

Despersonalización: aspectos históricos, conceptuales y clínicos

RESUMEN: En este trabajo se realiza un análisis histórico, conceptual y clínico de la *despersonalización* desde su origen en 1898 hasta nuestros días. Aunque se ha sostenido que es un síntoma inespecífico sin significado diagnóstico, se ha descrito un síndrome de despersonalización que se incluye en los sistemas de clasificación actuales.

PALABRA CLAVE: Despersonalización.

SUMMARY: The term *despersonalization* is subjected to historical, conceptual and clinical analysis from its inception in 1898 to the present day. Although it has been maintained that despersonalization is an inspecific symptom with no diagnostic significance, a despersonalization syndrome has also been described and included in current nosological classifications.

KEY WORD: despersonalization.

La despersonalización (DP) fue descrita por primera vez en 1873 por el clínico francés Krishaber en la monografía titulada *De la névropathie cérébrocardiaque* (1), un estudio en el que se recogía la historia clínica de 38 pacientes aquejados de ansiedad, depresión y, en la mayoría de los casos, una extraña y desagradable alteración de sí mismos y del mundo externo. En 1898, el filósofo Dugas (2) acuñó el término *despersonalización* para denominar estas experiencias. Dugas, junto a Moutier (3), publicó en 1911 un trabajo sobre los aspectos históricos, psicológicos y clínicos que no tuvo excesiva repercusión en la psiquiatría de la época.

Como consecuencia de una delimitación conceptual imprecisa, a lo largo de la historia ha existido una falta de consenso en la definición y explicación etiológica de la DP. No sólo los términos *despersonalización*, *desrealización* y *dejà vu* se han utilizado con frecuencia como sinónimos (4, 5), sino que la definición mayoritariamente aceptada, formulada por Schilder en 1914 (6), que se refiere a los cambios de personalidad, crea más problemas de los que resuelve, por la imprecisión del término «personalidad» y los diversos significados que ha tenido a lo largo de la historia. La «personalidad» comenzó como concepto filosófico y entró en el campo de la psicología a partir de la obra de Kant y Hume (7). Sin embargo, durante la mayor parte del siglo XIX el término «personalidad» seguía haciendo referencia a los aspectos subjetivos del yo, y la mayor parte de los autores equiparaban personalidad a conciencia del yo. Igualmente, los trastornos de la personalidad correspondían a alteraciones de conciencia, incluyendo las disociaciones histéricas (7). Por otro lado, lo que hoy día se conoce como «personalidad», durante el siglo XIX se conocía como «carácter», «temperamento» o «constitución» (7). Durante las primeras décadas de este siglo, Allport (8) recopiló 49 significados distintos del término «personalidad», antes de dar su propia definición. Pero, como ha señalado Kräupl Taylor (9), la DP no se corresponde con ninguno

de esos 50 significados distintos. Algunos autores (10, 11, 12) han sugerido que esta imprecisión puede deberse a que la DP sea una experiencia difícil de describir. Efectivamente, si la DP se define como consecuencia de las modificaciones en los aspectos subjetivos del yo, a ellos sólo se puede tener acceso mediante la introspección, resultando difícil para algunos sujetos expresar las experiencias. En este sentido, se ha señalado que los niños tendrían una dificultad mayor para explicar el fenómeno y, por tanto, la DP ha sido poco estudiada entre ellos (13). Este obstáculo ya fue señalado por Lewis en 1934 (14), para quien es difícil de determinar «cuánto existe [en la DP] de realidad objetiva y cuánto de metáfora». Por tanto, la DP se ha definido desde diferentes puntos de vista. Para Schilder (6) se trata de «un estado en el cual el sujeto se siente cambiado en comparación a su estado anterior. Este cambio afecta tanto a sí mismo como al mundo externo y lleva al sujeto a reconocerse sin personalidad. Sus actos le parecen automáticos, observándose como un espectador. El mundo externo aparece extraño y ha perdido su carácter de realidad». El propio Schilder, en una descripción más detallada, y ligeramente distinta (15), señala como principales características de la DP la autoobservación, los trastornos de las imágenes, la distorsión de la percepción espacial y las sensaciones hipocondríacas. Sin embargo, para Federn (16) las alteraciones fundamentales de la DP son los trastornos del pensamiento, de la memoria y de la experiencia del tiempo. Ackner (17) considera que tanto Schilder como Federn señalan solamente las características de la DP que se ajustan a su particular enfoque psicopatológico e ignoran la variabilidad que puede presentar este fenómeno. Malamud (18) también se refirió a la pluralidad de la DP, pero estableció como síntoma esencial el «sentido de irrealidad» que puede afectar al sujeto (su cuerpo, pensamientos, etc.) y/o al mundo externo. En este sentido, la CIE-10 ha resaltado la versatilidad del fenómeno al definir la DP como «un trastorno en el que el individuo se queja espontáneamente de la vivencia de que su propia actividad mental, su cuerpo, su entorno o todos ellos, están cualitativamente transformados, de manera que se han vuelto irreales, lejanos o mecánicos» (19).

En un intento de precisar los conceptos, en 1935 Mayer-Gross (20) sugirió que el término *despersonalización* debía reservarse para las modificaciones en el sujeto y utilizar el término *desrealización*, acuñado por Mapohter, para designar los sentimientos de irrealidad del mundo externo. Mayer-Gross reconoció que la DP y la desrealización, aunque con frecuencia asociadas, no necesariamente aparecen juntas. Henderson & Gillespie (21), siguiendo la sugerencia de Mayer-Gross, separaron DP y desrealización como síntomas, pero las agruparon bajo el término *sentimientos de irrealidad*, al mismo tiempo que resaltaron el carácter no delirante del fenómeno. Igualmente, las modificaciones del sujeto se han dividido según el extrañamiento afecte a la identidad psíquica o corporal (8, 22, 23). Failla *et al.* (24), siguiendo el modelo propuesto por Carl Wernicke que dividía la vida

psíquica en *alopsíquica* (en relación con los objetos externos), *somatopsíquica* (en relación con la existencia corporal) y *autopsíquica* (relacionada con el propio sistema de representaciones del sujeto), clasificaron la DP en *autopsíquica* (el yo está separado de la realidad), *somatopsíquica* (existe una negación de partes del cuerpo), y *alopsíquica* (el sujeto está separado de todas las percepciones).

Shorvon (25) también reconocía que los límites de la DP son difíciles de precisar y que al desconocerse el mecanismo por el que se produce, la definición ha de ser necesariamente descriptiva. Este autor consideraba los sentimientos de irrealidad, la conservación del *insight* y la falta del carácter delirante como los elementos fundamentales.

Ackner (17) definió la DP según unas «características positivas»: 1) La DP es siempre subjetiva, es un trastorno de la experiencia; 2) La experiencia consiste en un cambio interno o externo, caracterizado por un sentimiento de extrañeza o irrealidad; 3) La experiencia es desagradable; 4) Cualquier función mental puede estar sujeta a este cambio, pero la afectividad está invariablemente involucrada; 5) el *insight* está conservado. Esta definición también ha sido criticada porque los límites de la DP no están bien definidos. Así, la mayoría de las experiencias conocidas como *estar fuera del cuerpo* tendrían elementos de DP. Algunas de ellas, como las *experiencias límites ante la muerte* (26), descritas por sujetos que han estados próximos a la muerte como «experiencias placenteras», no cumpliría el tercer criterio de Ackner. Asimismo, la definición de la CIE-10 incluye la sensación que tiene el sujeto de estar actuando con «papeles predeterminados», fenómeno que pertenece a las denominadas *experiencias de pasividad* que algunos autores excluyen del ámbito de la DP (27).

Otros autores han utilizado definiciones más simples. Sedman (28), por ejemplo, la define como «un peculiar cambio en la conciencia del *self*, en el cual el individuo siente como si no fuera real». En términos similares se define en un editorial el *British Medical Journal* (29): «la DP es una experiencia extraña, compleja y esencialmente subjetiva, siendo una de sus características la dificultad del individuo para comunicar una descripción comprensible de ella. Una de las características importantes de la experiencia es el sentimiento de cambio que afecta al mundo interno y/o externo que se acompaña de una vaga e incómoda sensación de extrañeza». Por último, se ha indicado como característica esencial de la DP la conservación del juicio de realidad, es decir, el carácter no psicótico del fenómeno (8, 17, 21, 25, 30).

Despersonalización: síntoma o síndrome

Aunque la DP no se considera hoy día, como pensaba Schilder (31), «uno de

los problemas fundamentales de la psicología y la psicopatología», la existencia de un síndrome primario de la DP sigue sin ser resuelta. A pesar de que ha habido diversos intentos de crear un *síndrome de despersonalización* (23, 25, 30, 32, 33), otros autores (8, 28) sostienen que se trata de un síntoma inespecífico sin significado diagnóstico. Oberst (34) y Dixon (35) mantienen que la DP puede manifestarse como un síndrome aislado (DP primaria o idiopática) o junto a otros síndromes clínicos. Lewis (14) señaló la relativa infrecuencia con la que se encuentran todas las principales características de la DP en un mismo paciente, debido a que se trata de un *síndrome poco organizado*. Igualmente, se han descrito casos de episodios recurrentes más o menos persistentes de estados de DP sin otros síntomas significativos (36). Puesto que la DP puede presentarse como fenómeno aislado o en combinación con otros síntomas, Fleiss *et al.* (37) estudiaron su posible asociación con determinados síntomas o trastornos y comprobaron que la DP y la desrealización son independientes de otros síntomas y no están relacionados con ningún diagnóstico determinado. Estos resultados confirman los obtenidos por otros investigadores (17, 38, 39).

Aunque el problema de la existencia de un estado *puro* de DP sigue sin resolverse, tanto la CIE-10 (19) como el DSM-III-R (40) incluyen categorías independientes para este trastorno. En el DSM-III-R la DP se reconoce como síntoma y como trastorno (incluido en los trastornos disociativos). La definición del síndrome de DP se presta a confusión puesto que por un lado se define como una «alteración de la percepción o experiencia del yo hasta el punto de perder temporalmente el sentido de la realidad» (p. 474); sin embargo, en otro momento se afirma que «todas estas experiencias [de DP] son egodistónicas y el individuo mantiene intacto el correcto enjuiciamiento de la realidad» (p. 329). La DP como síntoma puede aparecer en la esquizofrenia, en los trastornos orgánicos, trastornos por ansiedad, trastornos de la personalidad, en la epilepsia y en cualquier trastorno mental en el que haya angustia, estrés o fatiga extrema. En el trastorno por DP esta experiencia es la alteración predominante, siendo lo suficientemente grave y persistente como para causar molestias notables.

La dificultad en distinguir entre síntoma y síndrome de DP quizás estribe, como han señalado Berrios y Chen (41), en que los sistemas diagnósticos actuales han sobrevalorado el diagnóstico nosológico y han desatendido los problemas implicados en el proceso de reconocimiento del síntoma. Estos problemas se pretenden resolver mediante definiciones operacionales. Sin embargo, por un lado, estas definiciones son de escaso valor al estar dirigidas a la «construcción» del síntoma; por otro, no se dan reglas claras para su aplicación. Estos autores, tomando como ejemplo la definición de DP dada por el DSM-III-R, señalan cómo en esta definición «se incluyen una serie de experiencias, acontecimientos y dimensiones, significando la presencia de cualquiera de ellas la existencia del síntoma de DP

que puede presentarse en varias situaciones clínicas. Al observador sin embargo, no se le ofrecen reglas para manejar tantas ambigüedades».

Primeras teorías de la despersonalización

La mayoría de los autores, como Krishaber (1), Ribot (42), Taine y Pick (cit. por Ackner) (17), que elaboraron las primeras teorías sobre la DP la consideraban consecuencia de un trastorno de la percepción. Para Krishaber, la «isquemia funcional de los centros nerviosos» origina una disminución de las facultades de la memoria y del juicio que lleva al sujeto a una incapacidad para reconocer la realidad de los objetos e incluso su propia identidad. Ribot, en su libro de 1884 *Las enfermedades de la personalidad* (42) mantenía que ésta se establece a partir de la percepción de los mensajes internos provenientes del propio cuerpo, es decir, de la *cenestesia* mediante la cual el alma es informada del estado de su cuerpo. Séglas (43), influido por esta concepción «sensualista de la vida mental» (44), de gran éxito entre el pensamiento «romántico» de fines del siglo XIX, atribuía la DP a un trastorno de la *síntesis mental* o memoria visual, consistente en la incapacidad para recordar voluntariamente las imágenes, que impide la relación de las imágenes con otros recuerdos o sensaciones corporales y conduce a un estado de DP. Janet (45) también mantenía que la fatiga y el cansancio provocan una disminución en la *síntesis mental* y en la *complejidad mental* de los elementos psíquicos, esto es, en la sistematización y unificación de las diversas sensaciones, imágenes y emociones que forman la conciencia, y que al producir un sentimiento de irrealidad y automatismo lleva a la DP (*sentimiento de incompletud*). Asimismo, para Janet la *hiperactividad de la memoria* hace que el sujeto compare constantemente su estado de DP con su situación anterior.

Otros autores, como Oesterrich (46) y Löewy (47), pensaban que el trastorno primario era emocional: Oesterrich lo explicaba como una *pérdida del sentimiento* de la que derivan el resto de los síntomas, y Löewy como «una pérdida de los sentimientos específicos que acompañan a la acción». Es decir, la actividad del sujeto no se encuentra alterada, pero el trastorno emocional hace que los actos parezcan mecánicos y automáticos. Por tanto, como consecuencia del trastorno emocional el mundo se percibe de forma diferente. Una opinión similar a la de Janet sostuvo Schilder (6), al resaltar la excesiva observación de sí mismos, tanto de la imagen física como de los objetos mentales, de estos pacientes. La autoobservación continua lleva al sujeto a vivir todas las experiencias en relación con su propia persona y no con el objeto de la observación, provocando estados de DP e ideas de negación corporales. Según Jaspers (48), en la DP se ha perdido el sentido de la conciencia del yo, es decir, la unidad psicológica del individuo, que acom-

pañá toda actividad consciente. Para Jaspers, la *conciencia del yo* tiene cuatro caracteres formales: a) conciencia de la actividad; b) conciencia de la unidad; c) conciencia de la identidad; y d) conciencia del yo en oposición a lo externo. Además, para Jaspers, el cuerpo también desempeña un papel importante en la conciencia de identidad del sujeto.

Kräupl Taylor (9) explicó los síntomas de DP a partir de las teorías fenomenológicas de Franz Brentano. Para Kräupl Taylor, la DP debe designar un «cambio subjetivo» de la personalidad, es decir, el sujeto es consciente de la modificación en las experiencias que padece. Puesto que las experiencias conscientes son «intencionales», es decir, están dirigidas a un objeto externo o interno, el sujeto es consciente tanto de sí mismo como de su propia actividad mental (de su *yo* activo mentalmente). En la DP, esta actividad del *yo psíquico* ha adquirido su propia autonomía, ajena al sujeto. Los síntomas de la DP pueden clasificarse, por tanto, en virtud de las actividades mentales afectadas: 1) *exteroceptivas* (conducen a la desrealización); 2) *interoceptivas* (llevan a la desomatización; y 3) *introspectivas* (tienen como consecuencia la *des-ideación*, *des-emoividad*, o la *automatización*, según estén afectadas las actividades cognitivas, afectivas o motivacionales respectivamente).

Las teorías expuestas están basadas en la *psicología de las facultades* o *psicología funcional*, una de las dos teorías (junto al *asociacionismo*) predominantes en psicología durante el siglo XIX. Según la psicología funcional, la mente está compuesta por una serie de funciones: intelectual (*cognitiva*), emocional (*oréctica*) y volitiva (*conativa*). Algunos autores, como Ackner (17), han rechazado este tipo de teorías porque están basadas en el «hecho inaceptable» de considerar a la mente compuesta por un conjunto de diferentes funciones que deben alterarse de forma independiente. Además, para este autor, todas ellas son teorías *ad hoc*, derivadas de un énfasis excesivo en un síntoma aislado de la estructura psíquica completa.

Teorías psicodinámicas de la despersonalización

Aunque el psicoanálisis se ha ocupado extensamente de la DP, no existe una teoría que haya sido aceptada de forma mayoritaria. Uno de los primeros analistas que escribió sobre este fenómeno fue Nunberg (49), en 1924, que pensaba que era consecuencia de una herida narcisista y de una retirada de la libido del objeto. Federn (16) creía que esta última es el factor esencial en la etiología de la DP. Otros autores, sin embargo, mantuvieron teorías opuestas. Sadger (50) pensaba que es un intento de escapar a la castración física, mientras que para Searl (51) representa un intento de conseguir esta castración para, de esta forma, poseer la

inmunidad de un objeto inanimado. Oberndorf (52) resaltó la importancia de la erotización del pensamiento y la identificación de éste con el padre del sexo opuesto, del que resulta un choque de fuerzas hetero y homosexuales. Este autor cambió de opinión más tarde, manteniendo que la DP es una defensa contra la ansiedad que surge ante las amenazas del Ello y Super-yo contra el Yo (53).

Freud se ocupó de la DP en el caso del «hombre de los lobos» (54). Para Freud, este síntoma tenía como función evitar el acceso a la conciencia de deseos, provocadores de ansiedad, de regresar al útero materno. Freud también se refirió, de forma breve, a una experiencia propia de desrealización en su trabajo de 1936 *Un trastorno de la memoria en la Acrópolis* (55). Aunque pueden presentarse en el sujeto normal, para Freud los fenómenos de DP y desrealización son «disfunciones, estructuras anormales» que, como los sueños, «nos sirven como modelos de los trastornos psíquicos». Las dos características generales de estos fenómenos son la finalidad de la defensa y su «dependencia del pasado (...), de vivencias penosas pretéritas» (pp. 3.332-3.333).

Otros analistas han relacionado la DP con la esquizofrenia. Klein (56) considera que los estados de despersonalización y la disociación esquizofrénica constituyen una regresión a las etapas paranoide y esquizoide. Para Rosenfeld (57) sólo existe una diferencia cuantitativa entre la DP y la esquizofrenia, resultando ambas de una escisión defensiva del yo frente a impulsos destructivos sentidos como extraños. Galdston (30) considera que la DP es una forma benigna de esquizofrenia, consecuencia de una degradación de las funciones integrativas del *ego*. Aunque supone una separación parcial de la realidad, la DP tiene la finalidad de impedir la ruptura con ella (58). A pesar de que todos estos autores consideran a la DP relacionada en su desarrollo con la esquizofrenia no están, sin embargo, de acuerdo en cuál sería el trastorno responsable (17). Trabajos más recientes han estimado de nuevo que la DP es un mecanismo de defensa primitivo y patológico, que surge como medida de emergencia cuando otros mecanismos más habituales de represión fracasan en el control de impulsos inaceptables (59, 60, 61, 61).

Las teorías expuestas son sólo algunas de las más importantes que el psicoanálisis ha elaborado sobre la DP. También se ha relacionado con el sadomasoquismo, voyerismo, exhibicionismo, la angustia de castración y aniquilamiento, tendencias paranoides, impulsos inconscientes hacia la autocastración, fijaciones edípicas y tendencias homosexuales. Igualmente, algunos psicoanalistas han distinguido entre la neurosis de DP o DP *genuina* y la DP *sintomática*. Como ha ocurrido con otros trastornos, las teorías psicoanalíticas de la DP se han basado en el estudio de un número escaso de pacientes y en modelos hipotéticos contruidos de tal forma que no pueden ser validados clínica o experimentalmente. Asimismo, el trastorno que origina el fenómeno se ha relacionado con casi todas las etapas del desarrollo. Además, se ha señalado que todas estas teorías, en realidad, sólo expli-

can el contenido y no la forma del fenómeno. Como Jaspers ha indicado, el psicoanálisis se refiere a «la psicología de las “conexiones del significado”» y no a la explicación de las causas. Para Sedman (28), la mayoría de los psicoanalistas sólo realizan descripciones de la DP como síntoma pero no ofrecen explicaciones de la «forma del fenómeno» o, en todo caso, se limitan a decir que es debido a una «predisposición constitucional». A partir de un *modelo judicativo* de la conducta, Castilla del Pino (23) explica la DP como consecuencia de una inseguridad del sujeto en la denotación de la realidad y, en consecuencia, en las interpretaciones que de ella se realizan. La inseguridad depara angustia consecutiva a la conciencia que tiene el sujeto de su incapacidad para asegurar la realidad que denota.

Teorías orgánicas de la despersonalización

La DP es un síntoma que se ha descrito con frecuencia asociado a trastornos orgánicos, especialmente en la epilepsia temporal (33, 63, 64, 65). La mayoría de las teorías que defienden el sustrato orgánico de la DP derivan de la afirmación de Mayer-Gross (20) de que este trastorno se debe a una «respuesta preformada del cerebro» que puede ser liberada por diversos factores, es decir, a un mecanismo no específico consecuencia de diferentes influencias sobre el cerebro. La teoría de Mayer-Gross sigue el modelo jerárquico en neurofisiología de Hughlings Jackson (66). Jackson mantenía que los síntomas mentales son el resultado «positivo» de la disolución del sistema nervioso, es decir, aparecen como consecuencia de la actividad de los niveles más bajos de la evolución del sistema nervioso que se activan por la pérdida o disolución de los niveles más altos del funcionamiento cerebral. Mayer-Gross pensaba que la «respuesta preformada del cerebro» en la DP es similar a otros «mecanismos preformados» no específicos como las crisis epilépticas o el delirium pero que, sin embargo, la forma de la respuesta es *autoespecífica*. En el caso de la DP, el mecanismo de la liberación de la «respuesta preformada» del cerebro sería una alteración de la conciencia. Desde el trabajo de Haug (67), se ha mantenido que la DP está siempre asociada a una alteración en el nivel de conciencia del sujeto. Sin embargo, en una revisión de la literatura, Sedman (28) comprobó que la incidencia de la DP en diversos trastornos orgánicos es la misma que la encontrada en la población normal, excepto en los casos de psicosis orgánicas crónicas severas en los que la incidencia es menor. Además, no encontró una relación entre el grado de alteración del nivel de conciencia y la aparición de DP. Por último, parece que existe un grupo de sujetos que, independientemente del trastorno cerebral que padezcan, nunca tendrán síntomas de DP. Con estos datos, Sedman concluye que puede existir un «mecanismo preformado» para la aparición de la DP en aproximadamente el 40% de la población, pero que los fac-

tores que inician esa respuesta no están específicamente asociados con la alteración del nivel de conciencia o que, en todo caso, aunque el trastorno de la conciencia desempeñe un papel de importancia, deben existir otros factores más relevantes para la aparición de la DP. Por tanto, la relación entre DP y un trastorno orgánico cerebral permanece confusa y la DP no puede decirse que sea un fenómeno patognómico de las enfermedades orgánicas.

Los síndromes neurológicos que cursan con un trastorno del reconocimiento del esquema corporal se han relacionado con la DP. Algunos autores, consideran los fenómenos de DP ligados a las funciones del lóbulo parietal puesto que las lesiones que le afectan se suelen acompañar de un trastorno de la imagen corporal. Para Lhermitte (68) la DP puede equipararse a una *asomatognosia total*; de opinión similar es Van Bogaert (69) para el que la anosognosia es una forma neurológica de DP. Ehrenwald (70), en su trabajo sobre la agnosia de 1931, mantenía que la alteración en el reconocimiento significa una modificación del estado mental que conduce a un sentimiento de DP. Sin embargo, se ha señalado (22, 71) que existe una diferencia considerable entre la introspección y la angustia con las que el sujeto vive la DP y la indiferencia del paciente con una alteración del esquema corporal consecuencia de un trastorno neurológico que, además, no se acompaña de la sensación de irrealidad del mundo externo. Como ha señalado Ey (71), la DP es una alteración del sujeto, no del organismo.

Por último, la DP se ha intentado explicar como una asociación de un trastorno orgánico (lesión en el lóbulo parietal) junto a un trastorno psicodinámico (72). La misma asociación fue establecida por Schilder (73) en su intento de relacionar los síntomas de DP con un trastorno de la imagen corporal. Para este autor, una lesión en la región parietal impide que el paciente pueda formarse representaciones de su propio cuerpo, al mismo tiempo que se produce una retirada de la libido del yo y de la realidad.

Despersonalización y trastornos neuróticos

La DP ha sido observada en sujetos normales (74, 75, 76, 77) en estados de fatiga, durante la fase hipnagógica del sueño o durante el período prodrómico de enfermedades infecciosas como la gripe. Igualmente, se ha observado en condiciones experimentales como privación del sueño (78), privación sensorial (79) o tras la ingestión de alcohol o drogas psicomiméticas como el LSD (65), mescalina (80, 81), marihuana (82, 83). Recientemente, se ha observado en el síndrome de abstinencia tras la retirada de benzodiazepinas (84, 85) e inducida por la fluoxetina (86). La frecuencia de experiencias de DP en sujetos normales se ha situado entre el 39% (74) y el 46% (75). Ambos estudios señalaron que aparece con

más frecuencia en sujetos jóvenes, con una ligera predominancia en mujeres. En general, la DP en sujetos normales es transitoria y en la mayoría de los casos dura sólo unos segundos o pocos minutos.

La asociación de DP con las neurosis ha sido ampliamente reconocida. Ya se ha mencionado que algunos han reconocido un síndrome de DP (25, 30, 32, 33) o una neurosis DP (23). Schilder (73) estimaba que casi todas las neurosis tienen en alguna fase de su evolución síntomas de DP. De forma más específica, la relación entre DP y ansiedad ha sido señalada por diversos autores. Por ejemplo, Mayer-Gross (20) señaló en su trabajo que el comienzo de la DP se asociaba con ansiedad en 10 de los 26 casos. Roth (32, 87) describió bajo el *síndrome de despersonalización fóbico-ansiosa* (*phobic anxiety depersonalization syndrome*) una forma de neurosis de ansiedad en la que se superponen la DP y síntomas fóbicos (generalmente agorafobia). Este síndrome se produce fundamentalmente en sujetos con rasgos de personalidad obsesiva y ansiosa después de situaciones de estrés graves. La ansiedad y la DP se explican como reacciones adecuadas a esas situaciones de peligro para el sujeto (33). Cuando los síntomas se mantienen el síndrome se convierte en una neurosis manifiesta, es decir, sería la continuación de un mecanismo de protección psicológico.

Sin embargo, existen estudios contradictorios sobre la relación entre ansiedad y DP. Mientras autores como Dixon (75) y Tucker *et al.* (88) han confirmado esta relación, otros como Sedman (89) y Fleis *et al.* (37) no han encontrado una correlación significativa entre ambas. Recientemente (90) se ha estudiado la validez de la separación entre *trastorno de ansiedad generalizada* y el *trastorno por angustia*, comprobándose que en el primero son más frecuentes las fobias simples mientras que en el segundo aparecen con más frecuencia la DP y la agorafobia. En todo caso, como ha señalado Brauer *et al.* (5), sigue sin resolverse el problema de si la ansiedad conduce a la DP o si es consecuencia de ésta.

La relación entre DP y depresión también ha sido extensamente investigada. Lewis (14), en un grupo de 61 casos de «enfermedad depresiva», encontró que 19 (39%) presentaban síntomas de DP. Ackner (17) incluyó el *síndrome depresivo de despersonalización* como una de las categorías del síndrome de DP, aunque no relacionó su aparición al trastorno afectivo. Según Ackner, en el *síndrome depresivo de despersonalización* es posible que sólo exista una «diferencia verbal» entre la pérdida de interés y la apatía por un lado, y los sentimientos de irrealidad por el otro. Es decir, si el sentimiento de realidad ligado a un objeto es proporcional a nuestro interés por él, la DP sería una manifestación de la pérdida de interés por ese objeto. Más recientemente, Sedman (89) estudió tres grupos de pacientes con síntomas de DP, ansiedad y depresión, concluyendo que el ánimo deprimido juega un papel importante en la DP, mientras que la ansiedad no tiene ninguna relación significativa con ella. Por consiguiente, los fenómenos de DP pueden aparecer con

cierta frecuencia en los trastornos afectivos, pero sólo en la fase depresiva puesto que no existen descripciones de DP en la manía.

Meyer (cit. Oberst, 34) mantiene que la DP y la obsesión son trastornos que nunca aparecen al mismo tiempo, aunque un síndrome obsesivo puede preceder a la DP. Sin embargo, se han observado rasgos de carácter obsesivo en pacientes con DP (20, 25, 32, 83), incluso Torch (91) describe un *síndrome intelectual obsesivo de despersonalización (intelectual obsessive despersonalization syndrome)*, en el que los síntomas de DP aparecen en sujetos con una personalidad premórbida con marcados rasgos obsesivos y un alto cociente intelectual. Por tanto, los síntomas de DP con frecuencia se han descrito asociados con las más variadas condiciones neuróticas, pero como han señalado distintos autores (23, 92) los diferentes síndromes neuróticos no son mutuamente excluyentes sino que puede darse toda suerte de solapamiento entre los síntomas.

Despersonalización y trastornos psicóticos

Ya se ha mencionado que, desde una perspectiva psicoanalítica, la DP se ha relacionado con la esquizofrenia. Desde una perspectiva clínica, la DP es un síntoma que se ha descrito en la esquizofrenia (17, 86). También, ha sido considerado un síntoma fundamental en las psicosis delirantes agudas (93), y en el período inicial (*fase de trema*) de la esquizofrenia (94, 95). Fish (96) también reconoce a la DP como un síntoma frecuente durante el comienzo de la esquizofrenia, pero evolucionando rápidamente hacia un carácter delirante. Langfeldt (97), sin embargo, utiliza los términos DP y desrealización para describir las *experiencias de pasividad*, un tipo especial de trastorno delirante de la voluntad, que generalmente se presentan en la esquizofrenia.

La DP se ha descrito en el síndrome de Koro (98). Para Yap, la DP del Koro es somática y se localiza en los genitales. Este autor cree que el síndrome de Koro es una forma específica de DP que ocurre en sujetos predispuestos como respuesta a una combinación de factores sociales y culturales. La posible influencia que la DP somática pueda tener en la aparición de un delirio hipocondríaco fue señalada por Mayer-Gross en 1935 (20).

Entre los trastornos psicóticos, quizá sea en los delirios de negación donde mejor se haya estudiado la DP. Su importancia en el origen de las ideas de negación ya había sido señalada por Ségla en 1889 (43), que pensaba que una alteración en el proceso de la *síntesis mental* conduce a una modificación de la personalidad que, a su vez, lleva a la formación de las ideas nihilistas. Desde entonces, diversos autores como De Cool, Santangelo Spoto y Biachi han mantenido que el delirio de negación se debe a un trastorno de la personalidad. Basaglia (99) consi-

dera la *obsesión de negación* como una «forma abortiva» del delirio de negación relacionada con la DP, mientras que Crémieux y Cain (100) describieron un caso de delirio de negación en relación con sensaciones de DP y desrealización. Mayer-Gross (20), como se ha dicho, admitía una estrecha relación entre la DP somática y el delirio hipocondríaco. Al mismo tiempo sugería que «las psicosis delirantes hipocondríacas como las ideas de negación de la melancolía involucional o el delirio de negación en las personas de mediana edad son un equivalente de la DP que se presenta en personas más jóvenes» (p. 118).

Otros autores como Morselli (101), Agostini y Wenzel (102), Ahlheid (103), aunque reconocen que se puede establecer una relación entre DP e ideas de negación, consideran que son distintas puesto que algunas de las características del síndrome de Cotard (como las ideas de inmortalidad, condenación y posesión) no están presentes en la DP, mientras que rasgo fundamental de esta última, la *escisión* de la personalidad, no se presenta en el síndrome de Cotard. Sin embargo, la diferencia fundamental entre la DP y el delirio de negación estriba en que los pacientes con DP está conservado en el *insight* o juicio de realidad, mientras que el delirio, como síntoma psicótico, se caracteriza precisamente por la pérdida del sentido de la realidad (8, 17, 21, 23, 25, 30, 104).

Conclusiones

1) Las experiencias de DP fueron descritas en 1873 por Krishaber, aunque el término *despersonalización* lo acuñó el filósofo Dugas en 1989.

2) La definición de DP más ampliamente aceptada la formuló Schilder en 1914 y hacía referencia a los cambios en la personalidad. La imprecisión de este concepto ha hecho que exista una falta de consenso en la definición de DP. Durante la mayor parte del siglo XIX, el término «personalidad» se refería a los aspectos subjetivos del yo, es decir, a la conciencia del yo. Durante ese período la palabra «personalidad» tenía, por tanto, un significado distinto del actual.

3) Aunque algunos autores sostienen que la DP es un síntoma inespecífico sin significado diagnóstico, se ha aislado un síndrome de DP. En general, se acepta que la DP puede presentarse como un síntoma (o síndrome aislado) o junto a otros síndromes clínicos. Así, el DSM-III-R reconoce la DP como síntoma y como trastorno. Sin embargo, la dificultad en distinguir entre síntoma y síndrome de DP 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. Sería necesario tener en cuenta los aspectos multidimensionales y probabilísticos del reconocimiento del síntoma, así como los distintos estilos cognitivos involucrados en el mismo (41).

4) Se han propuesto diversas teorías orgánicas de la DP, la mayoría derivadas de la hipótesis de Mayer-Gross para el que la DP es consecuencia de una *respuesta preformada del cerebro* y estaría asociada a una alteración de nivel de conciencia. Sin embargo, no se ha podido establecer una relación entre DP y el trastorno del nivel de conciencia. Además, con frecuencia, síntomas de DP aparecen en ausencia de una lesión orgánica cerebral.

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

BIBLIOGRAFÍA

- (1) KRISHABER, M., *Le névropathie cérébro-cardiaque*, París, Masson, 1873.
- (2) DUGAS, L., «Un cas de dépersonnalisation», *Revue Philosophique*, 1898, 45, pp. 500-507.
- (3) DUGAS, L.; MOUTIER, F., *La Dépersonnalisation*, París, Alcan, 1911.
- (4) MEYER, J. E., «Depersonalization in adolescence», *Psychiatry*, 1961, 24, pp. 357-360.
- (5) BRAUER, R. y otros, «Depersonalization phenomena in psychiatric patients», *British Journal of Psychiatry*, 1970, 117, pp. 509-515.
- (6) SCHILDER, P., *Selbstbewusstsein und Persönlichkeitsbewusstsein. Eine psychopathologische Studie*, Berlín, Springer, 1914.
- (7) BERRIOS, G. E., «Personality disorders: a conceptual history», en TYRER, P.; STEIN, G. (eds.), *Personality Disorder Reviewed*, Londres, Gaskell, 1993, pp. 17-41.
- (8) ALLPORT, B., *Personality. A Psychological Interpretation*, Londres, Constable, 1937.
- (9) KRÄUPL, TAYLOR, F., «Depersonalization in the light of Brentano's phenomenology», *British Journal of Medical Psychology*, 1982, 55, pp. 297-306.
- (10) EDWARDS, J. G.; ANGUS, J. W. S., «Depersonalization», *British Journal of Psychiatry*, 1972, 120, pp. 242-244.
- (11) BOURGEOIS, M. y otros, «Dépersonnalisation, syndrome de Cotard et virage maniaque sous benzodiazépine (Á propos de deux observations)», *Annales Médico-Psychologiques*, 1986, 144, pp. 174-182.
- (12) SNAITH, P., *Clinical Neurosis*, Nueva York, Oxford University, 1991 (2.ª ed.)
- (13) SHIMUZI, M.; SAKAMOTO, S., «Depersonalization in early adolescence», *Japanese Journal of Psychiatry and Neurology*, 1986, 40, pp. 603-608.
- (14) LEWIS, A. J., «Melancholia: a clinical survey of depressive states», *Journal of Mental Science*, 1934, 80, pp. 277-378.
- (15) SCHILDER, P., *Introduction to psychoanalytic psychiatry*, Nueva York, The Nervous and Mental Disease Publications, 1928.
- (16) FEDERN, P., «Narcissism in the structure of the ego», *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 1928, 9, pp. 401-419.
- (17) ACKNER, B., «Depersonalization I. Aetiology and phenomenology; II. Clinical syndromes», *Journal of Mental Science*, 1954, 100, pp. 838-872.
- (18) MALAMUD, W., «The sense of reality in mental disease», *Archives of Neurology and Psychiatry*, 1930, 23, p. 761.

- (19) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Clasificación Internacional de las Enfermedades (10.ª revisión)*, Madrid, Meditor, 1992.
- (20) MAYER-GROSS, W., «On depersonalization», *British Journal of Medical Psychology*, 1935, 15, pp. 103-122.
- (21) HENDERSON, D. K.; GILLESPIE, R. D., *Textbook of Psychiatry*, Londres, Oxford University Press, 1944, 6.ª ed.
- (22) FOLLIN, S.; AZOULAYM, J., «La dépersonnalisation», en *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 37125, A30, París, Éditions Techniques, 1975, pp. 1-8.
- (23) CASTILLA DEL PINO, C., *Introducción a la Psiquiatría. 2. Psiquiatría General, Psiquiatría Clínica*, Madrid, Alianza, 1982, 2.ª ed.
- (24) FAILLA, E. y otros, «A proposito della sindrome di Cotard», *Rassegna di Neuropsichiatria*, 1962, 16, pp. 361-380.
- (25) SHORVON, H. J., «The depersonalisation syndrome», *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 1946, 39, pp. 779-792.
- (26) ROBERTS, G.; OWEN, J. «The near-death experience», *British Journal of Psychiatry*, 1988, 153, pp. 607-617.
- (27) MELLOR, C. S., «Depersonalization and self-perception», *British Journal of Psychiatry*, 1988, 153 (supl. 2), pp. 15-19.
- (28) SEDMAN, G., «Theories of Depersonalization: A Re-appraisal», *British Journal of Psychiatry*, 1970, 117, pp. 1-14.
- (29) Editorial, «Depersonalization syndrome», *British Medical Journal*, 1972, 4, pp. 378.
- (30) GALDSTON, I «On the aetiology of depersonalization», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1947, 105, pp. 25-39.
- (31) SCHILDER, P., *Medical Psychology*, Nueva York, Rapaport, 1953.
- (32) ROTH, M., «The phobic anxiety-depersonalization syndrome», *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 1959, pp. 587-595.
- (33) ROTH, M.; HARPER, M., «Temporal lobe epilepsy and the phobic anxiety-depersonalization syndrome», *Comprehensive Psychiatry*, 1962, 3, pp. 215-226.
- (34) OBERST, U., «Einige theoretische Ansätze zur Depersonalisation», *Nervenarzt*, 1983, 54, pp. 17-22.
- (35) DIXON J. C., «Depersonalization phenomena in a sample population of college students», *British Journal of Psychiatry*, 1963, 109, pp. 371-375.
- (36) DAVIDSON, K., «Episodic depersonalization: observations on 7 patients», *British Journal of Psychiatry*, 1964, 110, pp. 505-513.
- (37) FLEISS, J. L.; BARRY, J. G.; GOLDBERG, K., «Independence of depersonalization-derealization», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1975, 43, pp. 110-111.
- (38) CATTEL, J. P., «Depersonalization phenomena», en ARIETI, S. (ed.) *American Handbook of Psychiatry*, Nueva York, Basic Books, 1966, pp. 88-100.
- (39) TUCKER, G. J.; HARROW, M.; QUINTAN, D., «Depersonalization, dysphoria and thought disturbance», *American Journal of Psychiatry*, 1973, 130, pp. 702-706.
- (40) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 3.ª ed. revista (DSM-III-R), Barcelona, Masson, 1988.
- (41) BERRIOS, G. E.; CHEN, E. Y. H., «Recognising Psychiatric Symptoms. Relevance to the Diagnostic Process», *British Journal of Psychiatry*, 1993, 163, pp. 308-314.
- (42) RIBOT, T. H., *Las enfermedades de la personalidad*, Madrid, Jorro, 1912.
- (43) SÉGALS, J., «Sémiologie et pathogenie des idées de négation (Les altérations de la personnalité dans les délires mélancoliques)», *Annales Médico-Psychologiques*, 1889, 47, pp. 5-26.

ORIGINALES Y REVISIONES

- (44) STAROBINSKI, J., «A short history of bodily sensation», *Psychological Medicine*, 1990, 20, pp. 23-33.
- (45) JANET, P., *Les obsessions et la psychasthénie*, París, Alcan, 1903.
- (46) OESTERREICH, T. K., *Die Phenomenologie des Ich in ihren Grundproblemen*, Leipzig, 1910, cit. ACKNER (17).
- (47) LÖWY, M., «Die Aktionsgefühle: Ein Depersonalisationsfall als Beitrag zur Psychologie des Aktivitätsgefühles und des Persönlichkeitsbewusstseins», *Prager Medizinische Wochenschrift*, 1908, 33, pp. 443-461, cit. KRÄUPL TAYLOR (18).
- (48) JASPERS, K., *Psicopatología general*, Buenos Aires, Beta, 1980.
- (49) NUNBERG, H., «Über Depersonalisationszustände im Lichte der Libidotheorie», *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 1924, 10, pp. 17-33.
- (50) SADGER, I., «Über Depersonalisation», *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 1928, 14, pp. 344.
- (51) SEARL, M. H., «Note on Depersonalization», *International Journal of Psychoanalysis*, 1932, 13, p. 345.
- (52) OBERNDORF, C. P., «Depersonalization in relation to erotization of thought», *International Journal of Psychoanalysis*, 1934, 15, pp. 271-275.
- (53) OBERNDORF, C. P., «The role of anxiety in depersonalization», *International Journal of Psychoanalysis*, 1950, 31, pp. 1-5.
- (54) FREUD, S., «Historia de una neurosis infantil», en *Obras Completas*, tomo VI, Madrid, Biblioteca Nueva, 1975, pp. 1.941-2.009.
- (55) FREUD, S., «Un trastorno de la memoria en la Acrópolis», en *Obras Completas*, tomo IX, Madrid, Biblioteca Nueva, 1975, pp. 3.328-3.334.
- (56) KLEIN, M., «Notes on some schizoid mechanism», *International Journal of Psychoanalysis*, 1946, 27, pp. 99-110.
- (57) ROSENFELD, H., «Analysis of schizophrenic state with depersonalisation», *International Journal of Psychoanalysis*, 1947, 28, pp. 130-139.
- (58) BIRD, B., «Feelings of unreality», *Psychoanalytic Quarterly*, 1957, 38, pp. 256-265.
- (59) STAMM, J. L., «Altered ego states allied to depersonalisation», *Journal of American Psychoanalytic Association*, 1962, 10, p. 672-783.
- (60) SARLIN, C. N., «Depersonalisation and derealisation», *Journal of American Psychoanalytic Association*, 1962, 10, pp. 784-804.
- (61) HUNTER, R. C. A., «Depersonalization in a borderline patient», *International Journal of Psychoanalysis*, 1966, 47, pp. 32-41.
- (62) LOWER, R. B., «Depersonalization and the masochistic wish», *Psychoanalytic Quarterly*, 1971, 40, pp. 584-602.
- (63) MEYER, J. E., «“Dreamy states” und Depersonalisation», *Archives für Psychiatrie*, 1959, 200, pp. 12-18.
- (64) HARPER, M.; ROTH, M., «Temporal lobe epilepsy and the phobic-anxiety-depersonalization syndrome», *Comprehensive Psychiatry*, 1962, 3, pp. 129-151.
- (65) SEDMAN, G.; KENNA, J. C., «Depersonalisation in temporal lobe epilepsy and the organic psychoses», *British Journal of Psychiatry*, 1965, 111, pp. 293-299.
- (66) JACKSON, J. H., «Croonian Lectures on Evolution and Disolution of the Nervous System», en TAYLOR, J. (ed.), *Selected Writings of John Hughlings Jackson*, vol. II, Londres, Staples Press, 1958, pp. 3-120.
- (67) HAUG, K., *Die Störungen des Persönlichkeitsbewusstseins und verwandte Entfremdungserlebnisse*, Stuttgart, Enke, 1936, cit. SEDMAN (28).

- (68) LHERMITTE, J., «De l'image corporelle», *Revue Neurologique*, 1942, 74, pp. 20-38.
- (69) VAN BOGAERT, L., «Sur la pathologie de l'image de soi», *Annales Médico-Psychologiques*, 1934, 2, pp. 519-555.
- (70) EHRENWALD, H., «Anosognosie und Depersonalisation», *Nervenartz*, 1931, 4, pp. 681-688.
- (71) EY, H.; BURGUE, J., «Maladie de Recklinghausen et syndrome de dépersonnalisation», *Annales Médico-Psychologiques*, 1952, 1, pp. 219-223.
- (72) HECAEN, H., «La notion de schema corporel et ses applications en psychiatrie», *L'Evolution Psychiatrique*, 1948, 2, pp. 75-122.
- (73) SCHILDER, P., *The image and the appearance of the human body*, Londres, Kegan Paul, 1935.
- (74) ROBERTS, W. W., «Normal and abnormal depersonalisation», *Journal of Mental Science*, 1960, 106, pp. 478-493.
- (75) DIXON, J. C., «Depersonalisation phenomena in a sample population of college students», *British Journal of Psychiatry*, 1963, 109, pp. 371-375.
- (76) SEDMAN, G., «Depersonalisation in a group of normal subjects», *British Journal of Psychiatry*, 1966, 112, pp. 907-912.
- (77) MYERS, D. H.; GRANT, G., «A study of depersonalization in students», *British Journal of Psychiatry*, 1972, 121, pp. 59-65.
- (78) BLISS, E. L.; CLARK, L. D.; WEST C. D., «Studies of sleep deprivation. Relationship to schizophrenia», *Archives of Neurology and Psychiatry*, 1959, 81, pp. 348-359.
- (79) REED, G. F.; SEDMAN, G., «Personality and depersonalisation under sensory deprivation conditions», *Perceptual and Motor Skills*, 1964, 18, pp. 659-660.
- (80) GUTTMAN, E.; MACLAY, W. S., «Mescaline and depersonalisation: Therapeutic experiments», *Journal of Neurology and Psychopathology*, 1936, 16, pp. 193-212.
- (81) ARDIS, J. A.; MCKELLAR, P., «Hypnagogic imagery and mescaline», *Journal of Mental Science*, 1957, pp. 22-29.
- (82) SZYMANSKI, H. V., «Prolonged depersonalization after marijuana use», *American Journal of Psychiatry*, 1981, 138, pp. 231-233.
- (83) CARNEY, M. W. P.; BACELLE, L.; ROBINSON, B., «Psychosis after cannabis use», *British Medical Journal*, 1984, 288, p. 1.047.
- (84) GARCÍA-BORREGUERO, D. y otros, «Treatment of benzodiazepine withdrawal symptoms with carbamazepine», *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 1991, 241, pp. 145-150.
- (85) TERAQ, T. y otros, «Depersonalization following nitrazepam withdrawal», *Biological Psychiatry*, 1992, 31, pp. 212-213.
- (86) BLACK, D. W.; WOJCIESZEK, J., «Depersonalization syndrome induced by fluoxetine», *Psychosomatics*, 1991, 32, pp. 468-469.
- (87) ROTH, M., «The phobic anxiety-depersonalization syndrome and some general aetiological problems in psychiatry», *Journal of Neuropsychiatry*, 1960, 1, pp. 292-306.
- (88) TUCKER, G. J., «Depersonalization, dysphoria, and thought disturbance», *American Journal of Psychiatry*, 1973, 130, pp. 702-706.
- (89) SEDMAN, G., «An investigation of certain factors concered in the aetiology of depersonalization», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1972, 48, pp. 191-219.
- (90) NOYES, R. y otros, «Generalized anxiety disorder vs. panic disorder. Distinguishing characteristics and patterns of comorbidity», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1992, 180, pp. 369-379.

ORIGINALES Y REVISIONES

- (91) TORCH, E. M., «Review of relationship between obsession and depersonalization», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1978, 58, pp. 191-198.
- (92) SIMS, S., *Symptoms in the mind. A introduction to descriptive psychopathology*, Londres, Baillière Tindall, 1988.
- (93) EY, H., «Psychoses hallucinatoires aiguës et bouffées délirantes», en *Études Psychiatriques*, tomo III, n.º 23, Desclée de Brower, 1954.
- (94) CONRAD, K., *La esquizofrenia incipiente*, Madrid, Alhambra, 1963.
- (95) STÖRRING, G. E., *Carácter y significación del síntoma de la perplejidad en las enfermedades psíquicas*, Madrid, Morata, 1944.
- (96) HAMILTON, M., *Fish's schizophrenia*, Bristol, John Wright & Sons, 1984, 3.ª ed.
- (97) LAGFELDT, G., «Diagnosis and prognosis of schizophrenia», *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 1960, 52, pp. 595-596.
- (98) YAP, P. M., «Koro—a culture bound depersonalization syndrome», *British Journal of Psychiatry*, 1965, 111, pp. 43-50.
- (99) BASAGLIA, F., «Il corpo nell'ipocondria e nella depersonalizzazione», *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 1956, 80, pp. 453-490.
- (100) CRÉMIEUX, A.; CAIN, J., «Psychasténie grave avec obsession dénégation», *Annales Médico-Psychologiques*, 1948, 2, pp. 76-80.
- (101) MORSELLI, G. E., «Il problema de la spersonalizzazione», *Sistema Nervioso*, 1951, 3, pp. 243-251.
- (102) AGOSTINI, L.; WENZEL, U., «Considerazione psicopatologiche su un caso di sindrome di Cotard», *Rivista di Neurologia*, 1954, 24, pp. 476-481.
- (103) AHLHEID, A., «Considerazione sull'esperienza nichilistica e sulla sindrome di Cotard nelle psicosi organiche e sintomatiche», *Il Lavoro Neuropsichiatrico*, 1968, 43, pp. 927-945.
- 103 ENOCH, D.; TRETOWAN, W., «Cotard's syndrome», en *Uncommon psychiatric syndromes*, Oxford, Butterworth & Heinemann, 1991, 3.ª ed.

* R. Luque. Psiquiatra, Facultad de Medicina, Universidad de Córdoba; J. M.ª Villagrán Moreno, Psiquiatra, Equipo de Salud Mental de Distrito de Jerez (Cádiz); J. M.ª Valls Blanco, Psiquiatra, Profesor Titular de Psiquiatría, Universidad de Córdoba; A. Díez Patricio, Profesor Asociado de Psiquiatría, Universidad de Córdoba.

Correspondencia: R. Luque Luque. Unidad Docente de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Avda. Menéndez Pidal, s/n. 14071 Córdoba.

** Fecha de recepción: 14-X-1994.