intensidad y los diferentes subtipos de despersonalización se encuentran asociados a las interpretaciones catastróficas de los síntomas de ansiedad y/o a la intensidad de la evitación experiencial en una muestra compuesta por participantes de la comunidad y por pacientes con diagnóstico principal de trastorno de ansiedad (Objetivo 6). Un segundo objetivo fue determinar si la sintomatología obsesivo-compulsiva - en particular, los síntomas de chequeo, orden/simetría, y obsesividad -, las creencias obsesivas, la frecuencia y el malestar relacionado a la presencia de los pensamientos indeseados están asociados a la intensidad y subtipo de despersonalización en una muestra compuesta por participantes de la comunidad y por pacientes con diagnóstico principal de trastorno de ansiedad (Objetivo 7).

9.1 Interpretaciones Catastróficas, Evitación Experiencial, y Síntomas

de Despersonalización

9.1.1 Método

9.1.1.1 Muestra

En este estudio se incluyeron las muestras de participantes de la comunidad y de pacientes con diagnóstico principal de trastorno de ansiedad cuyas características fueron descritas en el capítulo 7.

9.1.1.2 Instrumentos y procedimiento

Los instrumentos empleados fueron: una encuesta sobre datos demográficos y diagnóstico actual de trastorno de ansiedad, síntomas psicóticos, y epilepsia del lóbulo temporal, la SCID-I módulo F, la CDS, el ACQ, el AAQ, el STAI-T, el BSQ, y el BDI-II. El procedimiento fue especificado en el capítulo 7.

9.1.1.3 Análisis de datos

Para explorar la relación entre interpretaciones catastróficas sobre la ansiedad (ACQ), evitación experiencial (AAQ), y despersonalización (CDS), se realizaron análisis de correlación y de regresión lineal múltiple sobre las muestras de participantes de la comunidad y de pacientes con trastornos de ansiedad en forma conjunta.

En primer lugar, se calculó la correlación entre creencias catastróficas acerca de la ansiedad, evitación experiencial, despersonalización y sus diferentes subtipos - experiencias corporales anómalas, embotamiento afectivo, experiencias anómalas del recordar, desrealización -.

En segundo lugar, se calcularon las correlaciones parciales para examinar si las interpretaciones catastróficas sobre la ansiedad y la evitación experiencial contribuyen en forma

independiente a la predicción de la intensidad de la despersonalización y sus diferentes subtipos, después de controlar estadísticamente por cada una de ellas. Las correlaciones se consideraron significativas con un nivel de alfa de .05, todos los valores de p informados son bilaterales.

En tercer lugar, se realizaron una serie de análisis de regresión lineal múltiple utilizando el método de selección de variables por pasos –*stepwise* en inglés- con el puntaje total de la despersonalización (CDS-total) y cada una de sus subescalas como variables dependientes, y los puntajes de las subescalas de la ACQ sobre creencias catastróficas acerca de perder el control (ACQ-PC) y creencias acerca de padecer enfermedades potencialmente mortales (ACQ-PF), la AAQ, STAI-T, BSQ, y BDI-II como variables independientes. Para ingresar una variable a la ecuación se tomó un $p \leq .05$; para excluir la variable de la ecuación $p \geq .10$. Se eligió este método de selección de variables por pasos, dado que el objetivo de la regresión era fundamentalmente predictivo y no existen modelos teóricos sobre la despersonalización que se encuentren basados en la investigación empírica de sus supuestos (Cohen, Cohen, West, & Aiken, 2003).

Debido a que las variables CDS y ACQ - total y subescalas - presentaban una distribución con asimetría derecha, se calculó la transformación de cada una de ellas mediante la raíz cuadrada (Osborne, 2002). Debido a que los análisis en este estudio eran exploratorios y tenían la intención de generar hipótesis no se corrigió por posibles errores de Tipo I (Rothman, 1990).

9.1.2 Resultados

La muestra completa ($n = 140$) presentó los siguientes puntajes promedio en los instrumentos autoadministrables: CDS puntaje total = 21.4 (DS 24.8); ACQ puntaje total = 1.6 (DS .58); ACQ-subescala creencias de pérdida de control (ACQ-PC) = 1.8 (DS .73); ACQ-subescala preocupaciones físicas (ACQ-PF) = 1.5 (DS .62); AAQ = 35.8 (DS 8.1); STAI-T = 25.8 (DS 13.5); BSQ = 30.5 (DS 12.2); BDI-II = 14.4 (DS 12.5).

9.1.2.1 Correlaciones bivariadas y parciales entre interpretaciones catastróficas, evitación experiencial, y despersonalización (Objetivo 6)

Todas las correlaciones se realizaron usando la muestra de participantes de la comunidad y la muestra de pacientes con trastornos de ansiedad en forma conjunta ($n = 140$). Las correlaciones de Pearson entre los puntajes normalizados de la ACQ total y subescalas, AAQ, y el puntaje global de la CDS fueron los siguientes: ACQ-total ($r = .67, p = .000$), ACQ-PC ($r = .65, p = .000$), ACQ-PF ($r = .49, p = .000$), y AAQ ($r = .53, p = .000$). Además, el puntaje total de la ACQ, como el de sus subescalas y la AAQ estuvieron significativamente correlacionados con cada una de las subescalas de la CDS (ver Tabla 6 en Anexo Tablas). Este patrón consistente de correlaciones significativas sugiere que las interpretaciones catastróficas sobre la ansiedad y la evitación experiencial se encuentran asociadas a los síntomas de despersonalización y sus diferentes subtipos.

Para examinar en qué medida las interpretaciones catastróficas sobre la ansiedad y la evitación experiencial contribuyen en forma independiente a la predicción de la

despersonalización, se calcularon correlaciones parciales entre el puntaje total de la ACQ y sus subescalas, con el puntaje global de la CDS y sus subescalas, mientras se controlaba por los puntajes en la AAQ. Del mismo modo, se calculó la correlación parcial entre la AAQ y el puntaje global de la CDS y sus subescalas mientras se controlaba por el puntaje total de la ACQ.

El puntaje total de la ACQ y de sus dos subescalas se mantuvieron positivamente correlacionados con el puntaje global de la CDS y todas sus subescalas, luego de controlarse por el puntaje en la AAQ. Después de haberse controlado por el puntaje total de la ACQ, la AAQ mantuvo correlaciones significativas con el puntaje global de la CDS, y las subescalas de embotamiento afectivo y desrealización de la CDS (Ver Tabla 7 en Anexo Tablas). Estos resultados sugieren que las interpretaciones catastróficas sobre la ansiedad contribuyen a predecir la intensidad global de la despersonalización y sus diferentes subtipos, independientemente del grado de evitación experiencial. Asimismo la evitación experiencial contribuye a predecir la intensidad global de la despersonalización y dos de sus subtipos - embotamiento afectivo y desrealización -, independientemente de los niveles de interpretaciones catastróficas sobre la ansiedad.

9.1.2.2 Análisis de regresión (Objetivo 6)

A fin de examinar la asociación entre las interpretaciones catastróficas, la evitación experiencial, y la despersonalización se realizó una serie de análisis de regresión para determinar si estas variables, la depresión, la ansiedad, y la preocupación por los síntomas del pánico predecían los síntomas de despersonalización y cada uno de sus subtipos. Todos los análisis de

regresión fueron realizados sobre la muestra de participantes de la comunidad y la muestra de pacientes con trastornos de ansiedad en forma conjunta.

Dado que las correlaciones entre el puntaje total de la ACQ con la ACQ-PF (.83, $p = .000$), ACQ-PC (.89, $p = .000$) y BSQ (.75, $p = .000$) fueron altas y significativas, se decidió excluir del análisis de regresión el puntaje total de la ACQ para disminuir el riesgo de multicolinealidad. En todos los modelos finales de regresión el valor de la tolerancia fue mayor a 0.10 y los factores de inflación de la varianza - VIF por sus siglas en inglés - fueron menores a 10, lo cual permite descartar la posible presencia de multicolinealidad entre las variables independientes (Cohen et al., 2003).

Para determinar la presencia de casos atípicos univariados en la variable dependiente se examinaron los residuos estudiantizados. Si el valor del residuo era ± 3 entonces se consideraba que había un caso atípico (Stevens, 1984). Para determinar la presencia de casos atípicos multivariados en las variables independientes se calcularon los puntajes de distancia de Mahalanobis (D^2) (Stevens, 1984). Si la probabilidad de D^2 era $p < .001$ se consideraba que había un caso atípico. Cuando se detectaron casos atípicos univariados o multivariados se recalcularon las ecuaciones de regresión lineal excluyendo dichos casos. Los coeficientes de regresión informados en las tablas corresponden a los análisis de regresión en donde se excluyen los casos atípicos.

Siguiendo estos criterios se calculó la regresión lineal múltiple con el puntaje global transformado de la CDS como variable dependiente. El R^2 ajustado obtenido fue .643. No se encontraron casos atípicos. El valor de R^2 ajustado indica que el 64.3 % de la variabilidad de la intensidad global de la despersonalización fue explicada por la depresión, las interpretaciones

catastróficas, y la ansiedad. Para un mayor detalle de los valores obtenidos en la ecuación de regresión consultar la Tabla 8 en Anexo Tablas.

Cuando se calculó la regresión lineal múltiple con el puntaje transformado de la subescala de experiencias corporales anómalas de la CDS (CDS-ECA) como variable dependiente, se obtuvo un R^2 ajustado .413. El R^2 ajustado obtenido sin casos atípicos fue .469. El valor de R^2 ajustado sin casos atípicos indica que el 46.9 % de la variabilidad de las experiencias corporales anómalas fue explicada por la depresión y las interpretaciones catastróficas acerca de padecer enfermedades. Para un mayor detalle de los valores obtenidos en la ecuación de regresión consultar la Tabla 9 en Anexo Tablas.

Cuando se calculó la regresión lineal múltiple con el puntaje transformado de la subescala embotamiento afectivo de la CDS (CDS-EA) como variable dependiente, se obtuvo un R^2 ajustado de .459. El R^2 ajustado obtenido sin caso atípico fue .461. El valor de R^2 ajustado sin casos atípicos indica que el 46.1 % de la variabilidad de la intensidad del embotamiento afectivo fue explicada por la depresión y el malestar asociado a los síntomas del pánico. Para un mayor detalle de los valores obtenidos en la ecuación de regresión consultar la Tabla 10 en Anexo Tablas.

Cuando se calculó la regresión lineal múltiple con el puntaje transformado de la subescala experiencias anómalas del recordar de la CDS (CDS-EAR) como variable dependiente, el R^2 ajustado obtenido fue .224. El R^2 ajustado obtenido sin casos atípicos fue .228. El valor de R^2 ajustado sin casos atípicos indica que el 22.8 % de la variabilidad de la intensidad de las experiencias anómalas del recordar fue explicada por la ansiedad y las interpretaciones catatstróficas acerca de la pérdida de control. Para un mayor detalle de los valores obtenidos en la ecuación de regresión consultar la Tabla 11 en Anexo Tablas.

Cuando se calculó la regresión lineal múltiple con el puntaje transformado de la subescala desrealización de la CDS (CDS-DR) como variable dependiente, el R^2 ajustado obtenido fue .606. El R^2 ajustado obtenido sin caso atípico fue .617. El valor de R^2 ajustados sin casos atípicos indica que el 61.7 % de la variabilidad de la intensidad de la desrealización fue explicada por la depresión y las interpretaciones catastróficas acerca de padecer enfermedades. Para un mayor detalle de los valores obtenidos en la ecuación de regresión consultar la Tabla 12 en Anexo Tablas.

La Tabla 13 muestra un resumen de aquellas variables independientes retenidas por el procedimiento para la predicción de la intensidad de la despersonalización y sus diferentes subtipos.

Tabla 13

Resumen de los Resultados de Todas las Regresiones Lineales Múltiples con el Método de Selección de Variables por Pasos en Donde se Emplean la CDS, ACQ, BSQ, AAQ, STAI-T, y BDI-II para Predecir el Puntaje Global Transformado de la CDS y cada una de sus Subescalas en la Muestra de Pacientes con Trastornos de Ansiedad y Participantes de la Comunidad

Variable dependiente	Variable independiente	R ² ajustado
CDS-Puntaje total	BDI-II, ACQ-PC, ACQ-PF, STAI-T	.643
Experiencias corporales anómalas	BDI-II, ACQ-PF	.469
Embotamiento afectivo	BDI-II, BSQ	.461
Experiencias anómalas del recorder	STAI-T, ACQ-PC	.228
Desrealización	BDI-II, ACQ-PF	.617

Nota. CDS = Cambridge Depersonalization Scale; ACQ = Agoraphobic Cognitions Questionnaire; PC = pérdida de control; PF = preocupaciones físicas; AAQ = Acceptance and Action Questionnaire; STAI-T = State Trait Anxiety Inventory-Trait Scale; BSQ = Body Sensations Questionnaire; BDI-II = Beck Depression Inventory-II.

9.2 Síntomas Obsesivo-Compulsivos, Pensamientos Indeseados, Creencias Obsesivas, y Despersonalización

9.2.1 Método

9.2.1.1 Muestra

En este estudio se incluyeron las muestras de participantes de la comunidad y de pacientes con diagnóstico principal de trastorno de ansiedad cuyas características fueron descritas en el Capítulo 7.

9.2.1.2 Instrumentos y procedimiento

Los instrumentos empleados fueron: la CDS, el OCI-R, la III-31, y la STAI-T.

9.2.1.3 Análisis de datos

Para explorar la relación entre síntomas obsesivo-compulsivos (OCIR), creencias obsesivas (III-31), frecuencia de los pensamientos indeseados (III-31-frecuencia), malestar provocado por los pensamientos indeseados (III-31-malestar), intensidad de la despersonalización (CDS) y sus diferentes subtipos se realizaron diferentes análisis estadísticos sobre las muestras de participantes de la comunidad y de pacientes con trastornos de ansiedad en forma conjunta.

En primer lugar, se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson entre los síntomas obsesivo-compulsivos, las creencias obsesivas, la frecuencia y el malestar relacionado a los pensamientos indeseados, y la intensidad de la despersonalización y sus diferentes subtipos - experiencias corporales anómalas, embotamiento afectivo, experiencias anómalas del recordar, desrealización -.

En segundo lugar, se calcularon correlaciones parciales para explorar si los síntomas obsesivo-compulsivos, las creencias obsesivas, la frecuencia y el malestar relacionado a los pensamientos indeseados estaban asociados a la intensidad de la despersonalización y sus subtipos después de controlar estadísticamente por la intensidad de los síntomas de ansiedad. Las correlaciones se consideraron significativas con un nivel de alfa de .05, todos los valores de p informados son bilaterales.

En tercer lugar, se realizaron una serie de análisis de regresión lineal múltiple utilizando el método de selección de variables por pasos - *stepwise* en inglés - con el puntaje global de la despersonalización (CDS-total) y cada una de sus subescalas como variables dependientes, y los puntajes de la OCIR - total y subescalas -, la III-31 - total, frecuencia, malestar, y subescalas -, y la STAI-T como variables independientes. Para ingresar una variable a la ecuación se tomó un $p \leq .05$, para excluir la variable de la ecuación $p \geq .10$. Se eligió este método dado que el objetivo de la regresión era fundamentalmente predictivo y no existen modelos teóricos sobre la despersonalización que se encuentren basados en la investigación empírica de sus supuestos (Cohen et al., 2003).

Debido a que el uso de análisis de regresión lineal y los análisis de correlación de Pearson suponen una distribución normal de las variables y algunas de las variables de este estudio presentaban una distribución con asimetría derecha, dichos análisis fueron realizados con la transformación a la raíz cuadrada de la CDS - puntaje total y subescalas -, el puntaje total de la OCIR y subescalas de limpieza, chequeo, obsesividad, acumulación, y neutralización, y la subescala III-31 sobre creencias acerca de la importancia de los pensamientos indeseados.

En cuarto lugar, se dividió la muestra en participantes con altos y bajos niveles de síntomas obsesivo-compulsivos, tomando el punto de corte de 21 puntos en la escala OCIR. Se comparó ambos grupos en la intensidad y subtipo de despersonalización. Este puntaje de corte fue sugerido por Foa et al. (2002) para clasificar correctamente a individuos con TOC de controles sin trastornos de ansiedad. Asimismo, Belloch et al. (2013) también encontraron que un punto de corte de 21 o más diferenciaba adecuadamente individuos con TOC de controles sin trastornos de ansiedad en una muestra con participantes españoles y argentinos. La existencia de puntos de corte obtenidos en poblaciones similares hace que su uso resulte apropiado para las muestras de nuestro estudio (Cohen & Swerdlik, 2009, p. 192). Además, esta forma de subdividir la muestra es apropiada para muestras no clínicas dado que los individuos que no buscan tratamiento y presentan puntajes elevados en medidas autoadministrables de TOC cumplen frecuentemente con los criterios para dicho trastorno (Burns, Formea, Keortge, & Sternberger, 1995).

Por último, para examinar la relación entre los subtipos de síntomas obsesivo-compulsivos de chequeo, orden, obsesividad, y los síntomas de despersonalización, se dividió la muestra en participantes con altos y bajos niveles de síntomas obsesivo-compulsivos de chequeo, orden y obsesividad, usando para tal fin la mediana del puntaje de cada una de las correspondientes subescalas de la OCIR. De este modo, la muestra quedó dividida en dos grupos: un grupo con puntajes por encima de la mediana en al menos una de las tres subescalas - Grupo 1 - y otro grupo con puntajes iguales o menores a la mediana en las tres subescalas - Grupo 2 -. Para la comparación de variables continuas se usó el test *t* de Student para muestras independientes, mientras que para la comparación de variables categóricas se empleó la prueba de Chi cuadrado.

Debido a que las siguientes variables presentaban una distribución asimétrica derecha se calculó la transformación mediante la raíz cuadrada (Osborne, 2002) de: la CDS-total y sus subescalas, la OCIR y las subescalas de lavado, chequeo, obsesividad, acumulación, y neutralización, y la subescala de la III-31 sobre creencias acerca de la importancia de los pensamientos indeseados. Las diferencias entre grupos y las correlaciones se consideraron significativas con un nivel de alfa de .05, todos los valores de p informados son bilaterales. Dado que los análisis en este estudio eran exploratorios y tenían la intención de generar hipótesis no se corrigió por posibles errores de Tipo I (Rothman, 1990).

9.2.2 Resultados

9.2.2.1 *Correlaciones bivariadas y parciales entre síntomas y creencias obsesivo-compulsivas, frecuencia y malestar asociado a pensamientos indeseados, y despersonalización (Objetivo 7)*

Todas las correlaciones se realizaron usando la muestra de participantes de la comunidad y la muestra de pacientes con trastornos de ansiedad en forma conjunta ($n = 140$). De los 140 participantes, 8 no respondieron la pregunta sobre frecuencia de los pensamientos indeseados y 5 no contestaron la pregunta sobre malestar asociado a los pensamientos indeseados de la III-31.

El puntaje total de la OCIR y sus subescalas, el puntaje total de la III-31 y sus subescalas, la III-31-frecuencia, y la III-31-malestar presentaron correlaciones significativas con el puntaje global de la CDS ($r_s = .42-.64$). Más aun, los síntomas de orden y de obsesividad estuvieron significativamente correlacionados a todos los subtipos de despersonalización ($r_s = .25-.57$). Para

un mayor detalle de los valores obtenidos en los análisis de correlación consultar la Tabla 14 en Anexo Tablas. Este patrón de correlaciones sugiere que los diferentes subtipos de sintomatología obsesivo-compulsiva, los diferentes subtipos de creencias obsesivas, la frecuencia y el malestar relacionado a los pensamientos indeseados, se encuentran asociados a la intensidad global de la despersonalización. Además, estos hallazgos indican que los síntomas obsesivo-compulsivos de orden y obsesividad se encuentran asociados a los diferentes subtipos de despersonalización.

Para determinar si la asociación entre los síntomas obsesivo-compulsivos, las creencias obsesivas, los pensamientos indeseados y la despersonalización no se explica por los niveles de ansiedad, se calcularon correlaciones parciales. Al controlarse estadísticamente por los niveles de ansiedad sólo unas pocas correlaciones permanecieron significativas. Respecto de los síntomas obsesivo-compulsivos, las correlaciones entre el puntaje total de la OCIR, las subescalas de chequeo, orden, obsesividad y el puntaje total de la CDS permanecieron significativas ($r = .28, .17, .24, .26$, respectivamente). Respecto de las creencias obsesivas, el puntaje total de la III-31, la frecuencia de los pensamientos indeseados, las creencias obsesivas sobre la importancia de los pensamientos y las creencias sobre la responsabilidad permanecieron significativamente correlacionadas al puntaje global de la CDS ($r = .22, .18, .26, .21$ respectivamente). Para un mayor detalle de los valores obtenidos en los análisis de correlación parcial consultar la Tabla 15 en Anexo Tablas.

La reducción en la magnitud de las correlaciones sugiere que la relación entre sintomatología obsesivo-compulsiva, creencias obsesivas, y despersonalización se explica, en parte, por la intensidad de los síntomas de ansiedad. No obstante, los resultados también sugieren una relación específica entre los síntomas obsesivo-compulsivos de chequeo, orden, obsesividad,

los diferentes tipos de creencias obsesivas, y la frecuencia de los pensamientos indeseados, con la intensidad global de la despersonalización.

9.2.2.2 *Análisis de regresión (Objetivo 7)*

Se realizaron análisis de regresión lineal con el objetivo de explorar si los síntomas obsesivo-compulsivos, las creencias obsesivas, la frecuencia o el malestar asociado a los pensamientos indeseados predecían los síntomas de despersonalización y cada uno de sus subtipos. De los 140 participantes, 8 no respondieron la pregunta sobre frecuencia de los pensamientos indeseados y 5 no contestaron la pregunta sobre malestar asociado a los pensamientos de la III-31. Todos los análisis de regresión fueron realizados sobre la muestra de participantes de la comunidad y la muestra de pacientes con trastornos de ansiedad en forma conjunta.

Dado que las correlaciones entre el puntaje total de la III-31 con la subescala III-31-NC ($r = .95, p = .000$), III-31-IP ($r = .94, p = .000$) y III-31-R ($r = .94, p = .000$) fueron altas y significativas, y las correlaciones entre subescalas fueron todas $> .80$, se decidió excluir del análisis de regresión a las tres subescalas de la III-31 para disminuir el riesgo de multicolinealidad. En todos los modelos finales de regresión el valor de la tolerancia fue mayor a $.10$ y los factores de inflación de la varianza - VIF por sus siglas en inglés - fueron menores a 10 , lo cual permite descartar la posible presencia de multicolinealidad entre las variables independientes (Cohen et al., 2003).

Para determinar la presencia de casos atípicos univariados en la variable dependiente se examinaron los residuos estudiantizados. Si el valor del residuo era ± 3 entonces se consideraba

que había un caso atípico (Stevens, 1984). Para determinar la presencia de casos atípicos multivariados en las variables independientes se calcularon los puntajes de distancia de Mahalanobis (D^2) (Stevens, 1984). Si la probabilidad de D^2 era $p < .001$ se consideraba que había un caso atípico. Cuando se detectaron casos atípicos univariados o multivariados se recalcularon las ecuaciones de regresión lineal excluyendo dichos casos. Los coeficientes informados en las tablas corresponden a los análisis de regresión en donde se excluyen los casos atípicos.

Siguiendo estos criterios cuando se calculó la regresión lineal múltiple con el puntaje global transformado de la CDS como variable dependiente, el R^2 ajustado obtenido fue .531. El R^2 ajustado obtenido sin casos atípicos fue .572. El valor de R^2 ajustado indica que el 57.2 % de la variabilidad de la intensidad global de la despersonalización fue explicada por la ansiedad y los síntomas de orden. Para un mayor detalle de los valores obtenidos en la ecuación de regresión consultar la Tabla 16 en Anexo Tablas.

Cuando se calculó la regresión lineal múltiple con el puntaje transformado de la subescala de experiencias corporales anómalas de la CDS (CDS-ECA) como variable dependiente, el R^2 ajustado obtenido fue .326. El R^2 ajustado obtenido sin casos atípicos fue .377. El valor de R^2 ajustado indica que el 37.7 % de la variabilidad de la intensidad de las experiencias corporales anómalas fue explicada por los síntomas de obsesividad, orden, y creencias obsesivas. Para un mayor detalle de los valores obtenidos en la ecuación de regresión consultar la Tabla 17 en Anexo Tablas.

Cuando se calculó la regresión lineal múltiple con el puntaje transformado de la subescala embotamiento afectivo de la CDS (CDS-EA) como variable dependiente, el R^2 ajustado obtenido fue .414. El R^2 ajustado obtenido sin casos atípicos fue .454. El valor de R^2 ajustado indica que el 45.4 % de la variabilidad de la intensidad del embotamiento afectivo fue

explicada por la ansiedad y la intensidad global de los síntomas obsesivo-compulsivos. Para un mayor detalle de los valores obtenidos en la ecuación de regresión consultar la Tabla 18 en Anexo Tablas.

Cuando se calculó la regresión lineal múltiple con el puntaje transformado de la subescala experiencias anómalas del recordar de la CDS (CDS-EAR) como variable dependiente, el R^2 ajustado obtenido fue .243. El R^2 ajustado obtenido fue .281. El valor de R^2 ajustado indica que el 28.1 % de la variabilidad de la intensidad de las experiencias anómalas del recordar fueron explicadas por la ansiedad y los síntomas obsesivo-compulsivos de orden y chequeo. Para un mayor detalle de los valores obtenidos en la ecuación de regresión consultar la Tabla 19 en Anexo Tablas.

Cuando se calculó la regresión lineal múltiple con el puntaje transformado de la subescala desrealización de la CDS (CDS-DR) como variable dependiente, el R^2 ajustado obtenido fue .522. El R^2 ajustado obtenido sin casos atípicos fue .556. El valor de R^2 ajustado indica que el 55.6 % de la variabilidad de la intensidad de la desrealización fue predicha por la ansiedad, la frecuencia de los pensamientos indeseados, y los síntomas obsesivo-compulsivos de acumulación. Para un mayor detalle de los valores obtenidos en la ecuación de regresión consultar la Tabla 20 en Anexo Tablas.

La Tabla 21 muestra un resumen de los resultados de todas las regresiones lineales múltiples en donde se empleó la CDS y cada una de sus subescalas como variables dependientes.

Tabla 21

Resumen de los Resultados de Todas las Regresiones Lineales Múltiples con el Método de Selección de Variables por Pasos en donde se Emplean la OCIR, III-31, y STAI-T para Predecir el Puntaje Global Transformado de la CDS y cada una de sus Subescalas en la Muestra de Pacientes con Trastornos de Ansiedad y Participantes de la Comunidad

Variable dependiente	Variable independiente	R ² ajustado
CDS-Puntaje total	STAI-T, OCIR-OR	.572
Experiencias corporales anómalas	OCIR-OB, OCIR-OR, III-31-Total	.377
Embotamiento afectivo	STAI-T, OCIR-Total	.414
Experiencias anómalas del recordar	STAI-T, OCIR-OR, OCIR-CH	.281
Desrealización	STAI-T, III-31-Frecuencia, OCIR-AC	.556

Nota. CDS = OCIR = Obsessive Compulsive Inventory-Revised; OR = Orden; OB = Obsesividad; AC= Acumulación; III-31 = Interpretation of Intrusions Inventory; Total = puntaje total; Frecuencia = Frecuencia de los pensamientos indeseados; CDS = Cambridge Depersonalization Scale; STAI-T = State Trait Anxiety Inventory-Trait.

9.2.2.3 Diferencias en la intensidad de la despersonalización según la intensidad de la sintomatología obsesivo-compulsiva (Objetivo 7)

Para explorar la asociación entre sintomatología obsesivo-compulsiva y despersonalización se dividió a la muestra en aquellos participantes con elevados - OCIR \geq 21 - versus bajos - OCIR < 21 - niveles de sintomatología obsesivo-compulsiva. En la Tabla 22 se muestran las características demográficas de los grupos, las medias, desvíos, p-valores y tamaños del efecto para el CDS. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos respecto

de la edad y el género. El grupo de participantes con elevados niveles de sintomatología obsesivo-compulsiva presentó puntajes significativamente más altos que el grupo con bajos niveles en sintomatología obsesivo-compulsiva en la intensidad global de despersonalización, y en tres de los cuatro subtipos de despersonalización – experiencias corporales anómalas, embotamiento afectivo, y desrealización -. Todas estas diferencias presentaron tamaños del efecto superior a grande (Cohen, 1992). Los grupos no se diferenciaron respecto de la intensidad de los síntomas de experiencias anómalas del recordar y el tamaños del efecto fue entre pequeño y mediano (Cohen, 1992).

Tabla 22.

Comparación de Variables Demográficas y Despersonalización entre los Grupos de Altos y Bajos niveles de Síntomas Obsesivo-Compulsivos según la OCIR para la Muestra de Pacientes Ansiosos y Participantes de la Comunidad

Variable	Altos niveles de síntomas OC (<i>n</i> = 38)	Bajos niveles de síntomas OC (<i>n</i> = 102)	Estadístico	<i>d</i>
Variables demográficas				
Edad	33.8 (11.4)	35.2 (12.4)	$t = -.59, p = .553$	
Género (femenino)	20 (52.6 %)	70 (68.6)	$(X^2(1, N = 140) = 3.08, p = .079)$	
Despersonalización				
CDS-Total	41.5 (DS 33.9)	13.9 (DS 14.7)	$t = -5.48, p = .000$	1.27
CDS-ECA	9.0 (DS 11)	2.7 (DS 4.7)	$t = -3.82, p = .000$	0.90

CDS-EA	9.3 (DS 10.3)	1.9 (DS 3.9)	$t = -4.71, p = .000$	1.17
CDS-EAR	6.2 (DS 6.6)	3.9 (DS 3.7)	$t = -1.61, p = .113$	0.49
CDS-DR	10.5 (DS 8)	3.7 (DS 5.1)	$t = -5.91, p = .000$	1.28

Nota. OC: obsesivo-compulsivos; CDS = Cambridge Depersonalization Scale; ECA = experiencias corporales anómalas; EA = embotamiento afectivo; EAR = experiencias anómalas del recordar; DR = desrealización; d = tamaño del efecto de Cohen.

Con la finalidad de explorar la asociación entre determinados subtipos de sintomatología obsesivo-compulsiva - síntomas de chequeo, orden/simetría, obsesividad -, y despersonalización se dividió la muestra en un grupo con puntajes por encima de la mediana en al menos una de las subescalas de chequeo, orden, u obsesividad de la OCIR - Grupo 1 - y otro grupo con puntajes iguales o menores a la mediana en las tres subescalas - Grupo 2 -. En la Tabla 23 se muestran las características demográficas de los grupos, las medias, desvíos, p-valores y tamaños del efecto para el CDS. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos respecto de la edad y el género. El grupo de participantes con elevados niveles de sitomatología obsesivo-compulsiva de chequeo, orden/simetría, u obsesividad presentó puntajes significativamente más altos que el grupo con bajos niveles en dichos subtipos en la intensidad global de despersonalización, y en los cuatro subtipos de despersonalización. Todas las diferencias presentaron tamaños del efecto medianos a grandes o superiores a grandes (Cohen, 1992).

Tabla 23.

Comparación de Variables Demográficas y Despersonalización entre los Grupos de Altos y Bajos Niveles de Síntomas Obsesivo-Compulsivos en las Subescalas de Chequeo, Orden y Obsesividad de la OCIR para la Muestra de Pacientes Ansiosos y Participantes de la Comunidad

Variable	Grupo 1 (<i>n</i> = 96)	Grupo 2 (<i>n</i> = 44)	Estadístico	<i>d</i>
Variables demográficas				
Edad	35.3 (DS 12.1)	33.9 (DS 11.8)	$t = -.65, p = .519$	
Género (femenino)	61 (63.5%)	29 (65.9%)	$(X^2(1, N = 140) = .074, p = .786)$	
Despersonalización				
CDS-Total	27.7 (DS 26.9)	7.7 (DS 10.8)	$t = -6.94, p = .000$	0.87
CDS-ECA	5.8 (DS 8.6)	1.5 (DS 2.7)	$t = -4.50, p = .000$	0.59
CDS-EA	5.4 (DS:8.1)	.7 (DS 1.6)	$t = -5.91, p = .000$	0.69
CDS-EAR	5.3 (DS 5)	2.8 (DS 3.6)	$t = -3.27, p = .001$	0.54
CDS-DR	7.4 (DS 7.1)	1.5 (DS 3.3)	$t = -7.25, p = .000$	0.96

Nota. CDS = Cambridge Depersonalization Scale; ECA = experiencias corporales anómalas; EA = embotamiento afectivo; EAR = experiencias anómalas del recordar; DR = desrealización; *d* = tamaño del efecto de Cohen.

Capítulo 10. ESTUDIO III: PREDICTORES DE DESPERSONALIZACIÓN EN PARTICIPANTES DE LA COMUNIDAD

El primer objetivo de este estudio fue determinar si la intensidad y los diferentes subtipos de despersonalización se encuentran asociados a las interpretaciones catastróficas de los síntomas de ansiedad y/o a la intensidad de la evitación experiencial en una muestra de participantes de la comunidad (Objetivo 8). Un segundo objetivo fue determinar si la sintomatología obsesivo-compulsiva - en particular, los síntomas de chequeo, orden/simetría, y obsesividad -, las creencias obsesivas, la frecuencia y el malestar relacionado a la presencia de los pensamientos indeseados están asociados a la intensidad y subtipo de despersonalización en una muestra de participantes de la comunidad (Objetivo 9).

10.1 Interpretaciones Catastróficas, Evitación Experiencial, y Síntomas de Despersonalización

10.1.1 Método

10.1.1.1 Muestra

En este estudio se incluyó la muestra de participantes de la comunidad cuyas características fueron descritas en el capítulo 7.

10.1.1.2 Instrumentos y procedimiento

Los instrumentos empleados fueron: una encuesta sobre datos demográficos y diagnóstico actual de trastorno de ansiedad, síntomas psicóticos, y epilepsia del lóbulo temporal, la CDS, el ACQ, el AAQ, el STAI-T, el BSQ, y el BDI-II. El procedimiento fue especificado en el capítulo 7.

10.1.1.3 Análisis de datos

Para examinar la relación entre interpretaciones catastróficas sobre la ansiedad (ACQ), evitación de experiencial (AAQ) y despersonalización (CDS), se realizaron diferentes análisis estadísticos sobre la muestra de participantes de la comunidad.

En primer lugar, se subdividió la muestra en participantes con altos y bajos niveles de despersonalización, usando la mediana de la CDS tal como lo sugieren Sierra et al. (2012). Para la comparación de variables continuas se usó el test *t* de Student para muestras independientes. Debido a que las variables edad, CDS, ACQ, BSQ, y BDI-II presentaban una distribución con asimetría derecha, se calculó la transformación de cada una de ellas mediante la raíz cuadrada (Osborne, 2002). Para las variables categóricas se empleó el test de Chi cuadrado.

En segundo lugar, se calculó la correlación entre interpretaciones catastróficas acerca de la ansiedad, evitación experiencial, despersonalización y sus diferentes subtipos – experiencias corporales anómalas, embotamiento afectivo, experiencias anómalas del recordar, desrealización -.

En tercer lugar, se calcularon las correlaciones parciales para examinar si las interpretaciones catastróficas sobre la ansiedad y la evitación experiencial contribuyen en forma independiente a la predicción de la intensidad de la despersonalización y sus diferentes subtipos, después de controlar estadísticamente por cada una de ellas.

En cuarto lugar, se realizaron una serie de análisis de regresión lineal múltiple utilizando el método de selección de variables por pasos - *stepwise* en inglés- con el puntaje total de la despersonalización (CDS-total) y cada una de sus subescalas como variables dependientes, y los puntajes de las subescalas de la ACQ sobre creencias catastróficas acerca de perder el control (ACQ-PC) y creencias acerca de padecer enfermedades potencialmente mortales (ACQ-PF), la AAQ, STAI-T, BSQ, y BDI-II como variables independientes. Dado que en el Estudio I se encontraron diferencias entre el tercio de participantes más jóvenes y el tercio de participantes de mayor edad en los subtipos experiencias corporales anómalas y embotamiento afectivo, cuando se realizaron las regresiones lineales múltiples para las dos subescalas correspondientes se decidió incorporar a la edad como variable independiente. Para ingresar una variable a la ecuación se tomó un $p \leq .05$; para excluir la variable de la ecuación $p \geq .10$. Se eligió este método de selección de variables por pasos porque el objetivo de los análisis de regresión era fundamentalmente predictivo y no existen modelos teóricos sobre la despersonalización que se encuentren basados en la investigación empírica de sus supuestos (Cohen et al., 2003).

Las diferencias entre grupos y las correlaciones se consideraron significativas con un nivel de alfa de .05, todos los valores de p informados son bilaterales. Debido a que los análisis en este estudio eran exploratorios y tenían la intención de generar hipótesis no se corrigió por posibles errores de Tipo I (Rothman, 1990).

10.1.2 Resultados

10.1.2.1 Interpretaciones catastróficas y evitación experiencial en participantes de la comunidad con altos vs. bajos niveles de despersonalización (Objetivo 8)

En la Tabla 24 se muestran las características demográficas de los dos grupos, las medias, desvíos, p-valores y tamaños del efecto para el CDS, ACQ, AAQ, STAI-T, BSQ, y BDI-II. No se encontraron diferencias significativas en edad y género. Como era de esperar, el grupo con altos niveles de despersonalización puntuó significativamente más alto que el grupo con bajos niveles de despersonalización en el puntaje global de la escala CDS y en todas sus subescalas. Aquellos con altos niveles de despersonalización mostraron niveles significativamente más elevados de interpretaciones catastróficas sobre la ansiedad y de evitación experiencial que el grupo con bajos niveles de despersonalización. Las diferencias en el puntaje total de las ACQ, de la subescala de creencias sobre la pérdida de control de la ACQ-PC y de la AAQ presentaron tamaños del efecto superiores a grandes, mientras que el tamaño del efecto correspondiente a las diferencias en la subescala de preocupaciones físicas de la ACQ fue entre pequeño y mediano (Cohen, 1992). Los participantes de la comunidad con mayor intensidad de los síntomas de despersonalización presentan mayores niveles de interpretaciones catastróficas de sus síntomas de ansiedad y mayores niveles de evitación experiencial que aquellos con bajos niveles de despersonalización.

Tabla 24.

Comparación de Variables Demográficas y Medidas de Auto-informe entre los Grupos de Altos y Bajos Niveles de Despersonalización en Participantes de la Comunidad

Variable	Alta-DP (<i>n</i> = 33)	Baja-DP (<i>n</i> = 37)	Estadístico	<i>d</i>
Variables demográficas				
Edad	31.2 (DS 11.8)	35.5 (DS 12.1)	$t = 1.65, p = .103$	
Género (femenino)	23 (69.7%)	26 (70.3%)	$(X^2(1, N = 70) = 0.003, p = .958)$	
Medidas de auto-informe				
CDS-Total	18.7 (DS 11.3)	2.4 (DS 2.5)	$t = -11.76, p = .000$	2.04
CDS-ECA	3.1 (DS 3.5)	.3 (DS 1)	$t = -5.17, p = .000$	1.11
CDS-EA	2.3 (DS 3.3)	0 (DS 0)	$t = -5.23, p = .000$	1.01
CDS-EAR	6.1 (DS 3.2)	1.5 (DS 1.6)	$t = -7.77, p = .000$	1.85
CDS-DR	4 (DS 3.7)	.1 (DS 0.5)	$t = -7.35, p = .000$	1.52
ACQ-Total	1.5 (DS 0.5)	1.1 (DS 0.2)	$t = -4.49, p = .000$	1.07
ACQ-PC	1.7 (DS 0.6)	1.2 (DS 0.2)	$t = -5.40, p = .000$	1.14
ACQ-PF	1.3 (DS 0.6)	1.1 (DS 0.2)	$t = -2.14, p = .038$	0.46
AAQ	34.4 (DS 5.8)	28.9 (DS 6.3)	$t = -3.76, p = .000$	0.91
STAI-T	24.4 (DS 8.8)	12.7 (DS 7.8)	$t = -5.87, p = .000$	1.41
BSQ	27.1 (DS 7.6)	23.4 (DS 9.2)	$t = -2.06, p = .043$	0.44
BDI-II	11.4 (DS 8.4)	3.1 (DS 3.5)	$t = -6.31, p = .000$	1.32

Nota. DP: despersonalización; CDS = Cambridge Depersonalization Scale; ECA = experiencias corporales anómalas; EA = embotamiento afectivo; EAR = experiencias anómalas del recordar; DR = desrealización; ACQ = Agoraphobic Cognitions Questionnaire; PC = pérdida de control; PF = preocupaciones físicas; AAQ = Acceptance and Action Questionnaire; STAI-T = State Trait Anxiety Inventory-Trait Scale; BSQ = Body Sensations Questionnaire; BDI-II = Beck Depression Inventory-II. d = tamaño del efecto de Cohen.

Debido a que los grupos también se diferenciaron en los niveles de ansiedad, depresión, y preocupaciones por los síntomas de pánico, se realizó una serie de análisis de covarianza (ANCOVA), empleando a la ansiedad, la depresión, y las preocupaciones por los síntomas de pánico como covariables. Después de controlar por ansiedad sólo las diferencias grupales en la subescala de creencias sobre la pérdida de control de la ACQ se mantuvieron significativas, $F_{(1,67)} = 7.829, p < .01, \eta_p^2 = .105$. Después de controlar por depresión, nuevamente sólo las diferencias grupales en la subescala de creencias sobre la pérdida de control de la ACQ se mantuvieron significativas, $F_{(1,67)} = 7.748, p < .01, \eta_p^2 = .104$. Luego de controlar por preocupaciones sobre los síntomas de pánico, existieron diferencias grupales estadísticamente significativas en el puntaje global de la ACQ, $F_{(1,67)} = 16.798, p < .001, \eta_p^2 = .200$, en la subescala de creencias sobre la pérdida de control de la ACQ, $F_{(1,67)} = 25.904, p < .001, \eta_p^2 = .279$, y en la AAQ, $F_{(1,67)} = 10.760, p < .01, \eta_p^2 = .138$.

10.1.2.2 Correlaciones bivariadas y parciales entre interpretaciones catastróficas, evitación experiencial, y despersonalización (Objetivo 8)

Todas las correlaciones se realizaron usando la muestra completa de participantes de la comunidad ($n = 70$). Las correlaciones de Pearson entre los puntajes normalizados de la ACQ total y subescalas, la AAQ, y el puntaje global normalizado de la CDS fueron los siguientes:

ACQ-total ($r = .63, p = .000$), ACQ-PC ($r = .66, p = .000$), ACQ-PF ($r = .41, p = .000$), y AAQ ($r = .47, p = .000$). Además, el puntaje total de la ACQ como el de sus subescalas y la AAQ estuvieron significativamente correlacionados con cada una de las subescalas de la CDS (ver Tabla 25 en Anexo Tablas). El patrón de correlaciones significativas obtenido sugiere que las interpretaciones catastróficas sobre la ansiedad y la evitación experiencial se encuentran asociadas a los síntomas de despersonalización y sus diferentes subtipos en los participantes de la comunidad.

Para examinar en qué medida las interpretaciones catastróficas sobre la ansiedad y la evitación experiencial contribuyen en forma independiente a la predicción de la despersonalización, se calcularon correlaciones parciales entre el puntaje total de la ACQ y sus subescalas, con el puntaje global de la CDS y sus subescalas, mientras se controlaba por los puntajes en la AAQ. Del mismo modo, se calculó la correlación parcial entre la AAQ y el puntaje global de la CDS y sus subescalas mientras se controlaba por el puntaje total de la ACQ.

Luego de controlarse por el puntaje en la AAQ, el puntaje total de la ACQ y el de la subescala sobre interpretaciones catastróficas acerca de la pérdida de control se mantuvieron significativamente correlacionados con el puntaje global de la CDS y todas sus subescalas, mientras que la subescala sobre creencias acerca de padecer enfermedades físicas de la ACQ se mantuvo significativamente correlacionada con los puntajes globales de la CDS y las subescalas experiencias corporales anómalas y desrealización (Ver Tabla 26 en Anexo Tablas). Después de haberse controlado por el puntaje total de la ACQ, la AAQ mantuvo correlaciones significativas con el puntaje global de la CDS y las subescala de embotamiento afectivo (Ver Tabla 26 en Anexo Tablas). Estos resultados sugieren que en general las interpretaciones catastróficas sobre la ansiedad, especialmente aquellas referidas a la pérdida de control, contribuyen a predecir la

intensidad global de la despersonalización y sus diferentes subtipos, independientemente del grado de evitación experiencial. En la misma dirección, las creencias acerca de padecer enfermedades físicas potencialmente mortales predicen la intensidad global de los síntomas de despersonalización, de experiencias corporales anómalas y desrealización. Asimismo, la evitación experiencial contribuye a predecir la intensidad global de la despersonalización y de los síntomas de embotamiento afectivo, independientemente de los niveles de interpretaciones catastróficas sobre la ansiedad.

10.1.2.3 Análisis de regresión (Objetivo 8)

Con el propósito de evaluar la asociación entre las interpretaciones catastróficas, la evitación experiencial, y la despersonalización se realizó una serie de análisis de regresión múltiple para determinar si estas variables, la depresión, la ansiedad, y la preocupación por los síntomas del pánico predecían los síntomas de despersonalización y cada uno de sus subtipos. Todos los análisis de regresión fueron realizados sobre el total de la muestra de participantes de la comunidad.

Debido a que las correlaciones entre el puntaje total de la ACQ con la ACQ-PF (.84, $p = .000$) y la ACQ-PC (.91, $p = .000$) fueron altas y significativas, se decidió excluir del análisis de regresión el puntaje total de la ACQ para disminuir el riesgo de multicolinealidad. En todos los modelos finales de regresión el valor de la tolerancia fue mayor a .10 y los factores de inflación de la varianza - VIF por sus siglas en inglés - fue menor a 10, lo cual permite descartar la posible presencia de multicolinealidad entre las variables independientes (Cohen et al., 2003).

Para determinar la presencia de casos atípicos univariados en la variable dependiente se examinaron los residuos estudiantizados. Si el valor del residuo era ± 3 entonces se consideraba que había un caso atípico (Stevens, 1984). Para determinar la presencia de casos atípicos multivariados en las variables independientes se calcularon los puntajes de distancia de Mahalanobis (D^2) (Stevens, 1984). Si la probabilidad de D^2 era $p < .001$ se consideraba que había un caso atípico. Cuando se detectaron casos atípicos univariados o multivariados se recalcularon las ecuaciones de regresión lineal excluyendo dichos casos. Los coeficientes de regresión informados en las tablas corresponden a los análisis de regresión en donde se excluyen los casos atípicos.

Siguiendo estos criterios se calculó la regresión lineal múltiple con el puntaje global transformado de la CDS como variable dependiente. El R^2 ajustado obtenido fue .609. El R^2 ajustado obtenido sin caso atípico fue .57. El valor de R^2 ajustado sin casos atípicos indica que el 57% de la variabilidad de la intensidad de la intensidad global de la despersonalización fue explicada por la depresión y las creencias acerca de la pérdida de control. Para un mayor detalle de los valores obtenidos en la ecuación de regresión consultar la Tabla 27 en Anexo Tablas.

Cuando se calculó la regresión lineal múltiple con el puntaje transformado de la subescala de experiencias corporales anómalas (CDS-ECA) como variable dependiente, se obtuvo un R^2 ajustado de .345. El R^2 ajustado obtenido sin casos atípicos fue .391. El valor de R^2 ajustado sin casos atípicos indica que el 39.1% de la variabilidad de la intensidad de las experiencias corporales anómalas fue explicada por las creencias acerca de la pérdida de control. Para un mayor detalle de los valores obtenidos en la ecuación de regresión consultar la Tabla 28 en Anexo Tablas.

Cuando se calculó la regresión lineal múltiple con el puntaje

transformado de la subescala de embotamiento afectivo (CDS-EA) como variable dependiente, se obtuvo un R^2 ajustado de .320. El valor de R^2 ajustado obtenido sin casos atípicos fue .231. El R^2 ajustado obtenido sin casos atípicos indica que el 23.1% de la variabilidad de la intensidad de los síntomas de embotamiento afectivo fue explicada por la depresión. Para un mayor detalle de los valores obtenidos en la ecuación de regresión consultar la Tabla 29 en Anexo Tablas.

Cuando se calculó la regresión lineal múltiple con el puntaje transformado de la subescala experiencias anómalas del recordar (CDS-EAR) como variable dependiente, se obtuvo un R^2 ajustado de .338. El valor de R^2 ajustado sin casos atípicos fue .286. El R^2 ajustado obtenido sin casos atípicos indica que el 28.6% de la variabilidad de la intensidad de los síntomas de experiencias anómalas del recordar fue explicada por la depresión. Para un mayor detalle de los valores obtenidos en la ecuación de regresión consultar la Tabla 30 en Anexo Tablas.

Cuando se calculó la regresión lineal múltiple con el puntaje transformado de la subescala desrealización (CDS-DR) como variable dependiente, el R^2 ajustado obtenido fue .510. No se encontraron casos atípicos. El R^2 ajustado obtenido indica que el 51% de la variabilidad de la intensidad de los síntomas de desrealización fue explicada por la depresión y la ansiedad. Para un mayor detalle de los valores obtenidos en la ecuación de regresión consultar la Tabla 31 en Anexo Tablas.

La Tabla 32 muestra un resumen de aquellas variables independientes retenidas por el procedimiento para la predicción de la intensidad de la despersonalización y sus diferentes subtipos.

Tabla 32

Resumen de los Resultados de Todas las Regresiones Lineales Múltiples con el Método de Selección de Variables por Pasos en Donde se Emplean la CDS, ACQ, BSQ, AAQ, STAI-T, y BDI-II para Predecir el Puntaje Global Transformado de la CDS y cada una de sus Subescalas en la Muestra de Participantes de la Comunidad

Variable dependiente	Variable independiente	R ²
CDS-Puntaje total	BDI-II, ACQ-PC	.570
Experiencias corporales anómalas	ACQ-PC	.391
Embotamiento afectivo	BDI-II	.231
Experiencias anómalas del recorder	BDI-II	.286
Desrealización	BDI-II, STAI-T	.510

Nota. CDS = Cambridge Depersonalization Scale; ACQ = Agoraphobic Cognitions Questionnaire; BSQ = Body Sensations Questionnaire; PC = pérdida de control; STAI-T = State Trait Anxiety Inventory-Trait Scale; BDI-II = Beck Depression Inventory-II.

10.2 Síntomas Obsesivo-Compulsivos, Pensamientos Indeseados, Creencias Obsesivas, y Despersonalización

10.2.1 Método

10.2.1.1 Muestra

En este estudio se incluyó la muestra de participantes de la comunidad cuyas características fueron descritas en el capítulo 7.

10.2.1.2 Instrumentos y procedimiento

Los instrumentos empleados fueron: una encuesta sobre datos demográficos y diagnóstico actual de trastorno de ansiedad, síntomas psicóticos, y epilepsia del lóbulo temporal, la CDS, el OCIR, la III-31, y el STAI-T.

10.2.1.3 Análisis de datos

Para examinar la relación entre síntomas obsesivo-compulsivos (OCIR), creencias obsesivas (III-31), frecuencia de los pesamientos indeseados (III-31-frecuencia), malestar provocado por los pensamientos indeseados (III-31-malestar), intensidad de la despersonalización (CDS) y sus diferentes subtipos se realizaron diferentes análisis estadísticos sobre la muestra de participantes de la comunidad.

En primer lugar, se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson entre los síntomas obsesivo-compulsivos, las creencias obsesivas, la frecuencia y el malestar relacionado a los pensamientos indeseados, y la intensidad de la despersonalización y sus diferentes subtipos - experiencias corporales anómalas, embotamiento afectivo, experiencias anómalas del recordar, desrealización.

En segundo lugar, se calcularon correlaciones parciales para explorar si los síntomas obsesivo-compulsivos, las creencias obsesivas, la frecuencia y el malestar relacionado a los

pensamientos indeseados estaban asociados a la intensidad de la despersonalización y sus subtipos después de controlar estadísticamente por la intensidad de los síntomas de ansiedad.

En tercer lugar, se realizaron una serie de análisis de regresión lineal múltiple utilizando el método de selección de variables por pasos *–stepwise* en inglés- con el puntaje global de la despersonalización (CDS-total) y cada una de sus subescalas como variables dependientes, y los puntajes de la OCIR - total y subescalas -, la III-31 - total, frecuencia, malestar, y subescalas -, y la STAI-T como variables independientes. Para ingresar una variable a la ecuación se tomó un $p \leq .05$, para excluir la variable de la ecuación $p \geq .10$. Se eligió este método dado que el objetivo de la regresión era fundamentalmente predictivo y no existen modelos teóricos sobre la despersonalización que se encuentren basados en la investigación empírica de sus supuestos (Cohen et al., 2003).

Debido a que el uso de análisis de regresión lineal y los análisis de correlación de Pearson suponen una distribución normal de las variables y algunas de las variables de este estudio presentaban una distribución con asimetría derecha, dichos análisis estadísticos fueron realizados con la transformación a la raíz cuadrada de la CDS - puntaje total y subescalas -, el puntaje total de la OCIR y subescalas de limpieza, chequeo, obsesividad, acumulación, y neutralización, y la III-31- total y subescalas -. Dado que en el Estudio II se encontraron diferencias entre el tercio de participantes más jóvenes y el tercio de participantes de mayor edad en las subescalas experiencias corporales anómalas y embotamiento afectivo de la CDS para la muestra de participantes de la comunidad, cuando se realizaron las regresiones lineales múltiples para estas dos subescalas se incorporó a la edad como variable independiente.

En cuarto lugar, se dividió la muestra en aquellos participantes con altos y bajos niveles de síntomas obsesivo-compulsivos, siguiendo el punto de corte de 21 obtenido en una muestra de participantes españoles y argentinos con TOC y controles normales (Belloch et al., 2013) para clasificar correctamente a individuos con TOC de controles sin trastornos de ansiedad. La existencia de puntos de corte obtenidos en poblaciones similares hace que su uso resulte apropiado para la muestra de nuestro estudio (Cohen & Swerdlik, 2009, p. 192). Además, esta forma de subdividir la muestra es adecuada para muestras no clínicas dado que los individuos que no buscan tratamiento y presentan puntajes elevados en medidas autoadministrables de TOC cumplen frecuentemente con los criterios para dicho trastorno, presentan síntomas obsesivo-compulsivos estables a lo largo del tiempo, y niveles de psicopatología asociada similares a los encontrados en pacientes con TOC (Burns et al., 1995). De esta forma, la muestra quedó dividida en dos grupos: un grupo cuyos participantes puntuaron ≥ 21 - Grupo 1 -, y otro cuyos participantes puntuaron < 21 en la OCIR - Grupo 2 -. Para realizar las comparaciones entre grupos se usó el test *t* de Student para muestras independientes.

Las diferencias entre grupos y las correlaciones se consideraron significativas con un nivel de alfa de .05, todos los valores de *p* informados son bilaterales. Dado que los análisis en este estudio eran exploratorios y tenían la intención de generar hipótesis no se corrigió por posibles errores de Tipo I (Rothman, 1990).

10.2.2 Resultados

10.2.2.1 *Correlaciones bivariadas y parciales entre síntomas y creencias obsesivo-compulsivas, frecuencia y malestar asociado a pensamientos indeseados, y despersonalización (Objetivo 9)*

Todas las correlaciones se realizaron usando la muestra completa de participantes de la comunidad ($n = 70$). De los 70 participantes, 6 no respondieron la pregunta sobre frecuencia de los pensamientos indeseados y 3 no contestaron la pregunta sobre malestar asociado a los pensamientos indeseados de la III-31.

El puntaje total normalizado de la OCIR y sus subescalas de limpieza, chequeo, obsesividad, acumulación, neutralización, el puntaje en la subescala de orden de la OCIR, los puntajes normalizados de la III-31- total, frecuencia, malestar, y subescalas - presentaron correlaciones significativas con el puntaje global de la CDS ($rs = .26-.58$). Más aun, el puntaje total de la OCIR y sus subescalas de limpieza, obsesividad, neutralización, el puntaje de la III-31 -total y subescalas - y la frecuencia de los pensamientos indeseados, estuvieron significativamente correlacionados a todos los subtipos de despersonalización ($rs = .26-.59$). Para un mayor detalle de los valores obtenidos en los análisis de correlación consultar la Tabla 33 en Anexo Tablas. Las correlaciones obtenidas sugieren que los diferentes subtipos de sintomatología obsesivo-compulsiva, los diferentes subtipos de creencias obsesivas, la frecuencia y el malestar relacionado a los pensamientos indeseados, se encuentran asociados a la intensidad global de la despersonalización. Además, estos hallazgos indican que los síntomas obsesivo-compulsivos de limpieza, obsesividad, y neutralización, los diferentes subtipos de creencias obsesivas, y la

frecuencia de los pensamientos indeseados se encuentran asociados a todos los subtipos de despersonalización.

Al controlarse estadísticamente por la ansiedad, sólo unas pocas correlaciones permanecieron significativas. Respecto de los síntomas obsesivo-compulsivos, las correlaciones entre las subescalas de limpieza, orden, y obsesividad de la OCIR, y el puntaje total de la CDS permanecieron significativas ($r = .24, .26, .27$, respectivamente). Respecto de las creencias obsesivas, el puntaje total, la frecuencia de pensamientos indeseados, y la subescala de creencias sobre la importancia de los pensamientos de la III-31 permanecieron significativamente correlacionadas al puntaje global de la CDS ($r = .27, .26, .29$, respectivamente). Más específicamente, la subescala de creencias acerca de la importancia de los pensamientos de la III-31 mostró correlaciones significativas con las subescalas experiencias corporales anómalas, embotamiento afectivo, y experiencias anómalas del recordar de la CDS. Para un mayor detalle de los valores obtenidos en los análisis de correlación consultar la Tabla 34 en Anexo Tablas.

La reducción en la magnitud de las correlaciones sugiere que la relación entre sintomatología obsesivo-compulsiva, creencias obsesivas, y despersonalización se explica, en parte, por la intensidad de los síntomas de ansiedad. Los resultados también sugieren una relación específica entre los síntomas obsesivo-compulsivos de limpieza, orden, obsesividad, las creencias obsesivas referidas a la importancia asignada a los pensamientos indeseados, y la frecuencia de los pensamientos indeseados con la intensidad global de la despersonalización, luego de controlarse por niveles de ansiedad. Del mismo modo, la asociación entre las creencias sobre la importancia de los pensamientos indeseados y las experiencias corporales anómalas, el embotamiento afectivo, y el subtipo experiencias anómalas del recordar no parece explicarse por la intensidad de la ansiedad.

10.2.2.2 Análisis de regresión (Objetivo 9)

Se realizaron análisis de regresión lineal con el objetivo de explorar si los síntomas obsesivo-compulsivos, las creencias obsesivas, la frecuencia o el malestar asociado a los pensamientos indeseados predecían los síntomas de despersonalización y cada uno de sus subtipos. De los 70 participantes, 6 no respondieron la pregunta sobre frecuencia de los pensamientos indeseados y 3 no contestaron la pregunta sobre malestar asociado a los pensamientos de la III-31. Todos los análisis de regresión se realizaron sobre la muestra completa de participantes de la comunidad.

Dado que las correlaciones entre el puntaje total de la III-31 con la subescala III-31-NC ($r = .94, p = .000$), III-31-IP ($r = .88, p = .000$) y III-31-R ($r = .90, p = .000$) fueron altas y significativas, y las correlaciones entre subescalas fueron todas $> .70$, se decidió excluir del análisis de regresión a las tres subescalas de la III-31 para disminuir el riesgo de multicolinealidad. En todos los modelos finales de regresión el valor de la tolerancia fue mayor a $.10$ y los factores de inflación de la varianza - VIF por sus siglas en inglés - fueron menores a 10 , lo cual permite descartar la posible presencia de multicolinealidad entre las variables independientes (Cohen et al., 2003).

Para determinar la presencia de casos atípicos univariados en la variable dependiente se examinaron los residuos estudiantizados. Si el valor del residuo era ± 3 entonces se consideraba que había un caso atípico (Stevens, 1984). Para determinar la presencia de casos atípicos multivariados en las variables independientes se calcularon los puntajes de distancia de Mahalanobis (D^2) (Stevens, 1984). Si la probabilidad de D^2 era $p < .001$ se consideraba que había un caso atípico.

Siguiendo estos criterios cuando se calculó la regresión lineal múltiple con el puntaje global transformado de la CDS como variable dependiente, el R^2 ajustado obtenido fue .465. No se encontraron casos atípicos. El valor de R^2 ajustado indica que el 46.5 % de la variabilidad de la intensidad global de la despersonalización fue explicada por la ansiedad y la intensidad global de la sintomatología obsesivo-compulsiva. Para un mayor detalle de los valores obtenidos en la ecuación de regresión consultar la Tabla 35 en Anexo Tablas.

Cuando se calculó la regresión lineal múltiple con el puntaje transformado de la subescala experiencias corporales anómalas (CDS-ECA) como variable dependiente, el R^2 ajustado obtenido fue .308. El R^2 ajustado sin casos atípicos fue .310. El R^2 ajustado obtenido sin casos atípicos indica que el 31% de la variabilidad de la intensidad de los síntomas de experiencias anómalas del recordar fue explicada por la ansiedad y las creencias obsesivas en general. Para un mayor detalle de los valores obtenidos en la ecuación de regresión consultar la Tabla 36 en Anexo Tablas.

Cuando se calculó la regresión lineal múltiple con el puntaje transformado de la subescala embotamiento afectivo (CDS-EA) como variable dependiente, el R^2 ajustado obtenido fue .364. El R^2 ajustado obtenido sin caso atípico fue .323. El R^2 ajustado obtenido sin casos atípicos indica que el 32.3% de la variabilidad de la intensidad de los síntomas de embotamiento afectivo fue explicada por los síntomas de obsesividad y de ansiedad. Para un mayor detalle de los valores obtenidos en la ecuación de regresión consultar la Tabla 37 en Anexo Tablas.

Cuando se calculó la regresión lineal múltiple con el puntaje transformado de la subescala experiencias anómalas del recordar (CDS-EAR) como variable dependiente, el R^2 ajustado obtenido fue .201. No se encontraron casos atípicos. El R^2 ajustado indica que el 20.1% de la variabilidad de la intensidad de los síntomas de experiencias anómalas del recordar fue explicada

por los síntomas de ansiedad. Para un mayor detalle de los valores obtenidos en la ecuación de regresión consultar la Tabla 38 en Anexo Tablas.

Cuando se calculó la regresión lineal múltiple con el puntaje transformado de la subescala desrealización (CDS-DR) como variable dependiente, el R^2 ajustado obtenido fue .455. No se encontraron casos atípicos. El R^2 ajustado obtenido indica que el 45.5% de la variabilidad de la intensidad de los síntomas de desrealización fue explicada por los síntomas de ansiedad. Para un mayor detalle de los valores obtenidos en la ecuación de regresión consultar la Tabla 39 en Anexo Tablas.

La Tabla 40 muestra un resumen de los resultados de todas las regresiones lineales múltiples en donde se empleó la CDS y cada una de sus subescalas como variables dependientes.

Tabla 40

Resumen de los Resultados de Todas las Regresiones Lineales Múltiples con el Método de Selección de Variables por Pasos en Donde se Emplean la OCIR, III-31, y STAI-T para Predecir el Puntaje Global Transformado de la CDS y cada una de sus Subescalas en la Muestra de Participantes de la Comunidad

Variable dependiente	Variable independiente	R^2 ajustado
CDS-Puntaje total	STAI-T, OCIR-Total	.465
Experiencias corporales anómalas	STAI-T, III-31-Total	.310
Embotamiento afectivo	STAI-T, OCIR-OB	.323
Experiencias anómalas del recordar	STAI-T	.201
Desrealización	STAI-T	.455

Nota. CDS = Cambridge Depersonalization Scale; OCIR = Obsessive Compulsive Inventory-Revised; OR = Orden; OB = Obsesividad; III-31 = Interpretation of Intrusions Inventory; STAI-T = State Trait Anxiety Inventory-Trait.

10.2.2.3 Altos vs. bajos niveles de síntomas obsesivo-compulsivos (Objetivo 9)

A fin de explorar la relación entre sintomatología obsesivo-compulsiva y la despersonalización, se subdividió la muestra en participantes con altos ($n = 6$) y bajos ($n = 64$) niveles de sintomatología obsesivo-compulsiva. No se evidenciaron diferencias en el puntaje global de la CDS (alto: $media = 20.8$ vs. bajo: $media = 9.1$, $t = -1.21$, $p = .279$), en las subescalas experiencias anómalas del cuerpo (alto: $media = 3.7$ vs. bajo: $media = 1.4$, $t = -1.71$, $p = .092$), embotamiento afectivo (alto: $media = 0.5$ vs. bajo: $media = 0.7$, $t = -1.87$, $p = .119$), experiencias anómalas del recordar (alto: $media = 4.8$ vs. bajo: $media = 3.5$, $t = 0.66$, $p = .512$), ni en la subescala de desrealización (alto: $media = 4.3$ vs. bajo: $media = 1.7$, $t = -1.1$, $p = .319$). La ausencia de diferencias significativas entre ambos grupos sugiere que los participantes de la comunidad con elevada intensidad de los síntomas obsesivo-compulsivos no presentan mayor intensidad de los síntomas de despersonalización cuando se los compara con aquellos con bajos niveles de sintomatología obsesivo-compulsiva. Sin embargo, puede observarse una clara tendencia no estadísticamente significativa a que las personas con niveles clínicos de sintomatología obsesivo-compulsiva muestren promedios más altos en el puntaje global de la CDS, y en las subescalas experiencias anómalas del cuerpo, experiencias anómalas del recordar y desrealización.

Capítulo 11. ESTUDIO IV: PREDICTORES DE DESPERSONALIZACIÓN EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD

El primer objetivo de este estudio fue determinar si la intensidad y los diferentes subtipos de despersonalización se encuentran asociados a las interpretaciones catastróficas de los síntomas de ansiedad y/o a la intensidad de la evitación experiencial en una muestra de pacientes con trastornos de ansiedad (Objetivo 10). Un segundo objetivo fue determinar si la sintomatología obsesivo-compulsiva - en particular, los síntomas de chequeo, orden/simetría, y obsesividad -, las creencias obsesivas, la frecuencia y el malestar relacionado a la presencia de los pensamientos indeseados están asociados a la intensidad y subtipo de despersonalización en una muestra de pacientes con trastornos de ansiedad (Objetivo 11).

11.1 Interpretaciones Catastróficas, Evitación Experiencial, y Síntomas de Despersonalización

11.1.1 Método

11.1.1.1 Muestra

En este estudio se incluyó la muestra de pacientes con diagnóstico principal de trastorno de ansiedad cuyas características fueron descriptas en el capítulo 7.

11.1.1.2 Instrumentos y procedimiento

Los instrumentos empleados fueron: una encuesta sobre datos demográficos, la SCID-I módulo F, la CDS, el ACQ, el AAQ, el STAI-T, el BSQ, y el BDI-II. El procedimiento fue especificado en el capítulo 7.

11.1.1.3 Análisis de datos

Para examinar la relación entre interpretaciones catastróficas de los síntomas de ansiedad (ACQ), evitación experiencial (AAQ), y despersonalización, se realizaron diferentes análisis estadísticos.

En primer lugar, se subdividió la muestra en pacientes con altos y bajos niveles de despersonalización, usando la mediana de la CDS tal como lo sugieren Sierra et al. (2012). Para la comparación de variables continuas se usó el test *t* de Student para muestras independientes. Debido a que la CDS y sus subescalas presentaban una distribución con asimetría derecha, se calculó la transformación de cada una de ellas mediante la raíz cuadrada (Osborne, 2002). Para las variables categóricas se empleó el test de Chi cuadrado.

En segundo lugar, se calculó la correlación entre interpretaciones catastróficas sobre la ansiedad, evitación experiencial, despersonalización y sus diferentes subtipos – experiencias corporales anómalas, embotamiento afectivo, experiencias anómalas del recordar, desrealización -.

En tercer lugar, se calcularon las correlaciones parciales para examinar si las interpretaciones catastróficas sobre la ansiedad y la evitación experiencial contribuyen en forma

independiente a la predicción de la intensidad de la despersonalización y sus diferentes subtipos, después de controlar estadísticamente por cada una de ellas.

En cuarto lugar, se realizaron una serie de análisis de regresión lineal múltiple utilizando el método de selección de variables por pasos - *stepwise* en inglés- con el puntaje total de la despersonalización (CDS-total) y cada una de sus subescalas como variables dependientes, y los puntajes de las subescalas de la ACQ sobre creencias catastróficas acerca de perder el control (ACQ-PC) y creencias acerca de padecer enfermedades potencialmente mortales (ACQ-PF), la AAQ, STAI-T, BSQ, y BDI-II como variables independientes. Para ingresar una variable a la ecuación se tomó un $p \leq .05$; para excluir la variable de la ecuación $p \geq .10$. Se eligió este método de selección de variables por pasos porque el objetivo de los análisis de regresión era fundamentalmente predictivo y no existen modelos teóricos sobre la despersonalización que se encuentren basados en la investigación empírica de sus supuestos (Cohen et al., 2003).

Las diferencias entre grupos y las correlaciones se consideraron significativas con un nivel de alfa de .05, todos los valores de p informados son bilaterales. Dado que los análisis en este estudio eran exploratorios y tenían la intención de generar hipótesis no se corrigió por posibles errores de Tipo I (Rothman, 1990).

11.1.2 Resultados

11.1.2.1 Interpretaciones catastróficas y evitación experiencial en participantes de la comunidad con altos vs. bajos niveles de despersonalización (Objetivo 10)

En la Tabla 41 se muestran las características demográficas de los dos grupos, las medias, desvíos, p-valores y tamaños del efecto para el CDS, ACQ, AAQ, STAI-T, BSQ, y BDI-II. No se encontraron diferencias significativas en edad y género. Como era de esperar ambos grupos se diferenciaron respecto de la intensidad de los síntomas de despersonalización. Aquellos con altos niveles de despersonalización mostraron niveles significativamente más elevados de interpretaciones catastróficas sobre la ansiedad, específicamente aquellas referidas a la pérdida de control, que el grupo con bajos niveles de despersonalización. Contrariamente a lo predicho, los grupos no evidenciaron diferencias respecto de interpretaciones catastróficas asociadas a la presencia de una enfermedad física, ni tampoco respecto de la intensidad de la evitación experiencial. Las diferencias en el puntaje total de las ACQ y de la subescala de creencias sobre la pérdida de control de la ACQ-PC presentaron tamaños del efecto entre medianos y grandes, mientras que el tamaño del efecto correspondiente a las diferencias en la subescala de preocupaciones físicas de la ACQ y la AAQ fue entre pequeño y mediano (Cohen, 1992). Los pacientes con trastornos de ansiedad con mayor intensidad de los síntomas de despersonalización presentan mayores niveles de interpretaciones catastróficas de sus síntomas de ansiedad, especialmente aquellas relacionadas con la percepción de pérdida de control, que aquellos con bajos niveles de despersonalización.

Debido a que los grupos también se diferenciaron en los niveles de ansiedad, depresión, y preocupaciones por los síntomas de pánico, se realizó una serie de análisis de covarianza (ANCOVA), empleando a la ansiedad, la depresión, y las preocupaciones por los síntomas de pánico como covariables. Después de controlarse por ansiedad, no se evidenciaron diferencias grupales en el puntaje total de la ACQ, $F_{(1,67)} = 3.056$, $p > .01$, $\eta_p^2 = .044$, ni en la subescala de creencias sobre la pérdida de control de la ACQ, $F_{(1,67)} = 1.938$, $p > .01$, $\eta_p^2 = .028$. Después de

controlarse por depresión, no se evidenciaron diferencias grupales en el puntaje total de la ACQ, $F_{(1,67)} = 1.306$, $p > .01$, $\eta_p^2 = .019$, ni en la subescala de creencias sobre la pérdida de control de la ACQ, $F_{(1,67)} = .729$, $p > .01$, $\eta_p^2 = .011$. Luego de controlarse por preocupaciones sobre los síntomas de pánico, no se evidenciaron diferencias grupales en el puntaje total de la ACQ, $F_{(1,67)} = 3.127$, $p > .05$, $\eta_p^2 = .045$, mientras que en la subescala de creencias sobre la pérdida de control de la ACQ las diferencias fueron significativas, $F_{(1,67)} = 4.396$, $p < .05$, $\eta_p^2 = .062$.

Tabla 41

Comparación de Variables Demográficas y Medidas de Auto-Informe entre los Grupos de Altos y Bajos Niveles de Despersonalización en Pacientes con Trastornos de Ansiedad

Variable	Alta-DP ($n = 33$)	Baja-DP ($n = 37$)	Estadístico	d
Variables demográficas				
Edad	35.2 (DS 11.5)	37 (DS 12.3)	$t = -0.643$, $p = .522$	
Género (femenino)	21 (57.6%)	20 (59.5%)	$(X^2(1, N = 70) = .026$, $p = .873)$	
Medidas de auto-informe				
CDS-Total	55.4 (DS 27.6)	12.5 (DS 8)	$t = -10.94$, $p = .000$	2.16
CDS-ECA	12.8 (DS 11.1)	2.3 (DS 2.8)	$t = -6.02$, $p = .000$	1.33
CDS-EA	12.8 (DS 9.6)	1.4 (DS 2.1)	$t = -7.93$, $p = .000$	1.68
CDS-EAR	8.7 (DS 6.4)	2.4 (DS 2.7)	$t = -5.28$, $p = .000$	1.31
CDS-DR	14.4 (DS 6.8)	4.6 (DS 3.9)	$t = -7.74$, $p = .000$	1.79
ACQ-Total	2.1 (DS 0.6)	1.7 (DS 0.4)	$t = -3.02$, $p = .004$	0.79

ACQ-PC	2.3 (DS 0.8)	1.8 (DS 0.6)	$t = -3.14, p = .003$	0.85
ACQ-PF	1.8 (DS 0.7)	1.6 (DS 0.6)	$t = -1.58, p = .119$	0.31
AAQ	41.7 (DS 7)	38.8 (DS 7)	$t = -1.71, p = .091$	0.41
STAI-T	39.1 (DS 12)	28.1 (DS 10)	$t = -4.20, p = .000$	1.00
BSQ	39.1 (DS 12)	33 (DS 13.3)	$t = -2, p = .050$	0.48
BDI-II	28.1 (DS 11.4)	15.9 (DS 9.7)	$t = -4.81, p = .000$	1.16

Nota. DP: despersonalización; CDS = Cambridge Depersonalization Scale; ECA = experiencias corporales anómalas; EA = embotamiento afectivo; EAR = experiencias anómalas del recordar; DR = desrealización; ACQ = Agoraphobic Cognitions Questionnaire; PC = pérdida de control; PF = preocupaciones físicas; AAQ = Acceptance and Action Questionnaire; STAI-T = State Trait Anxiety Inventory-Trait Scale; BDI-II = Beck Depression Inventory–II; BSQ = Body Sensations Questionnaire; d = tamaño del efecto de Cohen.

11.1.2.2 Correlaciones bivariadas y parciales entre interpretaciones catastróficas, evitación experiencial, y despersonalización (Objetivo 10)

Todas las correlaciones se calcularon usando la muestra completa de pacientes con trastornos de ansiedad ($n = 70$). Las correlaciones de Pearson entre los puntajes de la ACQ total y subescalas, AAQ, y el puntaje global normalizado de la CDS fueron los siguientes: ACQ-total ($r = .52, p = .000$), ACQ-PC ($r = .50, p = .000$), ACQ-PF ($r = .33, p = .005$), y AAQ ($r = .31, p = .009$). Más aun, el puntaje total de la ACQ y la subescala de la ACQ sobre creencias de pérdida de control estuvieron significativamente correlacionados con todas las subescalas de la CDS (ver Tabla 42 en Anexo Tablas). La subescala sobre preocupaciones por enfermedades físicas de la ACQ estuvo correlacionada significativamente sólo con las subescalas experiencias corporales anómalas y embotamiento afectivo de la CDS, mientras que la AAQ estuvo significativamente correlacionada sólo con la subescala de desrealización de la CDS (ver Tabla 42 en Anexo Tablas). El patrón de correlaciones significativas obtenido sugiere que mayores niveles de

interpretaciones catastróficas sobre la ansiedad y la evitación experiencial se encuentran asociados a una mayor intensidad global de la despersonalización. Además, estos resultados indican que las creencias acerca de la pérdida de control se encuentran asociadas a los diferentes síntomas de despersonalización, mientras que las creencias sobre enfermedades físicas están asociadas solamente a los síntomas de experiencias corporales anómalas y de embotamiento afectivo. Por último, la intensidad de la evitación experiencial se encontró asociada solamente con los síntomas de desrealización.

Para examinar en qué medida las interpretaciones catastróficas y la evitación experiencial contribuyen en forma independiente a la predicción de la despersonalización, se calcularon correlaciones parciales entre el puntaje total de la ACQ y sus subescalas, con el puntaje global de la CDS y sus subescalas, mientras se controlaba por los puntajes en la AAQ. Del mismo modo, se calculó la correlación parcial entre la AAQ y el puntaje global de la CDS y sus subescalas mientras se controlaba por el puntaje total de la ACQ.

Luego de controlarse por el puntaje de la AAQ, el puntaje total de la ACQ y el de la subescala sobre interpretaciones catastróficas acerca de la pérdida de control se mantuvieron significativamente correlacionados con el puntaje global de la CDS y todas sus subescalas, mientras que la subescala sobre creencias acerca de padecer enfermedades físicas de la ACQ se mantuvo significativamente correlacionada con los puntajes globales de la CDS y la subescala de experiencias corporales anómalas de la CDS (Ver Tabla 43 en Anexo Tablas). En cambio, la AAQ dejó de estar correlacionada significativamente al puntaje global de la CDS y a la subescala de desrealización de la CDS, después de haberse controlado por el puntaje total de la ACQ.

Estos resultados sugieren que en general las interpretaciones catastróficas sobre la ansiedad, especialmente aquellas referidas a la pérdida de control, contribuyen a predecir la intensidad global de la despersonalización y sus diferentes subtipos, independientemente del grado de evitación experiencial. En la misma dirección, las creencias acerca de padecer enfermedades físicas potencialmente mortales predijo la intensidad global de los síntomas de despersonalización y de experiencias corporales anómalas, independientemente de la intensidad de la evitación experiencial. Asimismo, la evitación experiencial no predijo los síntomas de despersonalización en ninguna de sus variantes luego de controlarse por los niveles de interpretaciones catastróficas sobre la ansiedad.

11.1.2.3 Análisis de regresión (Objetivo 10)

Con el propósito de examinar la asociación entre las interpretaciones catastróficas, la evitación experiencial, y la despersonalización se realizó una serie de análisis de regresión para determinar si estas variables, la depresión, la ansiedad, y la preocupación por los síntomas físicos predecían los síntomas de despersonalización y cada uno de sus subtipos. Todos los análisis de regresión se realizaron con la muestra completa.

Dado que las correlaciones entre el puntaje total de la ACQ con las subescalas ACQ-PF ($.78, p = .000$) y la ACQ-PC ($.82, p = .000$) fueron altas y significativas, se decidió excluir del análisis de regresión el puntaje total de la ACQ para disminuir el riesgo de multicolinealidad. En todos los modelos finales de regresión el valor de la tolerancia fue mayor a 0.10 y los factores de inflación de la varianza - VIF por sus siglas en inglés - fueron menores a 10, lo cual permite

descartar la posible presencia de multicolinealidad entre las variables independientes (Cohen et al., 2003).

Para determinar la presencia de casos atípicos univariados en la variable dependiente se examinaron los residuos estudiantizados. Si el valor del residuo era ± 3 entonces se consideraba que había un caso atípico (Stevens, 1984). Para determinar la presencia de casos atípicos multivariados en las variables independientes se calcularon los puntajes de distancia de Mahalanobis (D^2) (Stevens, 1984). Si la probabilidad de D^2 era $p < .001$ se consideraba que había un caso atípico. Cuando se detectaron casos atípicos univariados o multivariados se recalcularon las ecuaciones de regresión lineal excluyendo dichos casos. Los coeficientes de regresión informados en las tablas corresponden a los análisis de regresión en donde se excluyen los casos atípicos.

Siguiendo estos criterios se calculó la regresión lineal múltiple con el puntaje global transformado de la CDS como variable dependiente, el R^2 ajustado obtenido fue .478. No se encontraron casos atípicos. El valor de R^2 ajustado indica que el 47.8 % de la variabilidad de la intensidad global de la despersonalización fue explicada por la depresión y las interpretaciones catastróficas referidas a enfermedades. Para un mayor detalle de los valores obtenidos en la ecuación de regresión consultar la Tabla 44 en Anexo Tablas.

Cuando se calculó la regresión lineal múltiple con el puntaje transformado de la Subescala experiencias corporales anómalas (CDS-ECA) como variable dependiente, el R^2 ajustado obtenido fue .286. El R^2 ajustado obtenido sin caso atípico fue .376. El valor de R^2 ajustado sin caso atípico indica que el 37.6 % de la variabilidad de las experiencias corporales anómalas fue explicada por la depresión y las interpretaciones catastróficas acerca de padecer

enfermedades. Para un mayor detalle de los valores obtenidos en la ecuación de regresión consultar la Tabla 45 en Anexo Tablas.

Cuando se calculó la regresión lineal múltiple con el puntaje transformado de la subescala embotamiento afectivo (CDS-EA) como variable dependiente, el R^2 ajustado fue .313. No se encontraron casos atípicos. El valor de R^2 ajustado indica que el 31.3 % de la variabilidad de la intensidad de los síntomas de embotamiento afectivo fue explicada por la ansiedad y la preocupación por los síntomas del pánico. Para un mayor detalle de los valores obtenidos en la ecuación de regresión consultar la Tabla 46 en Anexo Tablas.

Cuando se calculó la regresión lineal múltiple con el puntaje transformado de la subescala experiencias anómalas del recordar (CDS-EAR) como variable dependiente, el R^2 ajustado fue .208. No se encontraron casos atípicos. El valor de R^2 ajustado indica que el 20.8 % de la variabilidad de la intensidad de las experiencias anómalas del recordar fue explicada por la ansiedad y la preocupación por los síntomas del pánico. Para un mayor detalle de los valores obtenidos en la ecuación de regresión consultar la Tabla 47 en Anexo Tablas.

Cuando se calculó la regresión lineal múltiple con el puntaje transformado de la subescala desrealización CDS-DR como variable dependiente, el R^2 ajustado obtenido fue .393. No se encontraron casos atípicos. El valor de R^2 ajustado indica que el 39.3 % de la variabilidad de la intensidad de la desrealización fue explicada por la depresión. Para un mayor detalle de los valores obtenidos en la ecuación de regresión consultar la Tabla 48 en Anexo Tablas.

La Tabla 40 muestra un resumen de los resultados de todas las regresiones lineales múltiples en donde se empleó la CDS y cada una de sus subescalas como variables dependientes.

Tabla 49

Resumen de los Resultados de Todas las Regresiones Lineales Múltiples con el Método de Selección de Variables por Pasos en donde se Emplean la CDS, ACQ, BSQ, AAQ, STAI-T, y BDI-II para Predecir el Puntaje Global Transformado de la CDS y cada una de sus Subescalas en la Muestra de Pacientes con Trastornos de Ansiedad

Variable dependiente	Variable independiente	R ² ajustado
CDS-Puntaje total	BDI-II, ACQ-PF	.478
Experiencias corporales anómalas	BDI-II, ACQ-PF	.376
Embotamiento afectivo	STAI-T, BSQ	.313
Experiencias anómalas del recorder	STAI-T, BSQ	.208
Desrealización	BDI-II	.393

Nota. CDS = Cambridge Depersonalization Scale; ACQ = Agoraphobic Cognitions Questionnaire; BSQ = Body Sensations Questionnaire; PF = preocupaciones físicas; STAI-T = State Trait Anxiety Inventory-Trait Scale; BDI-II = Beck Depression Inventory-II; BSQ = Body Sensations Questionnaire.

11.2 Síntomas Obsesivo-Compulsivos, Pensamientos Indeseados, Creencias Obsesivas, y Despersonalización

11.2.1 Método

11.2.1.1 Muestra

En este estudio se incluyó la muestra de pacientes con diagnóstico principal de trastorno de ansiedad cuyas características fueron descriptas en el capítulo 7.

11.2.1.2 Instrumentos y procedimiento

Los instrumentos empleados fueron: la SCID-I módulo F, la CDS, el OCI-R, la III-31, y el STAI-T.

11.2.1.3 Análisis de datos

Para examinar la relación entre síntomas obsesivo-compulsivos (OCIR), creencias obsesivas (III-31), frecuencia de los pensamientos indeseados (III-31-frecuencia), malestar provocado por los pensamientos indeseados (III-31-malestar), intensidad de la despersonalización (CDS) y sus diferentes subtipos se realizaron diferentes análisis estadísticos sobre la muestra de pacientes con trastornos de ansiedad.

En primer lugar, se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson entre los síntomas obsesivo-compulsivos, las creencias obsesivas, la frecuencia y el malestar relacionado a

los pensamientos indeseados, y la intensidad de la despersonalización y sus diferentes subtipos - experiencias corporales anómalas, embotamiento afectivo, experiencias anómalas del recordar, desrealización -.

En segundo lugar, se calcularon correlaciones parciales para explorar si los síntomas obsesivo-compulsivos, las creencias obsesivas, la frecuencia y el malestar relacionado a los pensamientos indeseados estaban asociados a la intensidad de la despersonalización y sus subtipos después de controlar estadísticamente por la intensidad de los síntomas de ansiedad.

En tercer lugar, se realizaron una serie de análisis de regresión lineal múltiple utilizando el método de selección de variables por pasos *–stepwise* en inglés- con el puntaje global de la despersonalización (CDS-total) y cada una de sus subescalas como variables dependientes, y los puntajes de la OCIR - total y subescalas -, la III-31 - total, frecuencia, malestar, y subescalas -, y la STAI-T como variables independientes. Se eligió este método dado que el objetivo de la regresión era fundamentalmente predictivo y no existen modelos teóricos sobre la despersonalización que se encuentren basados en la investigación empírica de sus supuestos (Cohen et al., 2003). Para ingresar una variable a la ecuación se tomó un $p \leq .05$, para excluir la variable de la ecuación $p \geq .10$.

Debido a que el uso de análisis de regresión lineal y los análisis de correlación de Pearson suponen una distribución normal de las variables y algunas de las variables de este estudio presentaban una distribución con asimetría derecha, dichos análisis estadísticos fueron realizados con la transformación a la raíz cuadrada de la CDS - puntaje total y subescalas - y las subescalas de limpieza y neutralización de la OCI-R. Las correlaciones se consideraron significativas con un nivel de alfa de .05, todos los valores de p informados son bilaterales. Dado que los análisis en

este estudio eran exploratorios y tenían la intención de generar hipótesis no se corrigió por posibles errores de Tipo I (Rothman, 1990).

11.2.2 Resultados

11.2.2.1 Correlaciones bivariadas y parciales entre síntomas y creencias obsesivo-compulsivas, frecuencia y malestar asociado a pensamientos indeseados, y despersonalización (Objetivo 11)

Todas las correlaciones se realizaron usando la muestra completa de participantes de la comunidad ($n = 70$). De los 70 pacientes con trastornos de ansiedad, 2 no respondieron la pregunta sobre frecuencia de los pensamientos indeseados y 2 no contestaron la pregunta sobre malestar asociado a los pensamientos de la III-31.

El puntaje total de la OCIR y sus seis subescalas, el malestar asociado a los pensamientos indeseados, el puntaje total de la III-31, y las subescalas sobre la necesidad de controlar y la importancia asignada a los pensamientos indeseados mostraron correlaciones significativas con el puntaje total de la CDS (Tabla 50). Más aun, la subescala de orden de la OCIR estuvo correlacionada en forma consistente con todas las subescalas de la CDS, mientras que la subescala de obsesividad mostró correlaciones significativas con las subescalas experiencias corporales anómalas, embotamiento afectivo, y desrealización. Asimismo, el malestar asociado a los pensamientos indeseados mostró correlaciones significativas con las subescalas experiencias corporales anómalas, embotamiento afectivo, y desrealización de la CDS, mientras que las

creencias acerca de la importancia de los pensamientos indeseados estuvo significativamente correlacionada a las experiencias anómalas del recordar (Tabla 50).

Luego se calcularon correlaciones parciales para determinar si la asociación entre los síntomas obsesivo-compulsivos, las creencias obsesivas, la frecuencia y malestar relacionada a los pensamientos indeseados, y la despersonalización se explicaba por la intensidad de la ansiedad. Al controlarse estadísticamente por la ansiedad, sólo unas pocas correlaciones permanecieron significativas. Respecto de los síntomas obsesivo-compulsivos, solo el puntaje total y la subescala de orden de la OCIR permanecieron significativamente correlacionadas al puntaje global de la CDS (.24, .24, respectivamente). Las subescalas de orden y obsesividad de la OCIR mostraron correlaciones significativas con la subescala de experiencias corporales anómalas de la CDS (.33, .26, respectivamente). Respecto de las creencias obsesivas, ninguna de las correlaciones entre la III-31 y la CDS o sus subescalas permanecieron significativas. Para un mayor detalle de los valores obtenidos en los análisis de correlación consultar la Tabla 51 en Anexo Tablas.

La reducción en la magnitud de las correlaciones sugiere que la relación entre sintomatología obsesivo-compulsiva, creencias obsesivas, y despersonalización se explica, en parte, por la intensidad de los síntomas de ansiedad. Los resultados también sugieren una relación específica entre la intensidad global de los síntomas obsesivo-compulsivos, los síntomas de orden, y la intensidad global de la despersonalización, luego de controlarse por niveles de ansiedad. Del mismo modo, la asociación entre los síntomas de orden y obsesividad con las experiencias anómalas del recordar no parece explicarse por la intensidad de la ansiedad.

11.2.2.2 Análisis de regresión (Objetivo 11)

Se realizaron análisis de regresión lineal con el objetivo de explorar si los síntomas obsesivo-compulsivos, las creencias obsesivas, la frecuencia o el malestar asociado a los pensamientos indeseados predecían los síntomas de despersonalización y cada uno de sus subtipos. De los 70 pacientes con trastorno de ansiedad, 2 no respondieron la pregunta sobre frecuencia de los pensamientos indeseados y 2 no contestaron la pregunta sobre malestar asociado a los pensamientos de la III-31. Todos los análisis de regresión se realizaron sobre la muestra completa.

Dado que las correlaciones entre el puntaje total de la OCIR con la subescala de lavado ($r = .83, p = .000$), chequeo ($r = .82, p = .000$) y neutralización ($r = .77, p = .000$) fueron altas y significativas, se decidió excluir del análisis de regresión al puntaje total de la OCIR para disminuir el riesgo de multicolinealidad. Con la misma finalidad también se excluyeron del análisis a las tres subescalas de la III-31 dado que mostraron las siguientes correlaciones con el puntaje total de la III-31: subescala III-31-NC ($r = .95, p = .000$), III-31-IP ($r = .90, p = .000$) y III-31-R ($r = .92, p = .000$), y las correlaciones entre subescalas fueron todas $> .70$. En todos los modelos finales de regresión el valor de la tolerancia fue mayor a 0.10 y los factores de inflación de la varianza - VIF por sus siglas en inglés - fueron menores a 10, lo cual permite descartar la posible presencia de multicolinealidad entre las variables independientes (Cohen et al., 2003).

Para determinar la presencia de casos atípicos univariados en la variable dependiente se examinaron los residuos estudiantizados. Si el valor del residuo era ± 3 entonces se consideraba que había un caso atípico (Stevens, 1984). Para determinar la presencia de casos atípicos multivariados en las variables independientes se calcularon los puntajes de distancia de

Mahalanobis (D^2) (Stevens, 1984). Si la probabilidad de D^2 era $p < .001$ se consideraba que había un caso atípico.

Cuando se calculó la regresión lineal múltiple con el puntaje global transformado de la CDS como variable dependiente, el R^2 ajustado obtenido fue .366. No se encontraron casos atípicos. El valor de R^2 ajustado indica que el 36.6 % de la variabilidad de la intensidad global de la despersonalización fue explicada por la ansiedad y la intensidad de los síntomas obsesivo-compulsivos de orden. Para un mayor detalle de los valores obtenidos en la ecuación de regresión consultar la Tabla 52 en Anexo Tablas.

Cuando se calculó la regresión lineal múltiple con el puntaje transformado de la Subescala experiencias corporales anómalas (CDS-ECA) como variable dependiente, el R^2 ajustado obtenido fue .207. No se encontraron casos atípicos. El valor de R^2 ajustado indica que el 20.7 % de la variabilidad de los síntomas de experiencias corporales anómalas fue explicada por la intensidad de la sintomatología obsesivo-compulsiva de orden y de obsesividad. Para un mayor detalle de los valores obtenidos en la ecuación de regresión consultar la Tabla 53 en Anexo Tablas.

Cuando se calculó la regresión lineal múltiple con el puntaje transformado de la Subescala de embotamiento afectivo (CDS-EA) como variable dependiente, el R^2 ajustado obtenido fue .266. No se encontraron casos atípicos. El valor de R^2 ajustado indica que el 26.6 % de la variabilidad de la intensidad de los síntomas de embotamiento afectivo fue explicada por la intensidad de la ansiedad. Para un mayor detalle de los valores obtenidos en la ecuación de regresión consultar la Tabla 54 en Anexo Tablas.

Cuando se calculó la regresión lineal múltiple con el puntaje transformado de la

subescala experiencias anómalas del recordar (CDS-EAR) como variable dependiente, el R^2 ajustado obtenido fue .191. No se encontraron casos atípicos. El valor de R^2 ajustado indica que el 19.1 % de la variabilidad de los síntomas de experiencias anómalas del recordar fue explicada por la intensidad de la ansiedad y de la sintomatología obsesivo-compulsiva de orden. Para un mayor detalle de los valores obtenidos en la ecuación de regresión consultar la Tabla 55 en Anexo Tablas.

Cuando se calculó la regresión lineal múltiple con el puntaje transformado de la subescala CDS-DR como variable dependiente, el R^2 ajustado obtenido fue .276. No se encontraron casos atípicos. El valor de R^2 ajustado indica que el 27.6 % de la variabilidad de los síntomas de desrealización fue explicada por la intensidad de la ansiedad y de la sintomatología obsesivo-compulsiva de coleccionismo. Para un mayor detalle de los valores obtenidos en la ecuación de regresión consultar la Tabla 56 en Anexo Tablas.

La Tabla 57 muestra un resumen de los resultados de todas las regresiones lineales múltiples en donde se empleó la CDS y cada una de sus subescalas como variables dependientes.

Tabla 57

Resumen de los Resultados de Todas las Regresiones Lineales Múltiples con el Método de Selección de Variables por Pasos en Donde se Emplean la OCIR, III-31, y STAI-T para Predecir el Puntaje Global Transformado de la CDS y cada una de sus Subescalas en la Muestra de Pacientes con Trastornos de Ansiedad

Variable dependiente	Variable independiente	R ² ajustado
CDS-Puntaje total	STAI-T, OCIR-OR	.366
Experiencias corporales anómalas	OCIR-OR, OCIR-OB	.207
Embotamiento afectivo	STAI-T	.266
Experiencias anómalas del recordar	STAI-T, OCIR-OR	.191
Desrealización	STAI-T, OCIR-AC	.276

Nota. CDS = Cambridge Depersonalization Scale; OCIR = Obsessive Compulsive Inventory-Revised; OR = Orden; OB = Obsesividad; AC = Acumulación; STAI-T = State Trait Anxiety Inventory-Trait.

Capítulo 12. DISCUSIÓN

El objetivo general de esta tesis fue el de investigar los síntomas de despersonalización en participantes de la comunidad y en pacientes con trastornos de ansiedad, y determinar variables asociadas a la intensidad de la despersonalización en las dos poblaciones. Para alcanzar este objetivo general y los objetivos específicos se realizaron cuatro estudios diferentes. Con la finalidad de lograr una mayor claridad en la organización de la discusión, este capítulo sigue el orden secuencial en el cual fueron presentadas las cuatro investigaciones empíricas, dando cuenta si los resultados obtenidos apoyan o refutan las hipótesis planteadas. Por último, se exponen las limitaciones de los estudios realizados y futuras líneas de investigación.

12.1 Despersonalización en Participantes de la Comunidad Comparados con una Muestra de Pacientes con Trastornos de Ansiedad

Dada la frecuencia de los síntomas de despersonalización en personas con trastornos de ansiedad (Barlow et al., 1985; Cox & Swinson, 2002; Goff et al., 1992; Hoyer et al., 2013, Noyes et al., 1992; Noyes & Kletti, 1977) y en muestras no clínicas (Hunter et al., 2004), resulta crítico describir y examinar las diferencias en la experiencia de despersonalización de las personas con trastornos de ansiedad y de participantes de la comunidad. El Estudio I se realizó para alcanzar los objetivos 1, 2, 3, 4, y 5.

En este estudio, los pacientes con trastornos de ansiedad informaron tener más síntomas de despersonalización y de mayor duración que los participantes de la comunidad - unos minutos

versus unos segundos -. Podría argumentarse que estas diferencias cuantitativas reflejan también diferencias cualitativas en la forma de experimentar la despersonalización. No obstante, la gran superposición entre los diez síntomas rankeados en cada grupo según su frecuencia sugiere que las diferencias entre los síntomas o episodios de despersonalización de ambos grupos se limitan fundamentalmente a diferencias cuantitativas.

De acuerdo con nuestra primera hipótesis, los pacientes con diagnóstico principal de trastorno de ansiedad presentaron síntomas de despersonalización más intensos que los participantes de la comunidad, específicamente aquellos correspondientes a los subtipos experiencias corporales anómalas, embotamiento afectivo, y desrealización. Estos resultados son consistentes con investigaciones previas, en donde los pacientes con trastornos de ansiedad (Hunter et al., 2014), TOC (Merckelbach & Wessel, 2000), o fobia social (Hoyer et al., 2013) presentaron síntomas disociativos o de despersonalización más intensos que el grupo control.

Contrariamente, no se evidenciaron diferencias grupales respecto de las experiencias anómalas del recordar. Según Sierra (2009), la presencia de estos síntomas es un indicador de la intensidad de la despersonalización en general y por lo tanto es posible que a partir de un determinado umbral, las experiencias anómalas del recordar se vuelvan más intensas y evidentes. En consecuencia, la ausencia de diferencias grupales respecto de estos síntomas quizás se deba a que el grupo de pacientes ansiosos se caracterizó por presentar puntuaciones bajas en la CDS, lo cual parece ser característico de pacientes latinoamericanos con trastornos de ansiedad (Sierra et al., 2006). En apoyo de esta interpretación, el promedio de la intensidad global de la CDS de nuestra muestra de ansiosos fue más bajo al encontrado al de muestras europeas (Hunter et al., 2014; Sierra et al., 2002), pero muy similar al de una muestra colombiana (Sierra et al., 2006).

Podría especularse que la intensidad de la despersonalización experimentada por pacientes con trastornos de ansiedad se ubicaría en un punto intermedio entre el trastorno de despersonalización y los participantes de la comunidad, dado que la intensidad de los mismos es mayor a la encontrada en participantes de la comunidad, pero no presenta una marcada intensidad de aquellos síntomas patognomónicos del trastorno de despersonalización como las experiencias anómalas del recordar (Sierra & Berrios, 2001).

El grupo de pacientes con trastornos de ansiedad también se diferenció de los participantes de la comunidad en la proporción de la mayoría de los síntomas de despersonalización evaluados. En forma consistente con los análisis anteriores, estas diferencias se limitaron a los subtipos experiencias corporales anómalas - 6 síntomas de un total de 9 -, embotamiento afectivo - 5 síntomas de un total de 6 -, y desrealización - 4 síntomas de un total de 4⁴.

En síntesis, los resultados de este estudio apoyan parcialmente nuestra hipótesis 1 según la cual los pacientes con trastornos de ansiedad presentan síntomas más intensos de despersonalización independientemente del subtipo y una mayor proporción de cada uno de los síntomas de despersonalización que los participantes de la comunidad. Nuestros resultados se encuentran de acuerdo a lo propuesto por Sierra (2009), quien sostiene que la diferencia entre la despersonalización de los pacientes psiquiátricos y de los participantes de la comunidad es más bien cuantitativa que cualitativa.

Tanto los pacientes con trastorno de angustia y/o agorafobia como aquellos con otros trastornos de ansiedad informaron una mayor intensidad de la despersonalización en general y de

⁴ Uno de los ítems en los cuales se encontraron diferencias grupales no forman parte de ninguno de los subtipos o factores identificados por Sierra et al. (2005).

los subtipos experiencias corporales anómalas, embotamiento afectivo, y desrealización comparados con el grupo comunitario. Sin embargo, en forma inesperada, los dos grupos clínicos no se diferenciaron en la intensidad global ni en ninguno de los subtipos. Estos resultados son parcialmente consistentes con nuestra hipótesis 2, la cual sostiene que existen diferencias en la intensidad de la despersonalización entre los pacientes con trastorno de angustia, pacientes con otros trastornos de ansiedad y los participantes de la comunidad.

Podría considerarse que al incorporar pacientes con diagnóstico secundario de trastorno de angustia se incluyeron pacientes con síntomas de pánico menos intensos y por lo tanto, con síntomas menos intensos de despersonalización. Esta interpretación es poco plausible dado que el grupo de pacientes con diagnóstico secundario de trastorno de angustia y/o agorafobia no se diferenció de los pacientes con diagnóstico principal de trastorno de angustia en la intensidad de la ansiedad ni en la preocupación por los síntomas del pánico. Respecto del grupo de pacientes con otros trastornos de ansiedad, podría argumentarse que la ausencia de diferencias con el grupo de pacientes con trastorno de angustia y/o agorafobia se debe a la inclusión de personas con trastorno por estrés postraumático, las cuales suelen presentar despersonalización (APA, 2013a, p. 276). Esta interpretación es poco probable dado que luego de excluirlas, se mantuvo el mismo patrón de resultados.

Desde el punto de vista metodológico, es posible que la ausencia de diferencias entre los grupos clínicos se deba a que no se evaluó la despersonalización durante las crisis de angustia sino en los últimos seis meses. La alta prevalencia de la despersonalización durante las crisis de angustia inesperadas (Hunter et al., 2004) hace suponer que una evaluación durante los síntomas del pánico permita determinar posibles diferencias entre la despersonalización de aquellos con crisis inesperadas de pánico y aquellos con crisis esperadas o situacionales. Al respecto, si bien

Craske (1991) los diferentes tipos de crisis se diferenciaban únicamente en la presencia o ausencia de un disparador, Rapee et al. (1992) encontraron que las crisis inesperadas se caracterizaban por un perfil sintomático diferencial con mayor frecuencia de parestesias, y un mayor temor a volverse loco o perder el control que las crisis situacionales.

De cualquier manera, una conclusión importante de este estudio es que la presencia de un trastorno de ansiedad, y no únicamente la presencia del trastorno de angustia o la agorafobia, está asociada a una mayor intensidad de los síntomas de experiencias corporales anómalas, embotamiento afectivo o desrealización comparados con participantes de la comunidad. De este modo, los trastornos de ansiedad, y no sólo el trastorno de angustia, parecen ofrecer una gran oportunidad para mejorar nuestra comprensión de un fenómeno clínico complejo y poco estudiado como la despersonalización (Sierra et al., 2005). Resulta necesario aclarar que el carácter mixto de nuestro grupo de pacientes con otros trastornos de ansiedad limita las conclusiones que puedan sacarse para cada trastorno de ansiedad por separado.

Como se mencionó en el marco teórico, estudios previos sugieren una asociación entre edad y despersonalización en muestras comunitarias (Aderibigbe et al., 2001) y clínicas (Baker et al., 2003), por lo tanto se consideró pertinente explorar la relación entre estas variables. Respecto de la muestra comunitaria, los más jóvenes evidenciaron síntomas más intensos que los de mayor edad solamente en los subtipos de experiencias corporales anómalas y embotamiento afectivo. Mientras que en la muestra de trastornos de ansiedad no se evidenciaron diferencias entre los grupos. Una limitación para encontrar diferencias fue el tamaño de la muestra de cada grupo etario, esto resultó más claro en la muestra de pacientes ansiosos, en donde los más jóvenes mostraron un promedio numéricamente mayor de síntomas de despersonalización en tres subtipos aunque dicha diferencia no alcanzaba a ser significativa. En

virtud de estos hallazgos puede afirmarse que nuestra hipótesis 3, según la cual los participantes de la comunidad más jóvenes presentan síntomas más intensos de despersonalización que las personas de mayor edad, recibió un apoyo parcial. Mientras que nuestra hipótesis 4, según la cual los pacientes más jóvenes con trastornos de ansiedad presentan síntomas más intensos de despersonalización que aquellos de mayor edad, fue refutada.

Según nuestro conocimiento, este es el primer estudio en describir e investigar sistemáticamente las diferencias entre una muestra de pacientes con trastornos de ansiedad y participantes de la comunidad respecto del número, frecuencia, duración, subtipos, y proporción de cada uno de los síntomas de despersonalización en un mismo marco temporal. Además, al incluirse otros trastornos de ansiedad diferentes al trastorno de angustia fue posible explorar en forma más adecuada la relación entre este trastorno, otros trastornos de ansiedad, y los síntomas de despersonalización.

12.2 Predictores de Despersonalización en Participantes de la Comunidad y en Pacientes con Trastornos de Ansiedad

La distribución continua que caracteriza a la despersonalización (Holmes et al., 2005) nos llevó a explorar los procesos cognitivos subyacentes a la despersonalización en las muestras de participantes de la comunidad y de pacientes con trastornos de ansiedad en forma conjunta. Por lo tanto, el Estudio II se realizó para alcanzar los objetivos 6 y 7 y se dividió en una primera parte, en la cual se exploró la asociación entre interpretaciones catastróficas, evitación experiencial, y despersonalización, y en una segunda parte, en la cual se exploró la relación entre

síntomas obsesivo-compulsivos, creencias obsesivas, frecuencia y malestar asociado a pensamientos indeseados, y despersonalización.

En la primera parte, se encontró que las interpretaciones catastróficas y la evitación experiencial están asociadas a la despersonalización en general y a sus diferentes subtipos. Más aun, estas asociaciones entre interpretaciones catastróficas y despersonalización se mantuvieron independientemente del grado de evitación experiencial. Del mismo modo, la evitación experiencial estuvo asociada a la intensidad global de la despersonalización, los síntomas de embotamiento, y la desrealización, independientemente de las interpretaciones catastróficas. Estos resultados resultan en la dirección esperable debido a que las personas con síntomas crónicos de despersonalización se caracterizan por experimentar pensamientos catastróficos (Hunter et al., 2003; Hunter et al., 2014) e intentos por evitar emociones negativas (Michal et al., 2007; Neziroglu & Donnelly, 2010).

De acuerdo con nuestra hipótesis 5, las interpretaciones catastróficas predijeron la intensidad global de la despersonalización y los subtipos experiencias corporales anómalas, experiencias anómalas del recordar, y desrealización. Más específicamente, la percepción de pérdida de control predijo los síntomas de experiencias anómalas del recordar, y las creencias acerca de padecer enfermedades físicas predijeron la intensidad de las experiencias corporales anómalas y de la desrealización.

Podría especularse que la estrecha relación entre el ensimismamiento y las anomalías subjetivas del recordar (Sierra et al., 2005), supone que este subtipo comprende síntomas parecidos a los experimentados durante un trance. En ese sentido, el síntoma de sensación de vacío mental (*mind emptiness*), que forma parte de este subtipo, ha sido considerado por Sierra y Berrios (1998) como el equivalente mental de la inmovilidad conductual (*freezing*) en

situaciones en donde la persona percibe que luchar o huir frente a un peligro no es posible, dado que se presenta en estados de activación autonómica intensos. De este modo, podría explicarse la relación encontrada entre las creencias de pérdida de control y las anomalías subjetivas del recordar.

Respecto de la relación entre los temores a una enfermedad física y las experiencias corporales anómalas, es posible que aquellos que sufren la experiencia de no habitar su propio cuerpo presenten preocupaciones más intensas por estar padeciendo una enfermedad física mortal e inminente - por ej., una enfermedad neurológica -. Esta explicación es congruente con la atribución causal a un daño cerebral que suelen realizar los pacientes con despersonalización crónica (Baker et al., 2007; Hunter et al., 2014) y los postulados teóricos del modelo de Hunter et al. (2003).

En su conjunto, nuestros resultados apoyan parcialmente la Hipótesis 5 según la cual la intensidad de la despersonalización y sus diferentes subtipos está asociada a las interpretaciones catastróficas de los síntomas de ansiedad cuando se realizan los análisis en la muestra clínica junto con la comunitaria. Además, nuestros resultados son consistentes con el modelo cognitivo-conductual de la despersonalización (Hunter et al., 2003) y con la modificación propuesta para este modelo - véase Capítulo 3, apartado 3.2.3.1 - según la cual las interpretaciones catastróficas subyacen al desarrollo y mantenimiento de la despersonalización.

En contraposición a lo predicho en la Hipótesis 5, la evitación experiencial si bien mostró correlaciones significativas con la intensidad global de la despersonalización y sus diferentes subtipos, en los análisis de regresión no apareció como predictor de la despersonalización. Estos resultados confluyen parcialmente con los de Michal et al. (2007) en donde una medida de

atención plena estuvo asociada con la despersonalización y predijo su intensidad en una muestra de pacientes con dolor y controles. A diferencia del estudio de Michal et al. en nuestro estudio se incluyeron pacientes ansiosos y se empleó una medida indirecta de aceptación, constructo que se superpone parcialmente con el constructo de atención plena (Block-Lerner, Salters-Pedneault et al., 2005).

El fracaso de la evitación experiencial para explicar un porcentaje adicional de la varianza de la despersonalización es congruente con los resultados de estudios realizados en personas con trastornos de ansiedad (Berman et al., 2010; Manos et al., 2010) y en muestras no clínicas (Abramowitz et al., 2009; Mahaffey, Wheaton, Fabricant, Berman, & Abramowitz, 2013). En general, en estos estudios las creencias específicas asociadas a la ansiedad o alguno de sus trastornos fueron mejores predictores de la sintomatología ansiosa que la evitación experiencial, medida esta última con diferentes versiones de la AAQ. Como lo han sugerido Abramowitz et al. (2009) y Manos et al. (2010), la evitación experiencial, medida por la AAQ, refleja una tendencia global a evitar eventos internos, mientras que las creencias propias de cada cuadro diagnóstico o bien las interpretaciones catastróficas sobre la ansiedad en nuestro caso, reflejan un constructo más específico para los trastornos de ansiedad. Por lo tanto, medidas de evitación experiencial que resulten específicas para determinados trastornos quizás resulten más apropiadas para estudiar su relación con los diferentes trastornos mentales (Manos et al., 2010).

Contrariamente a lo propuesto por Neziroglu y Donnelly (2010), los resultados de los análisis de regresión sugieren que la evitación experiencial, no parece jugar un rol importante en el desarrollo y mantenimiento de la despersonalización. Las interpretaciones catastróficas de los síntomas de ansiedad parecen reflejar en forma más adecuada los procesos cognitivos patológicos subyacentes a la despersonalización que el constructo de la evitación experiencial, y

por lo tanto debieran ser uno de los objetivos clínicos centrales para reducir la despersonalización.

En forma consistente con estudios previos (Baker et al., 2003; Baker et al., 2007; Cox & Swinson, 2002; Michal, Glaesmer et al., 2011; Trueman, 1984 a, b), la depresión y la ansiedad aparecieron como predictores de la intensidad global de la despersonalización. A diferencia de la ansiedad, la depresión predijo tres de los cuatro subtipos de despersonalización, lo cual indica la relevancia de los síntomas depresivos para el estudio psicopatológico de la despersonalización.

La primera parte del presente estudio expande los conocimientos preexistentes en el área de la despersonalización en población ansiosa y comunitaria de forma significativa al investigar postulados teóricos del modelo cognitivo-conductual (Hunter et al., 2003) y de aceptación y compromiso (Hayes et al., 1996; Neziroglu & Donnelly, 2010). Según nuestro conocimiento, este es el primer estudio en brindar apoyo empírico e investigar sistemáticamente la relación entre creencias catastróficas, evitación experiencial, y los diferentes subtipos de despersonalización.

En la segunda parte del Estudio II, encontramos que todos los subtipos de síntomas obsesivo-compulsivos y de creencias obsesivas estuvieron asociados a la intensidad global de la despersonalización. Más específicamente, los síntomas de limpieza, orden, obsesividad, y neutralización, el malestar asociado a los pensamientos indeseados, y las creencias sobre responsabilidad, importancia y necesidad de controlar los pensamientos estuvieron asociados a todos los subtipos de despersonalización.

Los resultados de esta segunda parte del estudio son congruentes con los de estudios previos, en los cuales los síntomas obsesivo-compulsivos de simetría (Grabe et al., 1999), chequeo (Rufer et al., 2006; Watson et al., 2004), y obsesividad (Watson et al., 2004) estuvieron

significativamente correlacionados con la despersonalización en pacientes con TOC y en estudiantes universitarios. No obstante, a diferencia de estos estudios previos, otros subtipos de síntomas obsesivo-compulsivos también estuvieron significativamente asociados a la despersonalización. Estas diferencias pueden deberse a la composición de nuestra muestra, la cual incluyó participantes de la comunidad y pacientes con trastornos de ansiedad pero que no se limitaban al TOC, y al tipo de medidas empleadas como la OCIR la cual incorpora una escala tipo Likert para evaluar la intensidad de las obsesiones y rituales, a diferencia del cuestionario *Hamburg Obsessive Compulsive Inventory* empleado por Grabe et al. (1999) y Rufer et al. (2006), cuyo formato de respuesta es SI/NO.

La marcada reducción en la magnitud de las correlaciones luego de controlarse por ansiedad, sugiere que las asociaciones encontradas entre síntomas o creencias obsesivas y despersonalización se deben, en gran medida, a la intensidad de la ansiedad y no a una relación específica entre estas variables. Sólo las correlaciones entre la intensidad global de los síntomas obsesivo-compulsivos, los síntomas de chequeo, orden, obsesividad, y de la despersonalización en general permanecieron significativas. Un panorama similar ocurrió con las creencias obsesivas, sólo la intensidad global de las creencias obsesivas, la frecuencia de los pensamientos indeseados, y las creencias de responsabilidad e importancia de controlar los pensamientos permanecieron significativamente correlacionadas a la despersonalización en general. La asociación entre la frecuencia de los pensamientos indeseados y la despersonalización está de acuerdo con estudios previos realizados en personas con trastorno de despersonalización (Baker et al., 2007; Sierra et al., 2012).

Entre los resultados obtenidos el de mayor relevancia fue encontrar que los diferentes subtipos de despersonalización y la intensidad global de la misma fueron predichos por al menos

un subtipo de sintomatología obsesivo-compulsiva. Específicamente, los síntomas de orden/simetría predijeron la intensidad global de la despersonalización, las experiencias corporales anómalas, y las experiencias anómalas del recordar, mientras que la ansiedad predijo la intensidad global de la despersonalización y tres subtipos. Sorpresivamente los síntomas de chequeo presentaron un coeficiente β negativo luego de haber mostrado una correlación positiva con los síntomas de experiencias anómalas del recordar. El coeficiente β estandarizado de una regresión indica la fuerza de la asociación entre las variables predictoras y la variable dependiente. Se considera que las razones estadísticas que conducen a esta situación son: la presencia de multicolinealidad y un rango limitado de alguna de las variables predictoras (Mullet, 1976). Respecto de la primera, esta es poco probable dado que los valores de tolerancia y de VIF obtenidos en dicha regresión estuvieron dentro de lo aceptable según Cohen et al. (2003). Respecto del rango de las variables regresoras, es posible que a pesar de haberse incorporado en un mismo análisis participantes de la comunidad y pacientes con patologías psiquiátricas, esto no haya alcanzado para obtener un rango suficientemente amplio de los valores de cada una de las variables predictoras, especialmente si se toma en cuenta que los pacientes con trastornos de ansiedad exhibieron síntomas leves de despersonalización comparados con estudios realizados en muestras europeas (Hunter et al., 2014; Sierra et al., 2002).

Llamativamente la obsesividad predijo solamente el subtipo experiencias corporales anómalas. Podría argumentarse que estos resultados pueden deberse a limitaciones de la OCIR la cual ha sido criticada por evaluar en mayor medida los síntomas compulsivos (Grabill et al., 2008) y por una moderada validez discriminativa de la subescala de obsesividad (Hajack, Huppert, Simons, & Foa, 2004). Un instrumento que evalúe en forma explícita los contenidos

obsesivos típicos del trastorno de despersonalización y las diferentes formas para disminuir la ansiedad asociada a dudas existenciales o preocupaciones filosóficas, permitiría explorar más acabadamente la relación entre obsesiones, rituales, y despersonalización (*véase* Simeon & Abuegel, 2008, p. 82), especialmente en un síndrome que se caracteriza por la ausencia de un marcador conductual. En forma alternativa, otra explicación posible es que investigadores y clínicos de la época de posguerra como Torch (1978) hayan puesto un énfasis desmedido en la relación entre los síntomas de auto-observación y la despersonalización, tal como lo sugirieran Sierra y Berrios (2001).

Los resultados de los análisis de comparación de grupos sugieren que aquellos con mayor intensidad de la sintomatología obsesivo-compulsiva, presentaron una mayor intensidad global de la despersonalización, de experiencias corporales anómalas, embotamiento afectivo, y desrealización que el grupo con síntomas obsesivo-compulsivos menos intensos. No se encontraron diferencias significativas respecto de las experiencias anómalas del recordar. Como se sugirió anteriormente, esta ausencia de diferencias grupales quizás se deba a que la intensidad promedio de la despersonalización de nuestros participantes no es tan elevada como la de aquellos con despersonalización crónica (*véase* apartado 12.1), o bien al escaso número de participantes con sintomatología obsesivo-compulsiva marcada. Del mismo modo, aquellos con síntomas obsesivo-compulsivos de chequeo, orden, y obsesividad más intensos presentaron una mayor intensidad global de la despersonalización y de sus diferentes subtipos, comparados con aquellos con síntomas de chequeo, orden, y obsesividad menos intensos.

Por lo expuesto anteriormente puede afirmarse que la hipótesis 6 se cumple parcialmente. En apoyo de esta hipótesis, los síntomas obsesivo-compulsivos, particularmente los de orden, estuvieron asociados con al menos un subtipo despersonalización o con la despersonalización en

general en los diferentes análisis realizados. Además, se encontró que las creencias obsesivas y la frecuencia de los pensamientos indeseados predijeron las experiencias corporales anómalas y los síntomas de desrealización respectivamente, sugiriendo que las interpretaciones catastróficas de los pensamientos indeseados jugarían un rol en el inicio o mantenimiento de un subtipo de despersonalización en participantes de la comunidad y en pacientes ansiosos (*véase* Capítulo 3, apartado 3.2.3.2). En contra de lo predicho, nuestros resultados, en general, sugieren que la ansiedad ocupa un lugar central en la psicopatológica de la despersonalización en el contexto de un trastorno ansioso y en participantes de la comunidad.

Este estudio extiende de forma importante los hallazgos de investigaciones previas sobre la relación entre obsesiones, rituales y despersonalización. A diferencia de estudios previos se empleó un instrumento específico para evaluar la despersonalización en lugar de una escala general de síntomas disociativos (Graber et al., 1999; Rufer et al., 2006; Watson et al., 2004). Además, se exploró la existencia de una relación específica entre los subtipos de síntomas obsesivo-compulsivos y los síntomas de despersonalización. Por último, se investigó el rol de las creencias obsesivas y su relación con la despersonalización.

12.3 Predictores de Despersonalización en una Muestra de Participantes de la Comunidad

El Estudio III se realizó para alcanzar los objetivos 8 y 9 y constó de dos partes. Como en el Estudio II, la primera de ellas se realizó para investigar la asociación entre las interpretaciones catastróficas, la evitación experiencial, y despersonalización, mientras que la segunda se realizó

para explorar la asociación entre síntomas obsesivo-compulsivos, creencias obsesivas, frecuencia y malestar asociado a pensamientos indeseados, y despersonalización.

En la primera parte del Estudio III encontramos que las personas con despersonalización más intensa informaron mayores niveles de interpretaciones catastróficas y de evitación experiencial que el grupo con síntomas de despersonalización menos intensos. Los análisis de covarianza confirmaron que estas diferencias en los niveles de creencias de pérdida de control no se pueden explicar por la intensidad de la ansiedad, la depresión, o la preocupación por los síntomas del pánico. Mientras que las diferencias grupales respecto del grado de evitación experiencial parece explicarse por la intensidad de la ansiedad o la depresión. De acuerdo con los modelos teóricos de Hunter et al. (2003), Hayes et al. (2004), y Neziroglu y Donnelly (2010), las interpretaciones catastróficas y la evitación experiencial estuvieron asociadas a la intensidad global de la despersonalización y a sus diferentes subtipos. Las interpretaciones catastróficas, especialmente aquellas referidas a la pérdida de control, se mantuvieron significativamente correlacionadas a la intensidad global de la despersonalización y a cada uno de los subtipos luego de controlarse por los niveles de evitación experiencial. En cambio, luego de controlarse por las interpretaciones catastróficas, la evitación experiencial mostró correlaciones significativas solamente con la intensidad global de la despersonalización y uno de los subtipos. Por lo tanto, ambos constructos, especialmente las interpretaciones catastróficas sobre la ansiedad, estarían independientemente asociados a la despersonalización en general.

En los análisis de regresión lineal las interpretaciones catastróficas acerca de la pérdida de control surgen como predictoras de la intensidad global de la despersonalización y de las experiencias corporales anómalas. Por el contrario, la evitación experiencial no contribuyó a explicar un porcentaje adicional de la varianza de la despersonalización o alguna de sus formas.

De esta manera, los resultados obtenidos sugieren que la evitación experiencial no juega un rol en el mantenimiento de la despersonalización como proponen Neziroglu y Donnelly (2010). Como se sugirió en ocasión del Estudio II – véase el apartado 12.2 -, es posible que el constructo de evitación experiencial, según la AAQ, sea demasiado amplio como para capturar adecuadamente los procesos cognitivos que caracterizan a la despersonalización.

En general, nuestros resultados concuerdan con el modelo cognitivo-conductual de Hunter et al. (2003) y especialmente con los desarrollos de Sierra (2009) y Sierra y Berrios (1998) quienes señalan que una percepción exagerada acerca de la pérdida de control subyace a los síntomas de despersonalización. En cambio, los resultados apoyan parcialmente lo propuesto por la terapia de aceptación y compromiso (Hayes et al., 2004; Neziroglu & Donnelly, 2010), en donde se postula que la dificultad para aceptar experiencias internas negativas, como las que caracterizan a los pacientes con despersonalización, conduce a intentos por modificar la sintomatología perpetuando el trastorno (Neziroglu & Donnelly, 2010).

En virtud de lo expuesto, se puede afirmar que la hipótesis 7 se cumple parcialmente. Por un lado, el hallazgo más importante de este estudio fue encontrar que en la muestra de participantes de la comunidad, la percepción de pérdida de control está asociada a la despersonalización en general y a las experiencias corporales anómalas en particular. En contraposición, así como las interpretaciones catastróficas no predijeron los otros subtipos de despersonalización, la evitación experiencial fracasó en predecir la intensidad de la despersonalización en cualquiera de sus formas.

En contraste con los hallazgos de Michal, Glaesmer et al. (2011) en donde la ansiedad apareció como un mejor predictor de la despersonalización que los síntomas depresivos, en

nuestro estudio la depresión predijo la intensidad global de la despersonalización y tres de sus subtipos. Esta discrepancia entre estudios puede deberse a que Michal, Glaesmer et al. emplearon una versión ultra breve de la CDS y versiones breves de escalas de ansiedad y depresión, mientras que en nuestro estudio se empleó la versión original de 29 ítems de la CDS, el BDI-II y el STAI-T, lo cual amplía en forma considerable la facilidad para detectar la riqueza fenomenológica de la despersonalización y su relación con la ansiedad y la depresión. Por último, la ansiedad predijo los síntomas de desrealización. Este resultado se encuentra de acuerdo con el estudio de Michal et al. (2010) en donde la ansiedad predijo la intensidad de la despersonalización medida con la CDS de dos ítems, uno de los cuales mide desrealización.

La primera parte del Estudio III contribuye de dos formas a mejorar nuestra comprensión de la despersonalización en participantes de la comunidad. En primer lugar, representa el primer estudio en examinar variables derivadas teóricamente de dos modelos diferentes (Hayes et al., 2004; Hunter et al., 2003, Neziroglu & Donnelly, 2010) y no aquellas provenientes de la psicopatología descriptiva (Sierra et al., 2012) en una muestra no clínica. En segundo lugar, al emplearse un instrumento específico para evaluar las diferentes manifestaciones psicopatológicas de la despersonalización (Sierra & Berrios, 2000; 2001) se pudo explorar en forma detallada la relación entre interpretaciones catastróficas, evitación experiencial, y los diferentes subtipos de despersonalización.

En la segunda parte del Estudio III, se encontró que todos los subtipos de sintomatología obsesivo-compulsiva estuvieron significativamente correlacionados con la intensidad global de la despersonalización. Específicamente, los síntomas de obsesividad estuvieron asociados a todos los subtipos. En cuanto a las creencias obsesivas, los diferentes subtipos de creencias obsesivas y la frecuencia asociada a los pensamientos indeseados estuvieron correlacionados

significativamente con la intensidad global de la despersonalización y cada uno de los subtipos. Sin embargo, cuando se controló por los niveles de ansiedad, sólo unas pocas correlaciones permanecieron significativas o bien se redujeron en magnitud, lo cual sugiere que la relación entre síntomas obsesivo-compulsivos, creencias obsesivas, y despersonalización se explica en gran medida por la intensidad de los síntomas de ansiedad. Los síntomas de limpieza, obsesividad, y orden permanecieron asociados a la intensidad global de la despersonalización. Estos resultados están de acuerdo con los obtenidos por Watson et al. (2004), quien encontró una asociación específica entre obsesividad y dos medidas de despersonalización luego de controlar por neuroticismo o ansiedad social.

Después de controlarse por ansiedad, la frecuencia de los pensamientos indeseados, las creencias sobre la importancia de los pensamientos, y las creencias exageradas sobre la responsabilidad se mantuvieron asociadas con la intensidad global de la despersonalización. Específicamente, las creencias acerca de la importancia de los pensamientos indeseados estuvo asociada con tres de los cuatro subtipos de despersonalización. En efecto, estos hallazgos sugieren que las creencias exageradas acerca de la responsabilidad, y particularmente aquellas sobre la importancia asignada al hecho de tener un pensamiento indeseado están específicamente asociadas a la despersonalización y podrían jugar un rol en el desarrollo y mantenimiento de dichos síntomas.

La intensidad global de los síntomas obsesivo-compulsivos predijeron el puntaje global de la despersonalización, mientras que los síntomas de obsesividad y las creencias obsesivas en general surgieron como predictores del embotamiento y las experiencias corporales anómalas, respectivamente. Nuestros resultados están de acuerdo con las modificaciones planteadas al modelo de Hunter et al. (2003) - véase Capítulo 3, apartado 3.2.3.2 -, en donde se sugiere que

interpretaciones exageradas de pensamientos indeseados tendrían un rol importante en el mantenimiento de la despersonalización. Además, nuestros hallazgos son consistentes con las observaciones de Baker et al. (2007) quienes encontraron que la mayoría de los pacientes con trastorno de despersonalización presentaba pensamientos indeseados.

Es importante destacar que la ansiedad apareció como predictor de la despersonalización en general y sus diferentes subtipos, sugiriendo que la ansiedad, y no los síntomas obsesivo-compulsivos, ocupa un lugar central para comprender la psicopatología de la despersonalización en personas que exhiben síntomas transitorios e infrecuentes de despersonalización como los participantes de la comunidad (*véase* apartado 12.1). Nuestros hallazgos se encuentran en la misma línea a los de Michal, Glaesmer et al. (2011) en cuyo estudio la ansiedad surgió como predictor de la despersonalización.

En su conjunto, los resultados de esta segunda parte del Estudio III con parcialmente consistentes con nuestra hipótesis 8. Por un lado, la sintomatología obsesivo-compulsiva y las creencias obsesivas en general, así como la obsesividad, estuvieron asociadas a la despersonalización en general o a uno de sus subtipos. Por otro lado, ni los síntomas obsesivo-compulsivos ni las creencias obsesivas predijeron las experiencias anómalas del recordar ni la desrealización. Además, los síntomas de orden/simetría o de chequeo, ni la frecuencia o el malestar asociado a los pensamientos indeseados, aparecieron como predictores de la despersonalización o alguno de sus subtipos.

El presente estudio contribuye de diferentes formas a la comprensión de la relación entre los síntomas obsesivo-compulsivos y la despersonalización en participantes de la comunidad. En primer lugar, explora la relación entre los diferentes subtipos de síntomas obsesivo-compulsivos

y los subtipos de la despersonalización, mejorando de ese modo la metodología empleada en estudios previos. En segundo lugar, explora no sólo la frecuencia sino también el malestar asociado a los pensamientos indeseados y su relación con la despersonalización. Por último, incorpora los desarrollos teóricos en el campo del TOC para investigar el rol de las creencias obsesivas en la despersonalización.

12.4 Predictores de Despersonalización en Pacientes con Trastornos de Ansiedad

El Estudio IV se realizó para alcanzar los objetivos 10 y 11, y al igual que los Estudios II y III en la primera parte se investigó la asociación entre las interpretaciones catastróficas, la evitación experiencial, y despersonalización, mientras que en la segunda, se investigó la asociación entre síntomas obsesivo-compulsivos, creencias obsesivas, frecuencia y malestar asociado a pensamientos indeseados, y despersonalización.

En la primera parte, se encontró que los pacientes con trastornos de ansiedad y síntomas de despersonalización más intensos informaron niveles más elevados de interpretaciones catastróficas de los síntomas ansiosos, específicamente aquellas referidas a la pérdida de control, cuando se los comparaba con aquellos con síntomas de despersonalización menos intensos. Estos resultados están de acuerdo con un estudio reciente en el cual los grupos de pacientes con trastorno de despersonalización y con trastornos de ansiedad, presentaron una mayor frecuencia de pensamientos catastróficos acerca de enfermedades mentales y neurológicas, y creían más en esos pensamientos, en comparación con los controles sanos (Hunter et al., 2014). Sin embargo, cuando realizamos los análisis de covarianza la mayoría de las diferencias observadas se

explicaron por la intensidad de la ansiedad, la depresión, o la preocupación por los síntomas del pánico, con excepción de las creencias de pérdida de control que no pudieron explicarse por la preocupación por los síntomas físicos. En otras palabras, las interpretaciones catastróficas parecen encontrarse asociadas a la psicopatología en general y no a la despersonalización en especial.

A pesar de haberse incluido todos los trastornos de ansiedad, nuestros resultados son consistentes con los de Seguí et al. (2000) en donde los pacientes con trastorno de angustia y despersonalización informaban creencias catastróficas en mayor medida que aquellos con pánico sin despersonalización. Esto no resulta llamativo si se toma en cuenta que en el Estudio I los pacientes con trastorno de angustia y/o agorafobia no se diferenciaban del grupo que incluía otros trastornos de ansiedad en la intensidad de la despersonalización.

Contrariamente, los subgrupos de pacientes con altos y bajos niveles de despersonalización no evidenciaron diferencias en la intensidad de la evitación experiencial. Este resultado fue inesperado dado que se ha observado que las personas con despersonalización crónica se sienten amenazadas por sus sensaciones corporales o emociones (Simeon & Abugel, 2006), y experimentan pensamientos indeseados frecuentemente (Baker et al., 2007). Del mismo modo, en los análisis de correlación parcial y de regresión lineal, la evitación experiencial no contribuyó en forma independiente a la predicción de la despersonalización luego de controlarse por la intensidad de las interpretaciones catastróficas, ni surgió como predictor de ninguna de las variantes de la despersonalización. Sea como fuere, el patrón de resultados obtenido en este estudio no apoyan el supuesto de una asociación entre evitación experiencial y el inicio o mantenimiento de la despersonalización (Hayes et al., 2004; Neziroglu & Donnelly, 2010).

En cambio, las interpretaciones catastróficas sobre los síntomas ansiosos se mantuvieron asociadas con la despersonalización y sus cuatro subtipos incluso después de haberse controlado por los niveles de evitación experiencial. Específicamente, encontramos que las creencias de pérdida de control estuvieron asociadas con los diferentes subtipos de despersonalización en forma consistente, lo cual está de acuerdo con la hipótesis de Sierra & Berrios (1998) de considerar a los temores sobre la pérdida de control como centrales en la comprensión psicopatológica de la despersonalización, y en considerar a esta última como el equivalente funcional a una conducta evitativa que mantiene organizado al individuo en situaciones extremas.

En cuanto a la capacidad para predecir la despersonalización, las interpretaciones catastróficas acerca de padecer enfermedades físicas predijeron la intensidad global de la despersonalización y los síntomas de experiencias corporales anómalas. Por el otro, los síntomas depresivos surgieron como predictores de la intensidad global de la despersonalización, de las experiencias corporales anómalas y de la desrealización, mientras que la ansiedad y la preocupación por los síntomas del pánico predijeron los síntomas de embotamiento y de experiencias anómalas del recordar. Esto se encuentra de acuerdo a investigaciones en pacientes con trastorno de despersonalización que mostraron correlaciones moderadas entre ansiedad, depresión y despersonalización (Baker et al., 2003; Baker et al., 2007; Cox & Swinson, 2002). Más difícil de conciliar son nuestros resultados con los de Sierra et al. (2005) en cuyo estudio la depresión predijo solamente los síntomas de embotamiento. Posiblemente estas diferencias se deban a las características de la muestra, dado que el estudio de Sierra et al. se realizó en pacientes crónicamente despersonalizados.

En virtud de lo expuesto anteriormente, los resultados obtenidos apoyan parcialmente la Hipótesis 9. En apoyo de nuestra hipótesis, las interpretaciones catastróficas asociadas al temor de estar gravemente enfermo predijeron la despersonalización en general y las experiencias corporales anómalas. Sin embargo, las interpretaciones catastróficas no predijeron los otros subtipos de despersonalización y la evitación experiencial no predijo la despersonalización en ninguna de sus formas.

A diferencia de estudios anteriores, la primera parte del Estudio IV investigó los síntomas de la despersonalización en los trastornos de ansiedad en general, y no exclusivamente en el trastorno de angustia o en el trastorno por estrés postraumático. Además, exploró la relación entre variables derivadas de dos modelos teóricos diferentes - por ej., las interpretaciones catastróficas y la evitación experiencial - y su relación con los diferentes subtipos de despersonalización.

En la segunda parte de este estudio, encontramos que todos los subtipos de sintomatología obsesivo-compulsiva estuvieron asociados con la intensidad global de la despersonalización. Los síntomas de orden/simetría estuvieron correlacionados en forma consistente con todas las variantes de despersonalización. Nuestros resultados convergen con estudios realizados en pacientes con TOC, en donde los síntomas de simetría y orden, (Grabe et al., 1999) y los de chequeo (Rufer et al., 2006) estuvieron asociados a los de despersonalización. Además, encontramos otras asociaciones significativas entre sintomatología obsesiva relacionada con la limpieza, la acumulación, estrategias de neutralización, y la despersonalización. Al respecto, las mismas razones expuestas en la segunda parte del Estudio II quizás sean válidas para explicar las diferencias entre nuestros resultados y los de Grabe et al. (1999) y Rufer et al. (2006). En forma adicional, cabe mencionar que estos dos estudios emplearon una medida

general de disociación como la DES para medir despersonalización, la cual ha sido criticada por su validez de contenido (Blevins et al., 2013; Sierra & Berrios, 2000) mientras que en nuestro estudio se empleó un instrumento para evaluar los diferentes subtipos de despersonalización (Sierra et al., 2005; Simeon et al., 2008).

Al controlarse por la ansiedad, solamente la asociación entre la intensidad global de los síntomas obsesivo-compulsivos, la obsesividad, y la intensidad global de la despersonalización permanecieron significativa pero débilmente correlacionadas. En conclusión, encontramos que la sintomatología obsesivo-compulsiva estuvo asociada a la ansiedad en general y no específicamente a la despersonalización.

Respecto de la capacidad para predecir la despersonalización, los síntomas de orden aparecieron como predictores de la despersonalización en general, de las experiencias corporales anómalas, y de las experiencias anómalas del recordar, mientras que la obsesividad predijo las experiencias corporales anómalas, y la acumulación compulsiva predijo los síntomas de desrealización. Sin embargo y en la misma dirección de los resultados del Estudio III, la ansiedad surgió como un predictor para la despersonalización en general y para tres de sus subtipos - embotamiento afectivo, experiencias anómalas del recordar, y desrealización -.

La asociación entre obsesiones y compulsiones de orden y despersonalización guarda relación con lo planteado por Shorvon (1946) y Torch (1978) en personas con trastorno de la despersonalización. Sin embargo, como se dijo anteriormente pareciera ser que la ansiedad ocupa un lugar fundamental no sólo para comprender la psicopatología de la despersonalización de los participantes de la comunidad, sino también la de los pacientes con trastornos de ansiedad,

cuestionando, al menos en parte, que los síntomas obsesivo-compulsivos representen un aspecto central de la despersonalización (Torch, 1978).

Simeon y Abueguel (2008) observan que sólo un subgrupo de pacientes con trastorno de despersonalización se obsesionan con sus síntomas y en forma coincidente Sierra y Berrios (2001) observaron que los fenómenos obsesivos parecen haber sido enfatizados en forma exagerada a la hora de describir la relación entre obsesividad y despersonalización crónica. Quizás esa sea a una explicación posible de los resultados mixtos que obtuvimos en este estudio.

En el Capítulo 3 se sugirió que dada la presencia de pensamientos de tipo obsesivo en el trastorno de despersonalización (Baker et al., 2007) y la estrecha relación entre obsesividad y despersonalización (Torch, 1978), era posible que las creencias obsesivas jugaran un rol en la predicción de la despersonalización. Contrariamente a lo esperado, ninguna de las correlaciones entre creencias obsesivas sobre la responsabilidad, sobre la necesidad de controlar los pensamientos, el malestar asociado a los pensamientos indeseados, y la intensidad global de la despersonalización permaneció significativa luego de controlarse por la ansiedad en nuestra muestra de pacientes ansiosos. Los resultados encontrados sugieren que estas relaciones se explican por la intensidad de la ansiedad y no por la intensidad de la despersonalización. En una dirección similar se encuentran los resultados de los análisis de regresión, en donde ninguno de los tipos de creencias obsesivas, ni la frecuencia ni el malestar asociado a los pensamientos predijo la sintomatología de despersonalización o de algunos de sus subtipos.

En resumen, la ausencia de una relación específica entre las creencias obsesivas y la despersonalización y su incapacidad para predecirla, sugieren que las creencias obsesivas, medidas con la III-31, no juegan un rol en el desarrollo o mantenimiento de la

despersonalización de los pacientes con trastornos de ansiedad. Al respecto, se ha considerado que la III-31 posee una estructura unifactorial (OCCWG, 2005) y por lo tanto, quizás no evalúa adecuadamente otras creencias potencialmente relevantes para comprender la despersonalización - por ej., intolerancia a la incertidumbre - (Torch, 1978, p. 197). En efecto, en el presente estudio como en el Estudio III las tres subescalas mostraron correlaciones iguales o mayores a .70.

En su conjunto, los resultados obtenidos permiten afirmar que la hipótesis 10 se cumple parcialmente. Por un lado, los síntomas de orden predijeron la despersonalización en general y dos de sus subtipos, mientras que la obsesividad y la acumulación compulsiva predijeron las experiencias corporales anómalas y la desrealización, respectivamente. Sin embargo, ninguno de los subtipos de sintomatología obsesivo-compulsiva predijo los síntomas de embotamiento afectivo, y los síntomas de chequeo al igual que las creencias obsesivas y las características asociadas a los pensamientos indeseados no predijeron la despersonalización en ninguna de sus variantes.

La segunda parte del Estudio IV contribuye a expandir los resultados de investigaciones previas en forma significativa. En primer lugar, se empleó una medida que permite evaluar en forma comprensiva la despersonalización. En segundo lugar, se empleó una medida de subtipos obsesivo-compulsivos que emplea una escala tipo Likert. En tercer lugar, se exploró el rol de las creencias obsesivas, de la frecuencia y del malestar asociado a los pensamientos indeseados en la predicción de los síntomas de despersonalización. Por último, se emplearon análisis de regresión lineal para identificar predictores potenciales de despersonalización.

12.5 Conclusiones Generales. Limitaciones y Futuras Líneas de Investigación

Los cuatro estudios realizados permitieron alcanzar el objetivo general y los objetivos específicos propuestos, y poner a prueba las hipótesis planteadas, las cuales se cumplieron parcialmente o fueron refutadas.

Nuestro primer hallazgo fue encontrar que los síntomas de despersonalización de los pacientes con trastornos de ansiedad - despersonalización secundaria - parecen ubicarse en un punto intermedio de intensidad entre los participantes de la comunidad y los pacientes con trastorno de despersonalización, y constituyen un grupo apropiado para ampliar nuestros escasos conocimientos sobre un fenómeno considerado universal o bien una “respuesta vestigial” de nuestro cerebro ante situaciones percibidas como peligrosas (Roth & Argyle, 1988). También permite descartar que los pacientes con trastorno de angustia y/o agorafobia se caractericen por presentar síntomas de despersonalización más intensos que otros trastornos ansiosos.

Un segundo hallazgo interesante es la asociación encontrada entre interpretaciones catastróficas y la despersonalización. En los Estudios II, III y IV alguna forma de interpretación catastrófica - por ej., percepción de pérdida de control en la muestra comunitaria, y preocupaciones por enfermedades físicas en la muestra de pacientes ansiosos - predijo la intensidad de la despersonalización en general y al menos uno de sus subtipos. Quizás estas diferencias entre estudios reflejen redes informacionales subyacentes diferentes en donde la característica distintiva de los trastornos de ansiedad es un marcado temor a los síntomas físicos de la ansiedad a diferencia de lo que ocurre en personas sin estos trastornos (Reiss, 1991; Foa & Kozak, 1986). En forma alternativa estas diferencias entre estudios puede estar señalando la

dificultad para distinguir entre las creencias de pérdida de control y el temor a enfermedades físicas inminentes y mortales. Por ejemplo, un paciente con ataques de pánico con temor a un infarto en presencia de palpitaciones intensas, puede interpretar sus intentos infructuosos por disminuirlas como si estuviera perdiendo el control. En efecto, no resulta extraño encontrar que la estructura de dos factores de la ACQ propuesta por Chambless et al. (1984) haya sido cuestionada (Khawaja, 2003).

Un tercer hallazgo importante fue el fracaso de la evitación experiencial para predecir los síntomas de despersonalización a lo largo de los estudios, sugiriendo que ésta no se encuentra relacionada con el inicio o mantenimiento de la despersonalización en pacientes ansiosos o participantes de la comunidad.

Un cuarto hallazgo fue encontrar que la depresión predijo la despersonalización en general, la desrealización y al menos alguna otra variante de la despersonalización en los Estudios II, III, y IV. Es decir, la relación entre depresión y despersonalización no se limitó al embotamiento afectivo, por lo tanto no se explica por una simple superposición entre anhedonia y embotamiento. Posiblemente constructos teóricos diferentes a los evaluados en este estudio jueguen un papel crucial y permitan ampliar nuestra comprensión de la psicopatología de la despersonalización. Al respecto, Sierra (2009) postula que la percepción de sentirse atrapado se encuentra íntimamente asociada al inicio de la despersonalización. Esta percepción ocurre cuando ante un peligro inminente - interno o externo - la persona percibe que luchar o distanciarse físicamente no es posible, por lo tanto esta percepción puede ser considerada no sólo un subtipo de creencias de pérdida de control sino también creencias relacionadas con la desesperanza, y en consecuencia a la depresión.

En resumen, nuestros resultados ayudan a clarificar la relación entre interpretaciones catastróficas, evitación experiencial, y despersonalización. Desde el punto de vista teórico, podría especularse al decir que las interpretaciones catastróficas sobre los síntomas ansiosos subyacen a la despersonalización (Sierra & Berrios, 1998; Sierra, 2009). La despersonalización podría conceptualizarse de ese modo como el equivalente funcional de una conducta evitativa extrema a síntomas de ansiedad percibidos como incontrolables (Foa et al., 1995; Litz et al., 1997; Sierra, 2009; Sierra & Berrios, 1998).

En la medida en que las muestras de pacientes ansiosos o de participantes de la comunidad puedan emplearse para sacar conclusiones acerca de los pacientes con síntomas agudos o crónicos de despersonalización, los estudios II, III, y IV tienen implicancias clínicas para el tratamiento de aquellos con trastornos de ansiedad y despersonalización o con trastorno de despersonalización.

Si la despersonalización es considerada como equivalente a la evitación, y por lo tanto impide que la persona aprenda que sus temores excesivos no se materializan, entonces los tratamientos deberían estar orientados a ayudar al paciente a testear las creencias de peligrosidad asociadas a la ansiedad extrema, y lograr que no se despersonalice. Un ejemplo es el modo en que la exposición imaginal ayuda a personas con trastorno por estrés postraumático a superar el embotamiento afectivo al facilitar que aprenda que la ansiedad no sube indefinidamente cuando recuerda el trauma (Foa et al., 2007). En cambio, si la despersonalización es fuente de malestar y deviene un síntoma temido en sí mismo, enfrentar entonces los síntomas de despersonalización a través de estrategias de exposición interoceptiva, parece ser la forma más adecuada de testear expectativas exageradas acerca de su peligrosidad (Lickel et al., 2008; McKay & Moretz, 2008; Miller et al., 1994). Finalmente, los resultados de los análisis de regresión sugieren que agregar

estrategias de tratamiento orientadas a reducir la evitación experiencial no facilitarían la recuperación de aquellas personas con despersonalización.

La relación entre los síntomas obsesivo-compulsivos y la despersonalización si bien es mencionada y reconocida por los modelos de Hunter et al. (2003) y de Neziroglu y Donnelly (2010), éstos no especifican de qué modo los diferentes subtipos de síntomas obsesivo-compulsivos se relacionan con la despersonalización, o bien lo hacen de forma insatisfactoria. Un quinto hallazgo fue encontrar que en los estudios II y IV, los síntomas de orden estuvieron asociados a la despersonalización. Según Simeon y Abugel (2008) algunos pacientes con trastorno de despersonalización y obsesiones acerca de sus síntomas, recurren en ocasiones a rituales de conteo para controlar la aparición de dudas obsesivas, independientemente de cuál fuera su contenido. Igualmente, algo similar puede ocurrir con los rituales de orden. En todo caso queda por determinar la relación funcional entre obsesiones sobre los síntomas de despersonalización - por ej., pacientes que se preguntan “¿en este momento existo, siento?” - y la necesidad de realizar rituales de orden. Quizás como sucede en el TOC muchas veces los temores obsesivos de las personas con despersonalización se caractericen por pensamientos mágicos y compulsiones que no guardan una relación lógica, pero a los cuales se les atribuye la propiedad de influir en un resultado (Einstein & Menzies, 2004) - por ej., mantener contacto con la realidad -.

En sexto lugar, otro resultado sorprendente, fue encontrar que los rituales de chequeo no predijeron la despersonalización en los estudios III y IV y cuando lo hicieron fue en la dirección contraria. Al respecto, es importante recordar que la teoría cognitiva predice que el comportamiento tendrá una relación directa con la forma idiosincrática de pensar del paciente con un trastorno de ansiedad (Clark, 1986; Salkovskis, 1991; 1996; Salkovskis et al., 1996), por

lo tanto si los temores giran en torno a la existencia, el ser, o el sentido del ser en el mundo (Torch, 1978), es probable que la persona emplee conductas de chequeo acordes a dichos temores. En efecto, los rituales parecen centrarse en el chequeo de percepciones y qué tan reales se observan los objetos, o en el monitoreo de las acciones realizadas y qué tan real se siente la persona mientras las realiza (Simeon & Abugel, 2008, p. 192). Por lo tanto, la ausencia de una asociación consistente entre chequeo y despersonalización a lo largo de los estudios puede deberse a que la OCIR captura solamente las conductas de chequeo propias del TOC y no la de aquellos con síntomas intensos de despersonalización.

En séptimo lugar, encontramos que sólo excepcionalmente las creencias obsesivas predijeron la intensidad de las experiencias corporales anómalas. Como se dijo anteriormente es posible que otras creencias o dominios obsesivos no contemplados en la III-31 resulten de mayor relevancia para comprender la relación entre pensamientos indeseados y despersonalización, como por ejemplo la intolerancia a la incertidumbre (Torch, 1978, p. 197). Si bien existen otras medidas de creencias obsesivas como la *Obsessive Beliefs Questionnaire* (OBQ; OCCWG, 2001) éstas adolecen del mismo problema que la OCIR, dado que fueron creadas para medir aspectos obsesivo-compulsivos característicos del TOC y no específicamente asociados a la despersonalización.

Así como ocurre con un subgrupo de pacientes obsesivos en donde las creencias obsesivas, evaluadas con la III-31 o la OBQ, no tienen relación con la sintomatología obsesivo-compulsiva (Calamari et al., 2006; Taylor et al., 2006), es posible que las personas que experimentan síntomas de despersonalización y pensamientos indeseados no necesariamente presenten creencias obsesivas asociadas a dichos pensamientos (Baker et al., 2007) o como señalan Simeon y Abuegel (2008, p. 192) sólo un subgrupo de personas con despersonalización

crónica se obsesionen con los síntomas que padecen. En consecuencia, al menos para el subgrupo de pacientes obsesionados con síntomas transitorios o crónicos de despersonalización, los resultados de nuestros estudios sobre síntomas o creencias obsesivas, y despersonalización, sugieren que existiría un beneficio en incorporar al tratamiento de la despersonalización estrategias terapéuticas similares a las originalmente diseñadas para el tratamiento del TOC (Koran, Hanna, Hollander, Nestadt, & Simpson, 2007).

Los resultados expuestos deben ser interpretados con precaución debido a las limitaciones de los estudios que conforman esta tesis.

En primer lugar, el diseño transversal de los Estudios II, III, y IV no permite sacar conclusiones acerca de la relación causal entre las variables estudiadas y la despersonalización. De este modo, estudios que manipulen experimentalmente las variables teóricas como creencias acerca del control, pueden arrojar luz acerca de la relación entre las interpretaciones catastróficas de la ansiedad y la despersonalización (Sanderson, Rapee, & Barlow 1989). En esta línea, los resultados de las tareas experimentales empleadas por Hunter et al. (2014) son alentadores al brindar apoyo a la hipótesis de una asociación entre interpretaciones catastróficas sobre la despersonalización y el mantenimiento de la misma.

En segundo lugar, se emplearon instrumentos autoadministrables para evaluar las variables teóricas y sintomáticas, lo cual pudo haber aumentado en forma artificial las relaciones entre éstas debido a la varianza compartida entre cuestionarios. En tercer lugar, se emplearon retrotraducciones de instrumentos desarrollados originalmente en otro idioma para evaluar la despersonalización, las interpretaciones catastróficas, la evitación experiencial, las preocupaciones por los síntomas del pánico, y las creencias obsesivas, para las cuales o bien no

existen trabajos publicados de adaptación o de validación en muestras locales. Si bien la retrotraducción constituye un método ampliamente aceptado (Hambleton & Kanjee, 1995; Hulin & Mayer, 1986), en sí mismo, no asegura la equivalencia psicométrica de las dos versiones (Hulin & Mayer, 1986). De todos modos, la consistencia interna de los puntajes totales de todos los instrumentos autoadministrables fue de buena a excelente para ambas muestras, excepto para el caso de la AAQ. Esta última tampoco demostró índices aceptables de consistencia interna en el estudio de Manos et al. (2010). Además, la CDS mostró una buena validez convergente con los ítems de despersonalización/desrealización de la BSQ para la muestra clínica, mientras que la ACQ mostró una buena validez convergente con otra medida de miedo al miedo como la BSQ para las dos muestras.

En cuarto lugar, para descartar la presencia de un trastorno de ansiedad u otros síntomas neuropsiquiátricos en la muestra de participantes de la comunidad se emplearon una serie de preguntas autoadministrables, en lugar de una entrevista clínica o entrevista semi-estructurada, lo cual hubiera permitido un mayor grado de certeza acerca de la ausencia de patología. En quinto lugar, al no haberse evaluado la confiabilidad entre evaluadores para la administración de la SCID-I/P se podría cuestionar la fiabilidad de los diagnósticos establecidos para la muestra clínica. No obstante, es importante subrayar que el evaluador tenía amplia experiencia en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad. Asimismo, los pacientes de nuestra muestra presentaron una mediana del número de síntomas de despersonalización medidos con la CDS (mediana = 8) similar a aquella obtenida en la muestra de ansiosos de Sierra & Berrios (2000) (mediana = 7). En sexto lugar, el uso de muestras no probabilísticas supone el riesgo de sesgos en la recolección de datos dado que no se emplearon los métodos de selección al azar. Tampoco se informa la tasa de respuesta en cada muestra lo cual supone el riesgo de un posible

sesgo de selección (Hunter et al., 2004). En séptimo lugar, no haber excluido a aquellos con consumo de sustancias o no haber controlado por exposición, tipo o número de traumas es una limitación de los estudios que componen esta tesis. Sin embargo, las modificaciones propuestas al modelo de Hunter et al. (2003) en el Capítulo 3, suponen que no habría diferencias entre la despersonalización iniciada con el consumo de sustancias, por situaciones traumáticas o aquella que sobreviene espontáneamente. En apoyo inicial a esta conjetura se encuentran los dos estudios realizados por Medford et al. (2003) y Simeon et al. (2009) en los cuales no se encuentran mayores diferencias entre la intensidad de la despersonalización de aquellos que comenzaron luego del consumo de sustancias respecto de aquellos que no. En octavo lugar, las muestras de nuestros estudios evidenciaron síntomas de despersonalización leves a moderados, como suele suceder en muestras latinoamericanas (Sierra et al., 2006). Quizás las asociaciones observadas entre las variables estudiadas y la despersonalización difieran en aquellos que se encuentran en el rango más intenso de despersonalización.

En noveno lugar, dada la cantidad de comparaciones entre grupos y correlaciones realizados en cada estudio, existe una alta probabilidad de que los resultados significativos puedan deberse a errores de Tipo I. Se prefirió tomar este riesgo dado el carácter exploratorio de nuestras investigaciones. En décimo lugar, una desventaja de emplear el método de selección de variables por pasos para los análisis de regresión radica en que los resultados obtenidos son específicos para las muestras empleadas, requiriéndose la replicación de los mismos en otra muestra antes de considerar que las relaciones observadas existen en esa población (Cohen et al., 2003). De todas formas, se eligió este método porque es el recomendado cuando no existe un modelo teórico que haya sido testeado empíricamente (Cohen et al., 2003).

Por último, esta tesis fue realizada antes de la publicación del DSM-5 y posiblemente nuestras conclusiones acerca de la relación entre las variables estudiadas y la despersonalización no puedan generalizarse a la nueva clasificación dado el reagrupamiento, inclusión de nuevos trastornos, o modificación de algunos criterios sintomáticos. De cualquier forma, como se vio en el Capítulo 4, los criterios sintomáticos de las crisis de angustia, y de los trastornos de ansiedad tal como se conciben en el DSM-IV no sufrieron cambios sustanciales.

La naturaleza exploratoria de nuestros estudios permite pensar en diferentes líneas futuras de investigación. Tal vez, la percepción de pérdida de control, medida por la ACQ, no llega a capturar los temores característicos de las personas con despersonalización - por ej. miedo a no poder escapar -. Se ha sugerido que los sentimientos de sentirse atrapado, un constructo que tiene su origen en las teorías sobre las conductas defensivas que sobrevienen cuando se bloquea la conducta de escape (Taylor, Gooding, Wood, & Tarrier, 2011), estarían asociados a la despersonalización (Sierra, 2009). Investigar el rol de este subtipo de creencias de pérdida de control puede resultar una línea promisoría para avanzar en nuestra comprensión de la despersonalización. Por ejemplo, se podría comparar la intensidad de la despersonalización en aquellos que sufrieron un trauma y percibieron que luchar o huir era imposible versus aquellos que no lo percibieron de ese modo.

Del mismo modo, se hace necesario el desarrollo de instrumentos que evalúen fenómenos obsesivo-compulsivos propios del paciente con despersonalización crónica que permitan valorar su importancia para el desarrollo y mantenimiento de la despersonalización.

A pesar de su incapacidad para predecir la despersonalización en nuestros estudios, futuras investigaciones deberán emplear una medida de evitación experiencial con mejores

propiedades psicométricas y específicamente desarrollada para el trastorno de despersonalización para testear en forma más adecuada su relación con la despersonalización (*véase* Manos et al., 2010). De todas formas, la evitación experiencial es uno de los seis componentes de la flexibilidad psicológica asociados a la psicopatología. Por esa razón, antes de sacar conclusiones firmes acerca de la utilidad del modelo de la TAC para explicar y derivar estrategias terapéuticas para la despersonalización, futuros estudios deberán investigar la relación entre el tomar distancia de los pensamientos, el establecimiento de una dimensión trascendental del yo, la dirección del comportamiento guiada por los valores, la acción comprometida, y la despersonalización.

Por último, Sierra y Berrios (2001) sostienen que la detección de determinados síntomas de despersonalización depende de la habilidad del entrevistador para preguntar. Sería interesante determinar si las relaciones investigadas en esta tesis se mantienen aun cuando se empleen instrumentos heteroadministrables para evaluarlos.

Nuestros resultados pueden ser útiles para refinar los modelos teóricos de la despersonalización y las estrategias terapéuticas que se deriven del mismo. Se espera que esta tesis contribuya a mejorar nuestra comprensión de la despersonalización y la atención clínica de personas aquejadas por síntomas que desconciertan tanto a clínicos como a pacientes por igual. Con estas limitaciones en mente, los estudios que componen esta tesis se propusieron explorar terrenos tempranamente mencionados en la psicopatología de la despersonalización pero igualmente olvidados.

Referencias

- Abramowitz, J. S., Lackey, G. R., & Wheaton, M. G. (2009). Obsessive-compulsive symptoms: the contribution of obsessional beliefs and experiential avoidance. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 160–166.
- Aderibigbe, Y. A., Bloch, R. M., & Walker, W. R. (2001). Prevalence of depersonalization and derealization experiences in a rural population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 63-69.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*. Washington, D.C.: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed. revised)*. Washington, D.C.: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013a). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatry Association (2013b). Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5. Extraído el 11 de octubre de 2013 de <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>
- Antony, M. M., Orsillo, S. M., & Roemer. L. (2001). *Practitioner's guide to empirically-based measures of anxiety*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publisher.
- Antony, M. M., Roth-Ledley, D., Liss, A., & Swinson, R. P. (2006). Responses to symptom

- induction exercises in panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 85–98.
- Aponte-Soto, M. R., Vélez-Pastrana, M., Martínez-Taboas, A., & González, R. A. (*en prensa*). Psychometric Properties of the Cambridge Depersonalization Scale in Puerto Rico. *Journal of Trauma and Dissociation*.
- Arch, J. J., & Craske, M. G. (2008). Acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: Different treatments, similar mechanisms?. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15, 263-279.
- Arch, J. J., Eifert, G. H., Davies, C., Vilardaga, J. C. P., Rose, R. D., & Craske, M. G. (2012). Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 750–765.
- Armour, C. Elklit, A. Lauterbach, D. & Elhai, J. D. (*en prensa*). The DSM-5 dissociative-PTSD subtype: Can levels of depression, anxiety, hostility, and sleeping difficulties differentiate between dissociative-PTSD and PTSD in rape and sexual assault victims?. *Journal of Anxiety Disorders*.
- Baer, L. (1994). Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55:18–23.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- Baker, D., Earle, M., Medford, N., Sierra, M., Towell, A., & David, A. (2007). Illness perceptions in depersonalization disorder: Testing an illness attribution model. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 105-116.

- Baker, D., Hunter, E., Lawrence, E., Medford, N., Patel, M., Senior, C., Sierra, M., Lambert, M. V., Phillips, M. L., & David, A. S. (2003). Depersonalization disorder: Clinical features of 204 cases. *British Journal of Psychiatry*, 182, 428-433.
- Ball, S., Robinson, A., Shekhar, A., & Walsh, K. (1997). Dissociative symptoms in panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 755-760.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic (Second Edition)*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., Brown, T. A., & Craske, M. G. (1994). Definitions of panic attacks and panic disorder in DSM-IV: Implications for research. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 553-564.
- Barlow, D. H., & Di Nardo, P. A. (1991). The diagnosis of generalized anxiety disorder: Development, current status, and future directions. En R. M. Rapee & D. H. Barlow (Eds.). *Chronic anxiety. Generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., Vermilyea, J. A., Blanchard, E. B., Vermilyea, B. B., Di Nardo, P. A., & Cerny, J. A. (1985). The phenomenon of panic. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 320-328.
- Barnes-Holmes, Y., Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2002). Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition. *Advances in Child Development and Behavior*, 28, 101-138.
- Barraca Mairal, J. (2004). Spanish adaptation of the acceptance and action questionnaire (AAQ). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 505-515.
- Bebbington, P. E., Hurry, J., Tennant, C., Sturt, E., & Wing, J. K. (1981). Epidemiology of

- mental disorders in Camberwell. *Psychological Medicine*, 11, 561–579
- Bebbington, P. E., Marsden, L., & Brewin, C. R. (1997). The need for psychiatric treatment in the general population: The Camberwell Needs for Care Survey. *Psychological Medicine* 27, 821–834.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory - Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Ward, C., & Mendelson, M. (1961). Beck depression inventory (BDI). *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Belloch, A., Roncero, M., García-Soriano, G., Carrió, C., Cabedo, E., & Fernández-Álvarez, H. (2013). The Spanish version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R): Reliability, validity, diagnostic accuracy, and sensitivity to treatment effects in clinical samples. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2, 249-256.
- Berman, N. C., Wheaton, M. G., McGrath, P., & Abramowitz, J. S. (2010). Predicting anxiety: The role of experiential avoidance and anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 109-114.
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727–735.

- Blevins, C. A., Weathers, F. W., & Mason, E. A. (2012). Construct validity of three depersonalization measures in trauma-exposed college students. *Journal of Trauma & Dissociation*, 13, 539–553.
- Block-Lerner, J., Salters-Pedneault, K., & Tull, M. T. (2005). Assessing mindfulness and experiential acceptance: Attempts to capture inherently elusive phenomena. En M.S. Orsillo & L. Roemer (2005). *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment*. New York: Springer.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688.
- Brenlla, M. E. & Rodríguez, C. M. (2006). Adaptación argentina del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). En A. T. Beck, R. A. Steer, & G. K. Brown. *Inventario de Depresión de Beck Segunda Edición: Manual* (2006). Buenos Aires: Paidós.
- Brown, T. A. (1996). Validity of the DSM-III-R and DSM-IV classification systems for anxiety disorders. En R. M. Rapee, *Current controversies in the anxiety disorders*. New York: Guilford Press.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 585-599.
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative

- affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 179-192.
- Burns, G. L., Formea, G. M., Keortge, S., & Sternberger, L. G. (1995). The utilization of nonpatient samples in the study of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 133-144.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., Beck, A. T., (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Calamari, J. E., Cohen, R. J., Rector, N. A., Szacun-Shimizu, K., Riemann, B. C., & Norberg, M. M. (2006). Dysfunctional belief-based obsessive-compulsive disorder subgroups. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1347-1360.
- Calkins, A. W., Berman, N. C., & Wilhelm, S. (2013). Recent advances in research on cognition and emotion in OCD: A review. *Current Psychiatry Reports*, 15, 1-7.
- Cassano, G., Petracca, A., Perugi, G., Toni, C., Tundo, A., & Roth, M., (1989). Derealization and panic attacks: A clinical evaluation on 150 patients with panic disorder/agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 5-12.
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Bright, P., & Gallagher, R., (1984). Assessment of fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090-1097.
- Chambless, D. L., & Gracely, E. J. (1989). Fear of fear and the anxiety disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 9-20.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.

- Clark, D. M. (1999). Anxiety disorders: Why they persist and how to treat them?. *Behaviour Research and Therapy*, 37, S5-S27.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Cohen, J., Cohen, J., West, S. G., & Aiken, L. S. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences (3rd ed.)*. Mahwah: Erlbaum.
- Cohen, R.J., & Swerdlik, M. (2009). *Psychological testing and assessment: An introduction to tests and measurement (7th ed.)*. United States: McGraw-Hill.
- Cox, B., & Swinson, R. (2002). Instrument to assess depersonalization-derealization in panic disorder. *Depression and Anxiety*, 15, 172-175.
- Craske, M. G. (1991). Phobic fear and panic attacks: The same emotional states triggered by different cues?. *Clinical Psychology Review*, 11, 599-620.
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2006). *Mastery of Your Anxiety and Panic: Therapist Guide: Therapist Guide*. Oxford University Press: USA.
- Craske, M. G., Kircanski, K., Epstein, A., Wittchen, H. U., Pine, D. S., Lewis-Fernández, R., & Hinton, D. (2010). Panic disorder: A review of DSM-IV panic disorder and proposals for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27, 93-112.
- Dalrymple, K. L., & Herbert, J. D. (2007). Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: A pilot study. *Behavior Modification*, 31, 543-568.
- Davison, K. (1964). Episodic depersonalization: Observations on 7 patients. *British Journal of Psychiatry*, 110, 505-513.

- Dixon, J. C. (1963). Depersonalisation phenomena in a sample population of college students. *British Journal of Psychiatry*, 109, 371–375.
- Dugas, L. (1894). Observations sur la fausse memoire. *Revue Philosophique de Paris et l'Étranger*, 37, 34–45.
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values based behavior change strategies*. New York: Guilford Press.
- Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Ehlers, A., & Steil, R. (1995). Maintenance of intrusive memories in posttraumatic stress disorder: A cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 217- 217.
- Eisen, J. L., Coles, M. E., Shea, M. T., Pagano, M. E., Stout, R. L., Yen, S., ... Rasmussen, S. A. (2006). Clarifying the convergence between obsessive-compulsive personality disorder criteria and obsessive compulsive disorder. *Journal of Personality Disorders*, 20, 294–305.
- Einstein, D. A., & Menzies, R. G. (2004). The presence of magical thinking in obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 539-549.
- Feeny, N. C., Zoellner, L. A., Fitzgibbons, L. A., & Foa, E. B. (2000). Exploring the roles of emotional numbing, depression, and dissociation in PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 489-498.
- Fewtrell, W. D. (2000). *Fewtrell Depersonalisation Scale (FDS)*. APT Press: Leicester.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1996a). *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Research Version*. New

- York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1996b). *Structured clinical interview for DSM–IV Axis I disorders—Patient edition (SCID–I/P, Version 2.0)*. New York: New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1998). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition with Psychotic Screen (SCID-I/P W/PSY SCREEN)*. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.
- Flett, G. L., Vredenburg, K., & Krames, L. (1997). The continuity of depression in clinical and nonclinical samples. *Psychological Bulletin*, 121, 395-416
- Foa, E. B. (2010). Cognitive behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12, 199-207.
- Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S. M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): development and validation. *Psychological Assessment*, 11, 303-314.
- Foa, E.B., & Hearst-Ikeda, D. (1996). Emotional dissociation in response to trauma: An information-processing approach. En L.K. Michelson & W.J. Ray (Eds.). *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives*. New York: Plenum Press.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences*. Oxford: Oxford University Press.

- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive–Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14, 485–496.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E. B., & Riggs, D. S. (1993). Posttraumatic stress disorder and rape. *Review of Psychiatry*, 12, 273-303.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., & Gershuny, B. S. (1995). Arousal, numbing, and intrusion: symptom structure of PTSD following assault. *American Journal of Psychiatry*, 152, 116-20.
- Foa, E. B., Zinbarg, R., & Rothbaum, B. O. (1992). Uncontrollability and unpredictability in post-traumatic stress disorder: An animal model. *Psychological Bulletin*, 112, 218-238.
- Fullana, M. A., Tortella-Feliu, M., Casares, X., Andino, O., Torrubia, R., & Mataix-Cols, D. (2005). Psychometric properties of Spanish version of the Obsessive Compulsive Inventory-Revised in non-clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 893-903.
- Gibbs, N. A. (1996). Non-clinical populations in research on obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 16, 729-773.
- Gilbert, P., & Allan, S. (1998). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: An exploration of an evolutionary view. *Psychological Medicine*, 28, 585–598.
- Glover, H. (1992). Emotional numbing: A possible endorphin-mediated phenomenon

- associated with post-traumatic stress disorders and other allied psychopathologic states. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 643-675.
- Goff, D. C., Olin, J. A., Jenike, M. A., Baer, L., & Buttolph, M. L. (1992). Dissociative symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 5, 332-337
- Goldstein, A. J., & Chambless, D. L. (1978). A reanalysis of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 9, 47-59.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. , Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1006.
- Grabe, H. J., Goldschmidt, F., Lehmkuhl, L., Gansicke, M., Spitzer, C., & Freyberger, H. J. (1999). Dissociative symptoms in obsessive-compulsive dimensions. *Psychopathology*, 32, 319–324.
- Grabill, K., Merlo, L., Duke, D., Harford, K. L., Keeley, M. L., Geffken, G. R., & Storch, E. A. (2008). Assessment of obsessive–compulsive disorder: a review. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1-17.
- Graves, R. E. (2000). Accuracy of regression equation prediction across the range of estimated premorbid IQ. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 22, 316-324.
- Griffin, G. M., Resick, P., & Mechanic, M. B. (1997). Objective assessment of peritraumatic dissociation: Psychophysiological indicators. *American Journal of Psychiatry* 154, 1081–1088.

- Hackmann, A. (2004). *Panic disorder and agoraphobia*. En J. Bennett-Levy, G. Butler, M. Fennell, A. Hackman, M. Mueller, & D. Westbrook (Eds.), *Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy*. Oxford University Press: Oxford.
- Hagenaars, M. A., van Minnen, A., & Hoogduin, K. A. (2010). The impact of dissociation and depression on the efficacy of prolonged exposure treatment for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 19-27.
- Hajcak, G., Huppert, J. D., Simons, R. F., & Foa, E. B. (2004). Psychometric properties of the OCI-R in a college sample. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 115-123.
- Hambleton, R. K., & Kanjee, A. (1995). Increasing the validity of cross-cultural assessments: Use of improved methods for test adaptations. *European Journal of Psychological Assessment*, 11, 147-157.
- Hardy, L., & Parfitt, G. (1991). A catastrophe model of anxiety and performance. *British Journal of Psychology*, 82, 163-178.
- Harrison, J. A., & Watson, D. (1992). *The Dissociative Processes Scale*. Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of Iowa, Iowa City.
- Harvey, A. G. & Bryant, R. A. (1998). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A prospective evaluation of motor vehicle accident survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 507-512.
- Harvey, A. G. & Bryant, R. A. (1999). Dissociative symptoms in acute stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 673-680.
- Harvey, A. G., & Bryant, R. A. (2002). Acute stress disorder: a synthesis and critique. *Psychological Bulletin*, 128(6), 886-902.
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural*

processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment. Oxford University Press: Oxford

- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the new behavior therapies: Mindfulness, acceptance and relationship. En S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 1-29). New York: Guilford.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change.* New York: Guilford.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bisset, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., ... McCurry, S. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553-578.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E., Follette, V., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Holmes, E. A., Brown, R. J., Mansell, W., Fearon, P., Hunter, E. C., Frasquilho, F., & Oakley, D.A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation?: A review and some clinical applications. *Clinical Psychology Review*, 25, 1–23.
- Hollander, E. & Benzaquen, S. D. (1997). The obsessive-compulsive spectrum disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 9, 99-109.
- Hoyer, J., Braeuer, D., Crawcour, S., Klumbies, E., & Kirschbaum, C. (2013). Depersonalization/derealization during acute social stress in social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 178-87.
- Hulin, C. L., & Mayer, L. J. (1986). Psychometric equivalence of a translation of the Job

- Descriptive Index into Hebrew. *Journal of Applied Psychology*, 71, 83-94.
- Hunter, E. C., Phillips, M. L., Chalder, T., Sierra, M., & David, A. S., (2003).
Depersonalisation disorder: A cognitive-behavioural conceptualisation. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1451-1467.
- Hunter, E. C., Salkovskis, P. M., & David, A. S. (2014). Attributions, appraisals and attention for symptoms in depersonalisation disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 53, 20-29.
- Hunter, E. C., Sierra, M., & David, A. S., (2004). The epidemiology of depersonalization and derealisation: A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 9-18.
- Jaycox, L. H., & Foa, E. B. (1999). Obstacles in implementing exposure therapy for PTSD: Case discussions and practical solution. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 176-184.
- Julien, D., O'Connor, K. P., & Aardema, F. (2007) Intrusive thoughts, obsessions, and appraisals in obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 27, 366-383.
- Kenardy, J., Evans, L., & Oei, T. P. (1992). The latent structure of anxiety symptoms in anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1058-1061.
- Kenny, L. M., & Bryant, R. A. (2007). Keeping memories at an arm's length: Vantage point of trauma memories. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1915-1920.
- Kenny, L. M., Bryant, R. A., Silove, D., Creamer, M., O'Donnell, M., & McFarlane, A. C. (2009). Distant memories: a prospective study of vantage point of trauma memories. *Psychological Science*, 20, 1049-52.

- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., ... Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder. *Journal of the American Medical Association*, 289, 3095-3105.
- Khawaja, N. G., & Oei, T. P. (1998). Catastrophic cognitions in panic disorder with and without agoraphobia. *Clinical Psychology Review*, 18, 341-365.
- Kichic, R., Huppert, J. D., López, P., Doria Medina, F., Fajia, C., & Foa, E. B. (2010, Junio). *Obsessive beliefs in Argentinian patients with anxiety disorders*. Poster presentado en el 6th World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies, Boston, Estados Unidos.
- Kluft, R. P. (1988). Dissociative disorders. En R.E. Hales & S. Yudofsky (Eds.). *American psychiatric press textbook of psychiatry*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Kluft, R. P., Steinberg, M., & Spitzer, R. L. (1988). DSM-III-R Revisions in the dissociative disorders: An exploration of their derivation and rationale. *Dissociation*, 1, 39-46.
- Koran, M. L., Hanna, G. L., Hollander, E., Nestadt, G., & Simpson, H. B. (2007). *Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder*. American Psychiatric Association.
- Lambert, M. V., Senior, C., Fewtrell, W. D., Phillips, M. L., & David, A. S. (2001). Primary and secondary depersonalisation disorder: A psychometric study. *Journal of Affective Disorders*, 63, 249-256.
- Leckman, J. F., Grice, D. E., Boardman, J., Zhang, H., Vitale, A., Bondi, C., ... Pauls, D. L. (1997). Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 911-917.

- Leckman, J. F., Denys, D., Simpson, H. B., Mataix-Cols, D., Hollander, E., Saxena, S., ... & Stein, D. J. (2010). Obsessive-compulsive disorder: a review of the diagnostic criteria and possible subtypes and dimensional specifiers for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27, 507-527.
- Lee, W. E, Kwok, C. H., Hunter, E. C., Richards, M., & David, A. S. (2012). Prevalence and childhood antecedents of depersonalization syndrome in a UK birth cohort. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 253-61.
- Lee, K., Noda, Y., Nakano, Y., Ogawa, S., Kinoshita, Y., Funayama, T., & Furukawa, T. (2006). Interoceptive hypersensitivity and interoceptive exposure in patients with panic disorder: specificity and effectiveness. *BMC Psychiatry*, 6, 1-9.
- Leibovich de Figueroa, N. B. (1991). Ansiedad: Algunas concepciones teóricas y su evaluación. En M.M. Casullo, N. Leibovich de Figueroa, & M. Aszkenazi (Eds.), *Teoría y técnicas de evaluación psicológica* (pp. 121-154). Buenos Aires: Psicoteca.
- Levin, M. E., & Hayes, S. C. (2009). ACT, RFT, and contextual behavioral science. En J. T. Blackledge, J. Ciarrochi, & F. P. Deane (Eds.), *Acceptance and Commitment Therapy: Contemporary Research and Practice* (pp. 1-40). Sydney: Australian Academic Press.
- Lewis, A. (1931). The experience of time in mental disorder. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 25, 611-620.
- Lickel, J., Nelson, E., Hayes, A., & Deacon, B. (2008). Interoceptive exposure exercises for evoking depersonalization and derealization: A pilot study. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22, 321-330.
- Litz, B. T. (1992). Emotional numbing in combat-related post-traumatic stress disorder: A

- critical review and reformulation. *Clinical Psychology Review*, 12, 417-432.
- Litz, B. T., Schlenger, W. E., Weathers, F. W., Caddell, J. M., Fairbank, J. A., & LaVange, L. M. (1997). Predictors of emotional numbing in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 607-618.
- Litz, B. T., & Gray, M. J. (2002). Emotional numbing in posttraumatic stress disorder: current and future research directions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 198-204.
- Lobbestael, J., Leurgans, M., & Arntz A. (2011). Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I) and Axis II Disorders (SCID-II). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 75-79.
- Mahaffey, B., Wheaton, M. G., Fabricant, L. E., Berman, N. C., & Abramowitz, J. S. (2013). The contribution of experiential avoidance and social cognitions in the prediction of social anxiety. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41, 52-65.
- Malpica, M. J., Ruiz, V. M., Ávila, A. G., & Lázaro, A. G. (2009). Inventario de Obsesiones y Compulsiones-Revisado (OCI-R): Aplicabilidad a la población general. *Anales de psicología*, 25, 217-226.
- Manos, R. C., Cahill, S. P., Wetterneck, C. T., Conelea, C. A., Ross, A. R., & Riemann, B. C., (2010). The impact of experiential avoidance and obsessive beliefs on obsessive compulsive symptoms in a severe clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 700-708.
- Marquez, M., Seguí, J., Garcia, L., Canet, J., & Ortiz, M. (2001). Is panic disorder with psychosensorial symptoms (depersonalization-derealization) a more severe clinical subtype?. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 332-335.

- Mayer-Gross, W. (1935). On depersonalisation. *British Journal of Medical Psychology*, 15, 103–122.
- McKay, D., Abramowitz, S., Calamari, J. E., Kyrios, M., Radomsky, A. S., Sookman, D., Taylor, S., & Wilhelm, S. (2004). A critical evaluation of obsessive-compulsive subtypes: Symptoms versus mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 24, 283–313.
- McKay, D. & Moretz, M. W. (2008). Interoceptive Cue Exposure for Depersonalization: A Case Series. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 435–439.
- McNally, R. J. (1995). Automaticity and the anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 747-754.
- Merckelbach, H., & Wessel, I. (2000). Memory for actions and dissociation in obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 846-848.
- Meuret, A. E., White, K. S., Ritz, T., Roth, W. T., Hofmann, S. G., & Brown, T. A. (2006). Panic attack symptom dimensions and their relationship to illness characteristics in panic disorder. *Journal of Psychiatry Research*, 40, 520–527.
- Medford, N., Baker, D., Hunter, E., Sierra, M., Lawrence, E., Phillips, M. L., & David, A. S. (2003). Chronic depersonalization following illicit drug use: a controlled analysis of 40 cases. *Addiction*, 98, 1731-1736.
- Medford, N., Sierra, M., Baker, D., & David, A. S. (2005). Understanding and treating depersonalisation disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11, 92-100.
- Michal, M., Beutel, M. E., Jordan, J., Zimmermann, M., Wolters, S., & Heidenreich, T. (2007). Depersonalization, mindfulness, and childhood trauma. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 693-696.

- Michal, M., Glaesmer, H., Zwerenz, R., Knebel, A., Wiltink, J., Brähler, E., & Beutel, M. E. (2011). Base rates for depersonalization according to the 2-item version of the Cambridge Depersonalization Scale (CDS-2) and its associations with depression/anxiety in the general population. *Journal of Affective Disorders*, *128*, 106-111.
- Michal, M., Kaufhold, J., Grabhorn, R., Krakow, K., Overbeck, G., & Heideneich, T. (2005). Depersonalization and social anxiety. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *193*, 629-632.
- Michal, M., Sann, U., Niebecker, M., Lazanowsky, C., Kernhof, K., Aurich, S., ... Berrios, G. E. (2004). Die Erfassung des Depersonalisations-Derealisations-Syndroms mit der Deutschen Version der Cambridge Depersonalisation Scale (CDS). *Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, *54*, 367-374.
- Michal, M., Wiltink, J., Till, Y., Wild, P.S., Blettner, M., & Beutel, M. E. (2011). Distinctiveness and overlap of depersonalization with anxiety and depression in a community sample: Results from the Gutenberg Heart Study. *Psychiatry Research*, *188*, 264-268.
- Michal, W., Wiltink, J., Sbic-Wrana, C., Zwerenz, R., Tuin, I., Lichy, M., ... Beutel, M. E. (2009). Prevalence, correlates, and predictors of depersonalization experiences in the German general population. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *197*, 499-506.
- Michal, M., Zwerenz, R., Tschan, R., Edinger, J., Lichy, M., Knebel, A., ... Beutel, M. (2010). Screening for depersonalization–derealization with two items of the Cambridge Depersonalization Scale. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, *60*, 175–179.
- Miller, P. P., Brown, T. A., DiNardo, P. A., & Barlow, D. H. (1994). The experimental

- induction of depersonalization and derealization in panic disorder and nonanxious subjects. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 511–519.
- Molina, J. J. (2008). *Adaptación y validación al castellano de la Escala de Despersoalización de Cambridge* (Disertación doctoral, Universidad de Córdoba, España). Extraído de <http://helvia.uco.es/xmlui/handle/10396/24/browse?value=Molina+Castillo%2C+Juan+Jos%C3%A9&type=author>
- Molina, J. J., Martínez de la Iglesia, J., Albert Colomer, C., Berrios, G. E., Sierra, M., & Luque, R. (2006). Adaptación y validación al castellano de la Escala de Despersonalización de Cambridge. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34, 185-192.
- Mula, M., Pini, S., Calugi, S., Preve, M., Masini, M., Giovannini, I., ... Cassano, G. B. (2010). Distinguishing affective depersonalization from anhedonia in major depression and bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 51(2), 187-192.
- Mula, M., Pini, S., & Cassano, G. B. (2007). The neurobiology and clinical significance of depersonalization in mood and anxiety disorders: A critical reappraisal. *Journal of Affective Disorders*, 99(1), 91-99.
- Mullet, G. M. (1976). Why regression coefficients have the wrong sign?. *Journal of Quality Technology*, 8, 121-126.
- Neziroglu, F., & Donnelly, K., (2010). *Overcoming depersonalization disorder: A mindfulness & acceptance guide to conquering feelings of numbness & unreality*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Novy, M. D., Stanley, M. A., Averill, P., & Daza, P. (2001). Psychometric comparability of English- and Spanish-language measures of anxiety and related affective symptoms. *Psychological Assessment*, 13, 347-355.

- Noyes, R., & Kletti, R. (1977). Depersonalization in response to life-threatening danger. *Comprehensive Psychiatry*, 18, 375-384.
- Noyes, R., Woodman, C., Carvey, M. J., Cook, B. L., Suelzer, M., Clancy, J., & Anderson, D. (1992). Generalized anxiety disorder vs. panic disorder: Distinguishing characteristics and patterns of comorbidity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 369-379.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG) (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 667-681.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG) (2001). Development and initial validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 987-1006.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG) (2003). Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory: Part I. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 863-878.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG) (2005). Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory-part 2: Factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*, 1527-1542.
- Osborne, J. (2002). Notes on the use of data transformations. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 8. Extraído el 31 de mayo de 2013 de <http://PAREonline.net/getvn.asp?v=8&n=6>.
- Office of Rare Diseases (ORD). *Depersonalization Disorder*. Extraído el 5 de

- Junio Accessed 2009 de
<http://rarediseases.info.nih.gov/gard/6260/depersonalization-disorder/Resources/1>
- Orsillo, S. M., & Roemer, L. (2005). *Acceptance and Mindfulness-Based Approaches to Anxiety: Conceptualization and Treatment*. New York: Springer.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52–73.
- Phillips, M. L., Medford, N., Senior, C., Bullmore, E. T., Suckling, J., Brammer, M. J., ... & David, A. S. (2001). Depersonalization disorder: thinking without feeling. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 108, 145-160.
- Pinto, A., Greenberg, B. D., Grados, M. A., Bienvenu III, O. J., Samuels, J. F., Murphy, D. L., H., ... Nestadt, G. (2008). Further development of YBOCS dimensions in the OCD Collaborative Genetics study: symptoms vs. categories. *Psychiatry Research*, 160, 83-93.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 793-802.
- Rachman, S., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233–248.
- Rapee, R. M., Sanderson, W. C., McCauley, P. A., & Di Nardo, P. A. (1992). Differences in reported symptom profile between panic disorder and other DSM-III-R anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 45-52.
- Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review*, 11, 141-153.
- Roemer, L., Orsillo, S. M., & Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based

- behavior therapy for generalized anxiety disorder: Evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 1083–1089.
- Roemer, L., Salters, K., Raffa, S. D., & Orsillo, S. M. (2005). Fear and avoidance of internal experiences in GAD: Preliminary tests of a conceptual model. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 71-88.
- Ross, C. A., Joshi, S., & Currie, R. (1991) Dissociative experiences in the general population: a factor analysis. *Hospital Community Psychiatry*, 42, 297–301.
- Roth, M. (1959). The Phobic Anxiety-depersonalization Syndrome [Abridged]. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 52, 587-595.
- Roth, M. & Argyle, N. (1988): Anxiety panic and phobic disorder: An overview. *Journal of Psychiatry Research*, 22, 33–54.
- Rothman, K. J. (1990). No adjustments are needed for multiple comparisons. *Epidemiology*, 1, 43-46.
- Rufer, M., Fricke, S., Held, D., Cremer J, & Hand I. (2006). Dissociation and symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder: a replication study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 146-50.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional–compulsive problems: A cognitive–behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571–583.
- Salkovskis, P. M. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: A cognitive account. *Behavioural Psychotherapy*, 19(01), 6-19.
- Salkovskis, P. M. (1996). Avoidance behaviour is motivated by threat beliefs: A possible resolution of the cognition-behaviour debate. En P. M. Salkovskis (Eds), *Key Trends in Cognitive-Behaviour Therapy*. New York: Wiley.

- Salkovskis, P. M., Clark, D. M., Gelder, M. G. (1996). Cognition-behaviour links in the persistence of panic. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 453-8.
- Salkovskis, P. M., & Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions: A replication. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 549-552.
- Salkovskis, P. M., Westbrook, D., Davis, J., Jeavons, A., & Gledhill, A. (1997). Effects of neutralizing on intrusive thoughts: an experiment investigating the etiology of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 211-9.
- Sanderson, W. C., Rapee, R. M., & Barlow, D. H. (1989). The influence of an illusion of control on panic attacks induced via inhalation of 5.5% carbon dioxide-enriched air. *Archives of General Psychiatry*, 46, 157-162
- Schmidt, N. B., & Trakowski, J. (2004). Interoceptive assessment and exposure in panic disorder: A descriptive study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 81-92.
- Schoenberg, P. L., Sierra, M., & David, A. S. (2012). Psychophysiological investigations in depersonalization disorder and effects of electrodermal biofeedback. *Journal of Trauma & Dissociation*, 13, 311-329.
- Sedman, G., & Reed, G. F. (1963). Depersonalization phenomena in obsessional personalities and in depression. *British Journal of Psychiatry*, 109, 376-379.
- Seguí, J., Márquez, M., García, L., Canet, J., Salvador-Carulla, L., Ortiz, M., (2000). Depersonalisation in panic disorder: A clinical study. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 172-178.
- Shorvon, H. (1946). The depersonalization syndrome. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 39, 779-792.
- Sierra, M. (2008). Depersonalization disorder: Pharmacological approaches. *Expert Review*

- of Neurotherapeutics*, 8, 19-26.
- Sierra, M. (2009). *Depersonalization: A new look at a neglected syndrome*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sierra, M., Baker, D., Medford, N., & David, A.S. (2005). Unpacking the depersonalization syndrome: An exploratory factor analysis on the Cambridge Depersonalization Scale. *Psychological Medicine*, 35, 1523-32.
- Sierra, M., & Berrios, G. E. (1997). Depersonalization: A conceptual history. *History of Psychiatry*, 8, 213-229.
- Sierra, M., & Berrios, G. E. (1998). Depersonalization: Neurobiological perspectives. *Biological Psychiatry*, 44, 898-908.
- Sierra, M., & Berrios, G. E. (2000). The Cambridge Depersonalisation Scale: A new instrument for the measurement of depersonalisation. *Psychiatry Research*, 93, 153-164.
- Sierra, M. & Berrios, G. E. (2001). The phenomenological stability of depersonalization: comparing the old with the new. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 189, 629-36.
- Sierra, M. & David, A. S. (2007). Depersonalization and individualism: The effect of culture on symptom profiles in panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 989-995.
- Sierra, M., & David, A. S. (2011). Depersonalization: A selective impairment of self-awareness. *Consciousness and Cognition*, 20, 99-108.
- Sierra, M., Gomez, J., Molina, J.J., Luque, R., Muñoz, J., & David, A. S. (2006). Depersonalization in psychiatric patients: A transcultural study. *Journal of Nervous*

- and Mental Disease*, 194, 356-361.
- Sierra, M., Lopera, F., Lambert, M. V., Phillips, M. L., & David, A. D. (2002). Separating depersonalisation and derealisation: The relevance of the "lesion method". *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 72, 53-532.
- Sierra, M., Medford, N., Wyatt, G., & David, A. S. (2012). Depersonalization disorder and anxiety: A special relationship?. *Psychiatry Research*, 197, 123-127.
- Sierra, M., Senior, C., Dalton, J., McDonough, M., Bond, A., Phillips, M. L., ... David, A. S. (2002). Autonomic response in depersonalization disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59, 833-838.
- Simeon, D. S. & Abugel, J. (2008). *Feeling unreal: Depersonalization disorder and the loss of the self*. Oxford: Oxford University Press.
- Simeon, D. S., Gross, S., Guralnik, O., Stein, D. J., Schmeidler, J., & Hollander, E. (1997). Feeling unreal: 30 cases of DSM-III-R depersonalization disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1107-1113.
- Simeon, D. S., Hwu, R., & Knutelska, M. (2007). Temporal disintegration in depersonalization disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 8, 11-24.
- Simeon, D. S., Kozin, D. S., Segal, K., & Lerch, B. (2009). Is depersonalization disorder initiated by illicit drug use any different? A survey of 394 adults. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 1358-1364.
- Simeon, D. S., Kozin, D.S., Segal, K., Lerch, B., Dujour, R., & Giesbrecht, T. (2008). Deconstructing depersonalization: Further evidence for symptom clusters. *Psychiatry Research*, 157, 303-306.
- Simeon, D. S., Riggio-Rosen, M., Guralnik, O., Knitelska, M., & Nelson, D. (2003).

- Depersonalization disorder: Dissociation and affect. *Journal of Trauma and Dissociation*, 4, 63-76.
- Somer, E., Amos-Williams, T., & Stein, D. J. (2013). Evidence-based treatment for Depersonalisation-derealisation Disorder (DPRD). *BMC Psychology*, 1, 1-13.
- Spiegel, D., Loewenstein, R. J., Lewis-Fernández, R., Sar, V., Simeon, D.S., Vermetten, E., ... Dell, P.F. (2011). Dissociative disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28, 824-852.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1970.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., Vagg, P. R., & Jacobs, G.A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI*. Mountain View, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D., & Reheiser, E. C. (2009). Assessment of emotions: Anxiety, anger, depression, and curiosity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1, 271-302.
- Spitzer, R. L., & Wakefield, J. C. (1999). DSM-IV diagnostic criterion for clinical significance: does it help solve the false positives problem?. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1856-1864.
- Stevens, J. P. (1984). Outliers and influential data points in regression analysis. *Psychological Bulletin*, 95, 334-344.
- Sugiura, M., Hirose, M., Tanaka, S., Nishi, Y., Yamada, Y., & Mizuno, M. (2009). Reliability and validity of a Japanese version of the Cambridge Depersonalization Scale as a screening instrument for depersonalization disorder. *Psychiatry and*

- Clinical Neurosciences*, 63, 314-321.
- Summerfeldt, L.J., Huta, V., & Swinson, R.P. (1998). Personality and obsessive-compulsive disorder. En R.P. Swinson, M.M. Antony, S. Rachman, & M.A. Richter, (Eds.), *Obsessive-Compulsive Disorder: Theory, Research, and Treatment*. Guilford Press, New York, p. 79-119.
- Summerfeldt, L. J., Richter, M. A., Antony, M. M., & Swinson, R. P. (1999). Symptom structure in obsessive-compulsive disorder: a confirmatory factor-analytic study. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 297-311.
- Taylor, S., Abramowitz, J. S., McKay, D., Calamari, J. E., Sookman, D., Kyrios, M. & Carmin, C. (2006). Do dysfunctional beliefs play a role in all types of obsessive-compulsive disorder?. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 85-97.
- Taylor, S., Coles, M. E., Abramowitz, J. S., Wu, K. D., Olatunji, B. O., Timpano, K. R., ... Tolin, D. F. (2010). How are dysfunctional beliefs related to obsessive-compulsive symptoms?. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 24, 165-176.
- Taylor, P. J., Gooding, P., Wood, A. M., & Tarrier, N. (2011). The role of defeat and entrapment in depression, anxiety, and suicide. *Psychological Bulletin*, 137, 391-420.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Przeworski, A., & Foa, E. B. (2002). Thought suppression in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1255-1274.
- Tolin, D. F., Woods, C. M., & Abramowitz, J. S. (2003). Relationship between obsessive beliefs and obsessive-compulsive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 657-669.
- Torch, E. M. (1978). Review of the relationship between obsession and depersonalization.

- Acta Psychiatrica Scandinavica*, 58, 191-8.
- Torch, E. M. (1981). Depersonalization syndrome: an overview. *The Psychiatry Quarterly*, 53, 249-58.
- Trueman, D. (1984a). Depersonalization in a nonclinical population. *Journal of Psychology*, 116, 107-112.
- Trueman, D. (1984b). Anxiety and depersonalization and derealization experiences. *Psychological Reports*, 54, 91-96.
- Twohig, M. P. (2012). Introduction: Acceptance and Commitment Therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 499-507.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., Plumb, J. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-Stevens, H., & Woidneck, M. R. (2010). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy vs. progressive relaxation training for obsessive compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 705-716.
- Viar, M. A., Bilsky, S. A., Armstrong, T., & Olatunji, B. O. (2011). Obsessive beliefs and dimensions of obsessive-compulsive disorder: an examination of specific associations. *Cognitive Therapy and Research*, 35, 108-17.
- Walker, R., Gregory, J., Oakley Jr, S., Bloch, R., & Gardner, M. (1996). Reduction in dissociation due to aging and cognitive deficit. *Comprehensive Psychiatry*, 37(1), 31-36.
- Warren, R., Gershuny, B. S., & Sher, K. J. (2002). Cognitions in subclinical obsessive-compulsive disorder. En R. O. Frost & Steketee (Eds.). *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions: Theory, Assessment, and Treatment*. Oxford: Pergamon.
- Warren, R., Zgourides, G., & Englert, M. (1990). Relationships between catastrophic

- cognitions and body sensations in anxiety disordered diagnosis, and normal subjects. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 355-357.
- Watson, D., Wu, K. D., & Cutshall, C. (2004). Symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder and their relation to dissociation. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 435-458.
- Weiner, E. & McKay, D. (2013). A preliminary evaluation of repeated exposure for depersonalization and derealization. *Behavior Modification*, 37, 226-242.
- Wilson, K. G., Bordieri, M., Flynn, M. K., Lucas, N., & Slater, R. (2012). Understanding Acceptance and Commitment Therapy in Context: A History of Similarities and Differences with Other Cognitive Behavior Therapies. En J. Herbert & E. Forman (Eds.) *Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Wing, J. K., Cooper, J. E., & Sartorius, N. (1974). *The Measurement and Classification of Psychiatric Symptomatology*. Cambridge University Press: Cambridge.
- World Health Organization (1992). *ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- Yerkes, R. M. & Dodson, J. D. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. *Journal of Comparative Neurology and Psychology*, 18, 459-482.
- Zinbarg, R. E., & Barlow, D. H. (1996). Structure of anxiety and the anxiety disorders: a hierarchical model. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 181-193.

ANEXO TABLAS

Tabla 4

Número y Proporción de Participantes por Grupo que Informaron tener los Síntomas de Despersonalización Evaluados con la CDS

Variable	Grupo trastornos de ansiedad (n = 70)		Grupo participantes de la comunidad (n = 70)		Estadístico
	Número	%	Número	%	
CDS ítem 1	29	41.4	12	17.1	$(X^2(1, N = 140) = 9.97, p = .002)$
CDS ítem 2	19	27.1	6	8.6	$(X^2(1, N = 140) = 8.23, p = .004)$
CDS ítem 3	12	17.1	5	7.1	$(X^2(1, N = 140) = 3.28, p = .07)$
CDS ítem 4	27	38.6	30	42.9	$(X^2(1, N = 140) = .27, p = .606)$
CDS ítem 5	56	80	18	25.7	$(X^2(1, N = 140) = 41.39, p = .000)$
CDS ítem 6	33	47.1	15	21.4	$(X^2(1, N = 140) = 10.27, p = .001)$
CDS ítem 7	19	27.1	3	4.3	$(X^2(1, N = 140) = 13.81, p = .000)$
CDS ítem 8	19	27.1	7	10	$(X^2(1, N = 140) = 6.80, p = .009)$
CDS ítem 9	14	20	4	5.7	$(X^2(1, N = 140) = 6.37, p = .012)$
CDS ítem 10	20	28.6	8	11.4	$(X^2(1, N = 140) = 6.43, p = .011)$
CDS ítem 11	11	15.7	2	2.9	$(X^2(1, N = 140) = 6.87, p = .009)$
CDS ítem 12	4	5.7	2	2.9	$(X^2(1, N = 140) = 0.70, p = .40)$
CDS ítem 13	21	30	5	7.1	$(X^2(1, N = 140) = 12.1, p = .001)$
CDS ítem 14	32	45.7	25	35.7	$(X^2(1, N = 140) = 1.45, p = .229)$

CDS ítem 15	14	20	8	11.4	$(X^2(1, N = 140) = 1.94, p = .164)$
CDS ítem 16	23	32.9	17	24.3	$(X^2(1, N = 140) = 1.26, p = .262)$
CDS ítem 17	43	61.4	45	64.3	$(X^2(1, N = 140) = 0.12, p = .726)$
CDS ítem 18	26	37.1	7	10	$(X^2(1, N = 140) = 14.31, p = .000)$
CDS ítem 19	6	8.6	3	4.3	$(X^2(1, N = 140) = 1.07, p = .301)$
CDS ítem 20	5	7.1	4	5.7	$(X^2(1, N = 140) = 0.12, p = .703)$
CDS ítem 21	9	12.9	7	10	$(X^2(1, N = 140) = 0.28, p = .595)$
CDS ítem 22	2	2.9	1	1.4	$(X^2(1, N = 140) = 0.34, p = .559)$
CDS ítem 23	14	20	1	1.4	$(X^2(1, N = 140) = 12.62, p = .000)$
CDS ítem 24	18	25.7	6	8.6	$(X^2(1, N = 140) = 7.24, p = .007)$
CDS ítem 25	6	8.6	1	1.4	$(X^2(1, N = 140) = 3.76, p = .053)$
CDS ítem 26	27	38.6	6	8.6	$(X^2(1, N = 140) = 17.48, p = .000)$
CDS ítem 27	7	10	1	1.4	$(X^2(1, N = 140) = 4.77, p = .029)$
CDS ítem 28	16	22.9	4	5.7	$(X^2(1, N = 140) = 8.4, p = .004)$
CDS ítem 29	3	4.3	3	4.3	$(X^2(1, N = 140) = 0, p = 1)$

Nota. CDS = Cambridge Depersonalization Scale.

Tabla 6

Correlaciones de Pearson entre Medidas de Interpretaciones Catastróficas, Evitación Experiencial, y Síntomas de Despersonalización en Participantes de la Comunidad y en Pacientes con Trastornos de Ansiedad ($n = 140$)

Variables	CDS total	Subescalas CDS			
		EAC	EA	EAR	DR
ACQ-Total	.67**	.58**	.56**	.42**	.58**
ACQ-PC	.65**	.52**	.56**	.44**	.55**
ACQ-PF	.49**	.49**	.39**	.28**	.44**
AAQ	.53**	.37**	.42**	.28**	.53**

Nota. ACQ = Agoraphobic Cognitions Questionnaire; PC = interpretaciones catastróficas acerca de la pérdida de control; PF = interpretaciones o creencias acerca de padecer enfermedades físicas potencialmente mortales; AAQ = Acceptance and Action Questionnaire; CDS = Cambridge Depersonalization Scale; ECA = experiencias corporales anómalas; EA = embotamiento afectivo; EAR = experiencias anómalas del recordar; DR = desrealización. * $p < .05$ ** $p < .01$.

Tabla 7

Correlaciones Parciales entre Variables Teóricas y Síntomas de Despersonalización en Participantes de la Comunidad y en Pacientes con Trastornos de Ansiedad ($n = 137$)

Variabes teóricas	Despersonalización	Controlado por	Correlación parcial
ACQ-Total	CDS-Total	AAQ	.53**
ACQ-Total	CDS-ECA	AAQ	.49**
ACQ-Total	CDS-EA	AAQ	.43**
ACQ-Total	CDS-ASR	AAQ	.34**
ACQ-Total	CDS-DR	AAQ	.42**
ACQ-PC	CDS-Total	AAQ	.51**

ACQ-PC	CDS-ECA	AAQ	.41**
ACQ-PC	CDS-EA	AAQ	.43**
ACQ-PC	CDS-ASR	AAQ	.36**
ACQ-PC	CDS-DR	AAQ	.38**
ACQ-PF	CDS-Total	AAQ	.37**
ACQ-PF	CDS-ECA	AAQ	.41**
ACQ-PF	CDS-EA	AAQ	.28*
ACQ-PF	CDS-ASR	AAQ	.19*
ACQ-PF	CDS-DR	AAQ	.31**
AAQ	CDS-Total	ACQ-Total	.28*
AAQ	CDS-ECA	ACQ-Total	.08
AAQ	CDS-EA	ACQ-Total	.18*
AAQ	CDS-ASR	ACQ-Total	.07
AAQ	CDS-DR	ACQ-Total	.32**

Nota. ACQ = Agoraphobic Cognitions Questionnaire; PC = interpretaciones catastróficas acerca de la pérdida de control; PF = interpretaciones o creencias acerca de padecer enfermedades físicas potencialmente mortales; AAQ = Acceptance and Action Questionnaire; CDS = Cambridge Depersonalization Scale; ECA = experiencias corporales anómalas; EA = embotamiento afectivo; EAR = experiencias anómalas del recordar; DR = desrealización. * $p < .05$ ** $p < .01$.

Tabla 8

Resumen de la Regresión Lineal Múltiple con el Método de Selección de Variables por Pasos para Predecir el Puntaje Global Transformado de la Escala CDS en las Muestras de Pacientes Ansiosos y Participantes de la Comunidad ($n = 140$)

Variable	B no estandarizada	ES (B)	β estandarizada	R ²	R ² ajustado	<i>t</i>	<i>p</i>
Constante	-3.729	1.395				-2.672	.008
BDI-II	.085	.017	.451	.653	.643	4.900	.000
ACQ-PC	1.651	.831	.147			1.987	.049
ACQ-PF	1.940	.761	.150			2.549	.012
STAI-T	.034	.016	.192			2.118	.036

Tabla 9

Resumen de la Regresión Lineal Múltiple con el Método de Selección de Variables por Pasos para Predecir el Puntaje Transformado de la Subescala CDS-ECA en las Muestras de Pacientes Ansiosos y Participantes de la Comunidad ($n = 139$)

Variable	B no estandarizada	ES (B)	β estandarizada	R ²	R ² ajustado	<i>t</i>	<i>p</i>
Constante	-1.600	.704				-2.271	.025
BDI-II	.056	.007	.534	.477	.469	7.741	.000
ACQ-PF	1.790	.473	.261			3.784	.000

Tabla 10

Resumen de la Regresión Lineal Múltiple con el Método de Selección de Variables por Pasos para Predecir el Puntaje Transformado de la Escala CDS-EA en las Muestras de Pacientes Ansiosos y Participantes de la Comunidad ($n = 139$)

Variable	B no estandarizada	ES (B)	β estandarizada	R ²	R ² ajustado	<i>t</i>	<i>p</i>
Constante	.511	.200				2.550	.012
BDI-II	.055	.007	.574	.469	.461	7.865	.000
BSQ	.018	.007	.180			2.460	.015

Tabla 11

Resumen de la Regresión Lineal Múltiple con el Método de Selección de Variables por Pasos para Predecir el Puntaje Transformado de la Subescala CDS-EAR en las Muestras de Pacientes Ansiosos y Participantes de la Comunidad ($n = 139$)

Variable	B no estandarizada	ES (B)	β estandarizada	R ²	R ² ajustado	<i>t</i>	<i>p</i>
Constante	1.047	.190				5.507	.000
STAI-T	.021	.007	1.047	.239	.228	.190	.004
ACQ-PC	.326	.131	.247			2.482	.014

Tabla 12

Resumen de la Regresión Lineal Múltiple con el Método de Selección de Variables por Pasos para Predecir el Puntaje Transformado de la Subescala CDS-DR en las Muestras de Pacientes Ansiosos y Participantes de la Comunidad ($n = 139$)

Variable	B no estandarizada	ES (B)	β estandarizada	R^2	R^2 ajustado	t	p
Constante	.765	.174				4.382	.000
BDI-II	.072	.006	.717	.623	.617	12.354	.000
ACQ-PF	.307	.122	.146			2.520	.013

Tabla 14

Correlaciones de Pearson entre Medidas de Síntomas Obsesivo-Compulsivos, Creencias Obsesivas, Frecuencia y Malestar Asociado a los Pensamientos Indeseados, y Despersonalización en Participantes de la Comunidad y en Pacientes con Trastornos de Ansiedad ($n = 140$)

Variables	CDS total	Subescalas CDS			
		EAC	EA	EAR	DR
OCIR-Total	.64**	.49**	.54**	.30**	.59**
OCIR-L	.48**	.32**	.45**	.23**	.43**
OCIR-CH	.50**	.31**	.47**	.14	.52**
OCIR-OR	.45**	.40**	.39**	.37**	.31**
OCIR-OB	.62**	.51**	.54**	.25**	.57**
OCIR-AC	.42**	.30**	.33**	.16	.41**
OCIR-N	.44**	.34**	.32**	.22**	.41**
III-31-Total	.55**	.46**	.43**	.29**	.50**
III-31-Frecuencia ^a	.44**	.38**	.36**	.09	.48**
III-31-Malestar ^b	.52**	.42**	.43**	.22**	.55**
III-31-NC	.53**	.46**	.38**	.28**	.49**
III-31-IP	.56**	.47**	.45**	.32**	.50**
III-31-R	.49**	.41**	.40**	.25**	.46**

Nota. OCIR = Obsessive Compulsive Inventory-Revised; L = Limpieza; CH = Chequeo; OR = Orden; OB = Obsesividad; AC= Acumulación; N = Neutralización; III-31 = Interpretation of Intrusions Inventory; Total = puntaje total; Frecuencia = frecuencia de los pensamientos indeseados; Malestar = grado de malestar que producen los pensamientos indeseados; NC = Necesidad de control de los pensamientos; IP = Importancia de los pensamientos; R =

Responsabilidad; CDS = Cambridge Depersonalization Scale; ECA = experiencias corporales anómalas; EA = embotamiento afectivo; EAR = experiencias anómalas del recordar; DR = desrealización. ^a $n = 132$; ^b $n = 135$. * $p < .05$ ** $p < .01$.

Tabla 15

Correlaciones Parciales entre Medidas de Síntomas Obsesivo-Compulsivos, Creencias Obsesivas, Frecuencia y Malestar Asociado a los Pensamientos Indeseados, y Despersonalización en Participantes de la Comunidad y en Pacientes con Trastornos de Ansiedad Mientras se Controla por Puntajes en la STAI-T ($n = 137$)

Variables	CDS total	Subescalas CDS			
		EAC	EA	EAR	DR
OCIR-Total	.28**	.21*	.19*	-.02	.20*
OCIR-L	.16	.06	.18*	0	.10
OCIR-CH	.17*	.04	.19*	-.14	.22**
OCIR-OR	.24**	.23**	.18*	.23**	.03
OCIR-OB	.26**	.27**	.21*	-.73	.19*
OCIR-AC	.15	.10	.07	-.05	.15
OCIR-N	.11	.10	-.01	-.02	.09
III-31-Total	.22*	.24**	.10	.04	.15
III-31-Frecuencia ^a	.18*	.18*	.09	-.14	.24**
III-31-Malestar ^b	.14	.17	.08	-.06	.22*
III-31-NC	.16	.22*	-.03	.01	.09
III-31-IP	.26**	.27**	.15	.09	.17
III-31-R	.21*	.20*	.13	.03	.18*

Nota. OCIR = Obsessive Compulsive Inventory-Revised; L = Limpieza; CH = Chequeo; OR = Orden; OB = Obsesividad; AC= Acumulación; N = Neutralización; III-31 = Interpretation of Intrusions Inventory; Total = puntaje total; Frecuencia = frecuencia de los pensamientos indeseados; Malestar = grado de malestar que producen los pensamientos indeseados; NC = Necesidad de control de los pensamientos; IP = Importancia de los pensamientos; R = Responsabilidad; CDS = Cambridge Depersonalization Scale; ECA = experiencias corporales anómalas; EA = embotamiento afectivo; EAR = experiencias anómalas del recordar; DR = desrealización. ^a $n = 129$; ^b $n = 132$. * $p < .05$ ** $p < .01$.

Tabla 16

Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Global Transformado de la Escala CDS en las Muestras de Pacientes Ansiosos y Participantes de la Comunidad ($n = 131$)

Variable	B no estandarizada	ES (B)	β estandarizada	R^2	R^2 ajustado	t	p
Constante	.401	.315				1.273	.205
STAI-T	.119	.011	.658	.579	.572	10.544	.000
OCIR-OR	.152	.047	.202			3.241	.002

Tabla 17

Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Transformado de la Subescala CDS-ECA en la Muestra de Pacientes Ansiosos y Participantes de la Comunidad ($n = 130$)

Variable	B no estandarizada	ES (B)	β estandarizada	R ²	R ² ajustado	t	p
Constante	.427	.216				1.975	.050
OCIR-OB	.502	.127	.347	.391	.377	3.949	.000
OCIR-OR	.086	.029	.218			2.945	.004
III31-Total	.000	.000	.232			2.699	.008

Tabla 18

Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Transformado de la Subescala CDS-EA en la Muestra de Pacientes Ansiosos y Participantes de la Comunidad ($n = 129$)

Variable	B no estandarizada	ES (B)	β estandarizada	R ²	R ² ajustado	t	p
Constante	-.073	.208				-.351	.726
STAI-T	.041	.008	.448	.462	.454	4.955	.000
OCIR-Total	.219	.069	.288			3.181	.002

Tabla 19

Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Transformado de la Subescala CDS-EAR en la Muestra de Pacientes Ansiosos y Participantes de la Comunidad ($n = 131$)

Variable	B no estandarizada	ES (B)	β estandarizada	R ²	R ² ajustado	t	p
Constante	1.430	.192				6.983	.000
STAI-T	.034	.007	.464	.297	.281	4.378	.000
OCIR-OR	.098	.026	.318			3.045	.003
OCIR-CH	-.295	.115	-.239				

Tabla 20

Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Transformado de la Subescala CDS-DR en la Muestra de Pacientes Ansiosos y Participantes de la Comunidad ($n = 131$)

Variable	B no estandarizada	ES (B)	β estandarizada	R ²	R ² ajustado	t	p
Constante	-.122	.242				-.504	.615
STAI-T	.055	.007	.583	.566	.556	7.854	.000
III-31-Frecuencia	.314	.128	.160			2.458	.015
OCIR-AC	.097	.044	.151			2.220	.028

Tabla 25

Correlaciones de Pearson entre Medidas de Interpretaciones Catastróficas, Evitación Experiencial, y Síntomas de Despersonalización en Participantes de la Comunidad ($n = 70$)

Variables	CDS total	Subescalas CDS			
		EAC	EA	EAR	DR
ACQ-Total	.63**	.59**	.46**	.45**	.57**
ACQ-PC	.66**	.60**	.48**	.49**	.56**
ACQ-PF	.41**	.42**	.29*	.26*	.43**
AAQ	.47**	.26*	.38**	.35**	.36**

Nota. ACQ = Agoraphobic Cognitions Questionnaire; PC = interpretaciones catastróficas acerca de la pérdida de control; PF = interpretaciones o creencias acerca de padecer enfermedades físicas potencialmente mortales; AAQ = Acceptance and Action Questionnaire; CDS = Cambridge Depersonalization Scale; ECA = experiencias corporales anómalas; EA = embotamiento afectivo; EAR = experiencias anómalas del recordar; DR = desrealización. * $p < .05$ ** $p < .01$.

Tabla 26

Correlaciones Parciales entre Variables Teóricas y Síntomas de Despersonalización en Participantes de la Comunidad ($n = 67$)

VARIABLES TEÓRICAS	DESPERSONALIZACIÓN	CONTROLADO POR	CORRELACIÓN PARCIAL
ACQ-Total	CDS-Total	AAQ	.55**
ACQ-Total	CDS-ECA	AAQ	.55**
ACQ-Total	CDS-EA	AAQ	.36**
ACQ-Total	CDS-ASR	AAQ	.36**
ACQ-Total	CDS-DR	AAQ	.50**
ACQ-PC	CDS-Total	AAQ	.58**
ACQ-PC	CDS-ECA	AAQ	.55**
ACQ-PC	CDS-EA	AAQ	.39**
ACQ-PC	CDS-ASR	AAQ	.41**
ACQ-PC	CDS-DR	AAQ	.48**
ACQ-PF	CDS-Total	AAQ	.35**
ACQ-PF	CDS-ECA	AAQ	.39**
ACQ-PF	CDS-EA	AAQ	.22
ACQ-PF	CDS-ASR	AAQ	.19
ACQ-PF	CDS-DR	AAQ	.38**
AAQ	CDS-Total	ACQ-Total	.32**
AAQ	CDS-ECA	ACQ-Total	.04
AAQ	CDS-EA	ACQ-Total	.25*
AAQ	CDS-ASR	ACQ-Total	.22
AAQ	CDS-DR	ACQ-Total	.19

Nota. ACQ = Agoraphobic Cognitions Questionnaire; PC = interpretaciones catastróficas acerca de la pérdida de control; PF = interpretaciones o creencias acerca de padecer enfermedades físicas potencialmente mortales; AAQ = Acceptance and Action Questionnaire; CDS = Cambridge Depersonalization Scale; ECA = experiencias corporales anómalas; EA = embotamiento afectivo;

EAR = experiencias anómalas del recordar; DR = desrealización. * $p < .05$ ** $p < .01$.

Tabla 27

Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Global Transformado de la Escala CDS en Participantes de la Comunidad ($n = 68$)

Variable	B no estandarizada	ES (B)	β estandarizada	R ²	R ² ajustado	<i>t</i>	<i>p</i>
Constante	-4.619	1.421				-3.252	.002
BDI-II	.620	.151	.443	.583	.570	4.095	.000
ACQ-PC	3.817	1.057	.391			3.612	.001

Tabla 28

Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Transformado de la Subescala CDS-ECA en Participantes de la Comunidad ($n = 67$)

Variable	B no estandarizada	ES (B)	β estandarizada	R ²	R ² ajustado	<i>t</i>	<i>p</i>
Constante	-2.740	.631				-4.345	.000
ACQ-PC	2.664	.404	.633	.401	.391	6.590	.000

Tabla 29

Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Transformado en la Subescala CDS-EA en Participantes de la Comunidad ($n = 67$)

Variable	B no estandarizada	ES (B)	β estandarizada	R ²	R ² ajustado	<i>t</i>	<i>p</i>
Constante	.721	.124				5.807	.000
BDI-II	.212	.046	.493	.243	.231	4.564	.000

Tabla 30

Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Transformado en la Subescala CDS-EAR en Participantes de la Comunidad ($n = 68$)

Variable	B no estandarizada	ES (B)	β estandarizada	R ²	R ² ajustado	<i>t</i>	<i>p</i>
Constante	.996	.202				4.92	.000
BDI-II	.394	.075	.545	.297	.286	5.279	.000

Tabla 31

Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Transformado en la Subescala CDS-DR en Participantes de la Comunidad ($n = 70$)

Variable	B no estandarizada	ES (B)	β estandarizada	R ²	R ² ajustado	<i>t</i>	<i>p</i>
Constante	.329	.157				2.096	.040
BDI-II	.264	.093	.403	.524	.510	2.835	.006
STAI-T	.028	.011	.359			2.525	.014

Tabla 33

Correlaciones de Pearson entre Medidas de Síntomas Obsesivo-Compulsivos, Creencias Obsesivas, Frecuencia y Malestar asociado a los Pensamientos Indeseados, y Despersonalización en Participantes de la Comunidad ($n = 70$)

Variables	CDS total	Subescalas CDS			
		EAC	EA	EAR	DR
OCIR-Total	.58**	.39**	.48**	.47**	.47**
OCIR-L	.42**	.27*	.37**	.34**	.37**
OCIR-CH	.40**	.21	.36**	.36**	.37**
OCIR-OR	.34**	.14	.26*	.34**	.17
OCIR-OB	.57**	.45**	.59**	.46**	.47**
OCIR-AC	.26*	.27*	.21	.09	.24*
OCIR-N	.42**	.31**	.37**	.35**	.46**
III-31-Total	.50**	.49**	.41**	.40**	.47**
III-31-Frecuencia ^a	.34**	.38**	.29*	.26*	.29*
III-31-Malestar ^b	.36**	.29*	.36**	.20	.42**
III-31-NC	.48**	.47**	.39**	.37**	.45**
III-31-IP	.49**	.48**	.44**	.43**	.35**
III-31-R	.42**	.38**	.31**	.32**	.47**

Nota. OCIR = Obsessive Compulsive Inventory-Revised; L = Limpieza; CH = Chequeo; OR = Orden; OB = Obsesividad; AC = Acumulación; N = Neutralización; III-31 = Interpretation of Intrusions Inventory; Total = puntaje total; Frecuencia = frecuencia de los pensamientos indeseados; Malestar = grado de malestar que producen los pensamientos indeseados; NC = Necesidad de control de los pensamientos; IP = Importancia de los pensamientos; R = Responsabilidad; CDS = Cambridge Depersonalization Scale; ECA = experiencias corporales

anómalas; EA = embotamiento afectivo; EAR = experiencias anómalas del recordar; DR = desrealización. ^a $n = 64$; ^b $n = 67$. * $p < .05$ ** $p < .01$.

Tabla 34

Correlaciones Parciales entre Medidas de Síntomas Obsesivo-Compulsivos, Creencias Obsesivas, Frecuencia y Malestar Asociado a los Pensamientos Indeseados, y Despersonalización en Participantes de la Comunidad luego de Controlarse por Puntajes en la STAI-T ($n = 65$)

Variables	CDS total	Subescalas CDS			
		EAC	EA	EAR	DR
OCIR-Total	.33**	.13	.25*	.27*	.13
OCIR-L	.24*	.10	.22	.19	.15
OCIR-CH	.20	.01	.19	.20	.15
OCIR-OR	.26*	.04	.17.	.26*	.03
OCIR-OB	.27*	.21	.39**	.23	.10
OCIR-AC	.07	.13	.06	-.08	.03
OCIR-N	.15	.08	.15	.15	.21
III-31-Total	.27*	.32*	.25	.20	.21
III-31-Frecuencia ^a	.26*	.32*	.21	.18	.20
III-31-Malestar ^b	.03	.05	.11	-.06	.14
III-31-NC	.24	.30*	.21	.16	.18
III-31-IP	.29*	.34*	.30*	.26*	.07
III-31-R	.24*	.22	.17	.17	.29*

Nota. OCIR = Obsessive Compulsive Inventory-Revised; L = Limpieza; CH = Chequeo; OR = Orden; OB = Obsesividad; AC= Acumulación; N = Neutralización; III-31 = Interpretation of

Intrusions Inventory; Total = puntaje total; Frecuencia = frecuencia de los pensamientos indeseados; Malestar = grado de malestar que producen los pensamientos indeseados; NC = Necesidad de control de los pensamientos; IP = Importancia de los pensamientos; R = Responsabilidad; CDS = Cambridge Depersonalization Scale; ECA = experiencias corporales anómalas; EA = embotamiento afectivo; EAR = experiencias anómalas del recordar; DR = desrealización. ^a $n = 59$; ^b $n = 62$. * $p < .05$ ** $p < .01$.

Tabla 35

Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Global Transformado de la Escala CDS en Participantes de la Comunidad ($n = 64$)

Variable	B no estandarizada	ES (B)	β estandarizada	R ²	R ² ajustado	t	p
Constante	.277	.429				646	.521
STAI-T	.080	.018	.497	.482	.465	4.517	.000
OCIR-Total	.404	.156	.284			2.583	.012

Tabla 36

Resumen de la regresión lineal múltiple para predecir el puntaje transformado de la subescala CDS-ECA en Participantes de la Comunidad ($n = 63$)

Variable	B no estandarizada	ES (B)	β estandarizada	R ²	R ² ajustado	t	p
Constante	.715	.158				4.538	.000
STAI-T	.026	.008	.373	.332	.310	3.164	.002
III-31-Total	.021	.008	.304			2.578	.012

Tabla 37

Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Transformado de la Subescala CDS-EA en Participantes de la Comunidad ($n = 63$)

Variable	B no estandarizada	ES (B)	β estandarizada	R ²	R ² ajustado	t	p
Constante	.566	.142					
STAI-T	.018	.006	.357	.345	.323	2.779	.007
OCIR-OB	.260	.110	.304			2.367	.021

Tabla 38

Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Transformado de la Subescala CDS-EAR en Participantes de la Comunidad ($n = 64$)

Variable	B no estandarizada	ES (B)	β estandarizada	R ²	R ² ajustado	t	p
Constante	1.348	.193				6.976	.000
STAI-T	.037	.009	.462	.213	.201	4.099	.000

Tabla 39

Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Transformado de la Subescala CDS-DR en Participantes de la Comunidad ($n = 64$)

Variable	B no estandarizada	ES (B)	β estandarizada	R ²	R ² ajustado	t	p
Constante	.498	.162				3.064	.003
STAI-T	.055	.008	.681	.464	.455	7.328	.000

Tabla 42

Correlaciones de Pearson entre Medidas de Interpretaciones Catastróficas, Evitación Experiencial, y Síntomas de Despersonalización en Pacientes con Trastornos de Ansiedad ($n = 70$)

Variables	CDS total	Subescalas CDS			
		EAC	EA	EAR	DR
ACQ-Total	.52**	.45**	.45**	.39**	.33**
ACQ-PC	.50**	.35**	.46**	.40**	.33**
ACQ-PF	.33**	.37**	.25*	.23	.20
AAQ	.31**	.17	.22	.18	.31**

Nota. ACQ = Agoraphobic Cognitions Questionnaire; PC = interpretaciones catastróficas acerca de la pérdida de control; PF = interpretaciones o creencias acerca de padecer enfermedades físicas potencialmente mortales; AAQ = Acceptance and Action Questionnaire; CDS = Cambridge Depersonalization Scale; ECA = experiencias corporales anómalas; EA = embotamiento afectivo; EAR = experiencias anómalas del recordar; DR = desrealización. * $p < .05$ ** $p < .01$.

Tabla 43

Correlaciones Parciales entre Variables Teóricas y Síntomas de Despersonalización en Pacientes con Trastornos de Ansiedad ($n = 67$)

VARIABLES TEÓRICAS	DESPERSONALIZACIÓN	CONTROLADO POR	CORRELACIÓN PARCIAL
ACQ-Total	CDS-Total	AAQ	.47**
ACQ-Total	CDS-ECA	AAQ	.42**
ACQ-Total	CDS-EA	AAQ	.40**
ACQ-Total	CDS-ASR	AAQ	.36**
ACQ-Total	CDS-DR	AAQ	.25*
ACQ-PC	CDS-Total	AAQ	.44**
ACQ-PC	CDS-ECA	AAQ	.32**
ACQ-PC	CDS-EA	AAQ	.41**
ACQ-PC	CDS-ASR	AAQ	.36**
ACQ-PC	CDS-DR	AAQ	.25*
ACQ-PF	CDS-Total	AAQ	.30*
ACQ-PF	CDS-ECA	AAQ	.35**
ACQ-PF	CDS-EA	AAQ	.22
ACQ-PF	CDS-ASR	AAQ	.20
ACQ-PF	CDS-DR	AAQ	.15
AAQ	CDS-Total	ACQ-Total	.16
AAQ	CDS-ECA	ACQ-Total	.02
AAQ	CDS-EA	ACQ-Total	.08
AAQ	CDS-ASR	ACQ-Total	.05
AAQ	CDS-DR	ACQ-Total	.22

Nota. ACQ = Agoraphobic Cognitions Questionnaire; PC = interpretaciones catastróficas acerca de la pérdida de control; PF = interpretaciones o creencias acerca de padecer enfermedades físicas potencialmente mortales; AAQ = Acceptance and Action Questionnaire; CDS = Cambridge Depersonalization Scale; ECA = experiencias corporales anómalas; EA = embotamiento afectivo; EAR = experiencias anómalas del recordar; DR = desrealización. * $p < .05$ ** $p < .01$.

Tabla 44

Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Global Transformado de la Escala CDS en Pacientes con Trastornos de Ansiedad ($n = 70$)

Variable	B no estandarizada	ES (B)	β estandarizada	R ²	R ² ajustado	<i>t</i>	<i>p</i>
Constante	1.329	.627				2.119	.038
BDI-II	.126	.018	.632	.493	.478	7.109	.000
ACQ-PF	.715	.311	.204			2.299	.025

Tabla 45

Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Transformado de la Subescala CDS-ECA en Pacientes con Trastornos de Ansiedad ($n = 69$)

Variable	B no estandarizada	ES (B)	β estandarizada	R ²	R ² ajustado	<i>t</i>	<i>p</i>
Constante	.190	.412				.462	.646
BDI-II	.065	.012	.514	.394	.376	5.244	.000
ACQ-PF	.554	.202	.269			2.742	.008

Tabla 46

Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Transformado de la Subescala CDS-EA en Pacientes con Trastornos de Ansiedad ($n = 70$)

Variable	B no estandarizada	ES (B)	β estandarizada	R ²	R ² ajustado	<i>t</i>	<i>p</i>
Constante	-9.960	3.101				-3.212	.002
STAI-T	.331	.077	.456	.333	.313	4.319	.000
BSQ	.160	.072	.235			2.232	.029

Tabla 47

Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Transformado de la Subescala CDS-EAR en Pacientes con Trastornos de Ansiedad ($n = 70$)

Variable	B no estandarizada	ES (B)	β estandarizada	R ²	R ² ajustado	<i>t</i>	<i>p</i>
Constante	.509	.413				1.231	.223
STAI-T	.030	.010	.333	.231	.208	2.940	.005
BSQ	.021	.010	.255			2.250	.028

Tabla 48

Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Transformado de la Subescala CDS-DR en Pacientes con Trastornos de Ansiedad ($n = 70$)

Variable	B no estandarizada	ES (B)	β estandarizada	R ²	R ² ajustado	<i>t</i>	<i>p</i>
Constante							
BDI-II	.063	.009	.634	.402	.393	6.759	.000

Tabla 50

Correlaciones de Pearson entre Medidas de Síntomas Obsesivo-Compulsivos, Creencias Obsesivas, Frecuencia y Malestar Asociado a los Pensamientos Indeseados, y Despersonalización en Pacientes con Trastornos de Ansiedad ($n = 70$)

Variables	CDS total	Subescalas CDS			
		EAC	EA	EAR	DR
OCIR-Total	.50**	.35**	.42**	.18	.40**
OCIR-L	.37**	.19	.36**	.14	.29*
OCIR-CH	.31**	.11	.32**	0	.30*
OCIR-OR	.44**	.42**	.37**	.36**	.27*
OCIR-OB	.44**	.37**	.37**	.09	.33**
OCIR-AC	.40**	.23	.29*	.17	.39**
OCIR-N	.30*	.20	.15	.13	.22

III-31-Frecuencia ^a	.10	.05	.03	-.12	.09
III-31-Malestar ^a	.35**	.28*	.25*	.19	.28*
III-Total	.28**	.21	.16	.22	.10
III-31-NC	.24*	.20	.06	.21	.05
III-31-IP	.29*	.21	.21	.24*	.14
III-31-R	.22	.16	.16	.16	.10

Nota. OCIR = Obsessive Compulsive Inventory-Revised; L = Limpieza; CH = Chequeo; OR = Orden; OB = Obsesividad; AC= Acumulación; N = Neutralización; III-31 = Interpretation of Intrusions Inventory; Total = puntaje total; Frecuencia = frecuencia de los pensamientos indeseados; Malestar = grado de malestar que producen los pensamientos indeseados; NC = necesidad de control de los pensamientos; IP = importancia de los pensamientos; R = responsabilidad; CDS = Cambridge Depersonalization Scale; ECA = experiencias corporales anómalas; EA = embotamiento afectivo; EAR = experiencias anómalas del recordar; DR = desrealización. ^a $n = 68$. * $p < .05$ ** $p < .01$.

Tabla 51

Correlaciones Parciales entre Medidas de Síntomas Obsesivo-Compulsivos, Creencias Obsesivas, Frecuencia y Malestar Asociado a los Pensamientos Indeseados, y Despersonalización en Pacientes con Trastornos de Ansiedad Mientras se Controla por Puntajes en la STAI-T ($n = 67$)

Variables	CDS total	Subescalas CDS			
		EAC	EA	EAR	DR
OCIR-Total	.24*	.21	.15	-.09	.17
OCIR-L	.12	.04	.15	-.08	.08
OCIR-CH	.11	-.01	.14	-.23	.15
OCIR-OR	.24*	.33**	.16	.21	.06

OCIR-OB	.21	.26*	.14	-.17	.12
OCIR-AC	.20	.10	.08	-.02	.24*
OCIR-N	.08	.08	-.08	-.05	.03
III-31-Total	.13	.13	-.01	.10	-.05
III-31-Frecuencia ^a	.05	.02	-.03	-.18	.04
III-31-Malestar ^a	.19	.19	.08	.06	.12
III-31-NC	.05	.10	-.16	.06	-.14
III-31-IP	.16	.14	.07	.12	.01
III-31-R	.14	.11	.07	.08	.01

Nota. OCIR = Obsessive Compulsive Inventory-Revised; L = Limpieza; CH = Chequeo; OR = Orden; OB = Obsesividad; AC= Acumulación; N = Neutralización; III-31 = Interpretation of Intrusions Inventory; Total = puntaje total; Frecuencia = frecuencia de los pensamientos indeseados; Malestar = grado de malestar que producen los pensamientos indeseados; NC = Necesidad de control de los pensamientos; IP = Importancia de los pensamientos; R = Responsabilidad; CDS = Cambridge Depersonalization Scale; ECA = experiencias corporales anómalas; EA = embotamiento afectivo; EAR = experiencias anómalas del recordar; DR = desrealización. ^a n = 65. * p < .05 ** p < .01.

Tabla 52

Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Global Transformado de la Escala CDS en Pacientes con Trastornos de Ansiedad (n = 68)

Variable	B no estandarizada	ES (B)	β estandarizada	R ²	R ² ajustado	t	p
Constante	1.237	.714				1.733	.088
STAI-T	.099	.022	.481	.385	.366	4.411	.000
OCIR-OR	.161	.076	.231			2.119	.038

Tabla 53

Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Transformado de la Subescala CDS-ECA en Pacientes con Trastornos de Ansiedad ($n = 68$)

Variable	B no estandarizada	ES (B)	β estandarizada	R ²	R ² ajustado	<i>t</i>	<i>p</i>
Constante	1.442	.289				4.981	.000
OCIR-OR	.135	.048	.327	.231	.207	2.824	.006
OCIR-OB	.091	.041	.258			2.224	.030

Tabla 54

Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Transformado de la Subescala CDS-EA en Pacientes con Trastornos de Ansiedad ($n = 68$)

Variable	B no estandarizada	ES (B)	β estandarizada	R ²	R ² ajustado	<i>t</i>	<i>p</i>
Constante	.236	.456				.517	.607
STAI-T	.064	.013	.527	.277	.266	5.032	.000

Tabla 55

Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Transformado de la Subescala CDS-EAR en Pacientes con Trastornos de Ansiedad ($n = 68$)

Variable	B no estandarizada	ES (B)	β estandarizada	R ²	R ² ajustado	t	p
Constante	1.026	.357				2.873	.005
STAI-T	.027	.011	.295	.215	.191	2.396	.019
OCIR-OR	.077	.038	.248			2.017	.048

Tabla 56

Resumen de la Regresión Lineal Múltiple para Predecir el Puntaje Transformado de la Subescala CDS-DR en Pacientes con Trastornos de Ansiedad ($n = 68$)

Variable	B no estandarizada	ES (B)	β estandarizada	R ²	R ² ajustado	t	p
Constante	1.233	.379				3.253	.002
STAI-T	.040	.012	.393	.297	.276	3.426	.001
OCIR-CO	.104	.049	.246			2.146	.036

APENDICES

Apéndice A

Consentimiento Informado para Participantes de la Comunidad

Instituto de Neurología Cognitiva (INECO) – Buenos Aires, Argentina

Consentimiento para participar en una investigación

Título del estudio: Despersonalización en pacientes con trastornos de ansiedad y en participantes de la comunidad.

Persona responsable de la investigación en Buenos Aires: Lic. Rafael Kichic (investigador)

Descripción del estudio: El propósito de esta investigación es el de obtener información acerca de variables asociadas al mantenimiento de los síntomas de despersonalización en personas de la comunidad. Si usted acepta participar, se le pedirá que complete una serie de cuestionarios que le llevarán aproximadamente 60 minutos. Las preguntas serán acerca de sus síntomas de ansiedad, sobre los síntomas de despersonalización, características demográficas, su estado de ánimo, y sobre creencias catastróficas que suelen estar presentes cuando uno está ansioso.

Riesgos / Beneficios: Se considera que los riesgos para los participantes son mínimos. No habrá ningún costo asociado a su participación, ni tampoco se beneficiará por su participación excepto por tener una evaluación minuciosa y detallada de los síntomas de ansiedad, y por los resultados de futuras investigaciones.

Confidencialidad: sus respuestas son absolutamente confidenciales y ningún participante será identificado en ningún momento por sus respuestas. Los datos de este estudio serán almacenados con una clave en una computadora protegida. Sólo el Lic. Rafael Kichic y el plantel profesional de la Clínica de Ansiedad y Estrés del Instituto de Neurología Cognitiva (INECO) tendrá acceso a la información.

Participación voluntaria: su participación en este estudio es voluntaria. Usted tal vez elija no contestar ninguna de las preguntas o deje el estudio en cualquier momento sin por ello tener ninguna consecuencia negativa o sanción para usted. Su decisión no cambiará ninguna relación presente o futura con INECO.

¿A quién me contacto en caso de tener preguntas acerca de este estudio?: para más información acerca del estudio o los procedimientos del estudio, contáctese con el Lic. Rafael Kichic por teléfono al (11) 4812-0010 o por correo electrónico a rkichic@ineco.org.ar

¿A quién me dirijo si tengo preguntas acerca de mis derechos o quejas acerca del tratamiento recibido como participante en este estudio de investigación? Contáctese con el Comité de Ética de INECO al (11) 4812-0010.

Consentimiento del sujeto para participar de una investigación:

Para aceptar voluntariamente su participación en este estudio, usted debe completar los cuestionarios. Al completar los cuestionarios usted está indicando que ha leído y comprendido este formulario de consentimiento informado, y ha recibido respuestas a todas sus preguntas, y que usted es mayor de 18 o más años de edad.

Al completar esta encuesta acepto que tengo al menos 18 años de edad y que estoy dando mi consentimiento para participar en este estudio.

Firma del paciente

Fecha:

Aclaración

Apéndice B

**Presencia/Ausencia de Trastornos de Ansiedad, Epilepsia
del Lóbulo Temporal, y Síntomas Psicóticos.**

¿Ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes enfermedades?:

A. Trastorno de Ansiedad	0- NO	1- SI
B. Trastorno de Pánico o Ataques de Pánico repetidos	0- NO	1- SI
C. Agorafobia	0- NO	1- SI
D. Fobias (por ej., a animales, insectos, a la sangre, e inyecciones oscuridad, a la altura, a que se caiga el avión)	0- NO	1- SI
E. Trastorno Obsesivo Compulsivo	0- NO	1- SI
F. Trastorno por Estrés Postraumático (por ej., después de un accidente, robo o ataque violento)	0- NO	1- SI
G. Trastorno de Ansiedad Generalizada	0- NO	1- SI
H. Fobia Social	0- NO	1- SI
I. Epilepsia del Lóbulo Temporal	0- NO	1- SI
J. Síntomas psicóticos	0- NO	1- SI

*Apéndice C***Datos Demográficos y Cuestionarios Autoadministrables****Datos del paciente/participante**

Instrucciones: por favor, rodee con un círculo el número correspondiente a la respuesta que considere correcta. En caso de no comprender alguna pregunta consulte con el profesional. Recuerde no dejar preguntas sin contestar. Muchas gracias.

Iniciales : _____

Fecha: ___/___/___

Edad:

Fecha de nacimiento: ___/___/___

Sexo: 0- Femenino 1-Masculino

Estado Civil: 1- Soltero 2-Casado 3- Divorciado 4- Separado 5- Viudo 6-Concubinato

Nacionalidad: 0-Otro 1- Argentino

BSQ

Se mencionan a continuación 17 sensaciones corporales diferentes. Señale el grado de preocupación o ansiedad con que experimenta estas sensaciones, durante la exposición a situaciones temidas. Utilice la escala de abajo.

1. Esta sensación no me preocupa para nada
2. Esta sensación me preocupa un poco
3. Esta sensación me preocupa regularmente
4. Esta sensación me preocupa mucho
5. Esta sensación me preocupa extremadamente

ITEM	PUNTAJE
1) palpitaciones en el corazón.	
2) Opresión en el pecho.	
3) Brazos o piernas entumecidas.	
4) Sensación de hormigueo en la yema de los dedos.	
5) Entumecimiento en alguna otra parte del cuerpo.	
6) Sensación de quedarse sin aire.	
7) Sensación de mareo	
8) Visión borrosa o distorsionada.	
9) Nauseas	
10) Nerviosismo	
11) Nudo en el estomago	
12) Nudo en la garganta.	
13) Sensación de que "tiemblan las piernas"	
14) Sudoración.	
15) Garganta seca.	
16) Sentirse desorientado y confuso.	
17) Sentirse desconectado de su cuerpo.	

ACQ

Más abajo verá algunos pensamientos o ideas que pueden pasar por su cabeza cuando está nervioso o asustado. Indique la frecuencia de cada pensamiento cuando está ansioso o en crisis, usando una escala que va desde 1 (Nunca se me ocurre ese pensamiento) a 5 (siempre se me ocurre ese pensamiento):

Puntaje:

- 1 = Nunca
- 2 = Rara vez
- 3 = A veces
- 4 = Frecuentemente
- 5 = Siempre

ITEM	PUNTAJE
1.Voy a vomitar.	
2.Voy a desmayarme	
3. Debo tener un tumor cerebral.	
4.Voy a tener un ataque al corazón.	
5.Voy a asfixiarme hasta morir.	
6. Voy a actuar como un tonto.	
7. Me estoy quedando ciego.	
8. Voy a perder el control	
9.Voy a lastimar a alguien	
10.Voy a tener un ataque vascular/cerebral	
11. Me voy a volver loco.	
12.Voy a gritar desaforadamente	
13.Voy a balbucear o hablar raro	
14.Voy a quedar paralizado por el miedo.	

BDI-II

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija **uno** de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

<p>1. Tristeza</p> <p>0 No me siento triste</p> <p>1 Me siento triste gran parte del tiempo.</p> <p>2 Estoy triste todo el tiempo.</p> <p>3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.</p> <p>2. Pesimismo</p> <p>0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.</p> <p>1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo</p> <p>2 No espero que las cosas funcionen para mí.</p> <p>3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar</p> <p>3. Fracaso</p> <p>0 No me siento un fracasado</p> <p>1 He fracasado más de lo que hubiera debido.</p> <p>2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.</p> <p>3 Siento que como persona soy un fracaso total.</p> <p>4. Pérdida de Placer</p> <p>0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.</p> <p>1 No disfruto tanto de las cosas.</p> <p>2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar</p> <p>3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p>5. Sentimientos de Culpa</p> <p>0 No me siento particularmente culpable.</p> <p>1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.</p> <p>2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3 Me siento culpable todo el tiempo.</p>	<p>6. Sentimientos de Castigo</p> <p>0 No siento que estoy siendo castigado.</p> <p>1 Siento que tal vez pueda ser castigado.</p> <p>2 Espero ser castigado.</p> <p>3 Siento que estoy siendo castigado.</p> <p>7. Disconformidad con Uno Mismo</p> <p>0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.</p> <p>1 He perdido la confianza en mí mismo.</p> <p>2 Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3 No me gusto a mí mismo.</p> <p>8. Autocrítica</p> <p>0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.</p> <p>1 Estoy más crítico conmigo mismo que lo que solía estarlo</p> <p>2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.</p> <p>3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p> <p>9. Pensamiento o Deseos Suicidas</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de matarme.</p> <p>1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.</p> <p>2 Querría matarme.</p> <p>3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p> <p>10. Llanto</p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>1 Lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>2 Lloro por cualquier pequeñez.</p> <p>3 Siento ganas de llorar pero no puedo</p> <p>11. Agitación</p> <p>0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.</p> <p>3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</p>
---	--

12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso.
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

- 1a Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b Duermo un poco menos que lo habitual.

- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos que lo habitual.

- 3a Duermo la mayor parte del día.
- 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy más irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

- 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.

- 3a No tengo apetito en absoluto.
- 3b Quiero comer todo el tiempo.

19. Dificultad de concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- 1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

_____ Subtotal Página 1

_____ Subtotal Página 2

_____ Puntaje Total

Cuestionario Autoevaluativo STAI (rasgo)

Instrucciones: Abajo aparecen algunas expresiones que la gente usa para describirse a si mismos. Lea cada frase y coloque una cruz en el casillero que indique como se siente GENERALMENTE. No hay contestaciones buenas o malas. No utilice mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa COMO SE SIENTE GENERALMENTE.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien				
22. Me siento nervioso				
23. "me siento "a gusto" conmigo mismo				
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo				
25. Siento que fallo				
26. Me siento descansado				
27. Soy una persona tranquila, serena y calmada				
28. Siento que las dificultades se me amontonan y no las puedo superar				
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30. Soy feliz				
31. Tengo malos pensamientos				
32. Me falta confianza en mi mismo				
33. Me siento seguro				
34. Puedo decidirme rápidamente				
35. Me siento "fuera de lugar"				
36. Me siento satisfecho				
37. Algunas ideas poco importantes ocupan mi cabeza y me molestan				
38. Los desengaños me afectan tanto que no me los puedo sacar de la cabeza				
39. Soy una persona estable				
40. Cuando pienso en las cosas que tengo entre manos me pongo nervioso y tenso				

OCI-R

Las siguientes afirmaciones se refieren a experiencias que muchas personas tienen en su vida cotidiana. Por favor, marque con un círculo el número que mejor describa **CUANTO malestar o molestia le ha producido esta experiencia durante el último mes**. Los números se refieren a las siguientes categorías:

0= En absoluto/Ninguno/Nada

1= Un poco

2= Bastante

3 = Mucho

4 = Muchísimo

	Malestar				
	Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
1. Acumular cosas hasta el punto que le molesten.	0	1	2	3	4
2. Chequear las cosas más veces de lo necesario.	0	1	2	3	4
3. Que las cosas no estén bien ordenadas.	0	1	2	3	4
4. Sentir la necesidad de contar mientras está haciendo cosas.	0	1	2	3	4
5. Tocar un objeto cuando sabe que lo han tocado desconocidos o ciertas personas.	0	1	2	3	4
6. No poder controlar sus propios pensamientos.	0	1	2	3	4
7. Guardar cosas que no necesita.	0	1	2	3	4
8. Chequear repetidamente puertas, ventanas, cajones, etc.	0	1	2	3	4
9. Que los demás cambien la manera en que ha ordenado las cosas.	0	1	2	3	4
10. Tener necesidad de repetir ciertos números.	0	1	2	3	4
11. A veces tener que higienizarse o lavarse por el solo hecho de sentirse contaminado/a.	0	1	2	3	4
12. Tener pensamientos repugnantes en contra de su voluntad.	0	1	2	3	4
13. Ser incapaz de tirar cosas por temor a necesitarlas más adelante.	0	1	2	3	4
14. Chequear repetidamente la llave de gas, las hornallas, el agua y la luz después de haberlos cerrado/apagado.	0	1	2	3	4
15. Tener la necesidad que las cosas estén ordenadas de una forma determinada.	0	1	2	3	4
16. Sentir que existen números buenos y malos.	0	1	2	3	4
17. Lavarse las manos más a menudo y durante más tiempo de lo necesario.	0	1	2	3	4
18. Tener con frecuencia pensamientos repugnantes y que le cueste deshacerse de ellos.	0	1	2	3	4

CDS

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 durante los últimos seis meses y (b) su duración aproximada. Para contestar 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 mí 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 mí 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 impresión 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 **como 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.

III-31

Estamos interesados en saber acerca de sus experiencias con pensamientos, imágenes o impulsos desagradables e involuntarios que aparecen en su mente de forma inesperada. Casi todas las personas tienen estas experiencias, no obstante, las mismas varían en relación a cuán molestas y frecuentes son. A continuación encontrará ejemplos sobre algunos posibles pensamientos negativos de tipo intrusivo:

- X impulsos de hacer algo vergonzoso o muy malo
- X ideas o imágenes de hacer daño a alguien a quien usted no quiere lastimar
- X ideas de que sucederá algo terrible porque no fue lo suficientemente cuidadoso
- X impulsos o imágenes sexuales no deseadas
- X pensar que usted u otra persona se ensuciarán o contaminarán con una sustancia que tal vez pueda ocasionar daño
- X pensar que haber dejado algún aparato eléctrico prendido pueda provocar un incendio
- X imágenes de una persona querida teniendo un accidente
- X pensamientos respecto de que los objetos no han sido acomodados perfectamente
- X pensamientos o imágenes contrarios a su religión o valores morales
- X impulsos de decir algo descortés o embarazoso
- X pensar en salirse del camino o chocar con el tránsito que viene en dirección contraria
- X pensar que no cerró la puerta y que alguien puede entrar a robar.

Por favor, tenga en cuenta que **NO** estamos refiriéndonos a ensoñaciones o fantasías placenteras. Tampoco estamos interesados en preocupaciones generales acerca de la salud o problemas económicos u otros asuntos familiares. **NO** estamos refiriéndonos a esos pensamientos que acompañan a la depresión o baja autoestima. Más bien, **SI** estamos interesados en pensamientos, imágenes mentales o impulsos que irrumpen en su cabeza y que usted vive como intrusivos e inapropiados.

Por favor escriba a continuación dos pensamientos intrusivos e involuntarios que usted haya tenido:

(1)

(2)

Por favor, tomando en cuenta las escalas provistas más abajo, conteste las siguientes preguntas *acerca de estos y otros pensamientos intrusivos*. Por favor, realice un círculo en el número que corresponda.

A. ¿Cuándo fue la última vez que tuvo un pensamiento intrusivo de ese tipo?

1	2	3	4	5	6
en este último año	en estos últimos 6 meses	en estas últimas 4 semanas	en estas últimas 2 semanas	en la última semana	en las últimas 24 horas

B. En los últimos seis meses, ¿con qué frecuencia ha tenido usted un pensamiento intrusivo de ese tipo?

menos de una vez por mes 1	aproximadamente una vez por mes 2	aproximadamente una vez por semana 3	algunas veces por semana 4	aproximadamente una vez por día 5	varias veces por día 6
----------------------------------	---	--	----------------------------------	---	------------------------------

C: En promedio, ¿cuánto malestar siente usted habitualmente cuando tiene un pensamiento intrusivo de ese tipo?

nada 0	mínimo 1	un poco 2	moderado 3	mucho 4	extremo 5
-----------	-------------	--------------	---------------	------------	--------------

Puntúe cuánto cree en cada unas de las ideas enunciadas a continuación cuando es molestado por pensamientos intrusivos como los que ha descrito anteriormente. Marque con un círculo el número que mejor represente sus creencias cuando tiene un pensamiento intrusivo.

Use la siguiente escala:

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
No creí para nada en esa idea				Estuve moderadamente convencido de que esa idea era cierta				Estuve completamente convencido de que esa idea era cierta			

1. Tengo que recuperar el control de este pensamiento.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

2. Tener este pensamiento involuntario significa que lo voy llevar a cabo.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

3. Como he pensado que podrían suceder cosas malas, debo hacer algo para prevenirlo.

- 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
4. Si tengo este pensamiento es porque debe ser importante.
- 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
5. Debería ser capaz de sacarme este pensamiento de la cabeza.
- 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
6. Reflexionar sobre este pensamiento puede hacer que éste suceda.
- 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
7. Este pensamiento intrusivo puede ser un presagio.
- 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
8. Como he tenido este pensamiento intrusivo, lo que estoy haciendo se arruinará.
- 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
9. Si no hago algo con este pensamiento intrusivo y algo muy malo sucede, será mi culpa
- 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
10. Si no me resisto a este pensamiento involuntario soy un irresponsable.
- 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
11. Si este pensamiento viene de mi mente debe ser porque quiero tenerlo.
- 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
12. Está mal ignorar este pensamiento involuntario.
- 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
13. Soy una persona débil porque no puedo controlar este pensamiento.

- 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
14. No puedo correr el riesgo de que este pensamiento se cumpla.
- 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
15. Ahora que he pensado en algo que puede salir mal, tengo la responsabilidad de asegurarme de que no suceda.
- 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
16. Dado que he tenido este pensamiento, debo haber deseado tenerlo.
- 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
17. Tener este pensamiento intrusivo significa que puedo perder el control de mi mente.
- 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
18. Si tuviera un mayor control sobre este pensamiento sería una mejor persona.
- 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
19. Necesito asegurarme de que nada horrible sucederá como consecuencia de haber tenido este pensamiento.
- 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
20. Este pensamiento podría hacerle daño a las personas.
- 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
21. El hecho de tener este pensamiento intrusivo significa que estoy fuera de control.
- 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
22. Tener este pensamiento significa que soy raro o anormal.
- 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
23. Si ignorara este pensamiento intrusivo sería un irresponsable.
- 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

24. Tener este pensamiento intrusivo significa que soy una persona terrible.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

25. Si no controlo este pensamiento involuntario es muy probable que algo malo suceda.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

26. Debo tener control sobre este pensamiento.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

27. Cuanto más pienso acerca de estas cosas, mayor es el riesgo de que se cumplan.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

28. A menos que haga algo con este pensamiento, me sentiré culpable.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

29. No debería estar pensando esta clase de cosas.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

30. Seré castigado si no controlo este pensamiento.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

31. Si ignorara este pensamiento, podría ser responsable de hacer un gran daño.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

AAQ

INSTRUCCIONES: Abajo encontrará una lista de enunciados. Por favor, puntúe que tan verdaderos son estos enunciados para usted marcando con un círculo el número que está al lado de la frase. Emplee la escala que se encuentra más abajo para elegir la respuesta.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca es cierto	Muy rara vez es cierto	Rara vez es cierto	A veces es cierto	Frecuentemente es cierto	Casi siempre es cierto	Siempre es cierto

1. Soy capaz de actuar y resolver un problema aun cuando no sepa con certeza qué es lo que deba hacer.	1 2 3 4 5 6 7
2. Muchas veces me doy cuenta que estoy soñando despierto acerca de las cosas que hice y qué es lo que haría diferente la próxima vez.	1 2 3 4 5 6 7
3. Cuando me siento deprimido o ansioso, no soy capaz de cumplir con mis obligaciones.	1 2 3 4 5 6 7
4. Rara vez me preocupo por tener mis reacciones de ansiedad, mis preocupaciones y mis sentimientos bajo control.	1 2 3 4 5 6 7
5. No me asustan mis sentimientos.	1 2 3 4 5 6 7
6. Cuando evaluó algo negativamente, en general reconozco que se trata sólo de una reacción y no de un hecho objetivo.	1 2 3 4 5 6 7
7. Cuando me comparo con otras personas, pareciera ser que la mayoría maneja su vida mejor que yo.	1 2 3 4 5 6 7
8. La ansiedad es mala.	1 2 3 4 5 6 7
9. Si pudiera eliminar mágicamente todas las experiencias dolorosas que pasé en mi vida, lo haría.	1 2 3 4 5 6 7

NOTA: POR FAVOR NO DEJE RESPUESTAS SIN CONTESTAR. MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION!!.

Clínica de Ansiedad y Estrés
 Departamento de Psiquiatría
 Instituto de Neurología Cognitiva (INECO)

Apéndice D

Consentimiento Informado para Pacientes con Trastornos de Ansiedad

Instituto de Neurología Cognitiva (INECO) – Buenos Aires, Argentina Consentimiento para participar en una investigación

Título del estudio: Despersonalización en pacientes con trastornos de ansiedad y en participantes de la comunidad.

Persona responsable de la investigación en Buenos Aires: Lic. Rafael Kichic (investigador)

Descripción del estudio: El propósito de esta investigación es el de obtener información acerca de variables asociadas al mantenimiento de los síntomas de despersonalización en pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad y en participantes de la comunidad. Si usted acepta participar, se le pedirá que complete una serie de cuestionarios que le llevarán aproximadamente 60 minutos. Las preguntas serán acerca de la presencia de síntomas de ansiedad, síntomas de despersonalización, características demográficas, su estado de ánimo, y sobre creencias catastróficas que suelen estar presentes cuando uno está ansioso.

Riesgos / Beneficios: Se considera que los riesgos para los participantes son mínimos. No habrá ningún costo asociado a su participación, ni tampoco se beneficiará por su participación excepto por tener una evaluación minuciosa y detallada de los síntomas de ansiedad, y por los resultados de futuras investigaciones.

Confidencialidad: sus respuestas son absolutamente confidenciales y ningún participante será identificado en ningún momento por sus respuestas. Los datos de este estudio serán almacenados con una clave en una computadora protegida. Sólo el Lic. Rafael Kichic y el plantel profesional de la Clínica de Ansiedad y Estrés del Instituto de Neurología Cognitiva (INECO) tendrá acceso a la información.

Participación voluntaria: su participación en este estudio es voluntaria. Usted tal vez elija no contestar ninguna de las preguntas o deje el estudio en cualquier momento sin por ello tener ninguna consecuencia negativa o sanción para usted. Su decisión no cambiará ninguna relación presente o futura con INECO.

¿A quién me contacto en caso de tener preguntas acerca de este estudio?: para más información acerca del estudio o los procedimientos del estudio, contáctese con el Lic. Rafael Kichic por teléfono al (11) 4812-0010 o por correo electrónico a rkichic@ineco.org.ar

¿A quién me dirijo si tengo preguntas acerca de mis derechos o quejas acerca del tratamiento recibido como participante en este estudio de investigación? Contáctese con el Comité de Ética de INECO al (11) 4812-0010.

Consentimiento del sujeto para participar de una investigación:

Para aceptar voluntariamente su participación en este estudio, usted debe completar los cuestionarios. Al completar los cuestionarios usted está indicando que ha leído y comprendido este formulario de consentimiento informado, y ha recibido respuestas a todas sus preguntas, y que usted es mayor de 18 o más años de edad.

Al completar esta encuesta acepto que tengo al menos 18 años de edad y que estoy dando mi consentimiento para participar en este estudio.

Firma del paciente

Fecha:

Aclaración

*Apéndice E**Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders. Módulo F.*