

Rodríguez Jiménez E, Ordovás MP, Burgos R

Despersonalización en la infancia: a propósito de un caso clínico.

Correspondencia:

Rafael de Burgos Marín.
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.
Correo electrónico: rafadbm@gmail.com

Depersonalization in childhood: a case report.

RESUMEN

La despersonalización es un fenómeno frecuente pero escasamente estudiado y muy probablemente infradiagnosticado debido, en parte, a las dificultades que los pacientes encuentran para expresar sus experiencias. Estas dificultades son probablemente mayores en los niños lo que hace que sea un trastorno poco estudiado en esta población. A partir del Caso Clínico de un niño de doce años diagnosticado de este trastorno realizamos una revisión de la literatura publicada de la despersonalización en la infancia.

Palabras clave: Despersonalización, infancia.

ABSTRACT

Depersonalization is a common phenomenon but poorly studied and probably underdiagnosed, due in part to the difficulties that patients found to express their experiences. These difficulties are probably greater in children and it makes that this disorder is rarely studied in this population. From a Case Report of a twelve year old boy who is diagnosed with this disorder, we revise the published literature of depersonalization in childhood.

Keywords: Depersonalization, childhood.

INTRODUCCIÓN

Historia

La despersonalización ha suscitado el interés de numerosos psiquiatras y estudiosos de la mente humana desde el último tercio del siglo XIX como recoge el artículo de Luque et al (1). Estas experiencias fueron descritas por primera vez en el año 1873 en Francia por Krishaber proponiendo el nombre de “neuropatía cerebro - cardíaca” y describiéndola como una extraña y desagradable alteración de sí mismo y del mundo externo (2) siendo atribuida a una alteración de la percepción. Sin embargo, hasta 1898 no es utilizado por Dugas el término “despersonalización” para describir estas experiencias (3). La escuela alemana, por su parte, sugirió que el núcleo de la despersonalización era un trastorno emocional o afectivo (Pick, 1904; Lewy, 1908; Osterreich, 1910). En 1935, Mayer – Gross consideró que el síndrome no podría ser aislado del trastorno subyacente al ser tan sólo una respuesta global preformada del cerebro frente a múltiples noxas, incluidas las emocionales o psíquicas. A pesar de haberse descrito en diversas condiciones psiquiátricas y orgánicas, la despersonalización se ha relacionado con frecuencia con las crisis de angustia y de pánico (4). Roth la describe en 1959 como la pérdida

de la espontaneidad del movimiento o de las actuaciones, del pensamiento y de los sentimientos, además de ser una experiencia de conducta automática. También se ha utilizado para designar un cambio peculiar de la conciencia del self donde el individuo se siente como si fuera irreal (5).

Aunque algunos autores sostienen que la despersonalización es un síntoma inespecífico sin significado diagnóstico, se ha aislado un “Síndrome de despersonalización” y, en general, se acepta que puede presentarse como síntoma o síndrome aislado o junto a otros síndromes clínicos. Para algunos autores, la dificultad en distinguir entre “síntoma” y “síndrome” de despersonalización quizá estriba en que los sistemas diagnósticos actuales han sobrevalorado el diagnóstico nosológico y han desatendido los problemas implicados en el proceso de reconocimiento del síntoma (1). En el DSM-III-R aparece por primera vez como síndrome diferenciado (6) y en el DSM-IV-TR, igual que en sus dos versiones anteriores, se incluye la despersonalización dentro de los trastornos disociativos y se considera la desrealización como un síntoma asociado (7). Actualmente, el DSM-5 incluye al trastorno dentro del apartado de los trastornos disociativos (8). Por otra parte, la CIE-10 recoge en una única categoría el “Síndrome de despersonalización–desrealización” para englobar toda presentación clínica caracterizada por síntomas de despersonalización o desrealización ubicándolos dentro de los trastornos neuróticos secundarios a situaciones de estrés (9).

Se ha señalado por diferentes autores que las experiencias de la despersonalización son difíciles de describir por las personas que las padecen (10,11,12). Para otros (13), los niños tendrían aún mayores dificultades para explicar el fenómeno y quizás éste sea uno de los factores que ayuden a entender por qué la despersonalización ha sido poco estudiada en esta población.

Concepto y clasificación

A pesar de haberse descrito desde hace algo más de un siglo, la despersonalización continúa siendo un fenómeno poco comprendido y escasamente conceptualizado (14). Se ha sugerido que en la práctica clínica muchos pacientes no comunican los síntomas de despersonalización debido a la dificultad de explicarlos y a al temor de ser considerados como “locos” (15).

Según la clasificación del DSM-5, el trastorno

queda recogido dentro del apartado de los “Trastornos disociativos” y actualmente ha pasado a denominarse “Trastorno de despersonalización/desrealización” (8). A pesar de las limitaciones conceptuales, existe acuerdo en que la característica fundamental es la de una “sensación persistente o recurrente de vivencia de extrañeza o distanciamiento de uno mismo”. El individuo se siente como un autómatas o como si estuviera dentro de un sueño o en una película. Además, como describen Kaplan y Sadock (16), “puede existir la sensación de ser un observador externo de los procesos mentales, del propio cuerpo o de una parte de él”. El paciente con frecuencia tiene una sensación de falta de control sobre sus propias acciones mientras que el sentido de la realidad se encuentra intacto. A menudo encuentran grandes dificultades para expresar sus sentimientos. Al tratar de expresar su sufrimiento subjetivo utilizan frases como “me siento muerto”, “nada parece real” o “estoy de pie fuera de mi mismo” y frecuentemente no logran comunicar la angustia que padecen (16).

El denominado “Trastorno de despersonalización” es un cuadro frecuente en la práctica psiquiátrica y neurológica. Se ha estimado una prevalencia en población general del 0.8% al 2 % siendo de dos a cuatro veces más frecuente en mujeres (17, 18,19). En la mayoría de los casos la edad media de inicio se sitúa en la adolescencia tardía o en la edad adulta temprana. Por otra parte, en cuanto al síntoma se refiere, en la práctica clínica de la psiquiatría se ha descrito como el tercer síntoma más frecuente tras la ansiedad y la depresión (20).

Etiopatogenia

Existen varias hipótesis acerca de la etiología del trastorno basadas en teorías psicodinámicas, neurobiológicas, y asociadas al estrés postraumático.

1.- *Teorías Psicodinámicas:* Aunque se han formulado numerosas interpretaciones psicodinámicas de la despersonalización, no existe una teoría aceptada de forma mayoritaria. En general, se mantiene que la despersonalización es un mecanismo de defensa primitivo y patológico que surge como medida de emergencia cuando otros mecanismos más habituales fracasan (1).

2.- *Teorías neurobiológicas:* Se ha descrito la aparición de experiencias como la despersonalización en la epilepsia del lóbulo temporal (21,22). Por otra parte, el punto de vista evolutivo considera la despersonalización como una respuesta rudimentaria y vestigial del cerebro

ante situaciones de peligro vital. A partir de esta idea, Sierra y Berrios (23) diseñan un modelo neurobiológico de la despersonalización a partir de las experiencias descritas por pacientes que sufren este fenómeno, de la literatura neurobiológica y de los hallazgos de las ciencias neurocognoscitivas. Lo describen como una desconexión corticolímbica bilateral con una activación prefrontal e inhibición límbica resultando todo esto en dificultades atencionales y en una hipoemocionalidad.

En neuropsiquiatría se han descrito las experiencias de despersonalización en una amplia gama de entidades como son los trastornos de ansiedad, depresión, esquizofrenia, intoxicación por sustancias o epilepsia. Se asocian frecuentemente con situaciones de estrés, fatiga o privación de sueño. Por otra parte, no es infrecuente en los pacientes con crisis epilépticas y entre los que padecen migraña. También pueden producirse con el uso de drogas psicodélicas, especialmente con marihuana y LSD, y en menor frecuencia surgen como efecto secundario en el tratamiento de diversos fármacos como los agentes anticolinérgicos. También se han descrito después de lesiones craneales y tras experiencias en las que peligra la vida. Cuando es provocada por una enfermedad orgánica tiende a ser primariamente sensitiva, sin las descripciones elaboradas ni los significados personales atribuidos normalmente en las etiologías psiquiátricas (16).

3.- Teorías asociadas al Estrés Postraumático: Se desconoce la relación directa entre el trauma y el trastorno de despersonalización pero hay estudios en población infantil que relacionan este trastorno con traumas interpersonales en la infancia, en particular con el maltrato emocional (24). Otros estudios sugieren una relación con el abuso sexual y el maltrato físico en la niñez como un fuerte predictor del mismo en la edad adulta (25). Aún así, existe escasa literatura acerca del trastorno de despersonalización en niños. Además, su diagnóstico suele ser aún más difícil ya que los niños pueden tener mayor dificultad que los adultos en describir las sensaciones y experiencias que se producen en la despersonalización (26).

Sintomatología

En la actualidad, el trastorno de despersonalización/desrealización se considera un trastorno disociativo en el que existe una alteración en la percepción o en la experiencia del sí mismo, de modo que el individuo

se siente ajeno y distante, como si fuera un observador externo de sus propios procesos mentales o de su cuerpo (27). Se ha descrito que forman parte de este trastorno síntomas de alteración del afecto, de la memoria y de alteración de la imagen corporal (28). En la **Tabla 1** se recogen los criterios diagnósticos del Trastorno de despersonalización/desrealización según el DSM 5.

Como en el resto de trastornos psiquiátricos, el

Tabla 1. Trastorno de despersonalización/desrealización. Criterios diagnósticos según DSM- 5

- A.** Presencia de experiencias persistentes o recurrentes de despersonalización, desrealización o ambas:
1. Despersonalización: Experiencias de irrealidad, distanciamiento o de ser un observador externo respecto a los pensamientos, los sentimientos, las sensaciones, el cuerpo o las acciones de uno mismo (p. ej., alteraciones de la percepción, sentido distorsionado del tiempo, irrealidad o ausencia del yo, embotamiento emocional y/o físico).
 2. Desrealización: Experiencias de irrealidad o distanciamiento respecto al entorno (p. ej., las personas o los objetos se experimentan como irreales, como en un sueño, nebulosos, sin vida o visualmente distorsionados).
- B.** Durante las experiencias de despersonalización o desrealización, las pruebas de realidad se mantienen intactas.
- C.** Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D.** La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., droga, medicamento) u otra afección médica (p. ej., epilepsia).
- E.** La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como la esquizofrenia, el trastorno de pánico, el trastorno de depresión mayor, el trastorno de estrés agudo, el trastorno de estrés postraumático u otro trastorno disociativo (8).

diagnóstico se basa en una completa historia clínica en la que es fundamental realizar una exploración médica y neurológica exhaustiva que incluya, al menos, pruebas de laboratorio de rutina, un EEG y pruebas de detección de tóxicos.

Curso y pronóstico

Se considera que la despersonalización es un fenómeno que suele iniciarse en la mayoría de los casos en torno a la adolescencia tardía o en la edad adulta temprana (29). Un comienzo más temprano se ha relacionado con una mayor severidad del trastorno así como con la presencia de una mayor sintomatología asociada, principalmente

síntomas depresivos y de ansiedad (30).

La despersonalización que ocurre tras experiencias traumáticas o intoxicaciones suele remitir espontáneamente cuando se soluciona la circunstancia traumática o finaliza el episodio de intoxicación. Por otra parte, la despersonalización que acompaña a los trastornos del estado de ánimo, psicóticos o de ansiedad suele remitir al iniciarse el tratamiento de estas enfermedades. El propio trastorno puede tener una evolución episódica, recidivante o crónica. Muchos pacientes con despersonalización crónica pueden tener un deterioro grave de la actividad personal, social y laboral (16).

Tratamiento

Se trata de un trastorno especialmente resistente. Los fármacos que han mostrado utilidad el trastorno de despersonalización han sido algunas benzodiazepinas, como el alprazolam y el clorazepato y algunos antidepresivos ISRS como la fluoxetina así como algunos antidepresivos tricíclicos (31). Algunos estudios sugieren que los antagonistas de los receptores opioides como la naltrexona y la naloxona pueden tener efectos positivos sobre los síntomas. Sin embargo, existen datos controvertidos en otros fármacos como la lamotrigina (32,33). Aún así, ha habido muy pocos estudios bien diseñados que comparen diferentes medicamentos. Algunos pacientes presentan, como mucho, una respuesta esporádica y parcial a los grupos de fármacos habituales, ya sea administrados de modo único o combinados: antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo, antipsicóticos, anticonvulsivos, etc. (34).

Debido a que el trastorno de despersonalización se asocia frecuentemente con un trauma, el tratamiento eficaz debe incluir el abordaje de otros síntomas relacionados con el estrés. Para ello se han empleado diferentes tipos de psicoterapia: psicodinámica, cognitiva, cognitivo-conductual, hipnoterapia y de apoyo. Muchos de estos pacientes no presentan una respuesta sólida a estos tipos de psicoterapia estándar (35). Las estrategias de manejo del estrés, las técnicas de distracción, la reducción de la estimulación sensitiva, las técnicas de relajación y el ejercicio físico pueden proporcionar cierto alivio a algunos pacientes.

CASO CLÍNICO

Niño de 12 años de edad. Es el segundo de cuatro hermanos. Vive con sus padres y hermanos. Nivel

socioeconómico medio. No existen antecedentes familiares significativos de enfermedad mental o epilepsia. Embarazo, parto, desarrollo psicomotor y control de esfínteres dentro de la normalidad. Está diagnosticado de Epilepsia Rolándica desde los ocho años de edad para la que sigue tratamiento controlado por el Servicio de Neuropediatría. No presenta otras enfermedades relevantes.

Acudió a nuestra consulta derivado desde este servicio para la valoración de una serie de episodios de aparente desconexión del medio sin pérdida de conciencia. Reconocía dificultades para precisar lo que experimentaba durante los mismos y los describía como episodios en los que se percibía a sí mismo y al entorno como “diferentes”. Refería sentir una especie de distancia emocional respecto a sí mismo y de lo que ocurría a su alrededor. “Como si lo viera desde fuera pero sabiendo que estoy dentro y formo parte de la situación”. Describía la situación y a las personas que estaban en ella (incluido él mismo) “como si no tuvieran vida, como si no fueran del todo reales”. Reconocía una plena consciencia de estas situaciones con los matices descritos, su duración era de “bastantes minutos” y desaparecía de manera espontánea. Su frecuencia era muy alta siendo durante algunos periodos de tiempo prácticamente diarias. No refería cambios en la forma, tamaño o color de los de los objetos. Tampoco se observó ningún otro tipo de sintomatología que sugiriera un origen comicial ni cualquier otro signo o síntoma neurológico acompañante. Reconocía ser un niño tímido con ciertos síntomas de ansiedad en situaciones de exposición social que le limitaban parcialmente en sus relaciones personales que se habían visto aumentadas al limitar sus salidas por los temores referidos. Por último, no refería ni pudo hallarse relación con ningún otro posible factor desencadenante emocional o ambiental.

Estas crisis se iniciaron hacía unos cuatro años coincidiendo con el inicio de la epilepsia sin otros posibles factores estresantes identificables. Recibió tratamiento antiepiléptico inicialmente con levetiracetam posteriormente sustituido por valproato. Mostró una buena respuesta a éste último lográndose un control completo con desaparición de las crisis epilépticas. En función de esta buena evolución, se retiró el tratamiento con valproato manteniéndose la ausencia de crisis epilépticas hasta la actualidad. Excepto en la coincidencia de su inicio, la evolución y el curso de los episodios de despersonalización-desrealización han

sido independientes de la evolución de la epilepsia. Los episodios de despersonalización-desrealización siguieron siendo muy frecuentes (“diarios”) a pesar del control de las crisis epilépticas. Esta persistencia de los episodios de despersonalización-desrealización motivó finalmente la derivación a nuestra Unidad.

En la exploración psicopatológica el niño se mostraba colaborador y adecuado con sintomatología depresiva leve de carácter adaptativo. Reconocía estar preocupado por estos síntomas y por su pronóstico refiriendo miedo a que fueran indicativos de la existencia de una enfermedad física o mental grave. En revisiones posteriores, el niño nos reconoció que tardó en comunicar a sus padres lo que ocurría por temor a estar “volviéndose loco”. Refería limitaciones en su vida cotidiana y evitaba salir con sus amigos por temor a presentar alguno de estos episodios estando fuera de su casa.

Fue diagnosticado de un “Trastorno de despersonalización-desrealización” prescribiendo tratamiento con sertralina (50 mgrs/día) y se aconsejó iniciar tratamiento de psicoterapia dirigido a sus rasgos de personalidad y mejorar sus habilidades sociales. Los episodios disminuyeron de manera significativa y, excepto un episodio aislado coincidiendo con una situación de acoso escolar, no ha vuelto a presentar ninguno a partir del tercer mes de iniciado el tratamiento. A los catorce meses de iniciado, se retiró el tratamiento de sertralina permaneciendo asintomático en la actualidad.

Para objetivar la sintomatología inicial y controlar su evolución, aplicamos inicialmente y a los seis meses la Escala de Experiencias Disociativas en Adolescentes (A-DES), la Escala de disociación en niños CDC (Child Dissociative Checklist) y la versión española de la Escala de despersonalización de Cambridge. Los resultados se detallan en la **Tabla 2**.

DISCUSIÓN

La despersonalización es una entidad relativamente frecuente en psiquiatría pero infradiagnosticada y poco estudiada (41) y aún más en las etapas de la infancia y adolescencia como recogemos en nuestro caso. Al coincidir el inicio de ambos trastornos, en un primer momento se consideró que los síntomas de despersonalización

fueran causados por la epilepsia puesto que, además, está descrito que algunas epilepsias, como la del lóbulo temporal (21,22), pueden producir estos síntomas. La instauración del tratamiento con valproato controló las crisis epilépticas con eficacia. Junto a la ausencia clínica de crisis, los diferentes electroencefalogramas de control realizados no registraron actividad paroxística alguna. Este buen control permitió la retirada del tratamiento antiepiléptico manteniéndose asintomático tanto desde el punto de vista clínico como electroencefalográfico.

Como se ha descrito en la literatura, la despersonalización

Tabla 2. Resultados de las escalas A-DES, CDC y Escala de despersonalización de Cambridge.

ESCALAS		BASAL	A LOS 6 MESES
A-DES (36,37)	AMNESIA DISOCIATIVA	6.3	0.3
	COMPONENTE IMAGINATIVO	7.8	1.2
	INFLUENCIA PASIVA	7.8	2
	DESPERSONALIZACIÓN Y DESREALIZACIÓN	7.9	0.25
	DISOCIACIÓN DE LA IDENTIDAD	8	0.5
	DISOCIACIÓN DE LAS RELACIONES	8.7	0.3
CDC (38,39)		18	2
ESCALA DE DESPERSONALIZACIÓN DE CAMBRIDGE (28,40)	FRECUENCIA	103	3
	DURACIÓN	156	30
	TOTAL	255	33
A-DES: Escala de Experiencias disociativas en adolescentes CDC: Escala de disociación en niños (Child Dissociative Checklist). (Utilizamos las escalas únicamente para objetivar la sintomatología inicial y controlar su evolución y no como instrumento de diagnóstico o screening por lo que no tuvimos en cuenta los puntos de corte remitiendo al lector interesado a la bibliografía específica).			

es una entidad que con frecuencia suele ser resistente al tratamiento (42). Pero por otra parte se ha descrito que ciertos tratamientos psicofarmacológicos, como es el caso de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, pueden ser efectivos en aquellos pacientes con síntomas de despersonalización para la erradicación o atenuación de los mismos (43). Aunque también otros autores han descrito casos en los que este tratamiento

incluso empeoró los síntomas (44). Además, para muchos pacientes, una psicoterapia adecuada conduce a una mejor evolución de los síntomas (45). En nuestro caso, junto al tratamiento farmacológico, se optó por la psicoterapia de apoyo, ya descrita por otros autores como una psicoterapia eficaz en este trastorno (46).

Las crisis de despersonalización mejoraron de manera muy significativa desde el inicio del tratamiento. Junto al tratamiento farmacológico (sertralina, 50 mgrs/día), otros elementos contribuyeron de manera significativa a su mejoría. El alivio inicial que supuso para el chico comentar de manera abierta sus síntomas tranquilizándole respecto a su miedo a “estar volviéndose loco” y la progresiva tranquilidad que supuso comprobar la desaparición de los episodios, contribuyeron de manera significativa, en nuestra opinión, a la mejoría. Para algunos autores (23), los síntomas de despersonalización surgen como defensa ante situaciones estresantes que, en el caso de nuestro paciente, podrían haber sido sus dificultades en sus relaciones personales. Por ello, el tratamiento de psicoterapia se diseñó con los objetivos de trabajar con el chico sus rasgos de personalidad y habilidades sociales intentando aportarle (entre otros objetivos) estrategias de afrontamiento ante futuros factores estresantes actuando así como factor “protector” ante la posible aparición de nuevas crisis de despersonalización.

La exploración psicopatológica sigue siendo la principal herramienta diagnóstica de la psiquiatría y, como reza un viejo aforismo médico, se diagnostica lo que se busca pero sólo buscamos aquello que conocemos. Una sólida formación en psicopatología debe ser un requisito indispensable en la formación del psiquiatra como base de una mejor y mayor capacidad diagnóstica y, por ende, de una mayor eficacia terapéutica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Luque R, Villagrán JM, Valls JM, Díez A. Despersonalización: aspectos históricos, conceptuales y clínicos. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1995; XV (54): 443-59.
2. Krishaber M. *La Névropathie Cérébro-Cardiaque*. Paris: Masson; 1873.
3. Dugas L. Un cas de dépersonnalisation. *Revue Philosophique de Paris et l'Étranger* 1898; 45: 500-507.
4. Vallejo J. Trastornos de angustia. En Vallejo Ruiloba J. (dir). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. 6ª ed. Barcelona. Elsevier. 2006, p 373 -387.
5. Sedman G. An investigation of certain factors concerned in the aetiology of depersonalisation. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1972; 48: 191-219.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3ª ed, rev. Washington: American Psychiatric Association, 1987.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (text revisión)*, 1ª ed. Washington: American Psychiatric Association, 2002.
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5ª ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.
9. CIE-10. *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas de comportamiento*. Madrid: Organización Mundial de la Salud, 1992.
10. Edwards, JG.; Angus, JWS. Depersonalization. *British Journal of Psychiatry*, 1972; 120: 242-244.
11. Bourgeois, M. et al. Dépersonnalisation, syndrome de Cotard et virage maniaque sous benzodiazépine. Á propos de deux observations. *Annales Médico-Psychologiques*, 1986; 144: 174-182.
12. Snaith, P., *Clinical Neurosis*, Nueva York, Oxford University, 1991 (2ª ed.).
13. Shimuzi M, Sakamoto S. Depersonalization in early adolescence. *Japanese Journal of Psychiatry and Neurology*. 1986; 40: 603-608.
14. Sierra-Siegert M. La despersonalización: aspectos clínicos y neurobiológicos. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2008; 17 (1): 40-55.
15. Sánchez de las Matas Dávila J. Ansiedad, depresión, estrés en despersonalización y desrealización. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1993; 22 (6): 270-6.
16. Sadock BJ, Sadock VA. En Kaplan & Sadock. *Trastornos disociativos*. Sinopsis de psiquiatría. 10ª ed. 2009, p 665-679.
17. Bebbington P, Hurry J, Tennant C, Sturt E, Wing JK. Epidemiology of mental disorders in Camberwell. *Psychol Med*. 1981; 11 (3): 561-579.
18. Michal M, Wiltink J, Subic-Wrana C, Zwerenz R,

- Tuin I, Lichy M, Brahler E, Beutel ME. Prevalence, correlates, and predictors of depersonalization experiences in the German general population. *J Nerv Ment Dis.* 2009; 197 (7): 499–506.
19. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS. Dissociative disorders among adults in the community, impaired functioning, and axis I and II comorbidity. *J Psychiatr Res.* 2006; 40 (2): 131–140.
20. Catell JP, Catell JS. Depersonalization: psychological and social perspectives. En: Arieti S, Brody EB, editores. *American handbook of psychiatry*, 2.^a ed, vol III. New York: Basic Books, 1974; p. 767-99.
21. Kenna JC, Sedman G. Depersonalization in temporal lobe epilepsy and the organic psychoses. *Br J Psychiatry.* 1965; 111: 293–299.
22. Lambert MV, Sierra M, Phillips ML, David AS. The spectrum of organic depersonalization: review plus four new cases. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2002; 14: 141–154.
23. Sierra M, Berrios G. Depersonalization: neurobiological perspectives. *Biol Psychiatry* 1998; 44: 898-908.
24. Michal M, Beutel ME, Jordan J, Zimmermann M, Wolters S, et al. Depersonalization, mindfulness, and childhood trauma. *J Nerv Ment Dis.* 2007; 195 (8): 693-6.
25. Simeon D, Guralnik O, Schmeidler J, Sirof B, Knutelska M. The role of childhood interpersonal trauma in depersonalization disorder. *Am J Psychiatry.* 2001; 158 (7): 1027-33.
26. Shimizu M, Sakamoto S. Depersonalization in early adolescence. *Jpn J Psychiatry Neurol.* 1986; 40 (4): 603-8.
27. Sierra M. Depersonalización: aspectos psicopatológicos. En: Luque R, Villagrán JM, editores. *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias.* Madrid: Trotta; 2000. p. 249-63.
28. Molina Castillo, J. J. (2008). Adaptación y Validación al Castellano de la Escala de Depersonalización de Cambridge. Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctor en Medicina, Departamento de Ciencias Sociosanitarias, Radiología y Medicina Física, Facultad de Medicina, Universidad de Córdoba, Córdoba, España.
29. Michal M, Duven E, Giralt S, Dreier M, Müller KW, Adler J, Beutel ME, Wölfling K. Prevalence and correlates of depersonalization in students aged 12-18 years in Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2014 Sep 9.
30. Baker D, Hunter E, Lawrence E, Medford N, Patel M, Senior C, et al. Depersonalisation disorder: clinical features of 204 cases. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 428-33.
31. Simeon D, Gross S, Guralnik O, Stein DJ, Schmeider J, Hollander E. Feelin unreal: 30 cases of DSM-III-R depersonalization disorder. *AM J Psychiatry* 1997; 154: 1107-13.
32. Aliyev, N.A. & Aliyev, Z.N. Lamotrigine in the immediate treatment of outpatients with depersonalization disorder without psychiatric comorbidity: randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol.* 2011; 31 (1): 61-5.
33. Sierra M, Phillips ML, Ivin G, Krystal J, David AS. A placebo-controlled, cross-over trial of lamotrigine in depersonalization disorder. *J Psychopharmacol.* 2003; 17 (1): 103-5.
34. Gentile JP, Dillon KS, Gillig PM. Psychotherapy and pharmacotherapy for patients with dissociative identity disorder. *Innov Clin Neurosci.* 2013; 10 (2): 22-9.
35. Hunter EC, Baker D, Phillips ML, Sierra M, David AS. Cognitive-behaviour therapy for depersonalisation disorder: an open study. *Behav Res Ther.* 2005; 43 (9): 1121-30.
36. (ADES) Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability and validity of a dissociation scale. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1986; 174: 727–735.
37. Icarán E, Colom R, Orengo F. “Experiencias disociativas: una escala de medida.” *Anuario de psicología. The UB Journal of psychology.* 1996; 70: 69-84.
38. Putnam FW, Halmers K, Trickett PK. Development, reliability, and validity of a child dissociation scale. *Child Abuse Negl.* 1993; 17 (6): 731-41.
39. Silberg JL. Dissociative symptomatology in children and adolescents as displayed on psychological testing. *J Pers Assess.* 1998; 71 (3): 421-39.
40. Sierra M, Berrios GE. The Cambridge

- Depersonalization Scale: a new instrument for the measurement of depersonalization. *Psychiatry Res.* 2000; 93 (2): 153-64.
41. Coons PM. The dissociative disorders. Rarely considered and underdiagnosed. *Psychiatr Clin North Am.* 1998; 21 (3): 637-48.
 42. Chee KT, Wong KE. Depersonalization syndrome-a report of 9 cases. *Singapore Med J.* 1990; 31 (4): 331-4.
 43. Sierra M. Depersonalization disorder: pharmacological approaches. *Expert Rev Neurother.* 2008; 8 (1): 19-26.
 44. Salgado A, Oliveira L, Sierra-Siegert M, Salgado JV. Depersonalization and derealization syndrome: report on a case study and pharmacological management. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012; 34 (4): 505-8.
 45. Şar V. The many faces of dissociation: opportunities for innovative research in psychiatry. *Clin Psychopharmacol Neurosci.* 2014; 12 (3): 171-9.
 46. Gentile JP, Snyder M, Marie Gillig P. Stress and trauma: Psychotherapy and Pharmacotherapy for Depersonalization/Derealization Disorder. *Innov Clin Neurosci.* 2014; 11 (7-8): 37-41.