

J. J. Molina Castillo¹
J. Martínez de la Iglesia²
C. Albert Colomer³
G. Berrios⁴
M. Sierra⁵
R. Luque Luque³

Adaptación y validación al castellano de la Escala de Despersonalización de Cambridge

¹ Equipo de Salud Mental Talarrubias (Badajoz)
² Unidad Clínica de Occidente Distrito Sanitario Córdoba

³ Hospital Universitario Reina Sofia Córdoba
⁴ Departamento de Psiquiatría Universidad de Cambridge Cambridge

⁵ Unidad de Investigación de Despersonalización Instituto de Psiquiatría Londres

Introducción. La Escala de Despersonalización de Cambridge (CDS) es un cuestionario autoadministrado construido para capturar la frecuencia y duración de los síntomas de despersonalización en los últimos 6 meses. El instrumento ha mostrado ser válido y fiable y puede ser útil tanto en la clínica como en la investigación neurobiológica.

Métodos. Este trabajo presenta la adaptación y validación al castellano de la CDS. El estudio fue llevado a cabo en dos etapas. En la primera desarrollamos la versión española de la CDS siguiendo la metodología de adaptación transcultural. En la segunda la CDS fue aplicada en una muestra de 130 sujetos: 77 pacientes reunieron criterios del DSM-IV-TR para esquizofrenia, 35 con trastorno depresivo y 18 con trastorno de ansiedad. Las puntuaciones obtenidas fueron comparadas con el diagnóstico clínico (patrón oro). Además, todos los sujetos del estudio completaron los cuestionarios Escala de Experiencias Disociativas (DES), Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS), Inventario de Depresión de Beck (BDI) y Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS).

Resultados. Treinta y ocho pacientes (29,2 %) presentaron síntomas de despersonalización. La escala mostró una consistencia interna elevada (alfa de Cronbach > 0,9 y fiabilidad al dividir por la mitad [*split-half reliability*], > 0,8) y una fiabilidad test-retest de 0,391. La validez convergente fue de 0,65 ($p < 0,001$) y la discriminativa fue de 0,308 ($p < 0,05$). El área bajo la curva ROC fue de 0,94. El punto de corte de 71 pareció ser el más favorable (la sensibilidad y especificidad fueron 76,3 y 89,1 %, respectivamente).

Conclusión. La versión al castellano de la CDS ha mostrado una validez y fiabilidad aceptables, similares a las del cuestionario original.

Palabras clave: Adaptación transcultural. Despersonalización. Escala de Despersonalización de Cambridge. Validación.

Actas Esp Psiquiatr 2006;34(3):185-192

La versión española de la Escala de Despersonalización de Cambridge está disponible previa solicitud a los autores.

Este trabajo ha sido financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (105/02)

Correspondencia:

Juan J. Molina Castillo
Manuel Parejo Bahamonde, 3
06400 Don Benito (Badajoz)
Correo electrónico: juan.molina@ses.juntaex.es

Cross-cultural adaptation and validation of the Cambridge Depersonalisation Scale

Introduction. The Cambridge Depersonalisation Scale (CDS) is a self-rating questionnaire constructed to capture the frequency and duration of depersonalization symptoms over the last six months. The instrument has proved to be valid and reliable and can be useful in both clinical and neurobiological research.

Methods. This paper presents the Spanish adaptation and validation of the CDS. The study was carried out in two stages. First, we developed the Spanish version of the CDS by means of a cross-cultural adaptation methodology. Second, the CDS was tried on a sample of 130 subjects: 77 patients meeting DSM-IV-TR criteria for schizophrenia, 35 with depression disorders and 18 with anxiety disorders. Scores were compared against clinical diagnoses (gold standard). Furthermore, all the subjects of the study were administered the following: Dissociation Experiences Scale (DES), Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Beck's Depression Inventory (BDI) and the Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS).

Results. 38 patients (29.2 %) had depersonalization symptoms. The scale showed high internal consistency (Cronbach's alpha > 0.9 and split-half reliability > 0.8) and a test-retest reliability of 0.391. Convergent validity was 0.65 ($p < 0.001$) and discriminant validity was 0.308 ($p < 0.05$). The area under the ROC curve was 0.94. A cut-off of 71 appears to be most useful (sensitivity and specificity were 76.3 % and 89.1 %, respectively).

Conclusion. The Spanish version of the CDS has good reliability and validity, similar to the original instrument.

Key words: Cambridge Depersonalisation Scale. Cross-cultural adaptation. Depersonalization. Validation.

INTRODUCCIÓN

La despersonalización (DP) es un fenómeno frecuente en neurología y psiquiatría. Sin embargo, aunque fue descrita hace más de un siglo¹, la psicopatología y la clínica psiquiátrica le han dedicado escasa atención. En el DSM-

IV-TR se define como «experiencias persistentes o recurrentes de distanciamiento o de ser un observador externo de los propios procesos mentales o del cuerpo»². Actualmente no está claro si la distinción entre DP y desrealización (DR) obedece a simples diferencias descriptivas del mismo fenómeno³ o posee validez neurobiológica⁴. Por ello en este trabajo ambos fenómenos se engloban bajo el término genérico de DP.

En las actuales clasificaciones diagnósticas, la DP se incluye como síntoma y como categoría independiente (trastorno de despersonalización. Sin embargo, la CIE-10⁵ desde una perspectiva europea más clásica) lo ubica en los trastornos neuróticos, mientras que el DSM lo considera un trastorno disociativo.

La DP ha sido descrita en sujetos normales, en pacientes enfermedades neurológicas y orgánicas, asociada al consumo de drogas y en distintos trastornos psiquiátricos⁶. Por tanto se trataría de un fenómeno inespecífico e independiente⁷ que en ocasiones se presenta de forma predominante y es lo suficientemente grave como para adquirir la categoría de trastorno⁸. No obstante, la controversia persiste por problemas descriptivos⁹.

A lo largo de la historia se han construido diferentes instrumentos para evaluar la DP (tabla 1)¹⁰⁻²¹. A pesar de esta diversidad, la mayoría de estos instrumentos carecen de propiedades psicométricas apropiadas, ya que están influidos y limitados por las teorías de las que parten. Además, no recogen toda la riqueza psicopatológica de la DP, tan necesaria cuando aún se desconocen los rasgos clínicos más relevantes

que permitan dilucidar su neurobiología. Para intentar superar estas dificultades se diseñó la Escala de Despersonalización de Cambridge (*Cambridge Depersonalization Scale, CDS*)²², que reúne las experiencias esenciales que componen el síndrome de DP elegidas tras un análisis exhaustivo de la psicopatología descriptiva. El cuestionario, que ha mostrado ser un instrumento con validez y fiabilidad elevadas, permite la evaluación psicopatológica completa del síntoma y la distinción entre el trastorno de DP y sus fenocopias. Así, el objetivo del presente trabajo consiste en realizar la adaptación transcultural de la CDS y su posterior validación en una población de pacientes psiquiátricos.

MÉTODOS

Se evaluaron 130 pacientes pertenecientes al Área de Salud Mental de Córdoba durante un período de 2 años. La muestra estuvo formada por hombres y mujeres, de edades comprendidas entre los 16 y 65 años, y diagnosticados de trastorno esquizofrénico, depresivo o de ansiedad, presentarían o no experiencias de DP. Se excluyeron pacientes con alteración psiquiátrica, déficit cognitivos y/o sensoriales graves que impidiesen la evaluación prevista. El estudio recibió la autorización de los comités locales correspondientes. Tras ser informados de los objetivos del estudio, los pacientes autorizaron su inclusión en el mismo.

Los datos demográficos y la historia médica y psiquiátrica se obtuvieron mediante una entrevista clínica semiestructurada. Los pacientes ambulatorios completaron los cuestionarios en alguna de sus visitas al equipo de salud mental de

Tabla 1

Instrumentos de evaluación de las experiencias de despersonalización

	Autores	Número de ítems	Validación en sujetos normales	Validación en población psiquiátrica
Cuestionarios específicos sobre DP				
Escala de Dixon	Dixon, 1963	12	+	
Escala de DP de Jacobs y Bovasso	Jacobs y Bovasso, 1992	25	+	
Escala de Fewtrell	Fewtrell, 2000	35		+
Escala de DP de Cambridge	Sierra y Berrios, 2000	29		+
Escala de Severidad de DP	Simeon et al., 2001	6		+
Inventario de DP-DR	Cox y Swinson, 2002	28		+
Cuestionarios específicos de experiencias disociativas				
Escala de Experiencias Disociativas	Bernstein y Putnam, 1986	28	+	+
Escala de Alteración Perceptual	Sanders, 1986	27	+	
Cuestionario de Experiencias de Disociación	Ryley, 1988	26	+	
<i>Clinician Administered Dissociative Status</i>	Bremner et al., 1998	27		+
<i>State Scale of Dissociation</i>	Krüger y Mace, 2002	56		+

DP: disociación; DR: desrealización.

referencia. En el caso de los pacientes hospitalizados la evaluación se realizó durante su ingreso, previa estabilización del proceso agudo. Los sujetos fueron diagnosticados de acuerdo con los criterios de clasificación del DSM-IV-TR². Este diagnóstico fue realizado por su psiquiatra habitual y por uno de los evaluadores.

Los pacientes completaron los siguientes cuestionarios:

- Escala de Despersonalización de Cambridge (CDS)²² en su versión española, tras la adaptación transcultural. Es un cuestionario autoadministrado de 29 ítems que permite la evaluación descriptiva de la DP. Cada ítem incluye dos escalas tipo Likert (frecuencia y duración). La suma de las puntuaciones en cada uno de ellos es considerada la medida final de la intensidad de las experiencias. Los autores obtuvieron un punto de corte de 70, con una sensibilidad del 75,7% y una especificidad del 87,2%.
- Versión española de la Escala de Experiencias Disociativas (DES)²³. Es una escala analógica visual de 28 ítems, que contiene tres dimensiones o factores: absorción, DP/DR y amnesia²⁴. Sin embargo, otros estudios han cuestionado esta división y han señalado la existencia en la escala de un único tipo de disociación patológica o taxón^{25,26}. Simeon et al.²⁷ demostraron que el factor DP/DR puede emplearse como cribado para el trastorno de DP.
- Se completó la evaluación de los pacientes con las versiones al español de la Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS)²⁸, el Inventario de Depresión de Beck (BDI)²⁹ y la Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS)³⁰.

Adaptación transcultural

Tras recibir la autorización de los autores de la escala, para su adaptación se siguieron las recomendaciones existentes³¹⁻³³. En una fase inicial se realizaron, por separado, dos traducciones al castellano de la escala. A continuación se llevó a cabo una retrotraducción por dos traductores bilingües ajenos al estudio que desconocían la existencia del original en inglés. Posteriormente se constituyó un comité de traducción integrado por los investigadores, traductores y autores que elaboró una primera versión al castellano. Se intentó garantizar la correspondencia de contenido en la redacción de los ítems. Los criterios de comparación fueron: *a)* literales, si el significado global en las versiones y los cambios de palabras fueron los mismos; *b)* semejantes, si hubo cambios en el significado de alguna palabra, pero no en el conjunto de la pregunta; *c)* diferentes, si se encontró una pérdida del significado original, y *d)* cambio en la pregunta, cuando se requirieron cambios en la formulación para su adaptación transcultural. En una fase final, tras aplicarla en una muestra piloto con 11 pacientes esquizofrénicos y 11 depresivos, se concretó la versión definitiva (CDS-VE).

Validación

Todos los sujetos del estudio completaron los cuestionarios anteriormente señalados. La evaluación fue realizada por alguno de los psiquiatras entrenados para tal fin, uno de los cuales completó un periodo de formación específica en la Unidad de Despersonalización del Instituto de Psiquiatría en Londres. El diagnóstico clínico de DP fue realizado de acuerdo con los criterios A y B correspondientes al diagnóstico de trastorno de DP del DSM-IV-TR². Este diagnóstico constituyó el «patrón oro», con el que se estableció la validez del cuestionario. Cuando existió alguna duda sobre la presencia o no de experiencias de DP, el caso fue discutido por el grupo evaluador y, si persistía la incertidumbre, fue excluido del estudio.

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

Análisis de los datos

Los datos fueron analizados utilizando el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS versión 11.0). En una primera fase se realizó el análisis descriptivo de las características sociodemográficas de la muestra. Para la comparación entre las variables se aplicaron las pruebas de chi cuadrado (para las variables cualitativas), *t* de Student y ANOVA (en caso de variables cuantitativas), a menos que se especifique lo contrario. Las diferencias fueron consideradas estadísticamente significativas para una $p < 0,05$ con dos colas.

La consistencia interna de la versión de la CDS fue obtenida mediante el estadístico de alfa de Cronbach y la participación media de los ítems, es decir, la fiabilidad al dividir por la mitad (*split-half reliability*)³⁴. Por otro lado, la fiabilidad test-retest se obtuvo mediante el cálculo de kappa ponderada, al no seguir una distribución normal la puntuación del cuestionario³⁵.

A continuación se estudió la validez de constructo y de criterio³⁴. Para la primera se obtuvo la validez convergente (correlación existente entre CDS-VE y el factor DP/DR de la DES) y la divergente. Para esta última se compararon las puntuaciones obtenidas en la CDS-VE y las obtenidas en la PANSS por los pacientes esquizofrénicos. En ambos casos se calculó el coeficiente de correlación de Spearman. Para la validación de criterio se calculó la sensibilidad (S), especificidad (E) y las razones de máxima verosimilitud para los resultados positivo y negativo (RPP y RPN, respectivamente), así como el porcentaje de pacientes mal clasificados. La capacidad discriminativa del cuestionario para diferenciar los sujetos sin DP de los que tenían dichas experiencias se analizó mediante el área bajo la curva ROC (*receiver operating characteristic*).

Tabla 2	Características sociodemográficas y puntuaciones obtenidas en los cuestionarios en cada grupo diagnóstico			
	Muestra total (n = 130)	Esquizofrénicos (n = 77)	Depresivos (n = 35)	Trastorno de ansiedad (n = 18)
Sexo				
Mujeres	66 (50,8%)	27 (35,1%)	26 (74,3%)	13 (72,2%)
Hombres	64 (49,2%)	50 (64,9%)	9 (25,7%)	5 (27,8%)
Edad	35,18 ± 10	33,86 ± 33	36,86 ± 36	37,61 ± 13
Nivel de estudios				
Primarios	63 (48,5%)	38 (49,4%)	16 (45,7%)	9 (50%)
Secundarios	41 (31,5%)	24 (31,2%)	12 (34,3%)	5 (27,8%)
Superiores	26 (20%)	15 (19,5%)	7 (20%)	4 (22,2%)
Unidad				
Hospital	71 (54,6%)	55 (71,4%)	15 (42,9%)	1 (5,6%)
ESM	59 (45,4%)	22 (28,6%)	20 (57,1%)	17 (94,4%)
DP según juicio clínico	38 (29,2%)	14 (18,2%)	16 (45,7%)	8 (44,4%)
BDI*	17,25 ± 11; 14	12,32 ± 9; 10	26,86 ± 10; 26	19,67 ± 9; 20
HARS*	12,3 ± 6; 11	10,66 ± 6; 10	15,74 ± 7; 17	12,61 ± 6; 12
DES	22,97 ± 20; 17,5	21,73 ± 20; 16,6	26,28 ± 20; 21,6	21,71 ± 22; 17,12
DES-DP	20,59 ± 25; 8,3	18,37 ± 24; 7,8	24,9 ± 28; 9,17	21,44 ± 27; 12,42
CDS-VE*	59,25 ± 51; 46	43,16 ± 37; 35	93,26 ± 64; 75	62 ± 42; 57,5

*Diferencias estadísticamente significativas (test de Kruskal-Wallis; $p < 0,001$). Las puntuaciones de los cuestionarios son: media ± desviación estándar; mediana; BDI: Inventario de Depresión de Beck; HARS: Escala de Ansiedad de Hamilton; DES: Escala de Experiencias Disociativas; DES-DP: subescala de despersonalización de la DES; CDS-VE: versión española de la Escala de Despersonalización de Cambridge.

RESULTADOS

En relación con la adaptación obtenida, la mayoría de los ítems mantuvieron la literalidad con respecto a la versión original. Los ítems 13, 14, 16, 18 y 28 fueron considerados semejantes en su traducción. Únicamente la formulación de la pregunta 20 tuvo que ser cambiada. Hay que señalar que los pacientes, sobre todo los esquizofrénicos, presentaron dificultades para contestar los ítems expresados negativamente (4, 5, 7, 9, 18, 20, 25, 28). Sin embargo, el comité de traducción decidió no modificarlos.

De los 130 pacientes evaluados, 77 (59,2%) presentaron el diagnóstico de esquizofrenia, 35 el de depresión y 18 el de trastorno de ansiedad, de acuerdo con los criterios del DSM-IV-TR. La media de edad de la muestra fue de 35 ± 10 años, siendo el 50,8% mujeres. El 54,6% (71 pacientes) procedieron de la unidad de hospitalización. En la tabla 2 se resumen los principales datos sociodemográficos, así como las puntuaciones obtenidas por grupo diagnóstico en los diferentes cuestionarios. La distribución de la puntuación de la CDS-VE no siguió una distribución normal (Kolmogorov-Smirnov, $Z = 1,783$; $p = 0,003$). Un total de 38 pacientes (29,2%) mostraron experiencias de DP, de los cuales 29 (78,4%) presentaron experiencias de DR. De éstos, 16 reunieron criterios de trastorno depresivo, 14 de esquizofrenia

y 8 de trastorno de ansiedad. Ninguno de los casos presentó los criterios C o D para ser diagnosticado de trastorno de DP según el DSM-IV-TR.

En la tabla 3 se pueden observar los valores correspondientes a la consistencia interna de las subescalas de la

Tabla 3	Valores de la consistencia interna en cada grupo diagnóstico			
	Muestra total	Esquizofrénicos	Depresivos	Trastorno de ansiedad
α de Cronbach				
Intensidad	0,945	0,918	0,952	0,923
Frecuencia	0,937	0,898	0,947	0,939
Duración	0,943	0,914	0,949	0,901
<i>Split-half reliability</i>				
Intensidad	0,894/0,899	0,823/0,868	0,916/0,908	0,825/0,873
Frecuencia	0,883/0,885	0,787/0,856	0,907/0,892	0,891/0,878
Duración	0,888/0,897	0,826/0,864	0,910/0,907	0,775/0,862

CDS-VE obtenidos en cada muestra. En general, el alfa de Cronbach fue superior a 0,9, mientras que los valores de participación media de los ítems fueron superiores a 0,8. Las correlaciones entre los ítems de intensidad y la puntuación global oscilaron entre 0,27 y 0,74. La fiabilidad test-retest fue obtenida mediante kappa ponderada, alcanzándose un valor de 0,391 ($p > 0,05$) para un punto de corte de 71 o más.

En la tabla 4 se muestran los coeficientes de correlación de Spearman entre la CDS-VE y los diferentes cuestionarios empleados en el estudio. La validez convergente alcanzó un coeficiente de 0,65 ($p < 0,001$) al comparar la CDS-VE con el factor DP/DR de la DES. La validez divergente fue obtenida al correlacionar la puntuación de la CDS-VE con la obtenida en la escala positiva de la PANSS en los sujetos esquizofrénicos. En este caso el coeficiente fue de 0,308 ($p < 0,05$).

En la figura 1 se presenta la curva ROC de la CDS-VE, que obtuvo un área bajo la curva de 0,94 (intervalo de confianza [IC] 95 %: 0,901-0,979; $p < 0,001$). La mejor relación sensibilidad/ especificidad fue obtenida para un punto de corte de 71 ($S = 0,763$; $E = 0,891$). El porcentaje de pacientes mal clasificados fue 14,61 %. En el grupo de pacientes con esquizofrenia el área bajo la curva obtenida fue de 0,991 (IC 95 %: 0,976-1,006; $p < 0,001$). En el caso de los pacientes depresivos el área obtenida fue de 0,911 (IC 95 %: 0,82-1,002; $p < 0,001$). En cambio, el grupo de trastornos de ansiedad presentó un área bajo la curva ROC de 0,694 (IC 95 %: 0,444-0,944; $p > 0,05$).

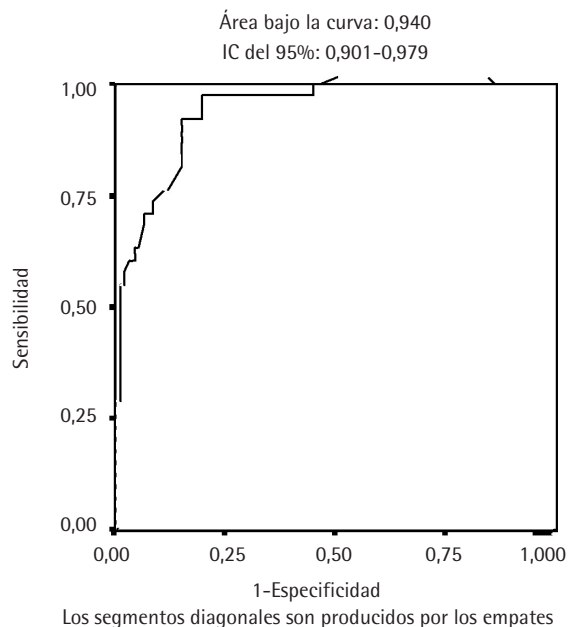


Figura 1 Área bajo la curva ROC.

La tabla 5 refleja los datos de sensibilidad, especificidad, razón de probabilidad positiva y negativa para diferentes puntos de corte y grupos diagnósticos. En el grupo de pa-

Tabla 4		Coeficientes de correlación de Spearman entre CDS-VE y el resto de cuestionarios (n = 130)
Otras escalas	CDS-VE	
BDI	0,683**	
HARS	0,496**	
DES	0,706**	
Factor amnesia-DES	0,582**	
Factor DP/DR-DES	0,650**	
Factor imaginativo-DES	0,574**	
Factor taxon-DES	0,697**	
PANSS-P	0,308*	
PANSS-N	0,264*	
PANSS-PG	0,344*	

*Diferencias estadísticamente significativas: $p < 0,05$. **Diferencias estadísticamente significativas: $p < 0,001$. Los valores en la PANSS corresponden al grupo de esquizofrénicos. BDI: Inventario de Depresión de Beck; HARS: Escala de Ansiedad de Hamilton; DES: Escala de Experiencias Disociativas; PANSS: Escala de los Síndromes Positivo y Negativo; PANSS-P: subescala Positiva de la PANSS; PANSS-N: subescala Negativa de la PANSS; PANSS-PG: subescala de Psicopatología General de la PANSS; CDS-VE: versión española de la Escala de Despersonalización de Cambridge.

Tabla 5	Parámetros de validez según el punto de corte en función del grupo diagnóstico			
	Sensibilidad	Especificidad	RPP	RPN
Muestra general				
65	81,6%	84,8%	5,37	0,217
69	76,3%	88%	6,36	0,269
71	76,3%	89,1%	7	0,266
73	73,7%	91,3%	8,47	0,288
74,5	71,1%	91,3%	8,17	0,316
Esquizofrénicos				
52	100%	92,1%	12,66	—
55	100%	95,2%	20,83	—
58,5	92,9%	95,2%	19,35	0,07
64,5	85,7%	95,2%	17,85	0,15
70	85,7%	96,8%	26,78	0,15
Depresivos				
76	81,3%	78,9%	1,03	0,23
81	75%	84,2%	4,75	0,3
86	75%	89,5%	7,14	0,28
93	68,8%	89,5%	6,55	0,35
104,5	68,8%	94,7%	12,98	0,33

RPP: razón de probabilidad positiva; RPN: razón de probabilidad negativa.

cientes esquizofrénicos el mejor punto de corte fue 58,5. Sin embargo, en el grupo de depresivos, el análisis arrojó un punto más alto (86). No fue posible obtener un punto de corte óptimo en los pacientes con trastorno de ansiedad.

DISCUSIÓN

La DP se considera uno de los síntomas psiquiátricos más frecuentes³⁶⁻³⁸. Sin embargo, se ha estudiado menos que otros síndromes, quizá por la dificultad que entraña describir estas experiencias y por la inexistencia de un instrumento de evaluación apropiado. Los autores que inicialmente la estudiaron, ya señalaron los impedimentos en la descripción del fenómeno, por las modificaciones en aspectos subjetivos del yo que sólo son accesibles mediante introspección. Asimismo, tampoco existe una definición de DP consensuada y aceptada por todos. El carácter de extrañeza de las experiencias y la estructura sindrómica del fenómeno han impedido la delimitación de este concepto⁹.

Además, como ya se ha mencionado, los instrumentos desarrollados para su estudio carecen de propiedades psicométricas suficientes y se han visto influidos por los modelos teóricos y los objetivos para los cuales fueron creados. Sin embargo, la CDS se originó a partir de la revisión de la psicopatología descriptiva existente sobre este fenómeno, siendo un instrumento útil en el diagnóstico de las experiencias de DP y sus fenocopias²². En la actualidad está siendo utilizada en la investigación neurobiológica de la DP.

En lo referente a la adaptación, el contenido del cuestionario no sufrió cambios importantes y sólo fue necesario modificar la redacción del ítem 20. No obstante, hay que tener en cuenta que algunos pacientes presentaron dificultades a la hora de entender los ítems redactados en negativo. No fue posible cambiar la forma de éstos, pues corresponden a los componentes negativos del síndrome que han sido referidos ampliamente en la literatura³. Por otro lado, el carácter autoadministrado del cuestionario fue bien aceptado por la población en estudio. Al evaluar el nivel de estudios necesario para comprender los ítems de la DES, un 43 % de los ítems requirió un nivel de estudios superior³⁹. También Icaran et al.²³ señalaron las dificultades de los pacientes para interpretar los ítems de la DES, que en ocasiones derivó en una entrevista clínica por la dilatación de las explicaciones precisadas. Estas dificultades se plasmaron en la extensión de éstos y en la interpretación de la forma de respuesta. Nosotros hemos observado que la brevedad en la formulación de los ítems de la CDS-VE, así como el sistema de respuesta, no han generado tales dificultades. Además, aunque se descartaron aquellos pacientes con un nivel cultural muy bajo, la muestra estuvo compuesta por un 48,5 % de sujetos con estudios primarios, lo cual no impidió la realización del estudio.

La CDS-VE se ha caracterizado por poseer una homogeneidad alta⁴⁰, en consonancia con los valores hallados por Sierra

y Berrios²², y los obtenidos en la validación de la versión alemana de la escala⁴¹. Estas puntuaciones son comparables con las alcanzadas en los estudios realizados con la DES⁴² y otros cuestionarios. Sin embargo, la Escala de Severidad de Despersonalización¹⁴ sólo presentó una moderada consistencia interna.

Cabe señalar que la versión española de la CDS obtuvo una fiabilidad test-retest regular (0,21-0,40)⁴³. Esto contrasta con la versión alemana que ha mostrado un valor más elevado⁴¹. Este resultado puede deberse a diferencias en la composición de las muestras. Por otro lado, al obtener la kappa ponderada en cada grupo diagnóstico, los pacientes con trastorno de ansiedad presentaron una kappa de -0,167 ($p > 0,05$). Otra posible explicación sería la dificultad encontrada a la hora de describir estas experiencias⁴⁴. Así, la primera entrevista actuaría como terapéutica (disminuyendo la intensidad del fenómeno) o como facilitadora de la expresión de los diferentes componentes, aumentando así la puntuación en la escala^{45,46}. Por tanto, esta divergencia obedece a diferencias en la composición de las muestras y a la naturaleza y estabilidad de dichas experiencias.

Por otro lado, como era de esperar, la CDS-VE mostró correlaciones altas con el factor DP/DR de la DES. Sin embargo, existieron dificultades en la validez divergente. De hecho, sólo encontramos correlaciones bajas con las subescalas de la PANSS en el grupo de esquizofrénicos. Ya en el estudio original²² se obtuvieron resultados similares: en los pacientes con trastorno de DP sólo aparecieron correlaciones positivas y altas con el factor DP/DR de la DES y no con otras escalas. Mientras, en aquellos con experiencias de DP como síntoma secundario existieron correlaciones significativas con la DES, sus subescalas y la escala de depresión empleada. Estos datos fueron obtenidos también con otros cuestionarios^{13,15}. La relación entre DP y depresión, ansiedad o disociación ha sido referida ampliamente en la literatura⁴⁷⁻⁴⁹. Esto indicaría que la intensidad de las experiencias de DP depende de otros síntomas cuando éstas aparecen en el contexto de otros trastornos mentales. Es necesario que futuras investigaciones determinen en qué consiste esta relación.

La obtención de un área bajo la curva ROC de 0,94 representa la buena capacidad, en general, que tiene la escala para diferenciar los sujetos con DP de aquellos que no presentan dichas experiencias⁵⁰. El punto de corte con mejor relación sensibilidad/especificidad fue 71. Este resultado coincide prácticamente con el obtenido en la versión original (punto de corte: 70). Sin embargo, en ésta se incluyeron sujetos con trastorno de DP. Esto nos lleva a pensar que la intensidad y frecuencia de las experiencias tanto primarias como secundarias podrían ser la misma. De todas formas, las características de ambas muestras no son comparables entre sí y se necesitan estudios posteriores sobre esta cuestión. Además hay que recordar que tanto éste como otros cuestionarios no deben ser considerados nunca pruebas diagnósticas, sino métodos de cribado rápido y, en todo caso, como ayuda a la clasificación de pacientes susceptibles de

ser evaluados con criterios más fiables⁵¹. De hecho, uno de los objetivos del cuestionario que nos ocupa fue el del análisis descriptivo de dichas experiencias.

Por último, la relación entre DP y ansiedad ha sido un aspecto controvertido. En 1959, Roth acuñó el término «síndrome de despersonalización fóbico-ansioso» para describir dicha relación⁵². Otros autores^{53,54} han definido un subgrupo de trastornos de ansiedad caracterizados por experiencias de DP. Además, Trueman⁴⁸ encontró que los pacientes con DP mostraban niveles de ansiedad más elevados que los sujetos normales. Parece que el nivel de ansiedad, junto con factores desencadenantes, pueden favorecer la aparición de las experiencias que nos ocupan. Otro aspecto a tener en cuenta es la distinción entre las experiencias de DP en el curso de una crisis de ansiedad frente a aquellas experiencias de DP crónicas que aparecen en los trastornos de ansiedad. De hecho, recientemente ha aparecido un cuestionario encaminado a estudiar específicamente este aspecto¹⁵. Por tanto, la relación entre ansiedad y DP permanece aún sin resolverse.

CONCLUSIONES Y LIMITACIONES

La versión en castellano de la CDS posee propiedades psicométricas comparables a las de la versión original. El punto de corte obtenido con mejor relación sensibilidad/especificidad fue de 71. Por tanto, puede ser utilizada como instrumento evaluador en la población psiquiátrica española. Disponer de la CDS permitirá avanzar en el campo de la investigación psicopatológica y neurobiología del fenómeno de DP.

Las limitaciones del presente estudio proceden principalmente de la composición de la muestra. Es necesario recordar que no se intentó realizar un muestreo representativo de la población. Además, la forma de obtención de la misma puede sugerir un sesgo de selección, aunque dadas las características del estudio (validación de un cuestionario) no parece que haya influido excesivamente en los resultados. En definitiva, a excepción del grupo de los trastornos de ansiedad donde no ha sido posible obtener conclusiones, estos resultados pueden aplicarse a la población psiquiátrica.

AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestro especial agradecimiento al doctor Sierra Siegert por su valiosa colaboración en la elaboración de este trabajo. Igualmente a los profesionales y pacientes que aceptaron participar en este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Krishaber M. De la névropathie cérébro-cardiaque. París: Masson, 1873.
2. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. (revised). Washington: American Psychiatric Association, 2001.
3. Sierra M. Despersonalización: aspectos psicopatológicos. En: Luque R, Villagrán JM, editores. Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias. Madrid: Trotta, 2000; p. 249-63.
4. Sierra M, Lopera F, Lambert MV, Phillips ML, David AS. Separating depersonalisation and derealisation: the relevance of the «lesion method». *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002;72:530-2.
5. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas de comportamiento. Madrid: Organización Mundial de la Salud, 1992.
6. Simeon D, Hollander E. Depersonalization disorder. *Psychiatric Annals* 1993;23:382-8.
7. Mayer-Gross W. On depersonalisation. *Br J Med Psychol* 1935; 15:103-22.
8. Fleiss J, Gurland B, Goldberg K. Independence of depersonalization-derealization. *J Consult Clin Psychology* 1975;43:110-11.
9. Luque R, Villagrán JM, Valls JM, Díez A. Despersonalización: aspectos históricos, conceptuales y clínicos. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1995;15:443-59.
10. Dixon J. Depersonalization phenomena in a sample population of college students. *Br J Psychiatry* 1963;109:371-5.
11. Jacobs JR, Bovasso GB. Toward the clarification of the construct of depersonalization and its association with affective and cognitive dysfunctions. *J Pers Assess* 1992;59:352-65.
12. Fewtrell WD. Leicester: APT Press; 2000.
13. Lambert MV, Senior C, Fewtrell WD, Phillips ML, David AS. Primary and secondary depersonalisation disorder: a psychometric study. *J Affect Disord* 2001;63:249-56.
14. Simeon D, Guralnik O, Schmeidler J. Development of a Depersonalization Severity Scale. *J Trauma Stress* 2001;14:341-9.
15. Cox B, Swinson R. Instrument to assess depersonalization-derealization in panic disorder. *Depress Anxiety* 2002;15:172-5.
16. Bernstein E, Putnam F. Development, reliability and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis* 1986;174:727-35.
17. Carlson EB, Putnam FW. An Update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation* 1993;17:16-27.
18. Sanders S. The perceptual alteration scale: a scale measuring dissociation. *Am J Clin Hypn* 1986;29:95-101.
19. Ryley KC. Measurement of dissociation. *J Nerv Ment Dis* 1988; 176:449-50.
20. Bremner J, Krystal J, Putnam F, Southwick S, Marmar C, Charney D, et al. Measurement of dissociative states with the Clinician Administered Dissociative States Scale (CADSS). *J Trauma Stress* 1998;11:125-36.
21. Krüger C, Mace CJ. Psychometric validation of the State Scale of Dissociation (SSD). *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 2002;75:33-51.
22. Sierra M, Berrios GE. The Cambridge Depersonalisation Scale: a new instrument for the measurement of depersonalisation. *Psychiatry Res* 2000;93:153-64.
23. Icaran E, Colom R, Orengo-García F. Estudio de validación de la escala de experiencias disociativas con muestra de población española. *Actas Esp Psiquiatr* 1996;24:7-10.
24. Carlson EB, Putman FW, Ross CA, Anderson G, Clark P, Torem M, et al. Factor analysis of the Dissociative Experiences Scale: a multicenter study. En: Braun BG, Carlson EB, editores. *Proceedings of the Eighth International Conference on Multiple Personality and Dissociative States*. Chicago: Rush, 1991.

25. Waller NG, Putman FW, Carlson EB. Types of dissociation and dissociative types: a taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychol Methods* 1996;1:300-21.
26. Waller NG, Ross CA. The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: taxometric and behavior genetic findings. *Jn Abnorm Psychol* 1997;106:499-510.
27. Simeon D, Guralnik O, Gross S, Stein D, Schmeidler J, Hollander E. The detection and measurement of depersonalization disorder. *J Nerv Ment Dis* 1998;186:536-42.
28. Peralta V, Cuesta M. Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Esp Psiquiatr* 1994;22:171-7.
29. Conde V, Esteban T. Estudio crítico de la fiabilidad y validez del inventario de Beck. *Arch Neurobiol* 1976;39:313-38.
30. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badia X, Baró E. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Med Clin* 2002;118:493-9.
31. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Jn Clin Epidemiol* 1993;46:1417-32.
32. Agra I. Adaptación transcultural de cuestionarios en ciencias de la salud. *Medifam* 1997;7:13-6.
33. Guillemin F. Cross cultural adaptation and validation of health status measures. *Scand J Rheumatol* 1995;24:61-3.
34. Salvador L, Romero C, González F. Guías para la descripción y la selección de instrumentos de evaluación en psiquiatría. En: Bulbena A, Berrios GE, Fernández de Larrinoa P, editores. *Medición clínica en psiquiatría y biología*. Barcelona: Masson, 2000; p. 15-31.
35. Prieto L, Lamarca R, Casado A. La evaluación de la fiabilidad en las observaciones clínicas: el coeficiente de correlación interclase. *Med Clin* 1998;110:142-5.
36. Stewart W. Panel on depersonalization. *J Am Psychoanal Assoc* 1964;12:171-86.
37. Cattell JP, Cattell JS. Depersonalisation: psychological and social perspectives. En: Arieti S, editores. *American Handbook of Psychiatry*. New York: Basic Book, 1974; p. 767-99.
38. Coons P. The dissociative disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1998;21:637-47.
39. Paolo AM, Ryan JJ, Dunn GE, Van Fleet J. Reading level of the Dissociative Experience Scale. *J Clin Psychol* 1993;49:209-12.
40. Grau G. Metodología para la validación de cuestionarios. *Medifam* 1995;5:351-9.
41. Michal M, Sann U, Niebecker M, Lazanowsky C, Kernhof, Aurich S, et al. The Measurement of the Depersonalisation-Derealisation-Syndrome with the German Version of Cambridge Depersonalisation Scale (CDS). *Psychother Psychosom Med Psychol* 2004;54:367-74.
42. Dubester K, Braun B. Psychometric properties of the Dissociative Experiences Scale. *J Nerv Ment Dis* 1995;183:231-5.
43. Feinstein AR. *Clinical epidemiology*. Philadelphia: WB Saunders; 1985.
44. Simeon D. Depersonalisation disorder: a contemporary overview. *CNS Drugs* 2004;18:343-54.
45. Robins LN. Epidemiology: Reflections on Testing the Validity of Psychiatric Interviews. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:918-924.
46. Edwards JG, Angus JW. Depersonalization. *Br J Psychiatry* 1972;120:242-4.
47. Sedman G. An investigation of certain factors concerned in the aetiology of depersonalization. *Acta Psychiatr Scand* 1972;48:191-219.
48. Trueman D. Anxiety and depersonalization and derealization experiences. *Psychol Rep* 1984;54:91-6.
49. APA. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Third ed. Washington: American Psychiatric Association; 1980.
50. Tobías A, Fernández F. Pruebas diagnósticas (III): curvas ROC. *Jano* 1999;LVI:1090.
51. Martínez J, Onís MC, Dueñas R, Albert C, Aguado C, Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam* 2002;12:620-30.
52. Roth M. The phobic anxiety-depersonalisation syndrome. *Proc R Soc Med* 1959;52:587-95.
53. Cassano G, Petracca A, Perugi G, Toni C, Tundo A, Roth M. Derealization and panic attacks: a clinical evaluation on 150 patients with panic disorder/agoraphobia. *Compreh Psychiatry* 1989;30:5-12.
54. Seguí J, Márquez M, García L, Canet J, Salvador-Carulla L, Ortiz M. Depersonalisation in panic disorder: a clinical study. *Compreh Psychiatry* 2000;41:172-8.