



Universidad de Sevilla

Trabajo Fin de Grado en Psicología



Facultad de Psicología

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

PASCUALENA NAGORE, CLAUDIA

Disociación y Experiencias inusuales en el sueño como
mediadores en la relación entre Calidad del sueño y
Pensamiento referencial

10, junio, 2016

PERONA GARCELÁN, SALVADOR FÉLIX

MORENO RODRÍGUEZ, RAFAEL



Universidad de Sevilla

Trabajo Fin de Grado en Psicología



Facultad de Psicología

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

PASCUALENA NAGORE, CLAUDIA

Disociación y Experiencias inusuales en el sueño como
mediadores en la relación entre Calidad del sueño y
Pensamiento referencial

10, junio, 2016

PERONA GARCELÁN, SALVADOR FÉLIX

MORENO RODRÍGUEZ, RAFAEL

Fdo.: Claudia Pascualena Nagore



Declaración de autoría responsable

Apellidos y Nombre: Pascualena Nagore, Claudia

Número de DNI o documento análogo: 72815587-W

DECLARO bajo mi responsabilidad que

Este proyecto fue escrito por mí y con mis propias palabras, a excepción de las citas procedentes de las fuentes referenciadas que están claramente indicadas y reconocidas como cita textual. Tengo constancia de que la incorporación de material público sin su correspondiente cita, la paráfrasis de este material sin referenciar o la utilización de textos, imágenes, metodologías, datos o resultados procedentes de algún trabajo previo o del que no sea autor/a individual, se considera plagio y por lo tanto es susceptible de conllevar el suspenso en el trabajo o la asignatura, así como posibles medidas disciplinarias. Por ello he tenido cuidado en citar cualquier texto, imagen, figura, tabla o ilustración que no sea consecuencia de mi propia investigación, observación o redacción.

Por otro lado, asumo que el profesorado podrá utilizar herramientas de control del plagio que garanticen la autoría de este trabajo.

En Sevilla, a 10 de junio de 2016

Firma



Índice

Resumen	2
Abstract	2
Introducción	3
Método	8
Participantes	8
Instrumentos	9
Diseño, Procedimiento y Análisis estadísticos	10
Resultados	13
Discusión y Conclusiones	15
Referencias	20
Anexos	23
Anexo 1	23



Resumen

La presente investigación pretende estudiar, en población general, la relación entre la calidad del sueño y los pensamientos referenciales (inmersos en el fenómeno de la esquizotipia positiva) y analizar cómo afectan las experiencias disociativas y las experiencias inusuales en el sueño a dicha relación. La muestra del estudio se compuso de 177 adultos procedentes de la población general. Se les aplicaron las siguientes pruebas: Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg, la Escala de Experiencias Inusuales en el Sueño de Iowa, la Versión Revisada de la Dissociative Experiences Scale, y la Escala de Pensamiento Referencial. Los resultados muestran correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre todas las variables. Tras un estudio de mediación múltiple, se concluye que las variables disociación y experiencias inusuales en el sueño median parcialmente en la relación entre calidad del sueño y pensamientos referenciales. Por tanto, en base a los datos de la muestra, la calidad del sueño se encuentra asociada a las ideas referenciales y que las variables experiencias inusuales en el sueño y disociación se encuentran mediando esa relación.

Palabras clave: pensamiento referencial, experiencias inusuales en el sueño, disociación, calidad del sueño.

Abstract

The present study aims to investigate, in the general population, the relationship between sleep quality and referential thoughts (immersed in the phenomenon of positive schizotypal) and analyze how dissociative experiences and unusual experiences in the dream affect that relationship. The study sample consisted of 177 adults from the general population. They were applied the following tests: Sleep Quality Index of Pittsburg, Iowa Sleep Experiences Survey, Revised Version the Dissociative Experiences Scale and Referential Thinking Scale. The results show positive and statistically significant correlations between all variables. After a study of multiple mediation, it is concluded that the variables dissociation and unusual experiences in the dream partially mediate the relationship between sleep quality and referential thoughts. Therefore, based on the sample data, sleep quality is associated with referential thoughts and variables unusual experiences in the dream and dissociation are mediating that relationship.

Keywords: referential thinking, unusual experiences in sleep, dissociation, sleep quality.



Introducción

En la actualidad, el fenómeno de la psicosis se entiende como un continuum sintomático, un espectro psicótico que parte de la esquizotipia como manifestación no patológica de este espectro finalizando en la esquizofrenia como trastorno mental y extremo de mayor gravedad del mismo. Este estudio parte de esa concepción dimensional y continua de la psicosis y de sus implicaciones en la población general.

El pensamiento referencial, las ideas de referencia o autorreferencias son términos que describen un mismo fenómeno. Se refieren a atribuciones autodirigidas sobre lo que sucede en el entorno social, a la sensación subjetiva por parte del sujeto de que determinados acontecimientos externos tienen un significado particular para él o se refieren a sí mismo. Las ideas de referencia se consideran habituales en el ser humano porque dan significado a la experiencia emocional y social. Generalmente cuando se presentan en población general, la persona es capaz de revertir, cuestionar, o poner en duda la experiencia. Sin embargo, ya inmersas en la patología, las ideas de referencia se pueden presentar como delirantes con mayor estructuración, elaboración, y estabilidad (Senín-Calderón, Rodríguez-Testal, y Perona-Garcelán, 2014). Así pues, este tipo de experiencia se sitúa en un continuo desde un pensamiento referencial como desarrollo natural de la cognición social hasta un proceso distorsionado, objeto de estudio en psicopatología. En referencia a este continuum, se ha estudiado la relación del pensamiento referencial con respecto a diversos rasgos o características de la personalidad que pueden predisponer a distintos trastornos psiquiátricos, concretamente en el marco de la esquizotipia.

El concepto de esquizotipia sugiere la presencia de una organización de personalidad relacionada con la propensión latente al desarrollo de la esquizofrenia. Este concepto se subdivide a su vez en esquizotipia positiva y negativa, refiriéndose a sintomatología psicótica atenuada, por un lado positiva (propia de la dimensión psicótica o de distorsión de la realidad, con alucinaciones y delirios) y por otro negativa (propia de la dimensión negativa o de pobreza cognitiva, afectiva, motora y motivacional con afecto aplanado (ausencia observable en gama y número de emociones), o abulia (carencia de voluntad para ejecutar un acto o tomar una decisión), entre otras). Se ha puesto de manifiesto que las ideas de referencia, medidas a través de la Escala de Pensamiento Referencial (REF; Lenzenweger, Bennett y Lilienfeld, 1997) correlacionan



significativamente y en mayor medida con los marcadores de tipo positivo de la esquizotipia (Senín-Calderón et al., 2014). Así pues, el pensamiento referencial parece estar implicado en diferentes características de la personalidad que predisponen a la esquizofrenia, y correlaciona con algunos de sus indicadores como las alucinaciones y delirios dentro de su dimensión psicótica positiva o de distorsión de la realidad.

Otro tipo de fenómenos que se han relacionado con la esquizotipia son las experiencias disociativas o la disociación; y es que se ha observado que este tipo de experiencias forman parte de la sintomatología propia del trastorno esquizotípico de la personalidad (Lynn, Lilienfeld, Merckelbach, Giesbrecht, y van der Kloet, 2012).

Cardeña (1994) entiende la disociación como una ruptura de las funciones de la consciencia que generalmente se encuentran integradas en la memoria, la identidad, y la percepción del entorno. Esta ruptura puede ocurrir tanto en contextos normales como en contextos patológicos. Por ello, este autor ha identificado tres grandes categorías de disociación: (1) La disociación como módulos o sistemas mentales no integrados. Esta forma de disociación incluiría varias formas no patológicas como la atención dividida, y fenómenos disociativos en el sentido clínico como la amnesia disociativa y las experiencias de conversión, que se caracterizan por una disfunción aparente en la percepción, la memoria, o en la acción; (2) La disociación como una alteración de la conciencia que implica una desconexión del sí mismo o del mundo que abarca esencialmente despersonalización y desrealización; y (3) La disociación como mecanismo de defensa, referido a la función o etiología de las categorías 1 y 2 (Holmes et al., 2005). Así pues, se podría hablar de un continuo disociativo en el que estas experiencias se diferenciarían únicamente por su gravedad, desde episodios breves y transitorios de disociación presentes en población normal, hasta casos extremos donde las experiencias disociativas podrían exceder ciertos límites en la frecuencia o intensidad, u ocurrir en contextos inapropiados (Pérez y Galdón, 2003).

Un fenómeno relacionado con las experiencias disociativas son las alucinaciones. Estas últimas se encuentran presentes en la esquizotipia correlacionando fuertemente con las ideas referenciales, pudiendo aparecer también en otros diagnósticos, entre ellos los trastornos disociativos (Perona-Garcelán, Pérez-Álvarez, García-Montes, y Cangas, 2015). Es de destacar que la esquizofrenia y la esquizotipia están relacionadas con tendencias disociativas. Por ejemplo, Putnam, Guroff,



Silberman, Barban y Post (1986) encontraron que casi la mitad de sus pacientes con el trastorno de identidad disociativo (TID) recibieron diagnósticos previos de esquizofrenia. Así pues, si las alucinaciones y las experiencias disociativas se encuentran relacionadas, y las ideas referenciales correlacionan con las alucinaciones, es posible pensar que las ideas referenciales podrán correlacionar también con experiencias disociativas; más aún si todo ello se puede encuadrar en el marco de la esquizotipia y esquizofrenia.

Otra variable a considerar en este estudio son las experiencias inusuales en el sueño. Ésta ha sido definida por extensión por Watson (2001) enunciando los siguientes elementos: Parálisis del sueño (estar despierto, pero con incapacidad para moverse), alucinaciones o imágenes hipnagógicas (intensas imágenes oníricas en el paso de la vigilia al sueño), alucinaciones o imágenes hipnopómpicas (imágenes oníricas durante el paso del sueño a la vigilia), soñar despierto o sueño de vigilia (tener dudas de si realmente se experimenta algo o solamente se encontraba soñando con ello), sueño lúcido (ser consciente de que se está soñando y/o ser capaz de controlar el contenido del sueño), pesadillas (sueños angustiosos que pueden despertar al durmiente, de contenido amenazante y que suelen ser recordados), y sueños recurrentes (sueños que se repiten con poca variación, bien en la historia en sí, bien en el tema que tratan a lo largo de la vida del individuo).

Diversos estudios han encontrado una correlación robusta entre las experiencias inusuales del sueño y la disociación, y se ha constatado que los síntomas de ambas variables son distinguibles, pero relacionados entre constructos (van der Kloet, Merkelbach, Giesbrecht, y Lynn, 2012a). Watson (2001) mostró que los síntomas disociativos, medidos por la versión revisada de la Dissociative Experiences Scale (DES-II; Carlson y Putnam, 1993), se encuentran asociados a los auto-informes de los sueños de vigilia, pesadillas, sueños recurrentes e imágenes hipnopómpicas, medidos por la escala que se utiliza para evaluar este tipo de fenómenos: la Escala de Experiencias del Sueño de Iowa (ISES; Watson, 2001).

Además, se ha encontrado que la ISES correlaciona con los indicadores de la esquizotipia (Watson, 2001). Levin y Fireman (2002) encontraron mayores niveles de disociación y esquizotipia en individuos que informaron de tres o más pesadillas durante un período de 3 semanas que en los individuos que informaron de dos pesadillas o



menos en el mismo período de tiempo. Así pues, parece que las tres variables descritas hasta el momento (pensamiento referencial, disociación y experiencias inusuales en el sueño) pueden asociarse incluidas en el marco de la esquizotipia. En este encuadre parece importante considerar la calidad del sueño como factor que puede asociarse a todo el resto de variables nombradas previamente; y es que podría ser que una baja calidad del sueño afectase a la estabilidad emocional del sujeto, y por ello éste tendiese a explicar las experiencias inusuales en el sueño y las experiencias disociativas de forma autorreferencial.

La calidad del dormir comprende aspectos cuantitativos, pero también subjetivos de bienestar y de funcionamiento diurno. El Índice de Calidad del Sueño de Pittsburg (ICSP), escala que mide esta variable, define este concepto por extensión delimitándolo a los siguientes componentes: calidad del sueño subjetiva (valoración personal del conjunto de la calidad del dormir durante el último mes); latencia de sueño (minutos que la persona ha tardado en dormirse en las noches del último mes); duración del dormir (horas que ha dormido verdaderamente cada noche durante el último mes); eficiencia del sueño habitual como $[\text{número de horas de sueño real} \div \text{número de horas pasadas en la cama}] \times 100$; alteraciones del sueño (por despertarse durante la noche o de madrugada, tener que levantarse para ir al baño, no poder respirar bien, toser o roncar, sentir frío o calor y sufrir dolores); uso de medicamentos para dormir (número de veces que ha tomado medicinas para dormir durante el último mes); y disfunción diurna como número de veces que ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad durante el último mes (Sáez, Santos, Salazar y Carhuancho, 2013).

La variable calidad del sueño ha sido relacionada en diversos estudios tanto con las experiencias disociativas como con la esquizotipia positiva. Sin embargo, esta variable se ha asociado a experiencias perceptuales inusuales durante el día, entendidas éstas como un conjunto de experiencias anómalas diurnas en las que la percepción tanto espacio-temporal (orientación alopsíquica) como del sí mismo (orientación autopsíquica) se encuentran alteradas. Así pues, los estudios encontrados han dado menos importancia a la experiencia inusual onírica, que se considera de vital importancia en este estudio. Parece haber patrones de sueño en personas que duermen mal, que están relacionados con la disociación, facilitando este fenómeno la propensión a presentar experiencias perceptuales inusuales en la vigilia (Parra, 2009), haciendo



que la presencia de alucinaciones en esta población sea más elevada (Merckelbach y van de Ven, 2001). Por tanto, parece que existe una relación entre la duración del sueño, presencia de alucinaciones y propensión a desarrollar experiencias perceptuales inusuales durante el día (Naitoh, Kales, Kollar, Smith y Jacobson, 1969).

van der Kloet, Giesbrecht, Lynn, Merckelbach y de Zutter (2012b) proponen que los individuos con un lábil ciclo vigilia-sueño experimentan intrusiones de los fenómenos del sueño (por ejemplo, sueños de vigilia) durante el día, a su vez, fomentando los síntomas disociativos. Además, plantea que las interrupciones del ciclo de sueño-vigilia degradan la memoria y el control de la atención, lo que contribuye a los déficits cognitivos de los individuos altamente disociativos. En su conjunto, la investigación existente proporciona un fuerte apoyo para un enlace entre las experiencias disociativas y un ciclo de sueño-vigilia lábil que es evidente en una serie de fenómenos, incluyendo los sueños de vigilia, pesadillas y alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas (van der Kloet et al., 2012a).

En conjunto, estos datos sugieren que las medidas de disociación, la esquizotipia positiva (pudiendo introducir en este fenómeno los pensamientos referenciales) y las experiencias inusuales relacionadas con el sueño y la vigilia, definen un dominio común que se caracteriza por un intenso e inusual fenómeno cognitivo/perceptual (Watson, 2001). Este fenómeno puede ser incentivado por una baja calidad del sueño, lo que es objeto de estudio de esta investigación.

Debido a que todos los fenómenos mencionados se pueden presentar en población normal como ya se ha justificado a lo largo de esta introducción, y que se han encontrado relaciones entre las experiencias disociativas y las experiencias inusuales en el sueño, tanto por un lado con la calidad del sueño, como por otro con la esquizotipia; el objetivo de esta investigación consiste en estudiar, en población general, la relación entre la calidad del sueño y los pensamientos referenciales (inmersos en el fenómeno de la esquizotipia positiva) y analizar cómo afectan las experiencias disociativas y las experiencias inusuales en el sueño a dicha relación. Así pues, se trata de un objeto de estudio de interacción multivariado que cuenta con dos variables (Disociación y Experiencias Inusuales en el Sueño) en el término independiente y una relación entre las otras dos variables (Calidad del Sueño y Pensamientos Referenciales) en el término dependiente. El contexto lo conformaría la población general de 18 a 60 años.



Hasta la fecha no se han encontrado estudios en la revisión realizada en los que se relacionen concretamente las ideas referenciales (no la esquizotipia positiva en su conjunto o las alucinaciones que sí que han sido más estudiadas) con las variables mencionadas anteriormente. Por tanto, de este objetivo general surgen las siguientes hipótesis:

1. Una baja calidad del sueño estará asociada a un incremento de pensamientos autorreferenciales.
2. Una baja calidad del sueño estará asociada a un incremento de experiencias inusuales en el sueño.
3. Una baja calidad del sueño estará asociada a un incremento de experiencias disociativas
4. Una alta propensión a presentar experiencias inusuales en el sueño estará asociada a un incremento de experiencias disociativas.
5. Las experiencias inusuales en el sueño y la disociación mediarán potencialmente en la relación entre calidad del sueño y los pensamientos referenciales.

Como objetivo previo metodológico a la realización de la investigación, se planteó el estudio del supuesto de no colinealidad entre las tres variables independientes (calidad del sueño, experiencias inusuales en el sueño y disociación) para comprobar que no se encontraban confundidos entre sí sus efectos sobre la variable dependiente (pensamientos referenciales), y poder corroborar así la validez del estudio en cuestión.

Método

Participantes

La muestra del estudio se compuso de 177 sujetos procedentes de la población general, 63 hombres y 114 mujeres de edades comprendidas entre 18 y 58 años, con una edad media de 31.17 años ($DT = 12.85$). Todos los datos descriptivos de los sujetos se encuentran recogidos en la Tabla 1.



Tabla 1

Datos descriptivos de los participantes de la muestra

Características	N (%)
Género	
Hombre	63 (35.6%)
Mujer	114 (64.4%)
Estado civil	
Soltero/a	127 (71.8%)
Casado/a	38 (21.5%)
Pareja de hecho	5 (2.8%)
Viudo/a	1 (0.6%)
Divorciado/a	6 (3.4%)
Estudios	
Sin estudios	3 (1.7%)
Estudios primarios	10 (5.6%)
EGB	15 (8.5%)
ESO	8 (4.5%)
Bachillerato	20 (11.3%)
FP medio	10 (5.6%)
FP superior	15 (8.5%)
Estudios universitarios	96 (54.2%)

Instrumentos

Los sujetos completaron una batería de pruebas psicológicas compuesta por cuatro test en la que se incluía el consentimiento informado y una ficha con datos descriptivos de la muestra. Se incluye un ejemplar de dicha batería en el Anexo 1 (Ver Anexo 1).

Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg (ICSP; Buysse, Reynolds, Monk, Berman y Kupfer, 1989). Escala autoaplicable de 19 ítems cuyo objetivo es estudiar la calidad del sueño en personas pertenecientes a población general. Los ítems se agrupan en siete componentes que se valoran según una escala tipo Likert de 0 a 3, donde el 0 indica que no existen problemas en relación a la calidad del sueño mientras que el 3 señala graves problemas a este nivel. La suma de los componentes da lugar a una calificación global donde una mayor puntuación indica una menor calidad en el dormir. En el presente estudio se utilizó la versión española de la escala (Jiménez, Monteverde, Nenclares, Esquivel y De la Vega, 2008) que posee un α de Cronbach = .78.

Escala de Experiencias Inusuales en el Sueño de Iowa (ISES; Watson, 2001). Autoinforme que consta de 24 ítems diseñado para medir la ocurrencia de diversos



fenómenos relacionados con el dormir - y los sueños - en la población general. Los ítems se responden a través de una escala Likert que puntúa la ocurrencia de estos fenómenos desde 0 = *nunca me ha ocurrido* a 6 = *me ocurre regularmente (varias veces a la semana)*. Proporciona puntuaciones en dos subescalas diferentes: La subescala general de sueño y la subescala de sueño lúcido. La escala ha sido traducida y adaptada al castellano: dos nativos realizaron traducciones independientes y posteriormente, por acuerdo del grupo de investigación, se consensuó una traducción final, escogiéndose los ítems traducidos que mejor se adaptaban al objetivo del estudio. El alfa de Cronbach de esta adaptación al castellano fue de .92 (En preparación, Pascualena-Nagore, Peña-Falcón y Perona-Garcelán, 2016).

Versión Revisada de la Dissociative Experiences Scale (DES-II; Carlson y Putnam, 1993). Escala de autoinforme de 28 ítems diseñada para medir los síntomas disociativos en poblaciones clínicas y no clínicas. Proporciona una puntuación total y las puntuaciones en tres factores diferentes: amnesia disociativa, absorción y despersonalización/desrealización. Los ítems se responden a través de una escala de porcentaje que mide la frecuencia con la que el elemento se produce en la vida diaria, en la que 0% significa que nunca se ha producido y el 100% que se produce con mucha frecuencia. En el presente estudio se utilizó la versión española, adaptada por Icaran, Colom y Orengo (1996) que posee un α de Cronbach = .91.

Escala de Pensamiento Referencial (Referential Thinking Scale, REF; Lenzenweger et al., 1997). Cuestionario autoaplicable que consta de 34 ítems de opción verdadero/falso, en el que se evalúan situaciones donde pueden aparecer pensamientos autorreferenciales. Se obtiene una puntuación cuantitativa discreta con valores entre 0 y 34, donde una puntuación mayor significa una mayor presencia de ideas referenciales. La adaptación española de la escala REF, utilizada en este estudio, posee un alfa de Cronbach de .90 (Senín-Calderón, Rodríguez-Testal y Fernández-Jiménez, 2011).

Diseño, Procedimiento y Análisis estadísticos

Se aplicó un diseño relacional univariado correlacional transversal. El método y técnica de recogida de datos fue selectivo, de encuesta y el muestreo se realizó por conveniencia o accesibilidad.



El estudio cuenta con tres variables independientes cuantitativas: calidad del sueño, con valores entre 0 y 21 donde una mayor puntuación indica una menor calidad en el dormir; disociación con valores entre 0 y 100 donde una mayor puntuación indica una mayor propensión a presentar experiencias disociativas; y experiencias inusuales en el sueño, con valores entre 0 y 90 donde una mayor puntuación indica una mayor propensión a presentar este tipo de experiencias. La variable dependiente, pensamiento referencial, también es cuantitativa y sus valores se encuentran entre 0 y 34, donde una puntuación mayor indica una mayor presencia de ideas referenciales.

Las personas que participaron en la investigación lo hicieron de forma voluntaria y anónima, firmando el consentimiento informado previamente a la realización de los test. Como criterio de inclusión, los participantes debían encontrarse en edades comprendidas entre 18 y 60 años. Como criterios de exclusión se decidió prescindir, para conformar la muestra, de personas que tuvieran prescrito algún medicamento por tratamiento psicológico en la actualidad; personas que tomaran tóxicos de manera habitual (4 o más días por semana), exceptuando tabaco; y aquellas que se encontraran actualmente o en el pasado reciente en tratamiento psicológico público o privado (si habían dejado dicho tratamiento hacía más de un año se decidió mantenerlos en el estudio). Así pues, estas tres variables (tratamiento psicológico, tratamiento psicofarmacológico y toma de tóxicos), que se consideraron posibles variables extrañas en este estudio, quedaron controladas por eliminación.

Se observó un elevado desequilibrio entre el número de hombres y de mujeres que participaron en la muestra de estudio, a la vez que una gran dispersión de los datos con respecto a la edad de estas personas, por lo que se decidió considerar las variables edad y género como extrañas, controlándose a posteriori a través de los análisis de datos pertinentes, explicados posteriormente.

Se decidió colocar las escalas de la batería de forma aleatoria, cambiando la secuencia de presentación de las mismas en cada persona, para poder controlar la variable extraña relativa al orden de las mismas. Por otra parte, se determinó pasar las escalas en el mismo horario a todas las personas (entre las 17:00 y las 20:00 horas).

Al comienzo de la prueba, los investigadores emitían la siguiente premisa: *“Estamos realizando una investigación para nuestro Trabajo Fin de Grado, en la que queremos analizar la frecuencia con la que ocurren una serie de fenómenos presentes*



en población general. A continuación, usted va a leer una serie de cuestiones a las que debe contestar de la forma más sincera posible. Le rogamos que conteste a todas las preguntas. Le recordamos que no hay respuestas correctas ni incorrectas, únicamente queremos saber su posición u opinión acerca de las cuestiones que le presentamos”.

Posteriormente los participantes rellenaban la ficha de datos descriptivos y la batería de pruebas psicológicas compuesta por escalas autoaplicables. Éstas se respondían de forma individual, en un ambiente tranquilo y de intimidad, y con una duración aproximada de unos 50 minutos. El investigador se encontraba en la misma sala que el participante para poder resolverle cualquier tipo de duda.

Los análisis de datos se realizaron a través del programa IBM SPSS Statistics v.20 para Windows. Se utilizaron estadísticos descriptivos y de frecuencia para estudiar los datos descriptivos de los sujetos que componían la muestra. Para estudiar el objetivo metodológico previo a la investigación, se realizó una regresión múltiple y un diagnóstico de colinealidad para comprobar que no se cumplía este supuesto entre las variables independientes.

Para las hipótesis 1, 2, 3, y 4 se utilizaron análisis correlacionales no paramétricos ya que la muestra no cumplía el supuesto de normalidad (comprobado a través de la Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra). Con el fin de comprobar si estas correlaciones se mantenían controlando las variables extrañas edad y género, también se procedió a realizar un análisis de correlaciones parciales.

Para la última hipótesis, se utilizó el análisis de mediación múltiple con la aplicación de las macros de Preacher y Hayes (2008) para SPSS. De acuerdo con estos autores, la significación estadística se estableció para un intervalo de confianza del 95% y 5000 bootstraps, en el que los efectos indirectos se consideraron significativos cuando el sesgo corregido y los intervalos de confianza no incluían cero. Los análisis se establecieron de forma unilateral o de una cola. Además, se utilizaron los criterios de Baron y Kenny (1986), según los cuales una variable es mediadora si: Existe una correlación estadísticamente significativa entre la variable independiente y el mediador (a); existe una correlación estadísticamente significativa entre el mediador y la variable dependiente (b); y el camino directo entre la variable independiente y la variable dependiente (c') es nulo (mediación completa) o más débil (mediación parcial) que el camino entre la variable independiente y la variable dependiente vía el mediador (c). En



el análisis de mediación múltiple de este estudio, los pensamientos referenciales actuaron como variable dependiente; la calidad del sueño lo hizo como variable independiente; y la disociación y las experiencias inusuales en el sueño actuaron como variables mediadoras.

Resultados

En primer lugar, se realizó la Prueba de Kolmogorov-Smirnov para analizar la normalidad de la muestra. Se obtuvieron los siguientes resultados: calidad del sueño (Z de K-S = 1.83, $p < .01$); experiencias inusuales en el sueño (Z de K-S = 1.58, $p < .05$); disociación (Z de K-S = 2.07, $p < .001$); y pensamiento referencial (Z de K-S = 2.09, $p < .001$). Se comprobó, por tanto, que se trataba de una distribución no normal.

Para comprobar el objetivo metodológico previo, se realizó una regresión múltiple y un diagnóstico de colinealidad. Los resultados de este análisis indicaron una tolerancia inferior a .20 y un factor de inflación de la varianza cercano a 1 en todas las variables independientes. Además, los autovalores se encontraron próximos a cero y los índices de condición no superaron el valor 15. Por todo ello, se descartó la colinealidad entre variables.

Para estudiar las hipótesis 1, 2, 3, y 4 se llevaron a cabo correlaciones no paramétricas entre las variables objeto de estudio. Se encontraron correlaciones positivas estadísticamente significativas entre la calidad del sueño y la propensión a experimentar pensamientos autorreferenciales ($r = .35$, $p < .001$); también entre la calidad del sueño y la presencia de experiencias inusuales en el sueño ($r = .37$, $p < .001$); entre la calidad del sueño y la presencia de experiencias disociativas ($r = .33$, $p < .001$); y entre la disociación y las experiencias inusuales en el sueño ($r = .45$, $p < .001$).

Para comprobar si estas correlaciones seguían siendo significativas controlando las variables extrañas edad y género, se llevó a cabo una correlación parcial. Se encontraron correlaciones positivas estadísticamente significativas, incluso de mayor magnitud que sin el control de estas dos variables, entre la calidad del sueño y la propensión a experimentar pensamientos autorreferenciales ($r = .40$, $p < .001$); también entre la calidad del sueño y la presencia de experiencias inusuales en el sueño ($r = .45$, $p < .001$); entre la calidad del sueño y la presencia de experiencias disociativas ($r = .44$,



$p < .001$); y entre la disociación y las experiencias inusuales en el sueño ($r = .46, p < .001$).

Por otra parte, teniendo en cuenta que las variables experiencias inusuales en el sueño y experiencias disociativas correlacionaban positivamente tanto con la variable calidad del sueño, como se indica previamente, como con la variable pensamientos referenciales (ambas con $r = .45, p < .001$), se realizó un estudio de mediación múltiple, para analizar la última hipótesis. Los resultados de dicho análisis se encuentran reflejados en la Tabla 2.

Tabla 2

Resultados del análisis de mediación múltiple

Variable Independiente	Variables Mediadoras	Variable Dependiente	Paso a	Paso b	Paso c' (efecto directo)	Paso axb (efecto indirecto)	95% IC	Paso c
Calidad del sueño	Disociación	Pensamiento referencial	.93**	.14**		.13*	[.04,.27]	
	Experiencias inusuales en el sueño		1.65**	.06*	.26**	.09*	[.02,.20]	.48**

Nota: **. La correlación es significativa al nivel .01 (unilateral); *. La correlación es significativa a nivel .05 (unilateral).

Como se puede observar en la Tabla 2, la variable calidad del sueño ejerce un efecto significativo sobre las variables experiencias inusuales en el sueño y disociación (paso a) y a su vez estas dos variables tienen un efecto significativo también sobre la variable pensamientos referenciales (paso b). Además, se puede observar a través del efecto indirecto (paso axb) que ambas variables mediadoras tienen un efecto significativo en la relación entre la variable independiente y la variable dependiente. Por último, puede observarse que el efecto de la calidad del sueño sobre la propensión a presentar pensamientos referenciales (paso c) disminuye cuando se encuentran presentes las variables experiencias inusuales en el sueño y disociación (paso c').

Por otra parte, en el Resumen del Modelo quedó plasmado a través de la R^2 ajustada, que el 23.56% de la varianza de la VD se explica por las variables calidad del sueño, experiencias inusuales en el sueño y disociación. Por último, los intervalos de



confianza tanto de las experiencias inusuales en el sueño como de la disociación nos indican que la diferencia a nivel poblacional oscila entre valores en los que el 0 no se encuentra incluido.

Discusión y Conclusiones

En primer lugar, se planteó un objetivo metodológico previo a la realización del estudio para poder asegurar así la validez del mismo. Se debía constatar que las variables independientes no eran colineales y, por tanto, no se encontraban confundidos entre sí sus efectos sobre la variable dependiente. Los resultados indican que no existe multicolinealidad entre las variables independientes en el modelo propuesto, por lo que tiene sentido plantear el estudio en los términos que siguen. Además, se realizó una correlación parcial controlando las variables edad y género, encontrando que las asociaciones entre las distintas variables objeto de estudio aumentaban. Por tanto, dichas asociaciones no se encontraban confundidas por el efecto de estas variables, lo que confirma la validez del estudio en cuestión.

La primera hipótesis de este estudio plantea que una baja calidad del sueño se encuentra asociada a un incremento de pensamientos autorreferenciales. Se ha encontrado una correlación significativa y positiva entre estas variables, confirmándose dicha hipótesis de la investigación. Estos resultados coinciden con los obtenidos en otros estudios como los de Merckelbach y van de Ven (2001) o Naitoh et al. (1969) en los que la variable calidad del sueño, ha sido relacionada con la esquizotipia. Como se sabe, este concepto de esquizotipia incluye todo un conjunto de sintomatología psicótica positiva y negativa de la cual sólo la tendencia a presentar experiencias alucinatorias, ha suscitado el interés de los investigadores (Merckelbach y van de Ven, 2001; Naitoh et al., 1969). En el presente estudio se planteaba como objetivo la relación entre la calidad del sueño y otro tipo de síntoma positivo, la propensión a presentar pensamientos autorreferenciales. Se ha encontrado que estas dos últimas variables se encuentran asociadas, por lo que se podría concluir que, en base a esta muestra, la sintomatología positiva de la esquizotipia (tanto presencia de alucinaciones, como indica la literatura previamente citada, como pensamientos referenciales) quedaría asociada a la calidad del sueño de las personas pertenecientes a población general.



La segunda hipótesis plantea que una baja calidad del sueño se encuentra asociada a un incremento de experiencias inusuales durante la noche. Se ha encontrado una correlación positiva y significativa entre estas variables, confirmándose así esta hipótesis. Estos resultados coinciden con los obtenidos por varios investigadores (Parra 2009; van der Kloet et al., 2012b) que han estudiado la relación entre un lábil ciclo vigilia-sueño y la experimentación de intrusiones de los fenómenos del sueño o de experiencias perceptuales inusuales durante la vigilia. En el presente estudio se plantea, en cambio, la asociación entre las variables calidad del sueño y experiencias inusuales oníricas durante el sueño, encontrándose ésta positiva y significativa. Así pues, en base a los resultados obtenidos en esta muestra y a los estudios previos, la calidad del sueño podría asociarse a experiencias inusuales en el sueño en su totalidad, tanto durante la vigilia como durante la noche.

La tercera hipótesis plantea que una baja calidad del sueño se encuentra asociada a un incremento de experiencias disociativas. Se ha encontrado una correlación significativa y positiva estas variables, confirmándose así esta hipótesis del estudio. Estos resultados coinciden con varios estudios (Parra, 2009; van der Kloet et al., 2012a; van der Kloet et al., 2012b) que han encontrado relación entre patrones de disfunción dormital y la propensión a desarrollar experiencias disociativas.

La cuarta hipótesis plantea que una alta propensión a presentar experiencias inusuales en el sueño se encuentra asociada a un incremento de experiencias disociativas. Se ha encontrado una correlación positiva y significativa entre estas variables, confirmándose así esta hipótesis. Estos resultados coinciden con varios estudios que ya habían encontrado una correlación robusta entre estas variables en población no clínica (van der Kloet et al., 2012a; Watson, 2001).

La quinta hipótesis plantea que las experiencias inusuales en el sueño y la disociación median potencialmente en la relación entre calidad del sueño y pensamientos referenciales. Esta hipótesis se basa en estudios, indicados previamente, que relacionan las variables experiencias inusuales en el sueño y disociación, estudios que han puesto en relación ambas variables con la calidad del sueño, como ya se ha mencionado previamente, y estudios que las han relacionado con la esquizotipia, incluyendo en ella la propensión a desarrollar pensamientos autorreferenciales (Levin y Fireman, 2002; Watson, 2001). En el presente estudio se ha encontrado que, con los



datos de la muestra analizada, ambas variables median parcialmente dicha relación, por lo que queda corroborada la quinta hipótesis del estudio. Esto se ha determinado utilizando los criterios de Baron y Kenny (1986), como ya se ha puesto de manifiesto en el apartado de Resultados (Ver Tabla 2). Además, la diferencia a nivel poblacional es significativa ya que el valor 0 no se encuentra en el intervalo de confianza de 95%.

Como conclusiones, cabe decir que la calidad del sueño (en población normal) parece ser un factor que se encuentra asociado a la presencia de pensamientos autorreferenciales, pudiéndose encuadrar éstos en el marco de la esquizotipia y por tanto dentro del espectro de la esquizofrenia; por lo que considero importante en futuras investigaciones dirigidas a población clínica, estudiar la contribución de este factor (la calidad del sueño) en la manifestación y mantenimiento de trastornos del espectro psicótico, como la esquizofrenia, para poder ofrecer la mejor asistencia clínica a las personas que sufren este tipo de patologías.

Se trata de un estudio innovador, no sólo por considerar la calidad del sueño como factor a tener en cuenta en la predisposición a presentar sintomatología propia de la esquizotipia; sino por asociar la calidad en el dormir con la predisposición a desarrollar experiencias disociativas, que normalmente se encuentran relacionadas en diversos estudios con factores traumáticos como los abusos sexuales en la infancia. Como indican autores como Pérez y Galdón (2003), desde que comenzaron a estudiarse los fenómenos disociativos, han sido considerados como una forma de respuesta a la percepción subjetiva de eventos traumáticos. En cambio, se aporta en este estudio información compatible con que un factor como la calidad del sueño, presente en población normal, pueda asociarse con una mayor facilidad a presentar experiencias disociativas, lo que podría ayudar a entender con mayor exactitud los fenómenos relacionados con la disociación. Por tanto, considero también que la calidad del sueño debe ser un factor a estudiar en población clínica que presenta trastornos disociativos para poder comprender estos trastornos en toda su complejidad.

Además, considero que el hecho de que las experiencias inusuales en el sueño y la disociación medien parcialmente en la relación entre calidad del sueño y pensamiento referencial puede ser importante a la hora de comprender con mayor exactitud el espectro de la psicosis. Parece que, en el marco de la esquizotipia, la calidad del sueño se encuentra asociada a la presencia sintomatología positiva. Sin embargo,



aquellas personas que presenten más experiencias inusuales en el sueño y experiencias disociativas intensificarán esa asociación entre la baja calidad del sueño y dicha sintomatología. Considero por tanto importante, en futuras investigaciones, indagar en esta relación de mediación parcial que se establece, según los resultados obtenidos con esta muestra, ya que las implicaciones que pueden tener en el entendimiento del pensamiento referencial en población normal y del delirio en población clínica, pueden ser de un gran interés.

Una implicación relevante que se puede deducir de los resultados es la siguiente: si la calidad del sueño está asociada con el desarrollo de experiencias anormales o patológicas, la promoción de una buena higiene del sueño, psicoeducación en técnicas de relajación, etc. podría fomentar la prevención de posibles trastornos psicopatológicos o simplemente potenciar una mejor calidad de vida en la población general.

El presente estudio puede considerar un estudio preliminar en el que para futuras investigaciones se tuvieran en cuenta las siguientes limitaciones:

- Los resultados de este estudio se han basado en una muestra pequeña de 177 sujetos, en la cual se contaba con casi el doble de mujeres que de hombres y más de la mitad poseían un nivel de estudios universitarios (Ver Tabla 1). A pesar de que en este estudio se controlaron las variables edad y género a través de una correlación parcial, sería preferible para futuros estudios poseer una muestra más homogénea y, por tanto, más representativa de la población.
- Considero que las escalas de autoinforme de lápiz y papel pueden presentar problemas de validez por todas las variables extrañas relativas al sujeto que pueden estar presentes en el momento de realización de los mismos (deseabilidad social, cansancio, situación personal o emocional en la que se encuentra la persona, etc.).
- No se ha realizado un estudio de la validez de la adaptación al castellano de la Encuesta de Experiencias del Sueño de Iowa.
- El listado de variables extrañas que se han considerado como criterios excluyentes para formar parte de la muestra ha podido no ser exhaustiva al poderse no haber considerado todo un conjunto de variables extrañas que han podido afectar a los resultados del estudio.



Como futuras líneas de investigación, además de las previamente indicadas, considero importante replicar el estudio en población clínica para investigar si estos factores tienen relevancia en esta población a la hora de comprender y explicar distintas patologías y, por otra parte, realizar el estudio utilizando como variable dependiente la propensión a las alucinaciones, para poder comprobar si estas variables afectan a los dos factores de la sintomatología positiva de la esquizotipia, a saber, propensión a presentar alucinaciones y pensamientos autorreferenciales.



Referencias

- Baron, R.M. y Kenny, D.A. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182. doi:10.1037/0022-3514.51.6.1173
- Buyse D.J., Reynolds C.F., Monk T.H., Berman S.R., y Kupfer D.J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28, 193-213. doi:10.1016/0165-1781(89)90047-4
- Cardeña, E. (1994). The domain of dissociation. En S. J. Lynn y J. W. Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (pp. 15-31). Nueva York: Guilford.
- Carlson, E.B., y Putnam, F. (1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation*, 6, 16-27.
- Holmes, E. A., Brown, R. J., Mansell, W., Fearon, R. P., Hunter, E. C. M., Frasquilho, F., y Oakley, D. A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 25, 1-23. doi:10.1016/j.cpr.2004.08.006
- Icaran, E., Colom, R., y Orengo, F. (1996). Estudio de validación de la escala de experiencias disociativas con muestra de población española. *Actas Luso-Española de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 24, 7-10.
- Jiménez, A., Monteverde, E., Nenclares, A., Esquivel, G., y De la Vega, A. (2008). Confiabilidad y análisis factorial de la versión en español del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en pacientes psiquiátricos. *Gaceta Médica de México*, 144, 491-496.
- Lenzenweger, M. F., Bennett, M. E., y Lilienfeld, L. R. (1997). The referential thinking scale as a measure of schizotypy: Scale development and initial construct validation. *Psychological Assessment*, 9, 452-463. doi:10.1037/1040-3590.9.4.452
- Levin, R., y Fireman, G. (2002). Phenomenal qualities of nightmare experience in a prospective study of college students. *Dreaming*, 12, 109-120. doi:10.1023/a:1015315707100



- Lynn, S. J., Lilienfeld, S. O., Merckelbach, H., Giesbrecht, T., y van der Kloet, D. (2012). Dissociation and Dissociative Disorders: Challenging Conventional Wisdom. *Current Directions in Psychological Science*, 21, 48-53. doi:10.1177/0963721411429457
- Merckelbach, H., y van de Ven, V. (2001). Another White Christmas: Fantasy proneness and reports of "hallucinatory experiences" in undergraduate students. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 32, 137-144. doi:10.1016/s0005-7916(01)00029-5
- Naitoh, P., Kales, A., Kollar, E. J., Smith, J. C., y Jacobson, A. (1969). Electroencephalographic activity after prolonged sleep loss. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 27, 2-11. doi:10.1016/0013-4694(69)90103-5
- Parra, A. (2009). Experiencias alucinatorias nocturnas: relación con la esquizotipia, tendencias disociativas y propensidad a la fantasía. *Revista Internacional de Psicología*, 43, 134-143.
- Pascualena-Nagore, C., Peña-Falcón, M.R., y Perona-Garcelán, S. (2016). *Adaptación al castellano de la Escala de Experiencias Inusuales en el Sueño de Iowa*. Manuscrito en preparación.
- Pérez, S., y Galdón, M. J. (2003). Los fenómenos disociativos: una revisión conceptual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 85-108. doi:10.5944/rppc.vol.8.num.2.2003.3948
- Perona-Garcelán, S., Pérez-Álvarez, M., García-Montes, J. M., y Cangas, A. J. (2015). Auditory Verbal Hallucinations as Dialogical Experiences. *Journal of Constructivist Psychology*, 28, 264-280. doi:10.1080/10720537.2014.938847
- Preacher, K.J., y Hayes, A.F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40, 879-891. doi:10.3758/BRM.40.3.879
- Putnam, F. W., Guroff, J. J., Silberman, E. K., Barban, L., y Post, R. M. (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder: Review of 100 cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 285-293.



- Sáez, J., Santos, G., Salazar, K., y Carhuancho, J. (2013). Calidad del sueño relacionada con el rendimiento académico de estudiantes de medicina humana. *Horizonte Médico*, 13, 25-32.
- Senín-Calderón, M. C., Rodríguez-Testal, J. F., y Fernández-Jiménez, E. (2011). Multidimensionalidad en la Escala de Pensamiento Referencial (REF): Análisis Factorial Exploratorio. *Annuary of Clinical and Health Psychology*, 7, 61-68.
- Senín-Calderón, M.C., Rodríguez-Testal, J.F., y Perona-Garcelán, S. (2014). *El pensamiento referencial: aspectos psicopatológicos y del desarrollo*. Charleston, CS: CreateSpace Independent Publishing Platform.
- van der Kloet, D., Merckelbach, H., Giesbrecht, T., y Lynn, S. J. (2012a). Fragmented Sleep, Fragmented Mind: The Role of Sleep in Dissociative Symptoms. *Perspectives on psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*, 7, 159-75. doi:10.1177/1745691612437597
- van der Kloet, D., Giesbrecht, T., Lynn, S. J., Merckelbach, H., y de Zutter, A. (2012b). Sleep normalization and decrease in dissociative experiences: Evaluation in an inpatient sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 121, 140-50. doi:10.1037/a0024781
- Watson, D. (2001). Dissociations of the night: individual differences in sleep-related experiences and their relation to dissociation and schizotypy. *Journal of abnormal psychology*, 110, 526-535. doi:10.1037/0021-843X.110.4.526



Anexos

Anexo 1. Batería de pruebas psicológicas

Declaración de consentimiento informado.

Yo, D./Dña.....
de años de edad y con DNI nº
acepto participar voluntariamente en el proyecto de investigación dirigido por Claudia Pascualena Nagore, alumna de la Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla para la realización del Trabajo Fin de Grado.

Al firmar este consentimiento acepto participar de manera voluntaria en esta investigación, y además:

- Se me informó que en cualquier momento puedo desistir de participar y retirarme de la investigación.
- Se resguardará mi identidad como participante y mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías de la ley 15/1999 de 13 de diciembre.
- Se me ha proporcionado toda la información sobre los procedimientos y propósitos de esta investigación antes de mi participación en ella. Si lo deseo esa información podrá ser ampliada una vez concluida mi participación.

Firma:

Lugar y fecha



Ficha de datos descriptivos de la muestra

A continuación, usted va a leer una serie de cuestiones a las que debe contestar de la forma más sincera posible. Le rogamos que conteste a TODAS las preguntas. Le recordamos que no hay respuestas correctas ni incorrectas, únicamente queremos saber su posición u opinión acerca de las cuestiones que le presentamos.

Estos cuestionarios son anónimos y los datos serán únicamente utilizados para estudios de investigación. Muchas gracias por su participación.

Código: (rellenado por el investigador)

Género: Mujer Hombre

Edad: años

Estado civil: Soltero/a Casado/a Pareja de hecho Viudo/a
Divorciado/a

Estudios: Sin estudios Estudios Primarios EGB ESO
Bachillerato FPmedio FPsuperior Estudios universitarios

Indique por favor si se encuentra tomando en la actualidad algún tipo de tratamiento psicofarmacológico:

Sí Indique cuál

No

Indique si está o ha estado usted durante el último año en tratamiento en servicio de salud mental público o privado.

Sí

No

Por último, ¿Ha consumido de forma habitual (4 o más días por semana) en los últimos 6 meses algún tipo de tóxico?

Sí Indique cuál

No



ISES

El propósito de esta escala es examinar la prevalencia de diversos fenómenos relacionados con el sueño - y los sueños - en la población general. Por favor, conteste las siguientes preguntas de forma honesta y precisa. Lea con cuidado el siguiente documento adjunto y luego indique con qué frecuencia ha experimentado estos fenómenos.

Utilice la siguiente escala para registrar sus respuestas:

0 = nunca

1 = Rara vez (es decir, menos de una vez al año)

2 = poca frecuencia (una o dos veces al año)

3 = ocasionalmente (varias veces al año)

4 = frecuencia (una o dos veces al mes)

5 = muy frecuentemente (varias veces al mes)

6 = regularmente (varias veces a la semana)

1. Al despertarme durante la noche no estoy seguro/a de si realmente he experimentado algo realmente o lo he soñado	0 1 2 3 4 5 6
2. Acostado/a en la cama, tengo la sensación de la presencia de alguien que realmente no está allí	0 1 2 3 4 5 6
3. Cuando me acuesto en la cama, me doy cuenta de que soy incapaz de moverme	0 1 2 3 4 5 6
4. Me tiemblan las piernas o me dan tirones cuando me acuesto en la cama	0 1 2 3 4 5 6
5. Cuando empiezo a quedarme dormido/a, mi cuerpo de repente se sobresalta violentamente	0 1 2 3 4 5 6
6. Cuando empiezo a quedarme dormido/a tengo imágenes muy vivas	0 1 2 3 4 5 6
7. Cuando empiezo a despertarme tengo imágenes muy vivas	0 1 2 3 4 5 6
8. Soy consciente de que estoy soñando, incluso mientras sueño	0 1 2 3 4 5 6



9. Soy capaz de controlar o dirigir el contenido de mis sueños	0 1 2 3 4 5 6
10. Soy capaz de despertarme a mí mismo de los sueños que me parecen inquietantes o desagradables	0 1 2 3 4 5 6
11. Tengo rachas repentinas de sueño profundo durante el día	0 1 2 3 4 5 6
12. Estando despierto, siento que los músculos del cuerpo se me aflojan cuando experimento una fuerte emoción, como enfadarme o excitarme.	0 1 2 3 4 5 6
13. Camino en mis sueños	0 1 2 3 4 5 6
14. Hablo en mis sueños	0 1 2 3 4 5 6
15. Recuerdo mis sueños	0 1 2 3 4 5 6
16. Tengo un sueño tan real que me influye en cómo me siento al día siguiente	0 1 2 3 4 5 6
17. Tengo pesadillas	0 1 2 3 4 5 6
18. He soñado que estaba cayendo	0 1 2 3 4 5 6
19. He soñado que estaba volando	0 1 2 3 4 5 6
20. He soñado que me despertaba, es decir, que el despertar formaba parte del mismo sueño.	0 1 2 3 4 5 6
21. Tengo sueños recurrentes o que se repiten	0 1 2 3 4 5 6
22. He tenido sueños sobre cosas que han ocurrido de verdad después	0 1 2 3 4 5 6
23. He muerto en un sueño	0 1 2 3 4 5 6
24. Un sueño me ayudó a resolver un problema o una preocupación actual	0 1 2 3 4 5 6



REF

Por favor, lea las siguientes cuestiones y responda Verdadero (V) o Falso (F) rodeando con un círculo, según **si se aplican a Vd. en estos últimos siete días**. En el caso de que haya dicho Verdadero (V), indique **en qué medida le preocupa o afecta** esta idea, en una escala de 0 a 5, donde 0 significa ninguna preocupación, 1 significa poca preocupación, y 5 máxima preocupación o afectación. No deje ninguna pregunta sin contestar y responda tan honestamente como sea posible, dando únicamente la opinión acerca de Vd. mismo/a. No tenga en cuenta las actitudes, sentimientos o experiencias que pudo haber experimentado bajo la influencia del alcohol u otras drogas. Puede comenzar a rellenar la prueba.

1. Cuando oigo por casualidad una conversación, a menudo me pregunto si la gente está diciendo cosas malas sobre mí. __V / F__ preocupación __0 1 2 3 4 5
2. A menudo pienso que la gente habla sobre mí cuando voy por la calle. __V / F__ preocupación __0 1 2 3 4 5
3. Si veo a alguien riendo, con frecuencia me pregunto si se está riendo de mí. __V / F__ preocupación __0 1 2 3 4 5
4. Muchas veces gente extraña o que no conozco se ríe de mí. __V / F__ preocupación __0 1 2 3 4 5
5. La gente, a menudo, se inquieta o cambia cuando entro en una habitación. __V / F__ preocupación __0 1 2 3 4 5
6. Cuando veo a dos personas hablando de trabajo generalmente creo que me están criticando. __V / F__ preocupación 0 1 2 3 4 5
7. Cuando oigo a dos personas hablando una lengua extranjera, muchas veces pienso que pueden estar comentando mi conducta. __V / F__ preocupación __0 1 2 3 4 5
8. La gente que no conozco a menudo se fija en cómo visto. __V / F__ preocupación __0 1 2 3 4 5
9. Muchas veces siento que la gente me mira. __V / F__ preocupación __0 1 2 3 4 5
- 10 Cuando escucho una de mis canciones favoritas, pienso que se escribió para mí.



__V / F__ preocupación __0 1 2 3 4 5

11. He leído libros que parecen haberse escrito para mí. __V / F__ preocupación __0 1 2 3 4 5

12. Las películas a menudo parecen ser similares a mi historia o mi vida. __V / F__ preocupación __0 1 2 3 4 5

13. Muchas veces me pregunto si el locutor de radio selecciona las canciones precisamente para mí. __V / F__ preocupación __0 1 2 3 4 5

14. Bastante a menudo me pregunto si la gente está riéndose cuando paso al lado de ellos. __V / F__ preocupación __0 1 2 3 4 5

15. A veces creo que los artículos de los periódicos contienen mensajes acerca de mí. __V / F__ preocupación __0 1 2 3 4 5

16. Generalmente los semáforos se vuelven rojos cuando voy conduciendo con prisa. __V / F__ preocupación __0 1 2 3 4 5

17. Los perros parece que se ponen a ladrar cuando me acerco o paso por su lado. __V / F__ preocupación __0 1 2 3 4 5

18. Cuando voy en tren o en autobús, a menudo parece que la gente me mira atentamente. __V / F__ preocupación __0 1 2 3 4 5

19. No creo que la gente en la calle ponga especial atención en mí. __V / F__ preocupación __0 1 2 3 4 5

20. Los profesores (o locutores de radio o televisión) a menudo me dirigen sus comentarios. __V / F__ preocupación __0 1 2 3 4 5

21. Incluso si no lo dicen, me parece que otra gente está siempre preguntándose cómo soy de elegante. __V / F__ preocupación __0 1 2 3 4 5

22. Pequeños animales parecen poner su atención en mí cuando yo paso a su lado. __V / F__ preocupación __0 1 2 3 4 5

23. Me he dado cuenta de que a menudo la gente hace movimientos o señales con las manos cuando yo paso cerca de ellos. __V / F__ preocupación __0 1 2 3 4 5



24. Muchas veces pienso que otros hacen comentarios sobre mi vestimenta. __V / F__
preocupación __0 1 2 3 4 5
25. Me parece que a menudo la gente imita mi forma o estilo de vestir. __V / F__
preocupación __0 1 2 3 4 5
26. Creo que otros muchas veces imitan mi manera de hablar. __V / F__ preocupaci3n
__0 1 2 3 4 5
27. Me pregunto muchas veces por qu3 tanta gente abandona la carretera usando la
misma salida que yo. __V / F__ preocupaci3n __0 1 2 3 4 5
28. Cuando me siento avergonzado, pienso que otros saben a menudo por qu3 me
siento as3. __V / F__ preocupaci3n __0 1 2 3 4 5
29. La gente casi siempre se da cuenta de caracter3sticas de mi personalidad que intento
esconder. __V / F__ preocupaci3n __0 1 2 3 4 5
30. Cuando me encuentro algo roto, a menudo me pregunto si otros me culpar3n por
ello. __V / F__ preocupaci3n __0 1 2 3 4 5
31. Aunque s3 que en el fondo no es cierto, muchas veces siento que otros me culpar3n
de cosas. __V / F__ preocupaci3n __0 1 2 3 4 5
32. No estoy seguro de por qu3, pero la gente a menudo pone mucha atenci3n en m3.
__V / F__ preocupaci3n __0 1 2 3 4 5
33. Muchas veces pienso que la gente hace acusaciones sobre mi comportamiento. __V
/ F__ preocupaci3n __0 1 2 3 4 5
34. A menudo me pregunto si la gente est3 en un sitio porque yo estoy all3. __V / F__
preocupaci3n __0 1 2 3 4 5



ICSP

Las siguientes preguntas hacen referencia a la manera en que ha dormido durante el último mes. Intente responder de la manera más exacta posible lo ocurrido durante la mayor parte de los días y noches del último mes. Por favor conteste todas las preguntas.

1. Durante el último mes, ¿Cuál ha sido, usualmente, su hora de acostarse?
.....
2. Durante el último mes, ¿Cuánto tiempo ha tardado en dormirse en las noches del último mes? (Apunte el tiempo en minutos).
3. Durante el último mes, ¿A qué hora se ha estado levantando por la mañana?.....
4. ¿Cuántas horas habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes? (El tiempo puede ser diferente al que permanezca en la cama) (Apunte las horas que cree haber dormido).....

Para cada una de las siguientes preguntas, elija la respuesta que más se ajuste a su caso. Por favor, conteste todas las preguntas.

5. Durante el último mes, ¿Cuántas veces ha tenido problemas para dormir a causa de:
 - a) No poder conciliar el sueño en la primera media hora:
 - Ninguna vez en el último mes.
 - Menos de una vez a la semana.
 - Una o dos veces a la semana.
 - Tres o más veces a la semana.
 - b) Despertarse durante la noche o de madrugada.
 - Ninguna vez en el último mes.
 - Menos de una vez a la semana.
 - Una o dos veces a la semana.
 - Tres o más veces a la semana.



c) Tener que levantarse para ir al sanitario.

- Ninguna vez en el último mes.
- Menos de una vez a la semana.
- Una o dos veces a la semana.
- Tres o más veces a la semana.

d) No poder respirar bien.

- Ninguna vez en el último mes.
- Menos de una vez a la semana.
- Una o dos veces a la semana.
- Tres o más veces a la semana.

e) Toser o roncar ruidosamente.

- Ninguna vez en el último mes.
- Menos de una vez a la semana.
- Una o dos veces a la semana.
- Tres o más veces a la semana.

f) Sentir frío.

- Ninguna vez en el último mes.
- Menos de una vez a la semana.
- Una o dos veces a la semana.
- Tres o más veces a la semana.

g) Sentir demasiado calor.

- Ninguna vez en el último mes.
- Menos de una vez a la semana.
- Una o dos veces a la semana.
- Tres o más veces a la semana.

h) Tener pesadillas o “malos sueños”.



- Ninguna vez en el último mes.
- Menos de una vez a la semana.
- Una o dos veces a la semana.
- Tres o más veces a la semana.

i) Sufrir dolores.

- Ninguna vez en el último mes.
- Menos de una vez a la semana.
- Una o dos veces a la semana.
- Tres o más veces a la semana.

j) Otras razones (por favor descríbalas a continuación):

-
- Ninguna vez en el último mes.
 - Menos de una vez a la semana.
 - Una o dos veces a la semana.
 - Tres o más veces a la semana.

6. Durante el último mes, ¿Cómo valoraría, en conjunto, la calidad de su dormir?

- Bastante buena.
- Buena.
- Mala.
- Bastante mala.

7. Durante el último mes, ¿Cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?

- Ninguna vez en el último mes.
- Menos de una vez a la semana.
- Una o dos veces a la semana.
- Tres o más veces a la semana.



8. Durante el último mes, ¿Cuántas veces has sentido somnolencia mientras conducías, comías o desarrollabas alguna otra actividad?
- Ninguna vez en el último mes.
 - Menos de una vez a la semana.
 - Una o dos veces a la semana.
 - Tres o más veces a la semana.
9. Durante el último mes, ¿Ha representado para usted mucho problema el “tener ánimos” para realizar algunas de las actividades detalladas en la pregunta anterior?
- Ningún problema.
 - Un problema muy ligero.
 - Algo de problema.
 - Un gran problema.



DES-II

Ahora pasaremos a preguntarle sobre experiencias sobre la vida diaria. Estamos interesad@s en conocer con qué frecuencia usted ha tenido estas experiencias (solo cuando tuvo estas experiencias *sin estar bajo el efecto de alcohol o drogas*). Por favor, determine el porcentaje de tiempo que ha tenido esta experiencia.

PREGUNTA ¿Le ha pasado a veces que...	HAGA UN CIRCULO EN EL # QUE MUESTRA EL % DE TIEMPO QUE ESTO LE HA SUCEDIDO A UD.
1. Conduciendo un coche (o en cualquier otro transporte) de repente se da cuenta de que no recuerda qué sucedió durante parte o todo el viaje.	0%--10--20--30--40--50--60--70--80—90--100%
2. Ha estado escuchando a alguien hablar y de repente se da cuenta de que no ha oído parte o todo lo que se acaba de decir?	0%--10--20--30--40--50--60--70--80—90--100%
3. se encuentra en un lugar y no tiene la menor idea de cómo ha llegado allí?	0%--10--20--30--40--50--60--70--80—90--100%
4. se encuentra vestida con ropa que no recuerda haberse puesto?	0%--10--20--30--40--50--60--70--80—90--100%
5. encuentra cosas entre sus pertenencias que no recuerda haber comprado?	0%--10--20--30--40--50--60--70--80—90--100%
6. se le acercan personas que no conoce que la llaman por otro nombre o insisten en que se han conocido con anterioridad?	0%--10--20--30--40--50--60--70--80—90--100%
7. siente como si estuviera de pie al lado de sí misma observándose hacer algo y se ve realmente a sí misma como si estuviera viendo a otra persona?	0%--10--20--30--40--50--60--70--80—90--100%
8. no reconoce a sus amigos o familiares?	0%--10--20--30--40--50--60--70--80—90--100%
9. no recuerda algunos eventos importantes en su vida (por ejemplo, su boda o su graduación, etc)?	0%--10--20--30--40--50--60--70--80—90--100%
10. la acusan de estar mintiendo cuando Ud. no piensa que ha mentado?	0%--10--20--30--40--50--60--70--80—90--100%
11. se mira en el espejo y no se reconoce a si misma?	0%--10--20--30--40--50--60--70--80—90--100%
12. siente que la gente, objetos y el mundo que la rodea no son reales?	0%--10--20--30--40--50--60--70--80—90--100%
13. siente como si su cuerpo no le pertenece?	0%--10--20--30--40--50--60--70--80—90--100%
14. recuerda algo pasado tan vívidamente que siente como si estuviera reviviéndolo?	0%--10--20--30--40--50--60--70--80—90--100%
15. no esta segura de si las cosas que recuerda realmente sucedieran o si sólo las soñó?	0%--10--20--30--40--50--60--70--80—90--100%
16. esta en un lugar familiar pero lo encuentra extraño y no familiar?	0%--10--20--30--40--50--60--70--80—90--100%
17. está viendo televisión o una película y encontrarse tan absorta en la historia que no se da cuenta de lo que está sucediendo a su alrededor?	0%--10--20--30--40--50--60--70--80—90--100%
18. se encuentra tan inmersa en una fantasía o soñando despierta que siente como si realmente lo estuviera viviendo?	0%--10--20--30--40--50--60--70--80—90--100%



19. es capaz de ignorar el dolor?	0%--10--20--30--40--50--60--70--80—90--100%
20. se sienta mirando al espacio, pensando en nada y no es consciente del paso del tiempo?	0%--10--20--30--40--50--60--70--80—90--100%
21. cuando está sola se habla a si misma en alto?	0%--10--20--30--40--50--60--70--80—90--100%
22. actúa en una situación de un modo tan diferente en comparación con otras situaciones que siente casi como si fuera dos personas diferentes?	0%--10--20--30--40--50--60--70--80—90--100%
23. en ciertas situaciones es capaz de hacer cosas con una facilidad y espontaneidad increíble que en otras ocasiones le sería muy difícil conseguir (por ejemplo, deportes, trabajo interacción social, etc.)?	0%--10--20--30--40--50--60--70--80—90--100%
24. no puede recordar si ha hecho algo o si solo ha pensado hacerlo (por ejemplo, no saber si ha enviado ya una carta por correo o si sólo ha pensado en enviarla)?	0%--10--20--30--40--50--60--70--80—90--100%
25. encuentra evidencia de haber hecho cosas que no los recuerda?	0%--10--20--30--40--50--60--70--80--90--100%
26. encuentra entre sus pertenencias documentos, dibujos o notas que debe haber hecho, pero no lo recuerda?	0%--10--20--30--40--50--60--70--80--90--100%
27. escucha voces dentro de su cabeza que le dicen que haga cosas o le comentan sobre las cosas que está Ud. Haciendo?	0%--10--20--30--40--50--60--70--80--90--100%
28. siente como si estuviera viendo el mundo a través de una nebulosa de modo que la gente o los objetos aparecen como si estuvieran lejanos o poco claros?	0%--10--20--30--40--50--60--70--80--90--100%