



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

## GRADO EN MEDICINA

### TRABAJO FIN DE GRADO

Sobre la relación entre disociación y trauma en  
edades tempranas

About the relationship between  
dissociation and early trauma

**Autor/a:** Ángeles García Guerrero

**Director/es:** Paula Suárez Pinilla

**Santander, Junio 2022**

## Índice

1. <b>Resumen</b> .....	1
2. <b>Introducción</b> .....	2
• Contexto histórico y evolución del concepto.....	2
• Psicopatología del espectro disociativo .....	3
• Trastornos disociativos .....	4
• Prevalencia.....	5
• Etiología de los trastornos disociativos.....	5
• El papel del trauma.....	7
• Evidencia disponible sobre la relación entre disociación y trauma en edades tempranas.....	8
• Objetivos.....	8
3. <b>Material y métodos</b> .....	9
• Búsqueda de la literatura.....	9
• Elegibilidad y proceso de selección.....	9
• Extracción de datos .....	10
• Análisis y síntesis de la información .....	12
4. <b>Resultados</b> .....	12
• Perspectiva general.....	12
▪ Cronología.....	13
▪ Distribución geográfica.....	13
▪ Diseño de estudio.....	13
▪ Muestra .....	13
▪ Datos demográficos.....	14
▪ Edad de trauma (años).....	14
▪ Trastornos disociativos.....	26
▪ Comorbilidad psiquiátrica .....	30
▪ Puntuación para trauma total .....	34
• Resultados de los estudios incluidos.....	34
• Relación entre trauma infantil general y trastornos disociativos .....	40
• Relación entre tipos concretos de trauma infantil y trastornos disociativos .....	40
▪ Abuso emocional.....	41
▪ Abuso físico.....	41
▪ Abuso sexual.....	42

▪ Negligencia.....	42
5. <b>Discusión</b> .....	43
6. <b>Conclusiones</b> .....	50
7. <b>Agradecimientos</b> .....	50
8. <b>Bibliografía</b> .....	51

## 1. Resumen

**Introducción:** los trastornos disociativos son condiciones psiquiátricas que podrían estar desencadenadas por una combinación de factores predisponentes entre los que se encuentran las experiencias traumáticas a edades tempranas.

**Objetivos:** describir la evidencia disponible sobre esta relación y poner en tela de juicio el modelo traumático que explica la ruta hacia la disociación, así como definir secundariamente la posible correlación con otros factores individuales.

**Método:** se ejecutó una búsqueda sistemática sobre la que se aplicaron dos cribados, uno primero del que se obtuvo 269 y el segundo, a partir del cual se formó el conjunto final de artículos incluidos. Todos ellos estudiaron la relación entre un trastorno disociativo filiado y haber sufrido experiencias traumáticas en edades tempranas.

**Resultados:** 28 fueron los artículos que cumplían criterios de inclusión. Varios aportaron datos a favor de que, tanto el trauma en general como tipos específicos, se correlacionaba significativamente con padecer un trastorno disociativo.

**Conclusiones:** la existencia de abundante evidencia que apoya los eventos traumáticos ocurridos en etapas de desarrollo como parte de los factores predisponentes a desarrollar un trastorno disociativo en el futuro impulsa la creación de modelos de intervención sobre sujetos vulnerables para la prevención de estos cuadros.

**Palabras clave:** trauma infantil, disociación, trastorno disociativo, tipo de trauma, evento traumático, revisión sistemática.

### **Abstract**

**Introduction:** *dissociative disorders are psychiatric conditions that may be caused by a combination of predisposing factors such as experimenting traumatic events during the earlier stages of life.*

**Objectives:** *to describe the available evidence about this relationship and judge the traumatic model that explains the pathway to dissociation, as well as secondarily define the possible correlation of dissociative disorders with other individual factors.*

**Method:** *we executed a systematic search on which we later applied two screenings, obtaining through the first one a total of 269 articles and, on this basis, the final set of included studies after the second screening. All of the last group mentioned analyzed the correlation between a diagnosed dissociative disorder and having suffered traumatic experiences during childhood or adolescence.*

**Results:** *28 articles met inclusion criteria. Several of them contributed with data in favor of the relationship of dissociative disorders not only with trauma in general, but also with specific types of trauma.*

**Conclusions:** *the existence of abundant evidence that support traumatic events occurred during developmental stages of life as a part of the set of predisposing factors to get a future diagnosis of dissociative disorder boosts the creation of intervention models directed to vulnerable subjects in order to prevent these psychiatric diseases.*

**Keywords:** *Childhood trauma, Dissociation, Dissociative disorder, Type of trauma, traumatic event, systematic review*

## 2. Introducción

### Contexto histórico y evolución del concepto

El concepto de disociación ha sido sujeto de debate desde su creación. Con la intención de comenzar con una definición psicopatogénica reciente, en 2021 el académico reconocido en el ámbito Erdinc Oztürk describe “la disociación es la experiencia de alienación del individuo de su persona, su espacio y su tiempo mediante la pérdida de sentimiento de pertenencia y posesión de la identidad propia antes, durante o tras eventos traumáticos repetitivos y estresantes; Una reconexión con las múltiples realidades e identidades que posee, enfocándose en sí mismo en relación con el trauma sin romper su conexión con la realidad” (1) . De acuerdo con esta explicación, las experiencias disociativas funcionan como un conjunto de mecanismos dirigido a sobrellevar la vivencia de experiencias vitales dolorosas que resulta en la fragmentación de cualquiera que sea el aspecto de la conciencia.

Tal y como se ha comentado, el término de disociación ha suscitado discusión a lo largo de su historia y, debido a ello, ha sufrido cambios con el paso del tiempo. A pesar de que la palabra en sí misma se había usado previamente en referencia a un proceso psicopatológico, no fue hasta el siglo XIX cuando la sociedad de psiquiatras franceses definió con mayor precisión este espectro de manifestaciones psiquiátricas. Por aquella época se describía como una división, compartimentalización o desdoblamiento de la conciencia o la personalidad, pero también se incluían en la categoría las alteraciones en el nivel de conciencia. Fue Pierre Janet, filósofo, neurólogo y psicólogo francés del mismo siglo que hizo relevantes aportaciones al estudio de la psique, el teórico que concebía la disociación como una desagregación de los elementos mencionados comprendida en la categoría diagnóstica de la histeria, que también abarcaba otros trastornos relacionados con el trauma como el trastorno de estrés postraumático (TEP), procesos somatomorfos o el trastorno límite de personalidad. Janet, además, fue el primero en excluir con firmeza los trastornos que implicaban alteración del nivel de conciencia de este grupo (2).

En tiempos posteriores, fueron dos las tendencias que se podrían seguir para definir la disociación: una más limitada que iba en consonancia con el punto de vista de Janet, y otra más amplia que consideraba no solo la falta de integración de las funciones psicológicas, sino también la presencia de alteraciones en la atención y grado de conciencia. Desde la década de 1980 hasta día de hoy, el paradigma general se ha mostrado propenso a ignorar la primera tendencia mencionada en favor de la segunda, comportamiento que puede ser observado en la forma en que el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

(de ahora en adelante, se usarán en referencia al mismo sus siglas en inglés DSM, de uso común) ha ido cambiando la definición de disociación a lo largo de sus ediciones. El debate que promueve la existencia de estas dos formas de explicar la disociación tiene como pilares principales los 4 siguientes puntos de confrontación: si existen o no niveles normales de disociación, si es exclusivamente originada en el trauma, si se trata de un fallo de integración o a un mecanismo de defensa y la inclusión en esta clasificación o no de estados disociativos transitorios tales como la absorción (2).

### Psicopatología del espectro disociativo

Haber experimentado algún nivel de disociación no implica necesariamente alteraciones mentales; De hecho, una parte no despreciable de los individuos presentará este tipo de fenómeno a lo largo de su vida sin padecer una condición psiquiátrica como tal. A pesar de ello, existe un extenso conjunto de síntomas que son distinguidamente psicopatológicos en el contexto de una perturbación del procesamiento psicológico. Son estos los que la evidencia ha relacionado en numerosas ocasiones con el estrés traumático o conflictos sobrecogedores, ya que se definen como mecanismos de evasión (3). De hecho, el apego evitativo (4), la tendencia pudorosa (5) y esquemas internos maladaptativos (6) secundarios a estilos de crianza concretos o experiencias traumáticas durante las etapas de desarrollo neuropsicológico han demostrado tener un papel en la vía hacia la disociación.

En su guía clínica para evaluar la disociación de 1995 (7), Marlene Steinberg trabaja con cinco síntomas nucleares que conformarían mediante sus combinaciones la constelación de cada tipo de trastorno disociativo. Esos síntomas son:

- Amnesia: considerada “los cimientos” a partir de los cuales el resto se desarrollan, este síntoma se describe como la ausencia de capacidad para recordar que no se explica mediante fallos que podrían ser usuales, implicando incluso el olvido de información autobiográfica relevante. Los pacientes con esta condición podrían presentar dificultades para definir el periodo amnésico y lo que han hecho durante el mismo. Su intensidad y duración son variables, desde periodos cortos y ocasionales a olvidos permanentes. Así como produce disminución de la memoria, el trauma podría “intensificar” esta función cognitiva apareciendo los denominados *flashbacks*, que normalmente se relacionan con memorias recuperadas del evento traumático y aparecen en forma de recuerdos intrusivos.
- Despersonalización: este fenómeno es referido por los pacientes como una desconexión de uno mismo, de una parte o el cuerpo completo o de los propios sentimientos. En adición, pueden describir la experiencia como si “se vieran a sí mismos desde fuera” o una angustiada sensación de reconocerse extraños, autómatas o irreales.
- Desrealización: similar a la despersonalización, la desrealización es definida como un distanciamiento del entorno o sensación de irrealidad del espacio circundante.
- Confusión de identidad: confusión o perplejidad hacia la identidad propia o parte de ella. Por ejemplo, víctimas de abusos sexuales podrían encontrar trabas en lo que a definir su identidad sexual se refiere.

- Alteración de la identidad: aquellos que observan a los pacientes pueden percibir un cambio en la conducta o el papel, incluso la aparición de una personalidad diferente que se llama de forma distinta y posee habilidades que el individuo no relataba previamente.

### Trastornos disociativos

Los trastornos disociativos se componen de episodios, por lo general, repentinos y breves de interrupción en la operabilidad integrada de la identidad, memoria, conciencia, emoción, percepción, representación corporal, control motor y conducta. Es necesario tener en consideración el hecho de que la quinta edición del DSM, que ha sido la hoja de ruta empleada en la presente revisión en lo que a definir estos trastornos se refiere, así como ediciones previas, contempla esencialmente la disociación de tipo psicológico, dejando en un segundo plano la disociación somatomorfa en estos términos (2). El manual establece la siguiente clasificación (8):

- Trastorno de identidad disociativo (TID): conformado por lo que hemos designado alteración de la identidad en apartados anteriores.
- Amnesia disociativa con o sin fuga (AD): implica lo que previamente se ha comentado según la guía clínica de Steinberg como amnesia. La fuga puede estar o no presente, y se podría definir como un viaje repentino lejos del entorno habitual acompañado de confusión e incluso olvido de la propia identidad, en ocasiones incluso asumiendo una nueva, y una falta de capacidad para recordar el pasado.
- Trastorno de despersonalización / desrealización (TD/D): se basa en episodios recurrentes de estos fenómenos explicados con anterioridad.

Todos aquellos cuadros que no cumplen criterios diagnósticos de los trastornos mencionados podrían ser incluidos en las categorías de otro trastorno disociativo especificado (OTDE) o trastorno disociativo no especificado (TDNE). Se diferencian entre sí por la intención del facultativo de especificar por qué el caso no cumple los criterios diagnósticos, de modo que se designan como OTDE aquellos casos en los que la filiación se acompaña de una especificación de por qué no se cumplirían criterios diagnósticos de ningún trastorno mayor y como TDNE aquellos en los que la situación no posibilita reunir información suficiente para obtener un diagnóstico más preciso, como puede ser un box de emergencias.

En referencia a OTDE, el manual contempla los siguientes subtipos:

- Síndromes crónicos y recurrentes de síntomas disociativos mixtos.
- Alteración de la identidad debida a persuasión coercitiva prolongada e intensa.
- Reacciones disociativas agudas a sucesos estresantes.
- Trance disociativo.

## Prevalencia

En lo que concierne a la frecuencia de los trastornos disociativos, el facultativo Vedat Sar y su equipo (9) han trabajado en una revisión sistemática que nos permite en la presente elaborar ciertas conclusiones.

Entre la población psiquiátrica tanto ambulatoria como no, la prevalencia de los trastornos disociativos parece estar en torno al 10%. Una de las implicaciones más destacables de la notable presencia de estos trastornos en pacientes psiquiátricos radica en la relevancia de promover la concienciación para conseguir un adecuado nivel de vigilancia clínica y, de este modo, no solo tratar a los pacientes en unidades de cuidado de procesos agudos, sino también en el resto de la comunidad psiquiátrica en general. En cuanto a la prevalencia en la población general, los estudios concluyen con resultados que varían desde un 1.7% en el estudio de Akyüz en 1999 (10) a un 18.3% en un trabajo realizado por Sar y su equipo en el año 2007 (11); Sin embargo, las muestras escogidas para los estudios incluidos en la revisión mencionada se pueden considerar representativas. En relación con los grupos de alto riesgo, algunas investigaciones han puesto en evidencia que los sujetos que padecen trastornos por uso de sustancias, varones criminales y prostitutas podrían presentar mayores tasas de trastornos disociativos que la población general.

Cabe destacar el dato de que los estudios fueron llevados a cabo en diferentes países y que mostraron heterogeneidad significativa en términos de resultados numéricos, lo que podría explicarse mediante la variabilidad del diseño de estudio escogido, los instrumentos empleados para el diagnóstico y el contexto cultural en que se interpretaba las experiencias disociativas relatadas.

## Etiología de los trastornos disociativos

Empezando por los factores biológicos, el posible sustrato neurobiológico de la disociación ha promovido investigación científica, dirigida específicamente hacia la relación entre función neurológica y síntomas o trastornos producidos por el trauma. Parece una conclusión aceptada por la comunidad científica la que alcanzaron Ruth Lanius y compañía (12) en su revisión sobre las bases neurobiológicas de la disociación, consistente en que el modelo de disociación de cascada defensiva y el modelo de procesamiento de la amenaza de Mobb combinados explicarían la ruta fisiopatológica trazada desde el estrés psicológico hasta las experiencias disociativas. Las estructuras neuroanatómicas implicadas podrían ser la amígdala, la sustancia gris periacueductal, el claustró y las regiones corticales prefrontales, de modo que todas ellas verían alterada su actividad en concordancia con cómo de inminente se percibe la amenaza, la posibilidad de escapar de ella y su proximidad. En adición, se han descrito ciertos cambios en la regulación de la conectividad entre la corteza prefrontal y regiones subcorticales, poniendo en evidencia la “sobremodulación” emocional que se da en estos procesos.

Es por ello que, cuando la amenaza se percibe inminente, la actividad de las estructuras mencionadas se conjuga para entrar en la dinámica de “lucha o huida” como resultado de una respuesta defensiva activa. Ello implica una disminución de la actividad cortical prefrontal y aumento en la función de

estructuras subcorticales. Cuando el sujeto reconoce una situación en que no ve posibilidad de escapatoria, la dinámica vira hacia una actitud opuesta de respuesta defensiva pasiva. Esta conlleva una “sobremodulación” emocional a través de la intensificación en actividad inhibitoria de las estructuras subcorticales por parte de la corteza prefrontal, lo cual conduce a fenómenos de distanciamiento y desconexión de la situación en curso que se denominan síntomas disociativos negativos: amnesia, despersonalización y desrealización. No debe pasarse por alto que estas respuestas defensivas vienen acompañadas de una modulación en el balance del sistema nervioso autónomo en función de si la respuesta es pasiva o activa.

En relación a estudios neurofisiológicos como el electroencefalograma, la evidencia disponible sobre la disociación psicológica en concreto es escasa, siendo el interés de la gran mayoría de estudios el patrón que aparece en esta prueba en la disociación somatomorfa. A pesar de ello, algunas investigaciones (13) llevadas a cabo en sujetos con vivencias de despersonalización han demostrado un déficit en la memoria de trabajo, el procesamiento emocional y la inhibición/activación selectiva frente a estímulos emocionales, todo ello basado en incremento de la actividad de la banda theta detectada en áreas cerebrales involucradas durante el episodio.

Varios estudios han proclamado que la disociación no es exclusivamente originada por el trauma, debido al hecho de que aquellos practicados sobre gemelos han descrito discordancias en los resultados psicopatológicos a pesar de que las condiciones ambientales fueran compartidas. En acuerdo con el principio de multifinalidad, estos hallazgos sugieren que debe existir un sustrato genético que hace al individuo más tendente a experimentar la disociación cuando interactúa con factores exógenos concretos, y esas condiciones genéticas, como el haplotipo CATT para FKBP5, parecen tener un papel en la regulación de la conducta y la capacidad de adaptación (14). En paralelo, un estudio llevado a cabo por miembros del sistema sanitario de Massachusetts y la universidad local (15) reveló que polimorfismos puntuales, de nucleótido único o *SNPs* localizados en dos genes concretos que son relevantes de cara a la formación y procesamiento de memoria relacionada con el miedo, así como la integración sináptica, mostraron asociación significativa con síntomas de despersonalización y desrealización, incluso tras controlar el posible efecto de la severidad del TEP diagnosticado en estos sujetos sobre la relación analizada. Otra investigación por parte de la Universidad de Leiden en Países Bajos demostró que polimorfismos en el promotor del transportador de la serotonina o 5-HTTLPR, así como otros estudios ya habían elucidado, están asociados con la proclividad a la disociación, y apoya la teoría de que genotipos particulares explican una parte considerable de la variabilidad encontrada en las formas de presentación de la disociación (16).

Con respecto a la neuroimagen, las técnicas de mayor popularidad para obtener información sobre neuroanatomía y distribución de la actividad metabólica son la RMN y PET/TAC y la RMN funcional respectivamente. En estos términos, la disociación ha demostrado una correlación negativa con la integridad de la sustancia blanca en áreas frontales y temporales. Por su lado, la talla de amígdala e hipocampo no parecen tener asociación con los trastornos

disociativos en exclusiva, sino con los trastornos desencadenados por traumas en edades tempranas en general y, especialmente, con el TEP (17,18).

Observando la imagen funcional, los pacientes de TID han exhibido diferencias significativas en la actividad cerebral cuando la identidad ligada al trauma toma posesión del sistema, destacando así córtex cingulado, temporal, parietal y frontal, así como la ínsula. Asimismo, los individuos con experiencias disociativas negativas como la despersonalización presentan una conectividad predominantemente *top-down* entre el córtex prefrontal ventromedial y la amígdala y sustancia gris periacueductal, resultando en una sobremodulación de estas estructuras que condiciona una respuesta defensiva pasiva y distanciamiento crónico de las propias emociones (12). También se ha descrito un aumento en la conectividad entre la ínsula y la amígdala (12,17,18).

Tal y como se ha comentado previamente, el factor ambiental que facilita el desarrollo de fenómenos disociativos es, por excelencia, la exposición a trauma intenso durante las etapas más tempranas de la vida. A pesar de ello, en esta asociación se deben tener en cuenta ciertos matices, dado que la evidencia muestra tan solo una correlación moderada. Parece ser que podría explicarse a partir de que otros muchos factores han demostrado tener un efecto mediador en esta relación, como los mencionados anteriormente. Por todo ello, a día de hoy no sería posible establecer una conexión simple entre el trauma en edades tempranas y las experiencias disociativas, sino que se hace necesario definir una ecuación considerablemente más compleja.

### El papel del trauma

En la revisión sistemática que nos ocupa, el instrumento que se ha considerado protocolo para establecer los principales tipos de trauma en edades tempranas ha sido el *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ). Este test, ideado y elaborado en 1998 por Bernstein DP & Fink L (19), es un cuestionario de autoinforme retrospectivo que evalúa en sujetos adolescentes y en etapa adulta el trauma ocurrido durante la infancia, y, tanto la organización como los elementos que revisa, se basan en la literatura que, por entonces, estaba disponible. Se compone de 28 ítems y su finalidad es describir la presencia o ausencia de cinco tipos principales de experiencias infantiles negativas: abuso emocional (AE), abuso físico (AF), abuso sexual (AS), negligencia física (NF) y negligencia emocional (NE). Cinco ítems corresponden a cada uno de los tipos de trauma comentados, y los tres restantes se dirigen a esclarecer si el sujeto tiende a minimizar o incluso negar haber tenido dichas experiencias. Por otro lado, el individuo tendrá que valorar la veracidad de las frases en una escala que va del 1 (nunca verdad) a 5 (con mucha frecuencia verdad). Consecuentemente, cada tipo de abuso podría puntuar de 5 a 25. Esta escala ha demostrado mantener gran validez y fiabilidad, inclusive en test-retest tras una media de cuatro meses (coeficientes en rango de 0'79 a 0'86) y validez interna y reproducibilidad cuando es aplicada por un facultativo médico y por un psicoterapeuta.

Los tipos de trauma indicados se definen como sigue (20):

- Abuso emocional: agresiones verbales dirigidas al autoestima o bienestar de un niño o cualquier conducta humillante o degradante dirigida a un niño por parte de un adulto o persona mayor.
- Abuso físico: agresiones físicas al niño por parte de un adulto o persona mayor que implican un riesgo o incluso resultan en perjuicio.
- Abuso sexual: contacto o conducta sexual entre un niño menor de 18 años de edad y un adulto o persona mayor.
- Negligencia física: fracaso de los cuidadores en atender las necesidades físicas básicas del niño, incluyendo alimentación, cobijo, vestimenta, seguridad y atención sanitaria. Una escasa supervisión parental puede clasificarse como negligencia física si la misma entraña una amenaza hacia la seguridad del niño.
- Negligencia emocional: fracaso de los cuidadores al cubrir las necesidades emocionales y psicológicas del niño, inclusive la proporción de amor, sentimiento de pertenencia, educación y apoyo.

### Evidencia disponible sobre la relación entre disociación y trauma en edades tempranas

Hasta día de hoy, las investigaciones dirigidas a determinar si existe o no dicha relación son numerosas. Estudios como el dirigido en 1999 por Draijer & Langeland (21) demuestran en una muestra de 160 pacientes hospitalizados que el abuso sexual, abuso físico y la disfunción materna predicen la disociación reflejada en puntuaciones mayores obtenidas en la *Dissociative Experiences Scale* (DES). Un estudio observacional longitudinal prospectivo llevado a cabo por Dutra y su equipo en 2009 (22) sobre una muestra de 56 sujetos de nivel socioeconómico bajo que fueron seguidos desde la infancia hasta la edad de 19 años mostró mediante análisis de regresión que la disociación en la adultez temprana, evaluada mediante la DES se podía predecir significativamente por la falta de reactividad emocional parental en la infancia, y el único tipo de abuso explícito que presentó el mismo efecto positivo sobre la disociación fue el abuso verbal. La revisión publicada por Loewenstein en 2018 (23) explicaba la relevante magnitud del cuerpo de evidencia a favor de una fuerte correlación entre las experiencias traumáticas en etapas tempranas de la vida y el desarrollo posterior de disociación, pero cabe mencionar que existe un punto de vista, desde luego minoritario, que considera los trastornos disociativos condiciones resultado de iatrogenia y artefactados por una base cultural, lo cual promueve la tendencia a la fantasía que podría explicar las mayores tasas de trauma infantil descritas en estos pacientes. Según el último trabajo citado, por tanto, esta posición carece de investigación o datos clínicos suficientes que la sostengan. En conclusión, son numerosos estudios que, a lo largo del tiempo, han contribuido a engrosar el conjunto de evidencias que respaldan la existencia de esta correlación.

### Objetivos

La intención de esta revisión es de, a través del análisis de la evidencia disponible, demostrar la relación entre trastornos disociativos definidos, más allá de síntomas disociativos aislados, y el trauma que tuvo lugar durante la fase de desarrollo esencial de la vida. Su motivación también procede de la escasa

evidencia dirigida al estudio con respecto a estos trastornos, estando la gran mayoría de investigaciones orientadas a experiencias disociativas que no conforman un trastorno como tal o en contexto de otras condiciones psiquiátricas. Su intención se compone también de un interés en perfilar el conocimiento sobre los trastornos disociativos, dado que los clínicos normalmente encuentran cierta dificultad para diagnosticar estos cuadros, y esto irremediablemente conduce a la marginalización de los pacientes de cara a recibir una asistencia por parte de salud mental adecuada. Además de todo ello, la corroboración del trauma infantil como un factor de riesgo relevante para el desarrollo posterior de disociación podría permitir la creación de un protocolo sistemático dirigido a la prevención primaria de la disociación en sujetos de alto riesgo, tal y como hoy en día se practica en términos de psicosis.

### **3. Material y métodos**

#### Búsqueda de la literatura

En la elaboración del presente trabajo se siguieron las pautas de las guías *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis* (PRISMA) (24). Las búsquedas que forman el esqueleto de esta revisión fueron ejecutadas por la estudiante titular del trabajo y las cuestiones acerca de cualquiera de las fases del proceso de inclusión de artículos en la revisión fueron cotejadas con la directora del proyecto. Las fuentes de las que se obtuvieron los artículos fueron las bases de datos PubMed y Embase, así como la propia bibliografía de los artículos y revisiones de interés. Las palabras clave con las que se llevaron a cabo las búsquedas consistían en una combinación del término (*Dissociative disorder*) como una constante en todas ellas y uno de los conceptos siguientes para cada búsqueda: (*Childhood trauma*), (*Early trauma*), (*Emotional abuse*), (*Physical abuse*), (*Sexual abuse*), (*Physical neglect*), (*Emotional neglect*), (*Adolescent trauma*), (*Child maltreatment*), (*Child abandonment*), (*Traumatic loss*), (*Witnessing violence*), (*Migration*), (*Bullying*) o (*Life threatening event*). Por tanto, la estructura de las búsquedas fue: (Dissociative disorder) AND (término variable). Estas búsquedas fueron realizadas con anterioridad a la fecha, pero la última actualización de las mismas cuenta el día 18 de abril de 2022. Se emplearon como filtros que las publicaciones estuvieran escritas en los idiomas inglés o español y que fueran estudios hechos sobre humanos. No se aplicaron restricciones en cuanto a la fecha de publicación de los mismos.

#### Elegibilidad y proceso de selección

Los estudios fueron seleccionados si cumplían los siguientes criterios de inclusión:

- Escrito en español o inglés.
- Llevado a cabo en humanos.
- Explora la relación directa entre trastornos disociativos filiados y trauma en edades tempranas.
- Define los trastornos disociativos según la quinta edición del DSM, considerándose por ello como posibilidades trastorno de identidad disociativo, amnesia disociativa con o sin fuga, trastorno de

despersonalización / desrealización, otro trastorno disociativo especificado y trastorno disociativo no especificado.

- Considera solo el trauma acontecido en edades por debajo de los 19 años. Para este criterio tuvimos en cuenta la definición de la duración de la adolescencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de modo que consideramos como trauma en edades tempranas tanto el ocurrido en la adolescencia como en la etapa infantil previa que abarca de los 0 a los 10 años (25).
- Reporta resultados con respecto a la asociación estudiada de forma cuantitativa o cualitativa.
- El diseño de estudio es observacional y analítico.

Los criterios de exclusión en el primer cribado de las búsquedas son:

- Escrito en un idioma diferente al español o el inglés.
- Basado en modelos animales.
- Explora la relación del trauma infantil con síntomas disociativos y no con trastornos como tal. Tampoco se incluyeron aquellos artículos en que se observaba la relación con disociación de tipo somatomorfo, de acuerdo con lo mencionado anteriormente sobre el criterio del DSM.
- No explora la relación directa entre el trauma en edades tempranas y la disociación. Por ejemplo, aquellos estudios orientados a describir posibles mediadores de la asociación.
- El diseño del estudio es caso clínico, serie de casos, estudio transversal descriptivo, estudio experimental o cuasi-experimental. Cabe considerar que los estudios de tipo experimental no serían éticamente posibles, dada la relación que se pretende estudiar.
- El diseño del estudio es revisión sistemática o metaanálisis.
- El artículo consiste en un libro, comentario, ponencia, editorial, carta, tesis o publicaciones relacionadas con estos tipos.

El segundo cribado aplicado sobre las búsquedas ejecutadas, consistente en una lectura del texto completo más allá del título y/o *abstract* de los artículos potencialmente incluibles en la revisión, se llevó a cabo por la estudiante titular del trabajo y, tal y como se ha comentado previamente, las dudas ocasionadas por cualquiera de las partes de dicho proceso se resolvieron en conjunto con la directora del proyecto.

### Extracción de datos

La información de interés de cada uno de los artículos que fueron finalmente seleccionados tras los cribados explicados fue extraída en una base de datos prediseñada en el programa *Microsoft Excel*. Los datos, una vez más, fueron extraídos por una de las autoras y verificada su validez por la directora.

Las variables contempladas en la estructura de la base de datos son las que siguen:

- Autor(es).
- Título.

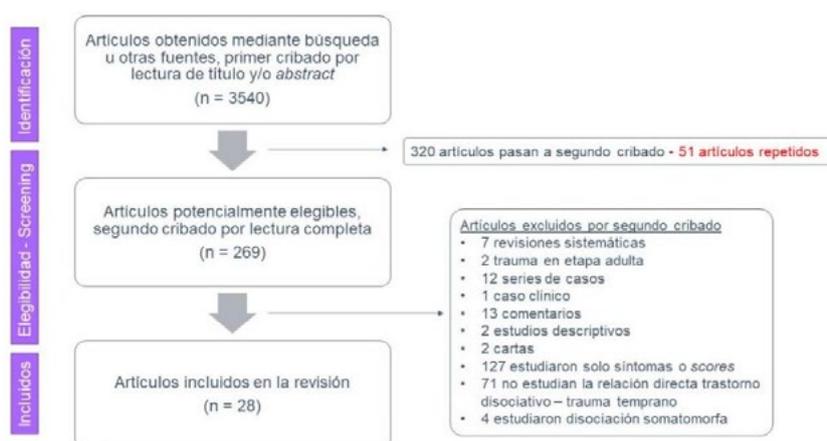
- Año de publicación.
- País.
- Diseño de estudio: las posibilidades fueron estudio de cohortes, estudio de casos y controles y estudio transversal.
- Número total de casos de trastornos disociativos, de controles o grupo comparación y “N” total de la muestra del estudio.
- Datos demográficos: años de educación formal, etnicidad, número de sujetos clasificados de género femenino, estado civil, nivel socioeconómico, entorno urbano o rural.
- Información sobre el trauma: se registró la edad a la que ocurrió el trauma y se incluyó una columna para cada tipo de trauma de acuerdo con el *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ), de modo que se extrajeron datos de casos vs. Controles de abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligencia emocional y negligencia física. Es pertinente aclarar que, aunque los tipos de trauma revisados en los artículos son los mencionados, para el proceso de búsqueda se añadieron otros conceptos ajenos a la clasificación estandarizada por el CTQ, dado que las autoras de la revisión consideraron pertinentes los mismos por representar situaciones que pudieran resultar traumáticas y que, especialmente, se dan en edades tempranas (p.ej. acoso escolar o *bullying*). Estos conceptos de trauma adicionales a los del cuestionario se recogieron en una columna adicional titulada “otros tipos de trauma”. Finalmente, en lo que refiere a este bloque, se recoge la herramienta con la que se evalúa el trauma. Cabe puntualizar que, sobre los tipos de trauma, se recogía bien los porcentajes en cada grupo, la puntuación obtenida en la subescala correspondiente o el valor de la medida de asociación pertinente.
- Información sobre los trastornos disociativos: se recoge el número total de individuos que componen los grupos de diagnosticados con trastorno de identidad disociativo, amnesia disociativa con o sin fuga, trastorno de despersonalización / desrealización, otro trastorno disociativo no especificado y trastorno disociativo no especificado. En una columna independiente se extrajo la edad media al diagnóstico si el estudio la ofrecía. También se recogieron el criterio diagnóstico empleado (p.ej. siguiendo el DSM-5) y la herramienta diagnóstica utilizada.
- Datos psiquiátricos: en una columna si presentan o no comorbilidades (1 – Sí; 0 – No) y en otra el grado de significación por categoría diagnóstica basándonos en la quinta edición del DSM.
- Datos analíticos cuantitativos: se recogen, a modo de información complementaria si el artículo lo contiene, resultados cuantitativos tales como la media de puntuación total en la escala de trauma empleada y su desviación estándar tanto para los considerados sujetos caso como para controles.
- Comentarios: si algún artículo aportaba la información requerida para ser incluido en la revisión, pero no la desgranaba de forma que fuera posible completar todos los ítems de la tabla prediseñada, todo esto se recoge en forma de aclaraciones en la columna de comentarios. También anotaciones a tener en cuenta sobre cualquier parte del proceso del estudio, como la composición de la muestra o los sujetos sobre los que se llevó a cabo finalmente el análisis.

## Análisis y síntesis de la información

Todo ello cimentado en el objetivo de esta revisión, con la información recabada a lo largo del proceso se procedió a describir los datos aportados por cada estudio para obtener conclusiones acerca de la relación en general entre el trauma y los trastornos disociativos y la relación de los trastornos disociativos con tipos concretos de trauma. Será en el apartado siguiente donde se comenten los resultados obtenidos.

### 4. Resultados

A partir de un total de 3.540 artículos obtenidos al realizar las búsquedas, mediante la aplicación de los criterios de inclusión o exclusión, se seleccionaron en un primer cribado basado en la lectura de título o *abstract* 320 artículos para cuyo descarte o inclusión se requería una lectura del texto completo. Obtuvimos un conjunto de artículos clasificados como potencialmente incluibles y que serían revisados mediante la lectura del cuerpo de texto para decidir si eran susceptibles de ser incluidos en la presente revisión. De estos 320 trabajos, se eliminaron 51 de ellos por ser artículos repetidos y los 241 restantes por diferentes razones: 7 revisiones sistemáticas, 2 estudiaban la relación con el trauma acontecido en la etapa adulta, 12 series de casos, 1 caso clínico, 13 comentarios, 2 estudios descriptivos, 2 cartas y los 202 restantes fueron excluidos bien por no estudiar la relación directa, por analizar síntomas o puntuaciones de escalas de disociación y no trastornos definidos o por estudiar la disociación de tipo somatomorfo. El número final de artículos incluidos en la revisión es de 28. A continuación se puede apreciar en la Figura 1. El diagrama de flujo que representa el proceso de búsqueda y selección de este trabajo. Cabe mencionar que los estudios incluidos no emplearon, en principio, muestras que se solapen entre sí.



**Figura 1.** Diagrama de flujo del proceso de selección

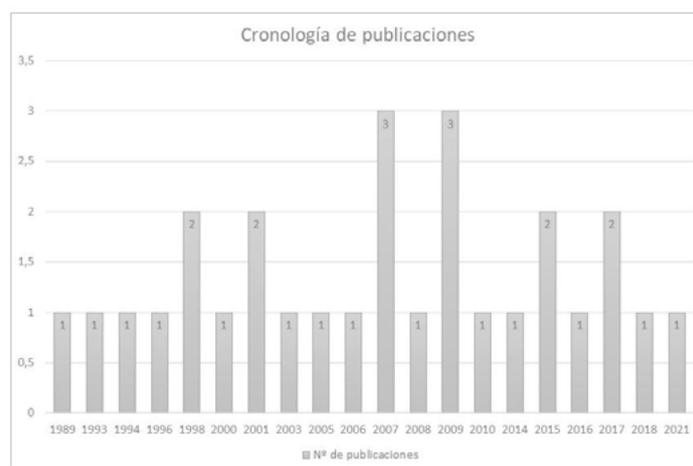
### Perspectiva general

En este subapartado, se procede a exponer los resultados obtenidos con los estudios incluidos independientes de las relaciones que se explicará más ampliamente en los apartados a continuación.

En una primera tabla (Tabla 1.), se recogieron los autores principales, título, año de publicación, país, diseño del estudio y datos numéricos de la muestra de cada estudio. Se desglosa la información de esta figura adjuntada en el Anexo I. en los apartados siguientes.

### *Cronología*

Con la finalidad de establecer un orden para comentar los resultados de cada artículo incluido individualmente, se organizaron cronológicamente y, si había varias publicaciones en el mismo año, alfabéticamente teniendo en cuenta la inicial del primer apellido del autor principal. Solo en el caso de que un mismo autor principal hubiera publicado varios artículos de los incluidos no se respetó este orden, de modo que se describen juntos los trabajos que comparten autor con el objeto de representar, de algún modo, las conclusiones que un mismo grupo obtuvo en cada momento y cómo cambian con el paso del tiempo. En la Figura 2. Podemos observar la distribución de las publicaciones con respecto al tiempo, presentando picos máximos en 2007 y 2009. Tanto el año de publicación, como los autores principales, el título de cada estudio incluido y el país



**Figura 2.** *Diagrama de barras Año de publicación – Nº de publicaciones*

La intención es, por ello, exponer los resultados de cada artículo y, en siguientes subapartados, integrar la información que han aportado al estudio de las relaciones que tenemos como objetivo analizar.

### *Distribución geográfica*

En cuanto a las localizaciones de los equipos que llevaron a cabo los estudios incluidos, el recuento final fue el siguiente: Australia 1, Canadá 2, China 1, EE. UU. 9, Italia 1, Japón 1, Noruega 1, Países Bajos 1, Sudáfrica 1 y Turquía 10.

### *Diseño de estudio*

Del total de trabajos incluidos, fueron 12 casos-controles, 1 estudio de cohortes y 15 estudios transversales de tipo analítico.

### *Muestra*

Agrupando las muestras de todos los estudios comprendidos en la revisión, contamos con el análisis de un total de 726 casos de trastorno disociativo y una N total que incluye a los grupos de comparación de 2366 individuos. El grupo

comparación podía estar compuesto de pacientes con otras condiciones psiquiátricas o controles sanos.

### *Datos demográficos*

En este conjunto de investigaciones, los factores demográficos en general no demostraron mantener una relación significativa con el diagnóstico en consideración. Aunque a continuación se desgana la información obtenida en estos términos, en adición se aportan todos los datos recogidos acerca de estas variables (Tabla 2.):

- Educación formal (años): 15 estudios arrojaron como datos  $p$  no estadísticamente significativa (11,26–39). El resto de los 28 totales no estudiaron esta variable en asociación con el diagnóstico, bien porque recogieron la información, pero no analizaron el grado de correlación o bien porque no se recabó.
- Etnicidad: tan solo 2 trabajos describieron si existía o no un vínculo entre los elementos (34,40), concluyendo en que las  $p$  no alcanzaban la significación estadística. Los restantes no aportaban datos al respecto.
- Sexo femenino: quizá esta característica demográfica sea la que ha demostrado mayor peso en el grueso de trabajos. 13 de las investigaciones determinaban que la posibilidad de correlación no era estadísticamente significativa (26,28,30,31,34–37,39–43) y 12 no estudiaron la asociación. 3 de los estudios obtenían valores de  $p$  estadísticamente significativos para el sexo (32,33,44), de modo que había notablemente más mujeres en el grupo de casos.
- Estado civil: 7 fueron los trabajos que obtuvieron  $p$  no estadísticamente significativa para esta variable (26,27,31,36,37,39,41). Los restantes no estudiaron la asociación.
- Nivel socioeconómico: en este caso, los estudios que concluyeron que las diferencias observadas podían deberse al azar fueron 4 (27,29,31,34), mientras que el resto de trabajos no aportaron información al respecto.
- Entorno rural o urbano: ninguna de las publicaciones incluidas analizó si existía o no una correlación con el diagnóstico. Tan solo uno de los trabajos (45) registró el tipo de entorno en estos términos en que los sujetos vivían.

### *Edad de trauma (años)*

Este aspecto y lo referente a los tipos de trauma contemplados en apartados posteriores, se recogieron por motivos de diseño en dos tablas (Tabla 3.1. y Tabla 3.2.).

En lo referente a esta variable del trauma recogida en nuestra revisión, hubo estudios que apoyaban la hipótesis de que los individuos con trastorno disociativo experimentaban dichos traumas a edades más tempranas que el grupo comparación (29,43,45,46). Concretamente, el trabajo liderado por Anderson (46) correlacionaba el trauma en general ocurrido a edad menor con el desarrollo de un trastorno disociativo, mientras que el estudio dirigido por Scropo (29) matizaba en que existía esta asociación en caso de trauma de tipo abuso sexual y el publicado por Simeon y su equipo en 2001 (43) hacía lo pertinente con el abuso emocional. Por su lado, la publicación de Kate y su

**Tabla 2. Características demográficas**

Artículo	N casos	N controles	N total	Años de educación formal	Etnicidad	Género	Estado civil	Nivel socioeconómico	Entorno (urbano / rural)
Ross CA et al., 1989	20	60	80	N	N	p.n.e.s.	p.n.e.s.	N	N
Saxe GN et al., 1993	15	15	30	p.n.e.s.	N	p.n.e.s.	p.n.e.s.	N	N
Berger D et al., 1994	9	32	41	p.n.e.s.	N	N	p.n.e.s.	p.n.e.s.	N
Anderson CL et al., 1996	8	84	92	N	N	N	N	N	N
Nijenhuis ER et al., 1998	45	43	88	p.n.e.s.	N	p.n.e.s.	N	N	N
Scroppo JC et al., 1998	21	21	42	p.n.e.s.	N	N	N	p.n.e.s.	N
Sar V et al., 2000	18	18	36	N	N	N	N	N	N
Sar V et al., 2007	15	17	32	p.n.e.s.	N	N	N	N	N
Sar V et al., 2009	15	17	32	p.n.e.s.	N	p.n.e.s.	N	N	N
Sar V et al., 2014	33	40	73	N	N	N	N	N	N
Friedrich WN et al., 2001	10 ASA 2 PPA	60 ASA 45 PPA	70 ASA 47 PPA	N	ASA N PPA N	N	N	N	N
Simeon D et al., 2001	49	26	75	N	N	p.n.e.s.	N	N	N
Simeon D et al., 2009	46	35	81	N	N	p.n.e.s.	N	N	N
Tezcan E et al., 2003	18	17	35	p.n.e.s.	N	p.n.e.s.	p.n.e.s.	p.n.e.s.	N
Karadag F et al., 2005	37	75	112	p.n.e.s.	N	Más mujeres en casos p.e.s.	N	N	N
Footte B et al., 2006	24	58	82	p.n.e.s.	p.n.e.s.	p.n.e.s.	N	p.n.e.s.	N

ASA: abusadores sexuales adolescentes; PPA: pacientes psiquiátricos adolescentes; CS: controles sanos; Uni-d: universitarios con niveles altos de disociación; Uni-DD: universitarios con niveles clínicos de disociación.

N: no especificado / no estudiado; p.e.s.: p. estadísticamente significativa; p.n.e.s.: p. no estadísticamente significativa.

**(Continúa...)**

Artículo	N casos	N controles	N total	Años de educación formal	Etnicidad	Género	Estado civil	Nivel socioeconómico	Entorno (urbano / rural)
<i>Evren C et al., 2007</i>	10	44	54	p n.e.s.	N	Más mujeres en casos p e.s. 0'008	N	N	N
<i>Riggs SA et al., 2007</i>	78	0	78	N	N	N	N	N	N
<i>Tamar-Gurol D et al., 2008</i>	27	31	58	p n.e.s.	N	p n.e.s.	N	N	N
<i>Korzekwa MI et al., 2009</i>	16	5	21	N	N	N	N	N	N
<i>Yu J et al., 2010</i>	28	68	96	p n.e.s.	N	p n.e.s.	p n.e.s.	N	N
<i>Colizzi et al., 2015</i>	35	83	118	N	N	N	N	N	N
<i>Ural C et al., 2015</i>	18	74	92	p n.e.s.	N	p n.e.s.	p n.e.s.	N	N
<i>Vissia EM et al., 2016</i>	17	16	33	p n.e.s.	N	N	N	N	N
<i>Kılıç F et al., 2017</i>	26	181	207	N	N	Más mujeres en casos p e.s.	N	N	N
<i>Krüger C et al., 2017</i>	16	100	116	N	p n.e.s.	p n.e.s.	N	N	N
<i>Bækkelund H et al., 2018</i>	46	96	142	p n.e.s.	N	p n.e.s.	p n.e.s.	N	N
<i>Kate MA et al., 2021</i>	24	277 ... CS 31 Uni-d 26 Uni-DD	303	N	N	N	N	N	N

**Tabla 3.1. Tipos de trauma**

Artículo	N casos	N controles	N total	Edad de trauma (años)	Negligencia emocional	Abuso emocional	Abuso sexual
<i>Ross CA et al., 1989</i>	20	60	80	N	N	N	16 TID vs 2 Esquizofrenia (p e.s. 0.00001) 16 TID vs 2 T. Pánico (p e.s. 0.00001) 16 TID vs 4 TCA (p e.s. 0.0005)
<i>Saxe GN et al., 1993</i>	15	15	30	N	Negligencia en general ... 100% vs 21% p e.s. • IT = 86% vs 14%; p e.s. • L = 92% vs 21%; p e.s. • A = 92% vs 21%; p e.s.	N	100% vs 21% p e.s. • IT = 40% vs 0%; p e.s. • L = 60% vs 21%; p e.s. • A = 80% vs 14%; p e.s.
<i>Berger D et al., 1994</i>	9	32	41	N	N	N	p n.e.s.
<i>Anderson CL et al., 1996</i>	8	84	92	3.4 vs 7 años p e.s.	Negligencia maternal p e.s. <0.0001 Rechazo maternal p n.e.s.	N	Casos con TID fue más severo y a edad más temprana
<i>Nijenhuis ER et al., 1998</i>	45	43	88	N	FO: 89 vs 44; p e.s. FL: 57 vs 14; p e.s. O: 36 vs 9; p e.s. Bonferroni = 0.002	FO: 84 vs 33; p e.s. FL: 43 vs 16; p n.e.s. O: 61 vs 26; p e.s. Bonferroni = 0.002	FO: 59 vs 5; p e.s. FL: 31 vs 2; p e.s. O: 67 vs 12; p e.s. Bonferroni = 0.002
<i>Scroppo JC et al., 1998</i>	21	21	42	AF p n.e.s. AS p e.s. (más jóvenes TID)	3'78 (0'55) vs 2'27 (0'67) p e.s.	4.16 (0.65) vs 2.46 (1.00) p e.s.	3.84 (1.16) vs 1.41 (0.71) p e.s.
<i>Sar V et al., 2000</i>	18	18	36	N	Negligencia en general ... 83'3% vs 16'7% p e.s.	72'2% vs 11'1% p e.s.	27'8% vs 0 p e.s.
<i>Sar V et al., 2007</i>	15	17	32	N	26.1% vs 18.7% p e.s.	21.7% vs 8.0% p e.s.	9.6% vs 1.2% p e.s.
<i>Sar V et al., 2009</i>	15	17	32	N	Negligencia en general ... 53'3% vs 35'3% p n.e.s. NE 12'5 (4'1) vs 13'1 (4'3) p n.e.s.	60% vs 47'1% p n.e.s. 12'9 (4'6) vs 11'7 (4'5) p n.e.s.	13'3% vs 5'9% p n.e.s. 6'9 (4'3) vs 5'4 (2'0) p n.e.s.

TID: trastorno de identidad disociativo; TCA: trastorno de conducta alimentaria; IT: infancia temprana (0-6 años); L: latencia (7-12 años); A: adolescencia (13-18 años); FO: familia de origen; FL: familia lejana; O: otros contextos no familiares; AE: abuso emocional; AF: abuso físico; AS: abuso sexual; NF: negligencia física; NE: negligencia emocional; r: coeficiente de correlación de Pearson; OR: odds ratio; AD - TD/D: amnesia disociativa – trastorno de despersonalización/desrealización; OTDNE: otro trastorno disociativo no especificado; TD: trastorno disociativo; DM: depresión mayor; TA: trastorno de ansiedad; TDAH: trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

**(Continúa...)**

Artículo	N casos	N controles	N total	Edad de trauma (años)	Negligencia emocional	Abuso emocional	Abuso sexual
<i>Sar V et al., 2014</i>	33	40	73	N	8.5 (4.3) vs 7.4 (3.5) p n.e.s.	7.4 (3.2) vs 6.1 (2.4) p n.e.s.	5.1 (0.7) vs 5.4 (2.4) p n.e.s.
<i>Friedrich WN et al., 2001</i>	10 ASA 2 PPA	60 ASA 45 PPA	70 ASA 47 PPA	N	ASA p n.e.s. PPA N	ASA p n.e.s. PPA N	ASA p n.e.s. PPA N
<i>Simeon D et al., 2001</i>	49	26	75	Separación / pérdida = 8.79 (5.78) vs 6.20 (4.76) p n.e.s. NF = 9.24 (3.34) vs 7.38 (2.02) p n.e.s. AE = 5.57 (3.49) vs 8.33 (3.88) p e.s. (Bonferroni = 0'008) AF = 6.31 (3.68) vs 6.78 (3.53) p n.e.s. Testigo de violencia = 6.71 (4.24) vs 7.73 (4.20) p n.e.s. AS = 9.38 (4.50) vs 11.83 (4.49) p n.e.s.	N	228.71 (162.62) vs 81.23 (122.65) p e.s. (Bonferroni =0.008)	7.43 (13.68) vs 3.54 (16.03) p n.e.s. 85.71% vs 28.57% p e.s.
<i>Simeon D et al., 2009</i>	46	35	81	N	11.13 (4.86) vs 9.63 (3.83) p n.e.s.	10.43 (4.79) vs 7.44 (2.90) p e.s.	5.91 (2.75) vs 5.47 (1.28) p n.e.s.
<i>Tezcan E et al., 2003</i>	18	17	35	N	Negligencia en general ... 100.0% vs 23.5% p e.s. • IT = 80.1% vs 5.9%; p e.s. • L = 94.4% vs 11.8%; p e.s. • A = 16 (88.9%) vs 4 (23.5%) p e.s.	N	100.0% vs 5.9% p e.s. • IT = 22.2% vs 0%; p n.e.s. • L = 33.3% vs 0%; p e.s. • A = 61.1% vs 5.9%; p e.s.
<i>Karadag F et al., 2005</i>	37	75	112	N	Negligencia en general ... 51.4% vs 28% p e.s.	62'2% vs 22'7% p e.s.	18'9% vs 6'7% p e.s.
<i>Footte B et al., 2006</i>	24	58	82	N	N	N	3.7 (4.0) vs 1.0 (2.1) p e.s. OR 7'87 p e.s.

**(Continúa...)**

Artículo	N casos	N controles	N total	Edad de trauma (años)	Negligencia emocional	Abuso emocional	Abuso sexual
<i>Evren C et al., 2007</i>	10	44	54	N	Negligencia en general ... 70% vs 18'2% p.e.s. OR 10.5 (2.2-49.7) p.e.s.	50% vs 13'6% p.e.s. OR 6.3 (1.4-28.7) p.e.s.	30% vs 2'3% p.e.s. OR 18.4 (1.7-203.1) p.e.s.
<i>Riggs SA et al., 2007</i>	78	0	78	N	N	N	N
<i>Tamar-Gurol D et al., 2008</i>	27	31	58	N	Negligencia en general ... 44'4% vs 41'9% p.n.e.s. OR 2.09 (0.36-12.08) p.n.e.s.	66'7% vs 35'5% p.n.e.s. OR 0.31 (0.10-0.95) p.e.s.	14'8% vs 12'9% p.n.e.s. OR 7.00 (0.47-103.8) p.n.e.s.
<i>Korzekwa MI et al., 2009</i>	16	5	21	N	Controles 12.8 (5.3) vs ... AD - TD/D 14.8 (5.2) TID 21.0 (4.7) OTDNE 17.8 (5.2) p.n.e.s.	Controles 13.6 (5.6) vs ... AD - TD/D 17.0 (7.1) TID 20.6 (3.0) OTDNE 16.2 (5.9) p.n.e.s.	Controles 9.0 (8.9) vs ... AD - TD/D 8.3 (3.8) TID 21.2 (5.5) OTDNE 14.2 (7.9) p.e.s.
<i>Yu J et al., 2010</i>	28	68	96	N	N	OR 11.17 (1.19-104.93) p.e.s.	N
<i>Colizzi et al., 2015</i>	35	83	118	N	37.1% vs 18.1% p.e.s.	31.4% vs 14.5% p.e.s.	20.0% vs 4.8% p.e.s.
<i>Ural C et al., 2015</i>	18	74	92	N	2.87 (0.69) vs 2.31 (0.66) p.e.s.	2.17 (0.67) vs 1.41 (0.42) p.e.s.	1.40 (0.75) vs 1.02 (0.07) p.e.s.
<i>Vissia EM et al., 2016</i>	17	16	33	N	13.00 (0.00) vs 2.19 (3.97) p.e.s.	11.75 (3.07) vs 0.25 (1.00) p.e.s.	9.75 (4.71) vs 0.00 (0.00) p.e.s.
<i>Kılıç F et al., 2017</i>	26	181	207	N	TD = 3.30 (1.4) DM = 3.08 (1.2) TA = 2.17 (0.9) TDAH = 2.55 (1.1) CS = 2.25 (1.0) p.e.s.	TD = 2.61 (1.1) DM = 2.03 (0.7) TA = 2.21 (0.9) TDAH = 1.77 (0.6) CS = 1.51 (0.5) p.e.s.	TD = 1.35 (0.4) DM = 1.17 (0.3) TA = 1.31 (0.4) TDAH = 1.04 (0.2) CS = 1.15 (0.3) p.n.e.s.

**(Continúa...)**

Artículo	N casos	N controles	N total	Edad de trauma (años)	Negligencia emocional	Abuso emocional	Abuso sexual
<i>Krüger C et al., 2017</i>	16	100	116	N	100% vs 64% p.e.s.	94% vs 75% p.n.e.s.	56% vs 45% p.n.e.s.
<i>Bækkelund H et al., 2018</i>	46	96	142	N	19.49 (4.879) vs 17.44 (5.153) p.e.s.	17.85 (5.332) vs 17.63 (5.458) p.n.e.s.	16.17 (7.11) vs 14.47 (7.27) p.n.e.s.
<i>Kate MA et al., 2021</i>	24	277 ... 220 CS 31 Uni-d 26 Uni-DD	303	AF • CS = 6.7 a • Uni-d = 6.2 a • Uni-DD = 7.2 a • Casos = 3.8 a r -0.21 (p.e.s.) AE • CS = 8.4 a • Uni-d = 7.1 a • Uni-DD = 6.6 a • Casos = 4.0 a r -0.33 (p.e.s.) AS • CS = 9.8 a • Uni-d = 8.5 a • Uni-DD = 8.6 a • Casos = 5.8 a r -0.31 (p.e.s.)	Aislamiento social • CS = 11% • Uni-d = 30% • Uni-DD = 50% • Casos = 46% r 0.34 (p.e.s.)	Amenaza con violación • CS = 10% • Uni-d = 15% • Uni-DD = 45% • Casos = 67% r 0.46 (p.e.s.) Amenaza con muerte • CS = 13% • Uni-d = 39% • Uni-DD = 45% • Casos = 63% r 0.40 (p.e.s.) Amenaza con abandono • CS = 18% • Uni-d = 27% • Uni-DD = 80% • Casos = 58% r 0.39 (p.e.s.) "Otros quieren abandonararte" • CS = 18% • Uni-d = 31% • Uni-DD = 60% • Casos = 67% r 0.38 (p.e.s.) Culpado/a de infelicidad parental • CS = 20% • Uni-d = 46% • Uni-DD = 40% • Casos = 71% r 0.35 (p.e.s.) "No vales para nada" • CS = 31% • Uni-d = 58% • Uni-DD = 65% • Casos = 75% r 0.33 (p.e.s.)	Experiencia sexual violenta • CS = 6% • Uni-d = 9% • Uni-DD = 25% • Casos = 46% r 0.36 (p.e.s.) Obligado/a practicar actos sexuales con una 2ª persona • CS = 6% • Uni-d = 4% • Uni-DD = 20% • Casos = 56% r 0.42 (p.e.s.) Fotos sexualmente explícitas • CS = 3% • Uni-d = 13% • Uni-DD = 30% • Casos = 29% r 0.35 (p.e.s.)

**Tabla 3.2. Tipos de trauma**

Artículo	N casos	N controles	N total	Negligencia física	Abuso físico	Otros tipos de trauma
Ross CA et al., 1989	20	60	80	N	15 TID vs 5 Esquizofrenia (p e.s.) 15 TID vs 1 T. Pánico (p e.s.) 15 TID vs 5 TCA (p e.s.)	N
Saxe GN et al., 1993	15	15	30	Negligencia en general 100% vs 21% p.e.s. • IT = 86% vs 14%; p e.s. • L = 92% vs 21 %; p e.s. • A = 92% vs 21 %; p e.s.	86% vs 36% p.e.s. • IT = 50% vs 7%; p e.s. • L = 71% vs 14%; p e.s. • A = 57% vs 21 %; p n.e.s.	Testigo de violencia = 71 % vs 43% p n.e.s. • IT = 50% vs 14%; p n.e.s. • L = 64% vs 14%; p e.s. • A = 57% vs 14%; p e.s. Caos familiar= 86% vs 21%; p e.s. • IT = 71% vs 21%; p e.s. • L = 78% vs 28%; p e.s. • A = 86% vs 21%; p e.s. Separación = 80% vs 56%; p n.e.s. • IT = 53% vs 21%; p n.e.s. • L = 47% vs 42%; p n.e.s. • A = 33% vs 21%; p n.e.s.
Berger D et al., 1994	9	32	41	N	p n.e.s.	Violencia doméstica p n.e.s. Pérdida parental p n.e.s.
Anderson CL et al., 1996	8	84	92	N	Madre p.e.s. Padre p.e.s. p e.s. Mayor en el grupo TID	N
Nijenhuis ER et al., 1998	45	43	88	N	FO: 67 vs 9 (p e.s.) FL: 25 vs 7 (p n.e.s.) O: 35 vs 17 (p n.e.s.) Bonferroni = 0.002	Parentalización 68 vs 23 (p e.s.) Cargas familiares 64 vs 37 (p e.s.) Muerte de familiar 25 vs 33 (p n.e.s.) Muerte de pareja/hijo 9 vs 2 (p n.e.s.) Daño físico severo 25 vs 9 (p n.e.s.) Amenaza para la vida (enfermedad, accidente) 36 vs 16 (p n.e.s.) Amenaza para la vida (por una persona) 51 vs 11 (p e.s.) Dolor intenso 70 vs 26 (p e.s.) Experiencias bélicas 9 vs 12 (p n.e.s.) Acoso sexual FO: 46 vs 7 (p e.s.) FL: 34 vs 0 (p e.s.) O: 73 vs 12 (p e.s.) Trauma observado 63 vs 21 (p e.s.)

TID: trastorno de identidad disociativo; TCA: trastorno de conducta alimentaria; IT: infancia temprana (0-6 años); L: latencia (7-12 años); A: adolescencia (13-18 años); FO: familia de origen; FL: familia lejana; O: otros contextos no familiares; AE: abuso emocional; AF: abuso físico; AS: abuso sexual; NF: negligencia física; NE: negligencia emocional; r: coeficiente de correlación de Pearson; OR: odds ratio; AD - TD/D: amnesia disociativa – trastorno de despersonalización/desrealización; OTDNE: otro trastorno disociativo no especificado; TD: trastorno disociativo; DM: depresión mayor; TA: trastorno de ansiedad; TDAH: trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

**(Continúa...)**

<b>Artículo</b>	<b>N casos</b>	<b>N controles</b>	<b>N total</b>	<b>Negligencia física</b>	<b>Abuso físico</b>	<b>Otros tipos de trauma</b>
<b>Scroppo JC et al., 1998</b>	21	21	42	2.23 (0.76) vs 1.28 (0.34) p e.s.	3.14 (1.19) vs 1.67 (1.07) p e.s. 76.19% vs 23.81% p e.s.	N
<b>Sar V et al., 2000</b>	18	18	36	Negligencia en general ... 83.3% vs 16.7% p e.s.	50% vs 11.1% p e.s.	N
<b>Sar V et al., 2007</b>	15	17	32	38.3% vs 21.4% p e.s. Cese precoz de educación 33.0% vs 18.3%; p e.s. Nutrición deficiente 10.4% vs 1.9%; p e.s. Atención sanitaria deficiente 6.1% vs 2.9%; p n.e.s. Seguridad deficiente 8.7% vs 1.8%; p e.s. Restricción económica 0.9% vs 1.2%; p n.e.s.	18.3% vs 8.4% p e.s.	N
<b>Sar V et al., 2009</b>	15	17	32	Negligencia en general 53.3% vs 35.3% p n.e.s. NF 9'3 (29) vs 10'1 (3'5) p n.e.s.	20% vs 5.9% p n.e.s. 7'3 (3'0) vs 6'8 (4'2) p n.e.s.	N
<b>Sar V et al., 2014</b>	33	40	73	6.2 (2.2) vs 6.4 (2.1) (p .669)	5.4 (1.1) vs 5.6 (1.7) p n.e.s.	N
<b>Friedrich WN et al., 2001</b>	10 ASA 2 PPA	60 ASA 45 PPA	70 ASA 47 PPA	ASA Negligencia en general ... r = 0.25 PPA Negligencia en general ... N	ASA Más frecuente en casos (p e.s.) PPA N	ASA p n.e.s. PPA Violencia doméstica (N)
<b>Simeon D et al., 2001</b>	49	26	75	52.96 (63.48) vs 36.73 (49.18) p n.e.s.	68.29 (76.88) vs 37.54 (62.70) p n.e.s.	Separación o pérdida 12.31 (15.11) vs. 25.92 (25.41) p e.s. (Bonferroni = 0.008) Testigo de violencia 50.63 (110.47) vs 9.65 (17.04) p n.e.s.
<b>Simeon D et al., 2009</b>	46	35	81	7.15 (2.97) vs 6.74 (2.42) p n.e.s.	6.96 (2.72) vs 6.65 (3.00) p n.e.s.	N

**(Continúa...)**

<b>Artículo</b>	<b>N casos</b>	<b>N controles</b>	<b>N total</b>	<b>Negligencia física</b>	<b>Abuso físico</b>	<b>Otros tipos de trauma</b>
<b>Tezcan E et al., 2003</b>	18	17	35	Negligencia en general 100.0% vs 23.5% p.e.s. • IT = 80.1% vs 5.9%; p.e.s. • L = 94.4% vs 11.8%; p.e.s. • A = 88.9% vs 23.5%; p.e.s.	88.9% vs 35.3% p.e.s. • IT = 55.6% vs 5.9%; p.e.s. • L = 72.2% vs 11.8%; p.e.s. • A = 61.1% vs 23.5%; p.n.e.s.	Testigo de violencia = 80.1% vs 41.2%; p.n.e.s. Caos familiar = 88.9% vs 29.4%; p.e.s. Separaciones = 80.1% vs 41.2%; p.n.e.s.
<b>Karadag F et al., 2005</b>	37	75	112	Negligencia en general ... 51.4% vs 28% p.e.s.	59'5% vs 36% p.e.s.	N
<b>Footte B et al., 2006</b>	24	58	82	N	5.1 (3.3) vs 2.8 (2.9) p.e.s. OR 5.86 p.e.s.	N
<b>Evren C et al., 2007</b>	10	44	54	Negligencia en general ... 70% vs 18'2% p.e.s. OR 10.5 (2.2-49.7)	50% vs 25% p.n.e.s.	N
<b>Riggs SA et al., 2007</b>	78	0	78	N	N	N
<b>Tamar-Gurol D et al., 2008</b>	27	31	58	Negligencia en general 44'4% vs 41'9% p.n.e.s. OR 2.09 (0.36-12.08); p.n.e.s.	63% vs 51'6% p.n.e.s. OR 0.89 (0.24-3.27); p.n.e.s.	N
<b>Korzekwa MI et al., 2009</b>	16	5	21	Controles 7.8 (2.6) vs ... AD - TD/D 8.2 (2.8) TID 12.2 (7.1) OTDNE 12.2 (7.4) p.n.e.s.	Controles 9.2 (1.8) vs ... AD - TD/D 11.8 (5.2) TID 13.4 (8.6) OTDNE 13.8 (7.6) p.n.e.s.	N
<b>Yu J et al., 2010</b>	28	68	96	N	N	N
<b>Collizzi et al., 2015</b>	35	83	118	45.7% vs 21.7% p.e.s. Cese precoz de educación 42.9% vs 19.3%; p.e.s. Seguridad deficiente 14.3% vs 3.6%; p.e.s. Restricción económica 14.3% vs 2.4%; p.e.s. Nutrición deficiente 11.4% vs 2.4%; p.n.e.s. Atención sanitaria deficiente 8.6% vs 4.8%; p.n.e.s.	28.6% vs 10.8% p.e.s.	N

**(Continúa...)**

<b>Artículo</b>	<b>N casos</b>	<b>N controles</b>	<b>N total</b>	<b>Negligencia física</b>	<b>Abuso físico</b>	<b>Otros tipos de trauma</b>
<i>Ural C et al., 2015</i>	18	74	92	1.42 (0.40) vs 1.18 (0.27) p e.s.	1.59 (0.57) vs 1.20 (0.28) p e.s.	N
<i>Vissia EM et al., 2016</i>	17	16	33	N	11.44 (3.74) vs 0.25 (1.00) p e.s. (Post-hoc <=0.0125)	Acoso sexual 9.31 (4.98) vs 0.06 (0.25) p e.s. (Post-hoc <=0.0125)
<i>Kılıç F et al., 2017</i>	26	181	207	TD = 1.38 (0.4) DM = 1.33 (0.4) TA = 1.11 (0.3) TDAH = 1.13 (0.3) CS = 1.18 (0.2) p n.e.s.	TD = 2.18 (0.8) DM = 1.47 (0.5) TA = 1.51 (0.5) TDAH = 1.34 (0.4) CS = 1.27 (0.4) p e.s.	N
<i>Krüger C et al., 2017</i>	16	100	116	N	100% vs 85% p e.s.	Acoso sexual = 56% vs 33% p e.s.
<i>Bækkelund H et al., 2018</i>	46	96	142	11.73 (5.301) vs 11.38 (4.931) p n.e.s.	12.05 (6.253) vs 10.40 (5.647) p n.e.s.	N

**(Continúa...)**

Artículo	N casos	N controles	N total	Negligencia física	Abuso físico	Otros tipos de trauma
<p><b>Kate MA et al., 2021</b></p>	<p>24</p>	<p>277 ... 220 CS 31 Uni-d 26 Uni-DD</p>	<p>303</p>	<p>Deprivación de necesidades básicas  <ul style="list-style-type: none"> <li>• CS = 5%</li> <li>• Uni-d = 19%</li> <li>• Uni-DD = 10%</li> <li>• Casos = 58%</li> </ul> r 0.43 (p.e.s.)</p>	<p>Disparo / Cortes / Puñaladas  <ul style="list-style-type: none"> <li>• CS = 2%</li> <li>• Uni-d = 4%</li> <li>• Uni-DD = 15%</li> <li>• Casos = 33%</li> </ul> r 0.39 (p.e.s.)  Huesos o dientes rotos  <ul style="list-style-type: none"> <li>• CS = 4%</li> <li>• Uni-d = 11%</li> <li>• Uni-DD = 35%</li> <li>• Casos = 25%</li> </ul> r 0.30 (p.e.s.)  Estrangulado/a  <ul style="list-style-type: none"> <li>• CS = 5%</li> <li>• Uni-d = 7%</li> <li>• Uni-DD = 60%</li> <li>• Casos = 52%</li> </ul> r 0.51 (p.e.s.)  Asfixiado/a  <ul style="list-style-type: none"> <li>• CS = 5%</li> <li>• Uni-d = 11%</li> <li>• Uni-DD = 40%</li> <li>• Casos = 38%</li> </ul> r 0.38 (p.e.s.)  Atado o encerrado en espacio confinado  <ul style="list-style-type: none"> <li>• CS = 7%</li> <li>• Uni-d = 15%</li> <li>• Uni-DD = 40%</li> <li>• Casos = 38%</li> </ul> r 0.33 (p.e.s.)  Múltiples cortes o contusiones  <ul style="list-style-type: none"> <li>• CS = 8%</li> <li>• Uni-d = 11%</li> <li>• Uni-DD = 45%</li> <li>• Casos = 46%</li> </ul> r 0.38 (p.e.s.)  Amenaza con arma  <ul style="list-style-type: none"> <li>• CS = 9%</li> <li>• Uni-d = 26%</li> <li>• Uni-DD = 35%</li> <li>• Casos = 50%</li> </ul> r 0.37 (p.e.s.)  Golpeado en la cabeza  <ul style="list-style-type: none"> <li>• CS = 15%</li> <li>• Uni-d = 30%</li> <li>• Uni-DD = 50%</li> <li>• Casos = 54%</li> </ul> r 0.34 (p.e.s.)</p>	<p>N</p>

equipo en 2021 (45) arrojaba datos positivos de cara a la teoría de que el abuso físico ( $r -0.31$ ), emocional ( $r -0.33$ ) y sexual ( $r -0.31$ ) ocurrían a edades más tempranas en los casos.

Por otra parte, 2 de los trabajos que estaban a favor de la existencia de este vínculo no concluyeron de igual forma para otros tipos de trauma, de modo que el de Scropo (29) no obtuvo valores de  $p$  significativos para el abuso físico ni Simeon (43) para separación o pérdida, negligencia física, abuso físico, abuso sexual o el ser testigo de violencia.

El resto de los estudios incluidos no aportó información acerca de esta relación.

### *Trastornos disociativos*

Entrando a valorar el recuento total de cada tipo de trastorno disociativo en la muestra total de casos que esta revisión contempla obtenemos (Tabla 4.):

- 107 de los casos fueron diagnosticados de amnesia disociativa con o sin fuga, significando el 14.74% de la muestra de casos. A modo de anotación, 6 de los individuos se categorizaron en el estudio por Korzekwa y su grupo (47) como diagnóstico de amnesia disociativa / trastorno de despersonalización/desrealización, por lo que se considerarían individuos con un diagnóstico ciertamente combinado.
- 311, un 42.84% de la muestra, obtuvieron un diagnóstico de trastorno de identidad disociativo, aunque cabe considerar que 46 de los mismos estaban categorizados como lo que el estudio de Bækkelund y compañía (39) denominó trastorno disociativo complejo, un conjunto formado por el trastorno de identidad disociativo y/u otro trastorno disociativo no especificado.
- 156 cumplían criterios diagnósticos para trastorno de despersonalización / desrealización, el 21.49% de los sujetos considerados caso. Cabe recordar lo anotado en el párrafo correspondiente a la amnesia disociativa.
- 249 de los casos resultaban padecer el tipo otro trastorno disociativo no especificado, 34.3% de la muestra de casos. Es necesario considerar, por su lado, lo comentado previamente en el párrafo sobre el trastorno de identidad disociativo.
- Ninguno de los casos fue clasificado como diagnosticado de trastorno disociativo no especificado.

Estudios como el ejecutado por Friedrich en 2001 (48) o Kate en 2021 (45) no concretaron acerca del diagnóstico disociativo que obtenían los sujetos identificados como caso, de modo que se desconoce el tipo concreto de trastorno de 36 individuos de nuestra muestra de disociadores.

Por otro lado, en esta revisión se recogió la información acerca de la edad al diagnóstico del trastorno, pero tan solo 2 de las investigaciones incluidas aportaban información al respecto (42,43), coincidiendo ambas en que se situaba entorno a los 16 años de edad.

**Tabla 4. Trastornos disociativos**

Artículo+A.No	N casos	N controles	N total	AD con/sin fuga	TID	TD/D	OTDNE	TDNE	Edad media al diagnóstico (años)	Comorbilidad psiquiátrica	Tipo de comorbilidad psiquiátrica	Criterio diagnóstico	Herramienta diagnóstica
Ross CA et al., 1989	20	60	80	0	20	0	0	0	N	1	4= p n.e.s. 8= p e.s. con Esquizofr. Y TCA; p n.e.s. con TP 15= p e.s. 17= p e.s. solo con TP	DSM-III	DDIS DES
Saxe GN et al., 1993	15	15	30	20	4	12	9	0	N	1	4= p e.s. 7 = p e.s. 15 = p n.e.s. 17 = p e.s.	DSM-III	DDIS DES
Berger D et al., 1994	9	32	41	0	9	0	0	0	N	1	9 = p n.e.s. 17 = p n.e.s.	DSM-III-R	DDIS DES
Anderson CL et al., 1996	8	84	92	0	8	0	0	0	N	N	N	N	DES Diagnóstico previo TID
Nijenhuis ER et al., 1998	45	43	88	0	24	2	19	0	N	1	N	DSM-IV	DIS-Q SCID-D
Scroppo JC et al., 1998	21	21	42	0	21	0	0	0	N	1	17= p e.s.	DSM-III	DDIS DES
Sar V et al., 2000	18	18	36	18	6	14	12	0	N	1	4= p e.s. 8= p e.s. 17= p e.s.	DSM-III-R y IV	DDIS
Sar V et al., 2007	15	17	32	7 AD; 3 FD	2	9	8	0	N	1	4= p e.s. 7= p e.s. 8= p e.s. 15= p n.e.s. 17= p e.s.	DSM IV	CADSS DDIS DES
Sar V et al., 2009	15	17	32	10	2	0	9	0	N	1	4= p n.e.s. 8= p n.e.s. 17= p e.s.	DSM-IV	CADSS DDIS DES SDQ

TD/D: trastorno de despersonalización/desrealización; TDNE: trastorno disociativo no especificado; AD: amnesia disociativa; FD: fuga disociativa; TP: trastorno de pánico; TDC: trastorno disociativo complejo; TAS: trastorno de ansiedad por separación; FE: fobia específica; AS: ansiedad social; TAG: trastorno de ansiedad generalizada; DSM (-nº-R): Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-Edición-Revisado; DDIS: Dissociative disorders interview schedule; DES: Dissociative experiences scale; DIS-Q: Dissociation Questionnaire; SCID-D(-R): Structured Clinical Interview for DSM Dissociative Disorders (-Revised); CADSS: Clinician-Administered Dissociative States Scale; SDQ: Somatoform Dissociation Questionnaire; ASI: Child Symptom Inventory; CDC: Child Dissociative Checklist; DDF/TQ: Dissociative Disorder Field Trial Questionnaire; DSN Research Scale: escala derivada de Minnesota Multiphasic Inventory-2; TSCC: Trauma Symptom Checklist For Children; CDS: Cambridge Depersonalization Scale; MID: Multidimensional Inventory of Dissociation.

**(Continúa...)**

Artículo+A:No	N casos	N controles	N total	AD con/sin fuga	TID	TD/D	OTDNE	TDNE	Edad media al diagnóstico (años)	Comorbilidad psiquiátrica	Tipo de comorbilidad psiquiátrica	Criterio diagnóstico	Herramienta diagnóstica
<i>Sar V et al., 2014</i>	33	40	73	0	12	0	21	0	N	1	1= p.n.e.s. 2= p.n.e.s. 3= p.n.e.s. 4= p.n.e.s. 5= p.e.s. TAS; p.n.e.s. FE, AS, TP, TAG 6= p.n.e.s. 7= p.n.e.s. 9= p.n.e.s. 10= p.n.e.s. 14= p.n.e.s.	DSM-IV	ASJ-4 DES SCID-D
<i>Friedrich WN et al., 2001</i>	10 ASA 2 PPA	60 ASA 45 PPA	70 ASA 47 PPA	N N	ASA = 0 PPA = 0	N N	N N	N N	N N	1	N	DSM-III-R	DES CDC DDFTQ DSN Re- search Scale TSSC
<i>Simeon D et al., 2001</i>	49	26	75	0	0	49	0	0	16.14	1	N	DSM-IV	DES SCID-D
<i>Simeon D et al., 2009</i>	46	35	81	0	0	46	0	0	16.28 (8.49)	N	N	N	CDS DES
<i>Tezcan E et al., 2003</i>	18	17	35	1	9	0	8	0	N	1	4= p.n.e.s. 8 = p.n.e.s. 15 = p.n.e.s. 17 = p.e.s.	DSM-IV	SCID-D
<i>Karadag F et al., 2005</i>	37	75	112	3	6	1	27	0	N	1	4 = p.n.e.s. 8 = p.e.s. 17 = p.e.s.	DSM-IV	DDIS
<i>Footte B et al., 2006</i>	24	58	82	8	5	4	7	0	N	1	N	DSM IV	DDIS DES
<i>Evren C et al., 2007</i>	10	44	54	0	0	1	9	0	N	1	4= p.e.s. 8= p.e.s. 17= p.e.s.	DSM-IV	DDIS DES SCID-D
<i>Riggs SA et al., 2007</i>	78	0	78	0	78	0	0	0	N	1	N	DSM-IV	DDIS DES

**(Continúa...)**

Artículo+A:No	N casos	N controles	N total	AD con/sin fuga	TID	TD/D	OTDNE	TDNE	Edad media al diagnóstico (años)	Comorbilidad psiquiátrica	Tipo de comorbilidad psiquiátrica	Criterio diagnóstico	Herramienta diagnóstica
<i>Tamar-Gurol D et al., 2008</i>	27	31	58	1	6	1	19	0	N	1	4= p.n.e.s. 8= p.n.e.s. 17= p.n.e.s.	N	DES SCID-D
<i>Korzekwa MI et al., 2009</i>	16	5	21	6 (AD - TD/D)	5	6 (AD - TD/D)	5	0	N	1	N	DSM-IV	DES MID SCID-D-R
<i>Yu J et al., 2010</i>	28	68	96	12 (1 FD)	2	4	10	0	N	1	N	DSM-IV-TR	DDIS DES
<i>Colizzi et al., 2015</i>	35	83	118	11	1	4	19	0	N	1	4= p.e.s. 8= p.e.s. 9= p.e.s.	N	DDIS DES
<i>Ural C et al., 2015</i>	18	74	92	4	2	3	9	0	N	1	N	DSM-IV	SCID-D
<i>Vissia EM et al., 2016</i>	17	16	33	0	17	0	0	0	N	1	N	DSM-5	SCID-D
<i>Kılıç F et al., 2017</i>	26	181	207	2	15	0	9	0	N	1	N	DSM-IV	DES SCID-D
<i>Krüger C et al., 2017</i>	16	100	116	1	11	0	3	0	N	1	N	DSM-IV	SCID D-R
<i>Bækkelund H et al., 2018</i>	46	96	142	0	46 (TDC)	0	46 (TDC)	0	N	1	2= p.e.s. 3= p.n.e.s. 4= p.n.e.s. 5= p.n.e.s. 9= p.n.e.s. 15= p.n.e.s. 17= p.n.e.s.	DSM-IV	MID SCID-D
<i>Kate MA et al., 2021</i>	24	277 ... 220 CS 31 Uni-d 26 Uni-DD	303	N	N	N	N	N	N	N	N	DSM-5	MID-60

### *Comorbilidad psiquiátrica*

Lo referente a este aspecto se recogía, junto con la puntuación total para trauma y los comentarios pertinentes acerca de cada artículo incluido, en la Tabla 5. Si empezamos por las líneas generales en este aspecto, son 3 los artículos que no especifican si existe o no comorbilidad psiquiátrica en sus muestras y los 25 restantes confirman la presencia de trastornos psiquiátricos diferentes a los disociativos entre los individuos estudiados (11,26–41,43,44,46–51).

Una vez comentado esto, procedemos a desglosar la información obtenida en cuanto a la significancia de una posible correlación entre las distintas categorías del DSM-5 contempladas y padecer un trastorno disociativo:

- Trastornos del desarrollo neurológico: tan solo un artículo arrojaba información al respecto, dilucidando que el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y el trastorno por Tic no alcanzaban la significación estadística (52).
- Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos: fueron dos los artículos que se mencionan al respecto de esta asociación, siendo que uno aporta datos a favor (39) y el otro concluye que no es estadísticamente significativa (52).
- Trastorno bipolar y relacionados: los dos trabajos que proporcionaron información acerca de la relación de esta categoría diagnóstica con los trastornos disociativos obtuvieron como resultado que los datos no alcanzaban la significación (39,52).
- Trastornos depresivos: en total, 12 de las investigaciones incluidas describían la evidencia sobre si existe o no una correlación en su muestra de estudio (11,26,30–33,35,39,41,50–52). Todos ellos hacían referencia, en concreto, a la depresión mayor, excepto el trabajo de Bækkelund y compañía, que trataba los trastornos depresivos en general tanto actuales como a lo largo de la vida.

Son siete los estudios que obtuvieron datos en contra de la relación (30,31,33,35,39,41,52) y cinco cuyos resultados apoyaban la existencia de una asociación significativa (11,26,32,50,51). No podemos dejar de comentar ciertos matices respecto a estos resultados:

- El trabajo de Ross y su equipo (41) comparaba un grupo disociativo con tres grupos: uno de esquizofrenia, otro de trastorno de pánico y otro de trastorno de la conducta alimentaria. Las diferencias observadas entre los grupos fueron no significativas en las tres comparaciones.
- En el estudio dirigido por Karadag (33) la correlación no alcanzó la significación estadística ni para la depresión mayor padecida en la actualidad ni para haber atravesado episodios de la misma a lo largo de la vida.
- La investigación encabezada por Evren (32) obtuvo datos a favor de que existía mayor tasa de depresión mayor en el grupo disociativo, pero solo si se contemplaba el haber sufrido algún episodio a lo largo de la vida, no así si se consideraba solo el padecerla en el momento del estudio.
- La publicación por parte del grupo de Tamar-Gurol (35) concluía que las diferencias observadas podían deberse al azar tanto si se tenía en

**Tabla 5. Puntuación total para trauma y comentarios**

Artículo	Medida del trauma	Score trauma medio - Casos	DE - Casos	Score trauma medio - Controles	DE - Controles	Comentarios
Ross CA et al., 1989	DDIS	N	N	N	N	Un sujeto del grupo esquizofrenia y otro del grupo TCA tenían OTDNE
Saxe GN et al., 1993	TAQ	N	N	N	N	Inicialmente 44 sujetos, pero 3 excluidos por fallo en obtención de respuesta, rechazo a cooperar por fatiga o incapacidad para concentrarse
Berger D et al., 1994	DDIS	N	N	N	N	
Anderson CL et al., 1996	CTS FAI	N	N	N	N	Grupos comparación 20 de cada tipo de paciente (Esquizofrenia; T. Pánico; TCA)
Nijenhuis ER et al., 1998	TEQ	N	N	N	N	Grupo control n = 43 pacientes psiquiátricos con diagnóstico no disociativo que puntuaron <2.5 en el DIS-Q
Scroppo JC et al., 1998	CTQ	17.15 p.e.s.	3.26	9.09	2.69	
Sar V et al., 2000	DDIS	N	N	N	N	Un sujeto control tenía AD
Sar V et al., 2007	DDIS	N	N	N	N	
Sar V et al., 2009	CTQ	49.0 p.n.e.s.	12.6	47.2	15.2	Debido a pérdida de datos, los cálculos por ítem de TEQ pueden no incluir a todos los casos
Sar V et al., 2014	CTQ	32.7 p.n.e.s.	9.0	30.8	9.5	
Friedrich WN et al., 2001	DDFTQ	N	N	N	N	TID y OTDNE colectivamente categorizados como trastorno disociativo complejo (TDC) Grupo comparación 91 controles sanos; 30 T. Depresivo mayor; 30 TDAH; 30 T. Ansiedad
Simeon D et al., 2001	CTI	N	N	N	N	
Simeon D et al., 2009	CTQ	41.88 p.n.e.s.	14.65	35.62	9.55	Un sujeto del grupo comparación tenía DA sin fuga
Tezcan E et al., 2003	DDIS	N	N	N	N	
Karadag F et al., 2005	DDIS	N	N	N	N	Análisis por tipos de trauma y edad de trauma ejecutado sólo sobre sujetos femeninos (186 CS / 27 Uni-d / 20 Uni-DD / 24 DD)

DE: desviación estándar; TAQ: TraumaticAntecedentsQuestionnaire; CTS: ConflictTacticsScale; TEQ: TraumaticExperiencesQuestionnaire; CTQ: Childhood Trauma Questionnaire; FAI: FamilyAttachment Interview; CTI: Childhood Trauma Interview; PBI: Parental BondingInstrument; TEC: TraumaticExperiencesChecklist; BTI-R: Betrayal trauma indexrevised; CIE: Clasificación internacional de enfermedades; TLP: trastorno límite de personalidad.

**(Continúa...)**

<b>Artículo</b>	<b>Medida del trauma</b>	<b>Score trauma medio - Casos</b>	<b>DE - Casos</b>	<b>Score trauma medio - Controles</b>	<b>DE - Controles</b>	<b>Comentarios</b>
<b>Foote B et al., 2006</b>	TEQ	N	N	N	N	Muestra final n = 82; Inicialmente la formaban 231 sujetos con los que se recogió información demográfica, pero algunos no completaron el estudio
<b>Evren C et al., 2007</b>	Hª estructurada del estudio	N	N	N	N	
<b>Riggs SA et al., 2007</b>	DDIS	N	N	N	N	
<b>Tamar-Gurol D et al., 2008</b>	DDIS	N	N	N	N	Toda la muestra tenía trastorno por uso de sustancias
<b>Korzekwa MI et al., 2009</b>	CTQ	AD - TD/D 60.2 OTDNE 74.2 TID 88.4 p n.e.s.	AD - TD/D 21.7 OTDNE 23.2 TID 21.1	52.4	20.3	
<b>Yu J et al., 2010</b>	DDIS	N	N	N	N	Muestra fueron mujeres japonesas de un grupo ambulatorio de pacientes con TCA "DDIS MPD + group" fueron los sujetos que cumplían 3 o más criterios
<b>Colizzi et al., 2015</b>	DDIS	N	N	N	N	Toda la muestra tenía disforia de género
<b>Ural C et al., 2015</b>	CTQ	9.46 p.e.s.	1.62	7.12	1.03	Todos los sujetos tenían T. de Pánico
<b>Vissia EM et al., 2016</b>	PBI TEC CTQ	16.75 p.e.s. (Post-hoc <=0.0125)	3.32	2.00	1.93	
<b>Kılıç F et al., 2017</b>	CTQ	10.8 p.e.s.	4.1	DM = 9.1 TA = 8.2 TDAH = 7.8 CS = 7.4	DM = 3.6 TA = 2.7 TDAH = 2.5 CS = 2.3	
<b>Krüger C et al., 2017</b>	TEC	14.0 p.e.s.	5.1	9.5	4.9	1 caso tenía trastorno conversivo basado en CIE-10 (no se incluía en nuestro estudio) Todos los controles eran pacientes psiquiátricos
<b>Bækkelund H et al., 2018</b>	CTQ	77.29 p n.e.s.	20.235	71.15	18.057	Toda la muestra tenía TLP
<b>Kate MA et al., 2021</b>	BTI-R	N	N	N	N	

cuenta el haber sido diagnosticado de depresión mayor en algún momento de la vida como si solo se consideraba la padecida en el momento actual.

- En el trabajo de Colizzi y compañía (51) se obtuvo significación estadística para este vínculo, pero cabe destacar que solo se estudió la depresión mayor como padecida en cualquier momento a lo largo de la vida, estuviese o no presente en el instante del estudio.
- Trastornos de ansiedad: fueron dos los estudios que trataron esta posible asociación (39,52). El estudio de Bækkelund y su equipo (39) obtenía que esta categoría no alcanzaba la significación estadística en relación con un trastorno disociativo. Por su lado, el trabajo realizado por Sar y su grupo en 2014 (52) obtenía como resultado que el trastorno de ansiedad por separación era significativamente más prevalente entre los diagnosticados de trastorno disociativo; sin embargo, ni las fobias específicas, el trastorno de ansiedad social, el trastorno de pánico y el de ansiedad generalizada alcanzaron la significación al relacionarse con el diagnóstico disociativo.
- Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados: únicamente el estudio publicado por Sar en 2014 (52) arrojaba datos al respecto, obteniendo que las diferencias observadas en cuanto a prevalencia de trastorno obsesivo-compulsivo entre el grupo de casos y el grupo comparación no eran estadísticamente significativas.
- Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés: los tres trabajos que aportaron información en estos términos (11,26,52) se referían concretamente al trastorno por estrés postraumático. Los estudios de Sar en 2007 (11) y Saxe en el año 1993 (26) se posicionaron a favor de la existencia de una correlación significativa, mientras que el publicado por Sar y compañía en 2014 lo hacía en contra (52).
- Trastornos de síntomas somáticos y relacionados: asciende a un total de nueve las investigaciones que describieron la posible correlación de los trastornos disociativos con esta categoría diagnóstica (11,30–33,35,41,50,51). Seis de ellos aportaban resultados a favor (11,32,33,41,50,51) de la significación estadística de esta asociación y tres en contra (30,31,35). A modo de anotación, en el estudio publicado por Ross en 1989 (41) se alcanzaba la significancia al comparar al grupo de casos con el grupo de esquizofrenia y de trastorno de la conducta alimentaria, pero no al hacer la comparación con el grupo de trastorno de pánico.
- Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos: los estudios que se posicionaron respecto a si se relacionan significativamente o no con tener un trastorno disociativo son cuatro en total, uno a favor (51) y tres en contra (27,39,52).
- Trastornos de la excreción: tan solo el trabajo publicado en 2014 por Sar y su equipo (52) arrojaba información acerca de esta categoría, concluyendo en que la asociación de la enuresis y encopresis con los trastornos disociativos no alcanzaba la significación estadística.
- Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta: únicamente el trabajo de Sar y compañía de 2014 (52) aportaba información en estos términos, de modo que obtuvo como resultado que ni el trastorno negativista desafiante ni el trastorno de conducta que el

DSM-5 encuadra en esta categoría se correlacionan significativamente con el diagnóstico que nos ocupa en esta revisión.

- Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos: asciende a cinco el cómputo de artículos que analizaron esta clase diagnóstica (11,26,31,39,41). La investigación encabezada por Ross en 1989 (41) obtenía que las diferencias observadas entre el grupo disociativo y los grupos de esquizofrenia, trastorno de conducta alimentaria y trastorno de pánico eran significativas, siendo las tasas de los trastornos adictivos mayores en los disociadores que en cualquiera de los tres grupos comparación. Por su lado, los otros cuatro artículos aportaron datos en contra de la existencia de esta correlación (11,26,31,39).
- Trastornos de la personalidad: fue esta categoría, al mismo nivel que los trastornos depresivos, la que resultó más estudiada entre los trabajos incluidos en esta revisión, de modo que un total de 12 analizaron la posibilidad de que los pacientes de trastornos disociativos presentasen mayor comorbilidad de esta clase (11,26,27,29–33,35,39,41,50). Los nueve del conjunto que consideraron, más concretamente, el trastorno límite de personalidad (11,26,29–33,41,50) obtuvieron resultados a favor de la existencia de esta correlación. A modo de anotación, el trabajo publicado por Ross en 1989 (41) obtenía estos datos positivos solo cuando se hizo la comparación con el grupo con trastorno de pánico, no así con el de esquizofrenia ni con el de trastorno de conducta alimentaria. Por su parte, los tres artículos que arrojaban resultados en contra de esta asociación consideraban la categoría diagnóstica en su conjunto (27,35,39).

Para finalizar este apartado, cabe mencionar que hubo varias categorías diagnósticas que no fueron estudiadas en ninguno de los trabajos incluidos: trastornos del sueño-vigilia, disfunciones sexuales, disforia de género, trastornos neurocognitivos, trastornos parafilicos, otros trastornos mentales, trastornos motores inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de los medicamentos y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.

#### *Puntuación para trauma total*

En la última tabla (Tabla 5) aportamos cuatro columnas acerca de la puntuación total obtenida en la escala de trauma empleada por el grupo caso y el grupo comparación, de modo que registramos la puntuación, la desviación estándar y si la p fue o no estadísticamente significativa. En estos términos, fueron cinco los estudios que obtuvieron que la puntuación era significativamente mayor en el grupo de casos que en el de comparación (29,37,38,40,44), mientras que seis llegaron a la conclusión de que las diferencias observadas podían deberse al azar (11,30,39,42,47,52).

#### Resultados de los estudios incluidos

Comenzando por un trabajo de Ross y su equipo, en 1989 (41) compararon una muestra de 20 pacientes de TID con 20 pacientes de esquizofrenia, 20 de trastorno de pánico y 20 de trastorno de conducta alimentaria, concluyendo que el grupo disociativo presentaba frecuencias mayores estadísticamente significativas de abuso tanto físico como sexual.

Lo que Saxe y compañía obtuvieron como resultado con respecto a estas relaciones en 1993 (26) fue que el abuso físico sucedido en infancia temprana (0-6 años) y latencia (7-12 años), el abuso sexual, el ser testigo de violencia durante infancia temprana y latencia, el caos familiar y la negligencia en general se correlacionaron positivamente con el diagnóstico posterior de un trastorno disociativo. Por su lado, la separación obtuvo valores de p no estadísticamente significativos. No arrojaban datos, sin embargo, acerca de la relación entre el trauma como concepto genérico y el desarrollo de esta psicopatología.

En el estudio dirigido por Berger y su compañía (27), aunque la pérdida de alguno de los progenitores, el abuso físico, el abuso sexual y la violencia doméstica no se mostraron significativamente más frecuentes en los casos, en una parte de la investigación se dividió a la muestra disociativa según superaban o no un corte de 30 en la *Dissociative Experiences Scale*, de modo que se obtenía un grupo con niveles de disociación más elevados y otro con fenómenos disociativos ciertamente más leves. A partir de estos grupos se estudió de nuevo el efecto que podría tener el registro de algún tipo de trauma infantil sobre la severidad del trastorno disociativo diagnosticado, concluyendo que el abuso físico sí que mostraba diferencias estadísticamente significativas con mayores tasas en aquellos con un trastorno más severo.

En el trabajo que Anderson y compañía llevaron a cabo en 1996 (46) analizando a adultos supervivientes de incesto arrojaron datos sobre la relación de tipos determinados de trauma y trastornos disociativos, siendo las categorías que alcanzaron la significación estadística el abuso físico infligido tanto por parte de la madre como del padre y la negligencia en general (p.ej. falta de atención o educación) ejercida por parte de la madre. En cuanto al abuso sexual, la severidad y un inicio más precoz demostraron estar en relación con el diagnóstico.

Investigaciones como la realizada por Nijenhuis y su grupo en 1998 (28) determinaron que la parentalización, amenaza a la vida mediante una persona, dolor intenso, trauma observado, negligencia emocional por parte de la familia de origen o familiares lejanos (no así para aquella infligida por individuos sin parentesco), abuso emocional por parte de la familia de origen o individuos sin lazos familiares, abuso físico en el seno de la familia de origen o acoso y/o abuso sexual por parte de cualquier sujeto relacionado o no como tipos de trauma ocurren con mayor frecuencia en las etapas de desarrollo de individuos con trastorno disociativo diagnosticado.

El estudio que ejecutaron Scropo y compañía en 1998 (29) demuestra que, tanto las puntuaciones totales en el CTQ como en cada subescala (abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligencia física y negligencia emocional) eran significativamente mayores en los pacientes con TID.

En el trabajo llevado a cabo por Sar y su grupo en el año 2000 (50) todos los tipos de trauma infantil considerados (negligencia en general, abuso emocional, abuso físico y abuso sexual) alcanzaron significación estadística, a favor de que son más frecuentes en individuos diagnosticados de trastorno disociativo. En otro estudio que ejecutó el mismo autor en el año 2007 (11) se obtuvo como resultado que, tanto las puntuaciones de trauma en total como de cada subtipo

de trauma (negligencia en general, negligencia emocional, negligencia física, abuso emocional, abuso físico y abuso sexual) mostraban diferencias entre grupos que podían deberse al azar significativamente más elevadas en los pacientes con trastorno disociativo. También, como subtipos de negligencia emocional, demostraron significación el cese precoz de educación, nutrición deficiente y seguridad deficiente, no así como la restricción económica ni la atención sanitaria deficiente. En adición, la regresión logística ejecutada en la investigación con los trastornos disociativos como variable dependiente, mostraba que el abuso emocional, sexual y la negligencia física predecían significativamente el diagnóstico. Estos grupos, sin embargo, publicaron unos estudios en 2009 (30) y 2014 (52) que concluyeron en que ningún tipo de trauma ni el trauma infantil en general estaban asociados significativamente con los trastornos disociativos.

En la investigación realizada por Friedrich junto con otros autores en 2001 (48) obtenían como resultado que las diferencias que podían observarse en cuanto a trauma general entre sujetos diagnosticados y no de trastorno disociativo no alcanzaban significación estadística, aunque tendían a hacerlo, pudiendo deberse la magnitud superior de trauma en diagnosticados al azar ( $p$  0.09). A pesar de ello, sí que el abuso físico demostró predecir de forma significativa y mediante un análisis de regresión múltiple un diagnóstico disociativo futuro ( $p$  0.02). También demostró significancia la negligencia, pero este hallazgo se vio artefactado por el hecho de coexistir frecuentemente con el abuso físico.

En el trabajo llevado a cabo por Simeon y su equipo en 2001 (43), se concluye que el abuso emocional es el único tipo de maltrato que demuestra obtener puntuaciones significativamente más altas entre los sujetos disociativos, incluso tras la corrección de Bonferroni para seis comparaciones. Más allá de ello, las características que mostraron un efecto no debido al azar fueron la mayor severidad del abuso emocional, sexual y físico y el inicio del abuso emocional a una edad más precoz. Cabe destacar que la separación o pérdida resultó puntuar significativamente más alto en el grupo comparación. En cuanto a estudios de regresión logística realizados en este estudio, se concluyó que los seis tipos de trauma contemplados en conjunto (separación o pérdida, testigo de violencia, negligencia física, abuso emocional, abuso físico y abuso sexual) predecían significativamente al grupo diagnóstico. Cuando la regresión se ejecutó paso a paso, el abuso emocional combinado con separación o pérdida como añadido mostró mayor poder predictivo que por sí solo ( $p$  <0.001), hecho que no ocurría si estudiamos lo que podía aportar el abuso emocional a la capacidad predictiva de la separación o pérdida. Fue en la investigación del mismo grupo en 2009 (42) donde se describió una correlación apreciable entre haber experimentado abuso emocional en la infancia y el desarrollo con el tiempo de disociación patológica como trastorno, mientras que el trauma en general, el abuso sexual y físico y la negligencia sexual y física no demostraron valores notablemente mayores en el grupo disociador.

El artículo publicado por Tezcan y su equipo en 2003 (31) concluía que los eventos traumáticos ocurridos en las etapas de infancia temprana (0-6 años) y latencia (7-12 años) favorecían la evolución hacia un trastorno disociativo futuro, no tanto como aquellos acontecidos durante la adolescencia (13-18 años). Sumergiéndonos en matices sobre lo que demuestran los tipos concretos de

trauma, el abuso físico durante infancia temprana y latencia, el abuso sexual durante la latencia y adolescencia, el ser testigo de violencia durante la latencia y la negligencia y el caos familiar en cualquiera de las etapas contribuían significativamente a esta tendencia diagnóstica que estudiamos. Por el contrario, la separación no demostró contribuir a este desenlace en ninguna de las fases del desarrollo comentadas.

Karadag y compañía realizaron un trabajo publicado en 2005 (33) que, a pesar de obtener significación para todos los tipos de trauma estudiados (abuso emocional, sexual y físico y negligencia en general) en el test Chi cuadrado, concluyó mediante análisis de regresión múltiple por pasos que la única variable independiente referente a un tipo de trauma que predecía significativamente la aparición de la variable dependiente trastorno disociativo fue el abuso emocional durante la infancia. Por su parte, también aportaba datos cuantitativos que apoyaban la existencia de una relación estadísticamente significativa ( $p < 0.001$ ) entre el trauma infantil en general y los trastornos disociativos.

Lo que Foote y su equipo concluyeron en 2006 (34) fue que, tanto la severidad como la duración y la puntuación en la escala TEC para abuso físico ( $OR = 5.86$ ,  $IC\ 95\% = 2.06-16.67$ ,  $p < 0.001$ ) y sexual ( $OR = 7.88$ ,  $IC\ 95\% = 2.65-23.39$ ,  $p < 0.001$ ) eran significativamente superiores en el grupo diagnosticado de trastorno disociativo, apoyando la existencia de una correlación positiva entre los elementos.

Evren y compañía ejecutaron otro estudio en 2007 (32) que condujo al término de que el trauma de forma global y los tipos de trauma considerados (negligencia en general, abuso emocional, abuso físico y abuso sexual) eran significativamente más frecuentes en pacientes disociativos, a excepción del abuso físico, que no alcanzó la significación estadística.

Un trabajo solo aportó información sobre la asociación estudiada en términos de trauma infantil global fue el de Riggs en 2007 (49). Este estudio arrojaba como resultado que, a pesar de que el abuso de múltiples tipos parecía predecir significativamente el diagnóstico de TID en los primeros pasos de una regresión múltiple, finalmente resultó no serlo en el modelo final.

Tamar-Gurol estudió también esta relación en un artículo que publicó en 2008 (35), deduciendo a partir del mismo que el abuso emocional es el único tipo de abuso cuya prevalencia demuestra verdadera correlación positiva con el diagnóstico disociativo mediante análisis de regresión múltiple paso a paso. No evidenciaron lo mismo ni sobre la prevalencia en general de trauma ni sobre el abuso físico, la negligencia en general y el abuso sexual en concreto. En cuanto al test de Chi cuadrado, ninguno de los tipos de trauma ni el trauma infantil en general alcanzaron la significación.

Por su parte, Korzekwa (47) aportaba evidencia indirectamente en contra de la existencia de una relación entre el trauma infantil de forma genérica y el desarrollo posterior de trastornos disociativos, de modo que las puntuaciones totales obtenidas en el CTQ no demostraron estar ligadas con la severidad de estos trastornos, aunque cabe comentar que la tendencia era a la significación ( $p < 0.074$ ). A pesar de ello, cuando se entró a analizar diferentes clases de

eventos traumáticos sí que se pudo describir una asociación estadísticamente significativa entre tener un trastorno disociativo severo y reportar con mayor frecuencia haber padecido abusos sexuales. Por el contrario, aunque la tendencia era hacia la significación ( $p = 0.094$ ), la negligencia emocional no mostró un efecto destacable, así como tampoco lo hicieron el resto de tipos de trauma analizados (negligencia física, abuso emocional, abuso físico). En el propio artículo se comenta que estos resultados, que indican el abuso sexual como único posible factor de riesgo, pueden deberse al reducido tamaño muestral del estudio.

El estudio llevado a cabo por Yu y compañía en 2010 (36) llegaba a la determinación de que no existían diferencias destacables en cuanto a trauma infantil reportado en global entre casos y sujetos de comparación, pero sin embargo, en análisis de regresión múltiple sí que se demostró que los casos tenían mayor probabilidad de referir abuso sexual, con una OR de 11.17 (IC 95% = 1.19–104.93,  $p < 0.05$ ).

La investigación que dirigió Colizzi sobre sujetos con disforia de género en 2015 (51) también revelaba que la prevalencia de experiencias traumáticas, tanto por categorías (abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligencia en general, negligencia física y negligencia emocional) como teniendo en cuenta el trauma en global, era destacablemente mayor en individuos con trastorno disociativo. Entrando más en detalle, solo los subtipos de negligencia física de nutrición deficiente y cuidados médicos insuficientes no demostraron significación estadística.

El artículo publicado por Ural y compañía en 2015 (37) concluía que el recuento total de trauma y por tipo de trauma (considerando negligencia emocional y física, abuso emocional, físico y sexual) resultaba significativamente superior en los pacientes de trastorno disociativo, administrando el CTQ.

Vissia y su grupo de trabajo en 2016 (38) pusieron en evidencia mediante la aplicación de la *Traumatic Experiences Checklist* que, tanto la puntuación global de trauma como los subtipos estudiados (abuso emocional, abuso físico, negligencia emocional, acoso y abuso sexual) son apreciablemente mayores en los pacientes con TID genuino en comparación con controles sanos. Se hace necesario comentar que consideramos en esta revisión los casos a aquellos TID considerados “genuinos”, no a los simulados, con la finalidad de no introducir factores de confusión por tener en cuenta a casos facticios.

Kiliç asociado a otros investigadores concluyó en 2017 (44) sobre una muestra de adolescentes que el estar diagnosticado de trastorno disociativo estaba significativamente relacionado con mayores puntuaciones totales en la escala de trauma empleada, por encima de las que obtuvieron los grupos con TDAH, trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad y controles sanos. Más concretamente, el abuso emocional, físico y negligencia emocional demostraron puntuar significativamente más alto en los sujetos disociadores, no así en abuso sexual y negligencia física, que no presentaban diferencias relevantes entre los grupos comparados.

Christa Krüger y Lizelle Fletcher observaron en 2017 (40) empleando la *Traumatic Experiences Checklist* que la negligencia emocional, la amenaza física (incluyendo no solo experiencias físicas abusivas, también no abusivas tales como castigos extraños, amenazas de muerte o dolor intenso) y el acoso sexual puntuaban notablemente más alto en pacientes de trastornos disociativos. A pesar de ello y, en contra de la mayor parte de la evidencia, el abuso emocional no demostró un efecto relevante, así como tampoco lo hizo el abuso sexual.

En el estudio publicado por Bækkelund y su grupo en 2018 (39), los datos parecían estar en contra de la existencia de una relación no debida al azar entre la puntuación total del CTQ y tener un trastorno disociativo ( $p = 0.091$ ), pero sí que definía como un tipo determinado de abuso infantil que tenía un efecto significativo a la negligencia emocional ( $p = 0.037$ ), aunque resultó ser el único de los estudiados (negligencia emocional, abuso físico, emocional y sexual también fueron analizados).

La investigación que Kate y su grupo llevaron a cabo en 2021 (45) les condujo a la determinación de que el “estatus” del individuo con respecto al trauma no predecía por sí solo el desarrollo de un trastorno disociativo, lo cual ponía en relieve la relevancia de considerar categorías concretas de trauma como las más influyentes en esta relación. Esta parte del estudio se practicó únicamente sobre sujetos femeninos de la muestra, que se componía de un grupo de controles sanos, dos universitarios con niveles altos y clínicos de disociación y un grupo disociativo. Aunque la muestra universitaria con disociación clínica y los sujetos diagnosticados de trastorno disociativo no mostraron diferencias relevantes entre sí, sí que debemos destacar que el grupo diagnosticado padeció abuso físico y emocional a una edad destacablemente más temprana, describiéndose en estos términos una tendencia hacia la significación de la edad en que comenzaron los abusos sexuales también. En adición, el número de episodios de abuso emocional fueron significativamente mayores también en los individuos diagnosticados. Estos también parecían tener mayor tendencia a reportar haber sido culpados de la infelicidad parental, haber padecido deprivación intencionada de sus necesidades básicas (p.ej. no recibir comida mientras otros familiares comen), episodios de incesto y coerción para desempeñar actos de carácter sexual para segundas personas (lo cual incluía prostitución infantil y abuso organizado).

Continuando con lo que aportó este trabajo (45) a la evidencia e investigando más a fondo los tipos concretos de trauma, el hecho de que el individuo revelase cualquier tipo de abuso físico parecía aumentar el riesgo de un trastorno disociativo un 10%. En estos términos, el tipo de abuso que demostró un mayor efecto fue el estrangulamiento, obteniendo una *odds ratio* de 28.3 (IC 95% 11.2 – 71.3). De hecho, este tipo de abuso físico fue el ítem del *Betrayal Trauma Index – Revised* que mayor efecto tenía sobre el aumento de riesgo de padecer un trastorno disociativo. La característica del abuso físico que mostró un efecto más relevante fue el número experimentado de tipos de este abuso, siendo la *odds ratio* para haber padecido seis o más tipos diferentes de abuso físico 13.7 (IC 6.0 – 31.4) en comparación con sufrir de 0 a 5 tipos. En lo referente al abuso emocional, la *odds ratio* si el entrevistado relataba abuso emocional de cualquier tipo fue de 15.5 (IC 2.1 – 115.8), siendo la deprivación de necesidades básicas

el subtipo de abuso emocional con un mayor efecto, que obtuvo consecuentemente una *odds ratio* de 2.4 (IC 4.9 - 31.1). La característica del abuso emocional que contribuía más al desarrollo de un trastorno disociativo resultó ser el número de tipos de esta forma de maltrato sufridos, de modo que si fueron seis o más los experimentados la *odds ratio* ascendía a 17.9 (IC 7.3 - 43.9). En lo que concierne a abuso sexual, si el individuo describía haber experimentado cualquier tipo de abuso sexual, la *odds ratio* resultaba en 16.1 (IC 4.8 - 54.2) para desarrollar un trastorno disociativo, siendo el subtipo que ejerce un efecto de mayor magnitud en la relación el desempeñar actos sexuales para segundas personas, con una *odds ratio* de 9.1 (IC 3.8 - 21.6). Profundizando en la característica del abuso sexual que más relevante resultó en el incremento de riesgo de trastorno disociativo, el haber experimentado 50 o más episodios fue la que mostró mayor efecto, aunque si se estudiaba solo a los sujetos femeninos la magnitud de su contribución al aumento de riesgo disminuía con respecto a estudiarlo sobre mujeres y hombres.

En el Anexo II. Se adjuntan dos tablas (Tabla 6. y Tabla 7.) que resumen e ilustran, en verde, si el estudio apoya la existencia de una relación entre los elementos asociados, en rojo si no y en negro si el trabajo no analizó la columna en cuestión. Por motivos de ajuste en el ancho de página, primero se despliega una tabla con abuso emocional (AE), sexual (AS) y físico (AF), y después otra con negligencia emocional (NE), negligencia física (NF) y otros tipos de trauma no estandarizados.

#### Relación entre trauma infantil general y trastornos disociativos

Teniendo en cuenta la síntesis de resultados que hemos llevado a cabo en el apartado anterior, asciende a 21 el número de trabajos que han expresado algún tipo de posicionamiento en cuanto a si los pacientes de trastorno disociativo han padecido más trauma en etapas de desarrollo que los que no. Son un total de 10 los artículos que se posicionan en contra de que esta asociación exista (30,35,36,39,42,45,47-49,52). 11 de los trabajos que se han incluido finalmente en esta revisión arrojaban datos a favor de la existencia de esta relación (11,29,31-33,37,38,40,43,44,51). No obstante, es necesario puntualizar que el estudio llevado a cabo por Tezcan y compañía (31) demostraba la existencia de dicha correlación durante infancia temprana y latencia, pero en la fase de la adolescencia no alcanzó la significación estadística ( $p > 0.05$ ).

#### Relación entre tipos concretos de trauma infantil y trastornos disociativos

En estos términos son un total de 27 artículos de los 28 incluidos en la revisión los que hacen alguna aportación a la información sobre estas relaciones entre tipos determinados de trauma ocurrido en las etapas iniciales de la vida y presencia de diagnóstico de trastorno disociativo en el sujeto. 24 de ellos revelan datos a favor de la existencia de esta relación (11,26,28,29,31-48,50,51), de modo que en los pacientes con trastorno disociativo la tasa o puntuación de subescala relacionada con tipos concretos de trauma temprano es mayor que en los sujetos sin el trastorno disociativo, bien sea en comparación con una muestra de sujetos sanos o, como en la mayoría de los estudios, con un conjunto de pacientes con otras condiciones psiquiátricas distintas a las disociativas.

Por otro lado, son 3 los artículos de los 27 que estudian este conjunto de relaciones los que aportan evidencia en contra de que ninguno de los tipos de trauma contemplados en el estudio sea significativamente más frecuentes si el sujeto tiene diagnóstico de trastorno disociativo (27,30,52). A pesar de ello, en el estudio dirigido por Berger y compañía (27), aunque la pérdida de alguno de los progenitores, el abuso físico, el abuso sexual y la violencia doméstica no se mostraron significativamente más frecuentes en los casos, en una parte de la investigación se dividió a la muestra disociativa según superaban o no un corte de 30 en la DES, de modo que se obtenía un grupo con niveles de disociación más elevados y otro con fenómenos disociativos ciertamente más leves. A partir de estos grupos se estudió de nuevo el efecto que podría tener el registro de algún tipo de trauma infantil sobre la severidad del trastorno disociativo diagnosticado, concluyendo que el abuso físico sí que mostraba diferencias estadísticamente significativas con mayores tasas en aquellos con un trastorno más severo.

Procediendo a un análisis pormenorizado de este apartado, lo obtenido en relación con cada tipo de trauma en esta revisión se detalla en siguientes subapartados.

#### *Abuso emocional*

Un total de 14 trabajos (11,28,29,32,33,35,37,38,42–45,50,51) se posicionan a favor de la significancia estadística de este tipo de trauma infantil en relación con un diagnóstico disociativo. A modo de anotación, en el trabajo de Nijenhuis (28) se demuestra una correlación significativa si este abuso provenía de un miembro de la familia de origen o de un individuo con el que no se guarda parentesco, no así con familiares lejanos. En la investigación ejecutada por Karadag y su equipo (33), el abuso emocional durante etapas tempranas resultó significativamente relacionado con los trastornos disociativos tanto mediante el test Chi cuadrado como mediante análisis por regresión múltiple. Comentar, por su lado, que el estudio dirigido por Tamar-Gurol y su grupo (35) obtenía resultados no estadísticamente significativos mediante Chi cuadrado, pero cuando se ejecutó el análisis por regresión múltiple se pudo observar que el abuso emocional sí que predecía significativamente el diagnóstico de trastorno disociativo posterior. En el estudio llevado a cabo por Kate y compañía en 2021 (45), fueron 6 los tipos de abuso emocional que resultaron ser significativamente más frecuentes en sujetos disociadores: Amenaza con violación, con muerte, con abandono, se les dijo “otros quieren abandonarte”, “no vales para nada” o se les inculpó de la infelicidad de sus padres

Son 6 los artículos incluidos que sugieren que las diferencias halladas en cuanto a esta categoría de trauma entre individuos con trastorno disociativo y el grupo comparación podrían deberse al azar (30,35,39,40,47,48,52).

#### *Abuso físico*

El abuso físico se definía como un tipo de trauma infantil con un peso relevantemente mayor en el grupo disociador en un conjunto de 16 artículos (11,26,28,29,31,34,37,38,40,41,44–46,48,50,51). Entrando en especificaciones, El trabajo llevado a cabo por Nijenhuis y compañía (28) aportaba que era significativamente más frecuente entre los pacientes de trastorno disociativo solo si lo había ejercido un componente de la familia de origen, a diferencia de si lo

habían hecho familiares lejanos o individuos con los que no guardaban parentesco. Tezcan y su equipo (31) también detallaban que esta clase de evento traumático sólo tenía mayor peso en disociadores si había sucedido durante la infancia temprana o la latencia, no tanto si ocurrió en la adolescencia.

El cómputo de investigaciones que aportaron evidencia en contra de que exista una relación significativa con el abuso físico resultó ser de 10. El estudio que elaboró Berger en 1994 (27) no demostró que este tipo de trauma se describiese con mayor frecuencia en pacientes con trastorno disociativo, pero sí que observaron una relación significativa con una mayor severidad del cuadro. El trabajo realizado por Tamar-Gurol y compañía (35), sin embargo, no mostraba diferencias notables ni mediante Chi cuadrado ni mediante regresión múltiple. Por último, matizar que el estudio que dirigió Karadag como autor principal (33) concluía que, mediante el test de Chi cuadrado sí que habían diferencias relevantes entre el grupo disociativo y el comparación, pero una vez ejecutado el análisis por regresión múltiple no se pudieron objetivar diferencias significativas.

### *Abuso sexual*

En cuanto a esta categoría de abuso infantil, asciende a 15 la cantidad de artículos que demostraron una correlación significativa de la categoría diagnóstica que nos ocupa con haber sufrido este tipo de experiencias durante las etapas iniciales de la vida (11,26,28,29,31,32,34,36–38,41,45,47,50,51). En el trabajo de Nijenhuis y compañía (28), se añadían a estos datos que este abuso tenía mayor presencia en pacientes con trastorno disociativo y, además, que alcanzaba significación tanto ejercido por parte de un miembro de la familia de origen, por familia lejana o por un individuo con el que no guarda parentesco. Por su parte, el estudio realizado por Tezcan y su grupo (31) denotaban una diferencia estadísticamente significativa cuando estos eventos habían sucedido durante la latencia o adolescencia, no así si habían acontecido durante la infancia temprana. El artículo que lideraba Kate en 2021 (45) especificaba como notablemente más frecuentes 2 tipos de abuso sexual en sujetos disociadores: experiencia sexual violenta, ser obligado/a practicar actos sexuales con una 2ª persona y que les tomaran fotos sexualmente explícitas.

En lo que a estudios en contra de la existencia de esta relación se refiere, el número total resulta en 11 (27,30,33,35,39,40,42–44,48,52). Comentar, por su lado, que el estudio dirigido por Karadag (33) obtenía resultados estadísticamente significativos mediante Chi cuadrado, pero cuando se ejecutó el análisis por regresión múltiple se pudo observar que el abuso sexual por sí mismo no predecía significativamente el desarrollo de un trastorno disociativo más tarde. El trabajo de Tamar-Gurol (35) y compañía obtenía resultados que sugerían que las diferencias observadas se podrían deber al azar tanto mediante el test de Chi cuadrado como tras el análisis por regresión múltiple.

### *Negligencia*

La negligencia, en general, vivenciada durante la infancia o adolescencia, contaba con 4 estudios a favor de que compusiera un caldo de cultivo para que la víctima acabase por desarrollar un trastorno disociativo (26,31,32,50). En contra de que esta asociación fuese real estadísticamente, el total fue de 2 (35,48). El estudio dirigido por Tamar-Gurol (35), de hecho, argumentaba su

posición tanto con los datos obtenidos por Chi cuadrado como los obtenidos por regresión múltiple.

Si dividimos la negligencia en emocional y física, la emocional cuenta con 11 artículos a favor de que se relacione con el diagnóstico disociativo (28,29,37–40,44–46,50,51) y 5 que concluyen que las posibles diferencias observadas pueden deberse al azar (30,33,42,47,52). Procediendo a aportar matices de estos datos, el trabajo de Anderson y compañía (46) especificaba como negligencia emocional estadísticamente significativa la practicada por la madre del sujeto. El artículo publicado por Nijenhuis y su equipo (28) demostraba que las diferencias observadas en estos términos no se debían al azar si la negligencia emocional era practicada por parte de cualquier miembro de la familia de origen o de la familia lejana. El trabajo publicado por Sar y compañía en 2007 (11) define más concretamente los tipos de negligencia emocional, alcanzando la significación estadística el cese precoz de educación. Colizzi encabezó en 2015 (51) una investigación que obtenía como resultado, de igual forma que el anterior, una significación estadística para el cese precoz de educación. La investigación de Kate y su grupo en 2021 (45) también concretaba como negligencia emocional relacionada con una mayor tasa de diagnóstico disociativo futuro el aislamiento social.

Por su parte, el estudio de Karadag (33) sí que pudo denotar diferencias significativas mediante el test de Chi cuadrado, fue en la parte del análisis por regresión múltiple donde la negligencia emocional dejó de mostrar una asociación significativa con el diagnóstico.

Tomando en consideración, por otro lado, la negligencia de carácter físico, 5 y 8 de los trabajos se posicionan a favor y en contra respectivamente de que se correlacione significativamente con la categoría diagnóstica que nos ocupa. Del primer grupo, el estudio dirigido por Sar en 2007 (11) concreta como formas de negligencia física asociadas con el desarrollo de un trastorno disociativo la nutrición y seguridad deficientes. Sin embargo, no alcanzaron la significación ni la atención sanitaria deficiente ni la restricción económica. Colizzi y su equipo (51) concluyeron en 2015, por su lado, que la seguridad deficiente y la restricción económica eran destacablemente más prevalentes entre los pacientes disociadores, pero la atención sanitaria y nutrición deficientes no obtuvieron el mismo resultado. En cuanto al trabajo de Kate y compañía publicado en 2021 (45), los datos apuntaban a que era, más concretamente, la privación de necesidades básicas lo que demostraba ser significativamente más frecuente en los pacientes sujeto de nuestra revisión.

Por su parte, cabe destacar que el estudio ejecutado por Karadag como investigador principal (33) sí que obtenía significación estadística para las diferencias halladas mediante Chi cuadrado, pero fue al ejecutar el análisis por regresión múltiple cuando se concluyó en que las disparidades entre los grupos podían deberse al azar.

## **5. Discusión**

Tal y como se declaró en apartados anteriores, la idea de elaborar esta revisión sistemática parte del interés por evaluar si los pacientes con trastornos

disociativos diagnosticados refieren con mayor frecuencia haber experimentado vivencias traumáticas de cualquier tipo durante las etapas más tempranas de la vida, en las que también ocurre el desarrollo mental del individuo.

Empezando por describir someramente los resultados obtenidos y explicados largo y tendido en el apartado anterior, los ítems que nos generan mayor interés en lo que respecta a la finalidad de esta revisión son los datos acerca de los tipos concretos de trauma en edades tempranas y sobre las puntuaciones totales en escalas que valoran el trauma infantil y adolescente.

De este modo, el abuso emocional como clase de trauma relacionada con el diagnóstico disociativo recibió el apoyo de 14 de los artículos incluidos, teniendo en contra a 6 del conjunto en cuestión. La evidencia disponible, por tanto, parece avalar la existencia de una correlación significativa, de forma que algunos estudios incluso arrojaban datos positivos con respecto a esta relación incluso al ejecutar análisis por regresión múltiple (33,35), lo cual nos lleva a inferir que el abuso emocional a edades tempranas podría, más allá de ser más prevalente en los disociadores, predecir el diagnóstico futuro en aquellos que lo sufren. Estos hallazgos parecen entrar, en cierto modo, en confrontación con la base neurobiológica de la disociación tanto positiva como negativa, ya que si estudiamos la distribución de diagnósticos a lo largo de los estudios que aportan datos en referencia al abuso emocional nos encontramos con que existe heterogeneidad, de modo que cabría esperar describir una mayor cantidad de sujetos con trastornos que se sustentan en la disociación positiva, tales como el trastorno de identidad disociativo (TID). Esta hipótesis se sustenta en que el abuso emocional significaría una amenaza de tipo inminente pero que no tendría por qué representar una ausencia de oportunidad de huida o defensa, de modo que deberían de ponerse en marcha mecanismos de respuesta defensiva activa, tales como la disociación de identidad. Sin embargo, tanto en el conjunto de artículos que se posicionan a favor de la significancia de su relación con el diagnóstico disociativo como en el de artículos que se oponen existen estudios con muestras en las que predomina el TID y otros en los que la mayoría son trastornos por disociación negativa, tales como la amnesia disociativa o el trastorno de despersonalización/desrealización.

Por su lado, el abuso físico acontecido en a corta edad se erige como la categoría con mayor cantidad de artículos que estudiaron su correlación con los trastornos disociativos, siendo 16 los trabajos que describieron diferencias estadísticamente significativas con mayor peso en el grupo disociador y 10 los que concluyeron en que las disparidades observadas podían explicarse mediante el efecto del azar. Entrando a matizar lo comentado respecto a la teoría neurobiológica sobre la disociación, en esta clase de trauma sucedía un fenómeno similar: lo esperable era encontrar en las muestras de los estudios a favor una predominancia de diagnósticos de disociación negativa por ser una amenaza que, con facilidad, puede generar sensación de imposibilidad de escapatoria, lo que conduciría a una respuesta defensiva pasiva y experiencias disociativas negativas como las que definen los cuadros de amnesia disociativa y trastorno de despersonalización/desrealización; A pesar de ello, los conjuntos analizados tanto en los estudios a favor como en contra de la asociación que comentamos presentaban una notable variabilidad en cuanto al tipo de trastorno disociativo mayoritario.

En lo que respecta al abuso sexual, obtuvo un balance positivo de artículos a favor, pero ciertamente más ajustado que los tipos de maltrato previos, ya que 15 se posicionaban a favor, pero 11 lo hacían en contra de que fuera significativamente más frecuente en los sujetos considerados caso. A modo de observación que, quizá, pudiera conducirnos a algunas conclusiones hipotéticas, el estudio dirigido por Tezcan (31) que obtiene resultados que apoyan la relación en cuestión, matiza además que se alcanza la significancia cuando se ha sido víctima de abusos sexuales durante la latencia y adolescencia, es decir, de los 7 a los 18 años, pero no en el periodo de la infancia temprana. De algún modo, este hallazgo podría explicarse a través de que, para que una situación de estrés o trauma emocional de tan alta intensidad como es la del abuso sexual tenga un impacto sobre el desarrollo psicológico del individuo, sería en cierta manera necesario que la víctima tuviera una conciencia de la gravedad del maltrato que sufre. Esto puede sugerir que un niño de edad menor de 3 años, por su inmadurez en lo que a memoria a largo plazo se refiere y la falta de comprensión acerca de las connotaciones y el significado social que tiene el acto sexual y, por tanto, la gravedad de implicar a un menor que no tiene capacidad de consentir en una dinámica de esta índole, se encuentra impedido para procesar adecuadamente la magnitud marcadamente traumática de sus vivencias en estos términos, lo cual tampoco activaría de igual forma los mecanismos defensivos a los que se hizo referencia al exponer las bases neurobiológicas de la disociación y, por tanto, no se iniciaría la ruta psicopatológica hacia la disociación.

Si entramos a valorar lo que se determinó acerca de la negligencia y sus formas como experiencias traumáticas de las primeras etapas de la vida, la negligencia en general como concepto presentó cuatro artículos a favor y dos en contra, siendo a causa de ello, junto con su subtipo físico, el único tipo de trauma considerado estándar en la presente revisión cuya evidencia en contra de que se asociase con el trastorno disociativo desarrollado posteriormente superaba a la que se posicionaba a favor. Por una parte, la negligencia de carácter emocional sí que resultaba tener más estudios con resultados que la apoyasen como categoría significativa, en concreto 11 trabajos versus cinco detractores. Con la finalidad de hacer algunos matices, resultó en cierto modo llamativo que dos artículos (11,51) concluyesen que, en concreto, el cese precoz de educación era una experiencia significativamente más vivenciada por los pacientes de trastorno disociativo. En la otra cara de la moneda, la negligencia de carácter físico, como habíamos comentado, también obtenía más investigaciones con resultados en contra que a favor de que su relación con el diagnóstico disociativo alcanzase la significación, en concreto cinco a favor versus ocho en contra. Sin embargo, y con el objetivo de desgranar toda la información posible acerca del conjunto de estudios obtenido en esta revisión, los artículos mencionados al describir los hallazgos sobre la negligencia emocional (11,51) también coincidieron en que la seguridad deficiente como forma de negligencia de necesidades físicas del niño era un aspecto de la crianza marcadamente más recurrente en los sujetos clasificados como caso.

En lo que respecta al resumen de los resultados principales obtenidos en este trabajo, el abuso emocional fue la categoría de trauma infantil y adolescente que mayor evidencia a favor de que se relacionase con el tipo de diagnóstico que nos ocupa obtuvo, con un total de 8 artículos más como apoyo frente a los que se

opusieron a la significación de este vínculo. Por el lado contrario, el tipo de maltrato con mayor cantidad de detractores a este respecto fue la negligencia, en general y, concretamente, la forma física de negligencia.

El grado de controversia de las conclusiones entre sí de este conjunto de investigaciones es un fenómeno compartido, por su parte, por el paradigma científico general. Tal vez, la clave para explicarlo sea lo que elucubraron Kate y su equipo en el trabajo publicado en 2021 (45), y el verdadero predictor de si se desarrollará o no un trastorno disociativo en el futuro no sea el estatus con respecto al trauma en general, sino categorías concretas de este tipo de eventos estresantes. A pesar de ello, quizá esto pueda entrar en conflicto con la variabilidad de resultados también al considerar categorías concretas, lo cual nos puede llevar a plantear la hipótesis de que, posiblemente, el predictor no sea un tipo de experiencia traumática en sí mismo, sino la interacción de haberla padecido con otras circunstancias, como el asiento de una personalidad patológica, estilos de apego concretos o la sinergia de diferentes clases de trauma temprano.

Pasando a valorar lo que la comunidad científica ha determinado al respecto de la relación estudiada en esta revisión, si no tenemos en consideración únicamente los trabajos en que se valora a sujetos que sustentan el diagnóstico de forma definida y tenemos en cuenta también las investigaciones que observan a pacientes con niveles de disociación patológicos pero sin trastorno definido, el grueso de las publicaciones presenta tendencia a arrojar resultados a favor de que los sujetos disociadores reportan haber sufrido experiencias traumáticas en etapas de desarrollo con mayor frecuencia que los individuos empleados como comparación. De hecho, un trabajo dirigido por Daphne Simeon, autora que ha proporcionado nada menos que dos de los estudios incluidos en esta revisión (42,43), y que ha publicado tan recientemente como es abril de este mismo año 2022 (53), tenía como finalidad registrar la prevalencia general en los Estados Unidos de disociación patológica y, en adición, analizar la relación de la misma con otras variables como la comorbilidad y el trauma infantil. Obtuvo como resultado que, de forma genérica, los individuos que padecían disociación a niveles patológicos y, por tanto, muy probablemente indicativa de un trastorno disociativo subyacente, reportaban mayores tasas de trauma en general incluso al compararlos con pacientes de trastorno depresivo mayor o trastorno por estrés postraumático. Por otro lado, otro estudio publicado en enero de 2022 por parte de Uyan y su grupo (54) y, por ello, también de rigurosa actualidad, analiza en sujetos con esquizofrenia comparados con sujetos sanos la prevalencia de síntomas disociativos y el valor de la *Dissociative Experiences Scale*, así como la correlación de la misma con el *Childhood Trauma Questionnaire*, obteniendo así en consonancia con el anterior que la relación entre estas variables era estadísticamente significativa. Por su lado, con el objetivo de valorar el impacto de la pandemia por COVID-19 sobre los pacientes de esquizofrenia y trastorno bipolar versos sujetos sanos en lo que a salud mental y general se refiere, la investigación ejecutada por Stone y compañía en 2021 (55) concluía que el trauma acontecido en etapas tempranas de la vida se correlacionaba significativamente con los síntomas disociativos ( $r\ 0.40$ ), pero no demostraba ese nivel de significación cuando se contemplaba como experiencia traumática la pandemia por COVID-19, lo cual puede llevarnos a reflexionar que este hallazgo apoya el hecho de que el trauma que contribuye a la aparición de fenómenos

disociativos tiene que impactar sobre un individuo en desarrollo psicológico, no teniendo tanto peso en sujetos ya maduros en ese aspecto.

Gracias al registro de variables consideradas secundarias en esta revisión, se han obtenido ciertos hallazgos “colaterales”. En lo que respecta a los datos demográficos de las muestras estudiadas, hubo varias características que, hipotéticamente, se esperaba que demostrasen significancia por estar probablemente ligadas a situaciones sociales más conflictivas o marginales y, sin embargo, no resultaron serlo. Entre ellas, destaca el número de años de educación formal, que se habría esperado que fuese destacablemente menor en el grupo de casos, dado que deducimos que las experiencias traumáticas promueven el abandono escolar y, por su lado, el desarrollo de trastornos disociativos ciertamente deteriora la calidad de vida del sujeto, sin ser una conclusión arriesgada que el desempeño académico sea una excepción. Otras propiedades que tampoco obtuvieron un grado de significación estadística fueron la etnicidad y el nivel socioeconómico. Estos rasgos sociales también hicieron plantear, en un primer momento, la hipótesis de que, si favorecían que el individuo se desarrollase en situaciones más desfavorables por conducir a menudo a la marginalidad social, ello podría resultar con mayor frecuencia en la vivencia de situaciones traumáticas o de maltrato y, finalmente, en mayor cantidad de diagnósticos disociativos. Sin embargo, los pocos estudios que arrojaron valores en lo que a ello respecta, obtuvieron que las diferencias que pudieran observarse entre grupos podían explicarse con el efecto del azar. Por su parte, el dato más estudiado por el conjunto de investigaciones incluidas en la presente revisión fue el sexo, de modo que se proponía que los pacientes con trastorno disociativo eran predominantemente femeninos, por una serie de motivos. Por ejemplo, con el fin de aplicar perspectiva de género, se planteó que, posiblemente, las niñas sufrían más experiencias de trauma intenso tales como el abuso sexual que los niños, además de que, en ciertas culturas, la consideración hacia el sexo femenino tiene connotaciones marcadamente negativas que podrían facilitar en algún caso que fuesen más vulnerables a ser maltratadas por su entorno, o simplemente ignoradas, creciendo con la negligencia de los que debieran ser sus cuidadores. A pesar de todo este cuerpo argumentativo, lo que obtuvimos fue que tan solo 3 estudios indicaban una presencia significativamente mayor de sujetos femeninos en el grupo de casos (32,33,44), posicionándose la mayoría de los que analizaron esta correlación en contra de la misma. Finalmente, la distinción entre si los sujetos habitaban entornos predominantemente urbanos o rurales se intentó hacer por el hecho de que existe una alta represión emocional en entornos rurales y silenciamiento en las relaciones de maltrato, lo cual de algún modo podría conducir a la aparición de problemas mentales por la falta de apoyo psicológico y de herramientas de gestión emocional. Sin embargo, ninguno de los estudios aportó ningún dato acerca de esta relación, lo cual nos lleva a proponer el estudio del impacto de esta característica demográfica por si, en caso de resultar estadísticamente relevante, pudiera suponer un factor de riesgo más que convierta a un sujeto en vulnerable a ciertas condiciones psiquiátricas.

Si entramos a analizar lo descrito sobre la correlación con otras enfermedades psiquiátricas, las categorías diagnósticas que destacan por ser las más apoyadas como significativamente asociadas al trastorno disociativo son los trastornos somáticos y los de personalidad, más concretamente el trastorno

límite de personalidad. Estos hallazgos encajan con lo esperable, dado que los trastornos somáticos a menudo reflejan la expresión de un conflicto psicológico no gestionado que, por supuesto, podría tener sus raíces en una experiencia traumática durante la infancia. En adición, es probable que exista un factor de confusión en lo que a estos trastorno respecta por una cuestión meramente formal, y es que el manual que hemos considerado hoja de ruta en esta revisión sí que divide la disociación entre psicológica y somática, considerando trastornos disociativos solo los compuestos por el primer tipo, pero si hubiéramos empleado como protocolo otros manuales también de relevancia en el paradigma como LA Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), los trastornos por síntomas somáticos habrían caído en la misma categoría diagnóstica que el espectro sintomatológico que hemos tenido como objeto en este trabajo. Por su parte, el trastorno límite de personalidad se presenta como la comorbilidad psiquiátrica de los trastornos disociativos más señalada por la evidencia, lo cual también encaja con lo hipotetizado por ser este un cuadro psiquiátrico muy ligado a la vivencia temprana de experiencias marcadamente traumáticas. Además de esto, se hace necesario destacar que todos los estudios que consideraron concretamente este diagnóstico y no la categoría de trastornos de personalidad en general obtuvieron que alcanzaba la significación estadística en relación a los trastornos disociativos, de modo que existe un acuerdo notable en lo que a ello respecta. Trastornos que tuvieron más evidencia en contra que a favor de estar estadísticamente relacionados con el diagnóstico disociativo, en contra de lo que se pudiera esperar, fueron el trastorno depresivo mayor, el trastorno por estrés postraumático (TEP) y el trastorno por uso de sustancias, de modo que se pronosticaba que fueran marcadamente más frecuentes por ser condiciones psiquiátricas también muy ligadas a marcos disfuncionales del sujeto y experiencias de alto estrés psicológico. Esto quizá pueda explicarse, por la parte del trastorno depresivo mayor, a través del hecho de que es un cuadro psiquiátrico de por sí muy prevalente en la comunidad general, lo cual dificulta que se pueda demostrar una significación estadística. En lo que al TEP respecta, sería posible que también existiese un componente de confusión de tipo formal, dado que la tendencia en ciertas clasificaciones es a categorizar este trastorno en subtipos según la sintomatología predominante, y en la actualidad existen definiciones de hecho de un trastorno por estrés postraumático de subtipo disociativo, lo cual reduciría la probabilidad de obtener un trastorno disociativo por la propensión a encuadrar este espectro sintomatológico en el TEP. Si hablamos de los posibles motivos de que los trastornos por uso de sustancias no se relacionen significativamente con padecer un trastorno disociativo, una explicación de este resultado podría ser que los sujetos que sufren de trastorno por uso de sustancias sí que tienen experiencias disociativas con más frecuencia, pero se considerarían provocadas por dichas sustancias y no porque sean la expresión de un trastorno en origen.

Las posibles implicaciones de los resultados de este trabajo se extienden a diferentes ámbitos. En el plano social, una vez más se hace necesario recalcar la relevancia de la protección a la infancia y a individuos en desarrollo que son vulnerables a situaciones conflictivas, ya que los trastornos disociativos que han sido motivación de esta revisión son tan solo una de las infinitas caras que tiene la catástrofe personal producida por haber crecido rodeado de experiencias traumáticas. Es por ello que, quizá, se debería prestar mayor atención a la tarea

de estructurar un método más eficaz que el existente para la detección precoz de casos de niños y adolescentes susceptibles de estar viviendo este tipo de situaciones, con la finalidad de hacerlos pasar a un circuito institucional en el que se vele, como objetivo principal, por poner fin a dicha situación de maltrato y la recuperación emocional, física y social del sujeto tras el periodo traumático. Todo esto habría de implicar a cualquier profesional que se encontrase en contacto con el niño, de modo que pasaría a ser un asunto de salud pública en la que deben intervenir profesorado, cuidadores, educadores sociales, sistema judicial, familiares y, por supuesto, sanitarios. Por otro lado, el peso en el campo de la actividad clínica recae en poner en relieve el grado de importancia de hacer un despistaje de los eventos traumáticos ocurridos en etapas tempranas, lo cual algunos estudios han señalado que podría conformar, incluso, una parte del esqueleto de la terapia psicológica de estos pacientes. Por supuesto, tal y como se comentó al exponer los objetivos de la presente revisión, también debería servir de precedente para promover la creación de un protocolo de prevención primaria o secundaria de los trastornos disociativos a partir del cribado en busca de sujetos vulnerables por encontrarse en entornos donde sufren experiencias de este calibre, así como ocurre con la psicosis en el sistema de Atención Primaria en España.

Si procedemos a indicar las fortalezas y limitaciones de la presente revisión, como fortaleza podemos indicar que basa sus resultados en el análisis de un conjunto de trabajos sustancial y registra múltiples variables “colaterales” a las que competen a la relación estudiada que pueden aportar luz a las posibles conclusiones a las que nos conducen los resultados. Otro rasgo definitorio de este trabajo que podría representar una aptitud positiva es que restringe los estudios a tan solo aquellos en los que el trastorno disociativo estaba definido previamente o se diagnosticó como parte del procedimiento, lo cual elimina considerablemente la heterogeneidad que habría entrado en juego si hubiésemos hecho esta revisión teniendo en consideración también los trabajos que tratan experiencias disociativas en abstracto, dado que, como podemos suponer, el espectro de situaciones patológicas posibles de los individuos considerados casos se habría vuelto tan variable que, en cierto modo, no permitiría una comparación justa.

Como limitaciones, cabe tener en consideración que la mayoría de trabajos incluidos fueron de tipo transversal que, aunque no es el diseño de peor calidad en términos generales, la calidad de la evidencia es destacablemente inferior a la de los estudios de cohortes, máximo de calidad al que aspirábamos en esta revisión por descartar estudios tipo revisión sistemática o metaanálisis y, como se comentaba previamente, no poder esperar encontrar ensayos clínicos al respecto por ser éticamente imposibles. Sin embargo, el estudio de cohortes fue el tipo de diseño escogido por una minoría, siendo que tan solo un trabajo se ejecutó con esta dinámica. Otras limitaciones a destacar son que algunas de las variables que se pretendía registrar en un principio, tales como si los sujetos vivían en entornos predominantemente rurales o urbanos, no eran una constante estudiada a lo largo del cuerpo de la evidencia, de modo que para otras variables como la edad a la que ocurría el trauma o a la que se diagnosticaba el trastorno disociativo se registraban de forma muy inconstante y heterogénea en los estudios, siendo que en varios se tenía en cuenta la edad a la que iniciaban los síntomas e incluso en alguno se comentaba que los sujetos referían haber vivido

las experiencias traumáticas reportadas desde su nacimiento, hecho obviamente no demostrable por la incapacidad de recordar esos eventos a edades muy cortas. Otro posible defecto que se debe tener en consideración a la hora de valorar los resultados, aunque recogido oportunamente en dicho apartado, es que existió cierta heterogeneidad en cuanto a la forma de aportar los datos sobre el trauma, de modo que unos estudios indicaban la puntuación en la escala correspondiente obtenida por el grupo caso versus el grupo comparación y otros la prevalencia y el valor del test de Chi cuadrado ejecutado, los resultados obtenidos al realizar un análisis por regresión múltiple paso a paso, el grado de correlación según el coeficiente de Pearson o, incluso, el valor de la *odds ratio* en referencia a cuánto aumenta el riesgo de un trastorno disociativo el trauma observado. También se hace necesario comentar que existían trabajos llevados a cabo sobre sujetos con un único tipo de trastorno disociativo, y ninguna de las investigaciones aportó datos acerca de que clases concretas de trauma pudieran correlacionarse con tipos determinados de trastorno disociativo, por lo que, si en este sentido la correlación pudiera ser significativa en algún caso, su significancia fue pasada por alto. Por su parte, tampoco fue constante en el grupo de trabajos incluidos que se registrase los valores totales para las escalas de trauma en casos y sujetos comparación, lo cual puede haber dificultado extraer conclusiones certeras en estos términos.

## **6. Conclusiones**

Con la finalidad de cerrar este trabajo, como hemos podido observar por los resultados obtenidos en la revisión, la posible relación entre padecer trauma en edades de desarrollo y la aparición posterior de un trastorno disociativo podría tener implicaciones de gran peso en lo que a cómo se han enfocado estos trastornos hasta ahora en el ámbito clínico se refiere. La realización en el futuro de investigaciones de tipo prospectivo que superen en calidad a la evidencia disponible posiblemente arroje luz sobre la complejidad de la relación que hemos estudiado, permitiendo así conocer puntos de posible acción sobre los que incidir con la intención de evitar el desenlace negativo para la calidad de vida del individuo que es el padecer un trastorno disociativo.

## **7. Agradecimientos**

Se antoja necesario incluir en este apartado a la directora del trabajo, la doctora Paula Suárez Pinilla, que me ha acompañado durante todo el desarrollo del proyecto, suponiendo un punto de apoyo esencial y referencia de conocimiento. En lo personal, agradecer a mis padres por ser todo el soporte que he necesitado durante estos años, gracias a ellos he podido llegar hasta aquí. No puedo no mencionar a mis abuelas, porque su humildad me recuerda de dónde vengo y la mujer poderosa que veo en ellas me inspira para saber en lo que quiero convertirme. Mi monina, te recuerdo y te tengo presente en cada paso que doy, espero que estés orgullosa allá donde estés.

## 8. Bibliografía

1. Ozturk E, Erdogan B, Derin G. Psychotraumatology and dissociation: A theoretical and clinical approach. *Medicine Science | International Medical Journal*. 2021;10(1):246.
2. Moskowitz A, Heinimaa M, Hart O. Defining Psychosis, Trauma, and Dissociation. *Psychosis, Trauma and Dissociation*. 2018 dic 27;7–29.
3. Kluft RP. Dissociative Disorders. *The Disorders* [Internet]. 2001 ene 1 [citado 2022 abr 6];187–207. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780122678059500183>
4. Fitzgerald M, Kwar C. Mindfulness and Attachment as Concurrent Mediators Linking Childhood Maltreatment to Depressive, Anxious, and Dissociative Symptoms. *J Trauma Dissociation* [Internet]. 2021 [citado 2022 abr 6]; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34689700/>
5. Talbot JA, Talbot NL, Tu X. Shame-proneness as a diathesis for dissociation in women with histories of childhood sexual abuse. *J Trauma Stress* [Internet]. 2004 oct [citado 2022 abr 6];17(5):445–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15633925/>
6. Khosravi M. Child maltreatment-related dissociation and its core mediation schemas in patients with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2020 ago 12 [citado 2022 abr 6];20(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32787823/>
7. Steinberg M. *Handbook for the assessment of dissociation: a clinical guide*. 1995;433.
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 2013 may 22 [citado 2022 abr 6]; Disponible en: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
9. Sar V. Epidemiology of Dissociative Disorders: An Overview. *Epidemiol Res Int*. 2011 may 4;2011:1–8.
10. Akyüz G, Doğan O, Şar V, Yargıç LI, Tutkun H. Frequency of dissociative identity disorder in the general population in Turkey. *Compr Psychiatry* [Internet]. 1999 [citado 2022 may 12];40(2):151–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10080263/>
11. Şar V, Akyüz G, Doğan O. Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. *Psychiatry Res* [Internet]. 2007 ene 15 [citado 2022 may 9];149(1–3):169–76. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17157389/>
12. Lanius RA, Boyd JE, McKinnon MC, Nicholson AA, Frewen P, Vermetten E, et al. A Review of the Neurobiological Basis of Trauma-Related Dissociation and Its Relation to Cannabinoid- and Opioid-Mediated Stress

Response: a Transdiagnostic, Translational Approach. *Current Psychiatry Reports*. 2018 dic 1;20(12).

13. Salami A, Andreu-Perez J, Gillmeister H. Symptoms of depersonalisation/derealisation disorder as measured by brain electrical activity: A systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2020 nov 1;118:524–37.
14. Yaylaci FT, Cicchetti D, Rogosch FA, Bulut O, Hetzel SR. The interactive effects of child maltreatment and the FK506 binding protein 5 gene (FKBP5) on dissociative symptoms in adolescence. *Development and Psychopathology*. 2017 ago 1;29(3):1105–17.
15. Wolf EJ, Rasmusson AM, Mitchell KS, Logue MW, Baldwin CT, Miller MW. A genome-wide association study of clinical symptoms of dissociation in a trauma-exposed sample. *Depression and Anxiety*. 2014;31(4):352–60.
16. Pieper S, Out D, Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH. Behavioral and molecular genetics of dissociation: The role of the serotonin transporter gene promoter polymorphism (5-HTTLPR). *Journal of Traumatic Stress*. 2011 ago;24(4):373–80.
17. van der Kruijs SJM, Bodde NMG, Carrette E, Lazeron RHC, Vonck KEJ, Boon PAJM, et al. Neurophysiological correlates of dissociative symptoms. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. 2014;85(2):174–9.
18. Lotfinia S, Soorgi Z, Mertens Y, Daniels J. Structural and functional brain alterations in psychiatric patients with dissociative experiences: A systematic review of magnetic resonance imaging studies. *Journal of Psychiatric Research*. 2020 sep 1;128:5–15.
19. Scher CD, Stein MB, Asmundson GJG, McCreary DR, Forde DR. The Childhood Trauma Questionnaire in a community sample: Psychometric properties and normative data. *Journal of Traumatic Stress*. 2001;14(4):843–57.
20. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*. 2003 feb 1;27(2):169–90.
21. Draijer N, Langeland W. Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1999 mar [citado 2022 abr 20];156(3):379–85. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10080552/>
22. Dutra L, Bureau JF, Holmes B, Lyubchik A, Lyons-Ruth K. Quality of early care and childhood trauma: a prospective study of developmental pathways to dissociation. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. 2009 jun [citado 2022 abr 20];197(6):383–90. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19525736/>

23. Loewenstein RJ. Dissociation debates: everything you know is wrong. *Dialogues Clin Neurosci* [Internet]. 2018 [citado 2022 abr 20];20(3):229–42. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30581293/>
24. Urrútia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica* [Internet]. 2010 oct 9 [citado 2022 may 4];135(11):507–11. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-declaracion-prisma-una-propuesta-mejorar-S0025775310001454>
25. Adolescent health [Internet]. [citado 2022 may 12]. Disponible en: [https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1)
26. Saxe GN, van der Kolk BA, Berkowitz R, Chinman G, Hall K, Lieberg G, et al. Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1993 [citado 2022 may 9];150(7):1037–42. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8317573/>
27. Berger D, Saito S, Ono Y, Tezuka I, Shirahase J, Kuboki T, et al. Dissociation and child abuse histories in an eating disorder cohort in Japan. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 1994 [citado 2022 may 9];90(4):274–80. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7831998/>
28. Nijenhuis ERS, Spinhoven P, van Dyck R, van der Hart O, Vanderlinden J. Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative disorder is correlated with reported trauma. *J Trauma Stress* [Internet]. 1998 [citado 2022 may 9];11(4):711–30. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9870223/>
29. Scropo JC, Drob SL, Weinberger JL, Eagle P. Identifying dissociative identity disorder: a self-report and projective study. *J Abnorm Psychol* [Internet]. 1998 [citado 2022 may 9];107(2):272–84. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9604556/>
30. Sar V, Islam S, Öztürk E. Childhood emotional abuse and dissociation in patients with conversion symptoms. *Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2009 oct [citado 2022 may 9];63(5):670–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19674379/>
31. Tezcan E, Atmaca M, Kuloglu M, Gecici O, Buyukbayram A, Tutkun H. Dissociative disorders in Turkish inpatients with conversion disorder. *Compr Psychiatry* [Internet]. 2003 [citado 2022 may 9];44(4):324–30. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12923711/>
32. Evren C, Sar V, Karadag F, Tamar Gurol D, Karagoz M. Dissociative disorders among alcohol-dependent inpatients. *Psychiatry Res* [Internet]. 2007 ago 30 [citado 2022 may 9];152(2–3):233–41. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17462744/>
33. Karadag F, Sar V, Tamar-Gurol D, Evren C, Karagoz M, Erkiran M. Dissociative disorders among inpatients with drug or alcohol dependency.

- J Clin Psychiatry [Internet]. 2005 [citado 2022 may 9];66(10):1247–53. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16259538/>
34. Foote B, Smolin Y, Kaplan M, Legatt ME, Lipschitz D. Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. Am J Psychiatry [Internet]. 2006 abr 1 [citado 2022 may 9];163(4):623. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16585436/>
  35. Tamar-Gurol D, Sar V, Karadag F, Evren C, Karagoz M. Childhood emotional abuse, dissociation, and suicidality among patients with drug dependency in Turkey. Psychiatry Clin Neurosci [Internet]. 2008 oct [citado 2022 may 9];62(5):540–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18950373/>
  36. Yu J, Ross CA, Keyes BB, Li Y, Dai Y, Zhang T, et al. Dissociative disorders among Chinese inpatients diagnosed with schizophrenia. J Trauma Dissociation [Internet]. 2010 jul [citado 2022 may 9];11(3):358–72. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20603768/>
  37. Ural C, Belli H, Akbudak M, Tabo A. Childhood Traumatic Experiences, Dissociative Symptoms, and Dissociative Disorder Comorbidity Among Patients With Panic Disorder: A Preliminary Study. J Trauma Dissociation [Internet]. 2015 ago 8 [citado 2022 may 8];16(4):463–75. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26011585/>
  38. Vissia EM, Giesen ME, Chalavi S, Nijenhuis ERS, Draijer N, Brand BL, et al. Is it Trauma- or Fantasy-based? Comparing dissociative identity disorder, post-traumatic stress disorder, simulators, and controls. Acta Psychiatr Scand [Internet]. 2016 ago 1 [citado 2022 may 8];134(2):111–28. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27225185/>
  39. Bækkelund H, Frewen P, Lanius R, Ottesen Berg A, Arnevik EA. Trauma-related altered states of consciousness in post-traumatic stress disorder patients with or without comorbid dissociative disorders. Eur J Psychotraumatol [Internet]. 2018 ene 1 [citado 2022 may 9];9(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30455853/>
  40. Krüger C, Fletcher L. Predicting a dissociative disorder from type of childhood maltreatment and abuser-abused relational tie. J Trauma Dissociation [Internet]. 2017 may 27 [citado 2022 may 8];18(3):356–72. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28318411/>
  41. Ross CA, Heber S, Ron Norton G, Anderson G. Differences between multiple personality disorder and other diagnostic groups on structured interview. J Nerv Ment Dis [Internet]. 1989 [citado 2022 may 9];177(8):487–91. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2760600/>
  42. Simeon D, Giesbrecht T, Knutelska M, Smith RJ, Smith LM. Alexithymia, absorption, and cognitive failures in depersonalization disorder: a comparison to posttraumatic stress disorder and healthy volunteers. J Nerv

- Ment Dis [Internet]. 2009 jul [citado 2022 may 9];197(7):492–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19597356/>
43. Simeon D, Guralnik O, Schmeidler J, Sirof B, Knutelska M. The role of childhood interpersonal trauma in depersonalization disorder. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2001 [citado 2022 may 9];158(7):1027–33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11431223/>
  44. Kılıç F, Coşkun M, Bozkurt H, Kaya I, Zoroğlu S. Self-Injury and Suicide Attempt in Relation with Trauma and Dissociation among Adolescents with Dissociative and Non-Dissociative Disorders. *Psychiatry Investig* [Internet]. 2017 mar 1 [citado 2022 may 9];14(2):172–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28326115/>
  45. Kate MA, Jamieson G, Middleton W. Childhood Sexual, Emotional, and Physical Abuse as Predictors of Dissociation in Adulthood. *J Child Sex Abus* [Internet]. 2021 [citado 2022 may 9];30(8):953–76. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34353238/>
  46. Anderson CL, Alexander PC. The relationship between attachment and dissociation in adult survivors of incest. *Psychiatry* [Internet]. 1996 ago [citado 2022 may 9];59(3):240–54. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8912943/>
  47. Korzekwa MI, Dell PF, Links PS, Thabane L, Fougere P. Dissociation in borderline personality disorder: a detailed look. *J Trauma Dissociation* [Internet]. 2009 [citado 2022 may 9];10(3):346–67. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19585341/>
  48. Friedrich WN, Gerber PN, Koplin B, Davis M, Giese J, Mykelbust C, et al. Multimodal assessment of dissociation in adolescents: inpatients and juvenile sex offenders. *Sex Abuse* [Internet]. 2001 [citado 2022 may 9];13(3):167–77. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11486711/>
  49. Riggs SA, Sahl G, Greenwald E, Atkison H, Paulson A, Ross CA. Family environment and adult attachment as predictors of psychopathology and personality dysfunction among inpatient abuse survivors. *Violence Vict* [Internet]. 2007 [citado 2022 may 9];22(5):577–600. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18064971/>
  50. Sar V, Tutkun H, Alyanak B, Bakim B, Baral Islın. Frequency of dissociative disorders among psychiatric outpatients in Turkey. *Compr Psychiatry* [Internet]. 2000 [citado 2022 may 9];41(3):216–22. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10834631/>
  51. Colizzi M, Costa R, Todarello O. Dissociative symptoms in individuals with gender dysphoria: is the elevated prevalence real? *Psychiatry Res* [Internet]. 2015 mar 30 [citado 2022 may 9];226(1):173–80. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25656174/>

52. Sar V, Önder C, Kilincaslan A, Zoroglu SS, Alyanak B. Dissociative identity disorder among adolescents: prevalence in a university psychiatric outpatient unit. *J Trauma Dissociation* [Internet]. 2014 [citado 2022 may 9];15(4):402–19. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24283750/>
53. Simeon D, Putnam F. Pathological Dissociation in The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): Prevalence, Morbidity, Comorbidity, and Childhood Maltreatment. *J Trauma Dissociation* [Internet]. 2022 abr 15 [citado 2022 may 27];1–14. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35422203/>
54. Uyan TT, Baltacioglu M, Hocaoglu C. Relationships between childhood trauma and dissociative, psychotic symptoms in patients with schizophrenia: a case-control study. *Gen Psychiatr* [Internet]. 2022 ene 27 [citado 2022 may 27];35(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35146333/>
55. Stone LMD, Millman ZB, Öngür D, Shinn AK. The Intersection Between Childhood Trauma, the COVID-19 Pandemic, and Trauma-related and Psychotic Symptoms in People With Psychotic Disorders. *Schizophr Bull Open* [Internet]. 2021 [citado 2022 may 27];2(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34881362/>

ANEXO I.

Tabla 1. Datos generales de los artículos

Autor(es)	Año de publicación	Título	País	Diseño de estudio	N casos	N controles	N total
Ross CA et al.	1989	Differences between multiple personality disorder and other diagnostic groups on structured interview.	Canadá	Casos-contrroles	20	60	80
Saxe GN et al.	1993	Dissociative disorders in psychiatric inpatients.	EEUU	Transversal	15	15	30
Berger D et al.	1994	Dissociation and child abuse histories in an eating disorder cohort in Japan.	Japón	Transversal	9	32	41
Anderson CL & Alexander PC	1996	The relationship between attachment and dissociation in adult survivors of incest.	EEUU	Cohortes	8	84	92
Nijenhuis ER et al.	1998	Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative disorder is correlated with reported trauma.	Países Bajos	Casos-controles	45	43	88
Scroppa JC et al.	1998	Identifying dissociative identity disorder: a self-report and projective study.	EEUU	Casos-controles	21	21	42
Sar V et al.	2000	Frequency of dissociative disorders among psychiatric outpatients in Turkey.	Turquía	Casos-controles	18	18	36
Sar V et al.	2007	Prevalence of dissociative disorders among women in the general population.	Turquía	Casos-controles	15	17	32
Sar V, Islam S & Öztürk E	2009	Childhood emotional abuse and dissociation in patients with conversion symptoms.	Turquía	Transversal	15	17	32
Sar V et al.	2014	Dissociative identity disorder among adolescents: prevalence in a university psychiatric outpatient unit.	Turquía	Transversal	33	40	73
Friedrich WN et al.	2001	Multimodal assessment of dissociation in adolescents: inpatients and juvenile sex offenders.	EEUU	Transversal	10 ASA 2 PPA	60 ASA 45 PPA	70 ASA 47 PPA
Simeon D et al.	2001	The role of childhood interpersonal trauma in depersonalization disorder.	EEUU	Casos-controles	49	26	75
Simeon D et al.	2009	Alexithymia, absorption, and cognitive failures in depersonalization disorder: a comparison to posttraumatic stress disorder and healthy volunteers.	EEUU	Casos-controles	46	35	81
Tezcan E et al.	2003	Dissociative Disorders in Turkish Inpatients With Conversion Disorder	Turquía	Transversal	18	17	35

Tabla 1.

ASA: abusadores sexuales adolescentes; PPA: pacientes psiquiátricos adolescentes; CS: controles sanos; Uni-d: universitarios con niveles altos de disociación; Uni-DD: universitarios con niveles clínicos de disociación.

**(Continúa...)**

<b>Autor(es)</b>	<b>Año de publicación</b>	<b>Título</b>	<b>País</b>	<b>Diseño de estudio</b>	<b>N casos</b>	<b>N controles</b>	<b>N total</b>
<i>Karadag F et al.</i>	2005	<i>Dissociative disorders among inpatients with drug or alcohol dependency.</i>	Turquía	Transversal	37	75	112
<i>Foote B et al.</i>	2006	<i>Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients.</i>	EEUU	Transversal	24	58	82
<i>Evren C et al.</i>	2007	<i>Dissociative disorders among alcohol-dependent inpatients.</i>	Turquía	Transversal	10	44	54
<i>Riggs SA et al.</i>	2007	<i>Family environment and adult attachment as predictors of psychopathology and personality dysfunction among inpatient abuse survivors.</i>	EEUU	Transversal	78	0	78
<i>Tamar-Guroi D et al.</i>	2008	<i>Childhood emotional abuse, dissociation, and suicidality among patients with drug dependency in Turkey.</i>	Turquía	Transversal	27	31	58
<i>Korzekwa MI et al.</i>	2009	<i>Dissociation in borderline personality disorder: a detailed look.</i>	Canadá	Transversal	16	5	21
<i>Yu J et al.</i>	2010	<i>Dissociative disorders among Chinese inpatients diagnosed with schizophrenia.</i>	China	Transversal	28	68	96
<i>Colizzi et al.</i>	2015	<i>Dissociative symptoms in individuals with gender dysphoria: is the elevated prevalence real?</i>	Italia	Casos-controles	35	83	118
<i>Ural C et al.</i>	2015	<i>Childhood Traumatic Experiences, Dissociative Symptoms, and Dissociative Disorder Comorbidity Among Patients With Panic Disorder: A Preliminary Study</i>	Turquía	Casos-controles	18	74	92
<i>Vissia EM et al.</i>	2016	<i>Is it Trauma- or Fantasy-based? Comparing dissociative identity disorder, post-traumatic stress disorder, simulators, and controls</i>	Europa EEUU	Casos-controles	17	16	33
<i>Krüger C &amp; Fletcher L</i>	2017	<i>Predicting a Dissociative Disorder from Type of Childhood Maltreatment and Abuser-Abused Relational Tie</i>	Sudáfrica	Transversal	16	100	116
<i>Kılıç F et al.</i>	2017	<i>Self-Injury and Suicide Attempt in Relation with Trauma and Dissociation among Adolescents with Dissociative and Non-Dissociative Disorders.</i>	Turquía	Casos-controles	26	181	207
<i>Bækkelund H et al.</i>	2018	<i>Trauma-related altered states of consciousness in post-traumatic stress disorder patients with or without comorbid dissociative disorders.</i>	Noruega	Transversal	46	96	142
<i>Kate MA, Jamieson G &amp; Middleton W</i>	2021	<i>Childhood Sexual, Emotional, and Physical Abuse as Predictors of Dissociation in Adulthood.</i>	Australia	Casos-controles	24	277 ... 220 CS 31 Uni-d 26 Uni-DD	303

## ANEXO II.

Artículo	AE	AS	AF
Ross CA et al., 1989	---	●	●
Saxe GN et al., 1993	---	●	●
Berger D et al., 1994	---	●	●
Anderson CL & Alexander PC, 1996	---	---	● (Padre y madre)
Nijenhuis ER et al., 1998	● (FO/O)	● (FO/FL/O)	● (FO)
Scroppo JC et al., 1998	●	●	●
Sar V et al., 2000	●	●	●
Sar V et al., 2007	●	●	●
Sar V et al., 2009	●	●	●
Sar V et al., 2014	●	●	●
Friedrich WN et al., 2001	●	●	●
Simeon D et al., 2001	●	●	●
Simeon D et al., 2009	●	●	●
Tezcan E et al., 2003	---	● (L / A)	● (IT / L)
Karadag F et al., 2005	Chi² ● / ARM ●	Chi² ● / ARM ●	Chi² ● / ARM ●
Foote B et al., 2006	---	●	●
Evren C et al., 2007	●	●	●
Riggs SA et al., 2007	---	---	---
Tamar-Gurol D et al., 2008	Chi² ● / ARM ●	Chi² ● / ARM ●	Chi² ● / ARM ●
Korzekwa MI et al., 2009	●	●	●
Yu J et al., 2010	---	●	---
Colizzi et al., 2015	●	●	●
Ural C et al., 2015	●	●	●
Vissia EM et al., 2016	●	●	●
Kılıç F et al., 2017	●	●	●
Krüger C & Fletcher L, 2017	●	●	●
Bækkelund H et al., 2018	●	●	●
Kate MA, Jamieson G & Middleton W, 2021	● (6 tipos)	● (3 tipos)	● (8 tipos)

**Tabla 6.** Resultados para abusos: abuso emocional, sexual y físico

FO: Familia de origen; FL: Familia lejana; O: Otros sujetos sin parentesco; IT: Infancia temprana (0-6 años); L: Latencia (7-12 años); A: Adolescencia (13-<19 años); Chi²: test Chi cuadrado; ARM: Análisis por regresión múltiple; Color rojo: no significación estadística; Color verde: sí significación estadística.

Artículo	NE	NF	OTROS
Ross CA et al., 1989	---	---	---
Saxe GN et al., 1993	● (Gral)	● (Gral)	Testigo de violencia (L / A) Caos familiar (IT / L / A) Separación
Berger D et al., 1994	---	---	Violencia doméstica Pérdida parental
Anderson CL & Alexander PC, 1996	● (Materna)	---	Rechazo materno
Nijenhuis ER et al., 1998	● (FO/FL)	---	Acoso sexual (FO / FL / O) Parentalización Amenaza de vida por persona Dolor intenso Trauma observado
Scropo JC et al., 1998	●	●	---
Sar V et al., 2000	● (Gral)	● (Gral)	---
Sar V et al., 2007	●	●	At. Sanitaria deficiente Restricción económica Cese precoz educación Nutrición deficiente Seguridad deficiente
Sar V et al., 2009	●	●	---
Sar V et al., 2014	●	●	---
Friedrich WN et al., 2001	● (Gral)	● (Gral)	Violencia doméstica
Simeon D et al., 2001	---	●	Separación o pérdida (e.s. mayor en controles) Testigo de violencia
Simeon D et al., 2009	●	●	---
Tezcan E et al., 2003	● (Gral) (IT / L / A)	● (Gral) (IT / L / A)	Testigo de violencia Caos familiares (IT / L / A) Separación
Karadag F et al., 2005	Chi² ● / ARM ●	Chi² ● / ARM ●	---
Foot B et al., 2006	---	---	---
Evren C et al., 2007	● (Gral)	● (Gral)	---
Riggs SA et al., 2007	---	---	---
Tamar-Gurol D et al., 2008	Chi² ● / ARM ● (Gral)	Chi² ● / ARM ● (Gral)	---
Korzekwa MI et al., 2009	●	●	---

Yu J et al., 2010	---	---	---
Colizzi et al., 2015	●	●	At. Sanitaria deficiente Nutrición deficiente Restricción económica Cese precoz educación Seguridad deficiente
Ural C et al., 2015	●	●	---
Vissia EM et al., 2016	●	---	Acoso sexual
Kılıç F et al., 2017	●	●	---
Krüger C & Fletcher L, 2017	●	---	Acoso sexual
Bækkelund H et al., 2018	●	●	---
Kate MA, Jamieson G & Middleton W, 2021	● (6 tipos)	● (3 tipos)	● (8 tipos)

**Tabla 7.** Resultados para negligencias: negligencia emocional y física. Otros traumas no estandarizados.

*Gral: negligencia en general; FO: Familia de origen; FL: Familia lejana; O: Otros sujetos sin parentesco; IT: Infancia temprana (0-6 años); L: Latencia (7-12 años); A: Adolescencia (13-<19 años); e.s.: estadísticamente significativo/a;  $\chi^2$ : test Chi cuadrado; ARM: Análisis por regresión múltiple; Color rojo: no significación estadística; Color verde: sí significación estadística.*