

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA  
"San Vicente Mártir"

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA**  
**GENERAL SANITARIA**  
**TRABAJO FINAL DE MÁSTER**

**La disociación como mecanismo mediador entre  
intrusiones postraumáticas y sintomatología psicótica  
positiva: una revisión sistemática**

**Presentado por:**

**Doña Elisa Muñoz Martínez**

**Director/a:**

**Dra. Doña Adoración Reyes Moliner Alberó**

**Valencia, a 18 de enero de 2023**

Elisa Muñoz Martínez

La disociación como  
mecanismo mediador entre  
intrusiones postraumáticas  
y sintomatología psicótica  
positiva: una revisión  
sistemática

## Resumen

La disociación es, en el ámbito de la psicopatología, la disgregación de los elementos, normalmente integrados en un todo, que componen un ámbito de la experiencia del sujeto. Este fenómeno está bien establecido por diferentes autores como mecanismo mediador entre las intrusiones postraumáticas y la sintomatología psicótica positiva. Se hipotetiza que la disociación inicia una cadena de reacciones en la que las experiencias anómalas internas aumentan su frecuencia y tienen una mayor probabilidad de ser interpretadas como estímulos externos reales. El objetivo del presente trabajo es realizar una revisión sistemática acerca de los hallazgos de los últimos cinco años sobre la disociación, entendiéndola como vínculo entre las intrusiones postraumáticas y la sintomatología psicótica positiva. La metodología utilizada para el análisis de los documentos seleccionados, de las bases de datos Web of Science y EBSCOhost, es la última edición del método PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*). Se presenta un análisis de la calidad de 18 publicaciones, seguido de las características de los estudios, y los resultados obtenidos por éstos. Las investigaciones indagan en las distintas tipologías de traumas, focalizan su atención en síntomas psicóticos positivos particulares, destacan subtipos disociativos relevantes, y tratan de establecer vínculos de correlación y causalidad entre las variables de interés. Los últimos hallazgos parecen señalar la necesidad de examinar detenidamente la edad de la traumatización y el tipo de trauma acontecido, junto con la revisión cuidadosa de la capacidad de medición de las herramientas de evaluación de la disociación.

*Palabras clave:* disociación, esquizofrenia, síntomas psicóticos positivos, trauma, intrusiones postraumáticas.

## **Abstract**

Dissociation is defined, in psychopathology, as the disintegration of elements, which are normally integrated as a whole, that compose a field of experience of the subject. This phenomenon is well established by different authors as a mediating mechanism between post-traumatic intrusions and positive psychotic symptoms. It is hypothesized that dissociation initiates a chain reaction in which anomalous internal experiences occur more often and have a higher chance of being interpreted as real external stimuli. The objective of the present work is to conduct a systematic revision about the findings of dissociation in the last five years, understanding it as a link between post-traumatic intrusions and positive psychotic symptoms. The selected methodology to analyze the documents, recovered from Web of Science and EBSCOhost, is the last edition of PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analysis). An analysis of the quality of 18 publications is presented, followed by the characteristics of the studies, and the results obtained by them. Studies delve into the different trauma typologies, focus on particular positive psychotic symptoms, emphasize different dissociation subtypes, and they attempt to establish links of correlation and causation between relevant variables. Last findings seem to highlight the need to thoroughly examine the age of traumatization and the type of trauma, along with the careful revision of the measuring ability concerning evaluation tools for dissociation.

*Keywords:* dissociation, schizophrenia, positive psychotic symptoms, trauma, post-traumatic intrusions.

## Índice

1. Introducción .....	6
1.1. Trastorno de Estrés Postraumático.....	6
1.2. Síntomas Psicóticos Positivos en los Trastornos del Espectro de la Esquizofrenia.....	8
1.3. Solapamiento Fenomenológico de las Intrusiones Postraumáticas y los Síntomas Psicóticos Positivos.....	9
1.4. La Disociación Como Mecanismo Entre Intrusiones Postraumáticas y los Síntomas Psicóticos Positivos .....	11
1.5. Justificación.....	14
1.6. Objetivos .....	15
2. Metodología .....	15
2.1. Estrategia de Búsqueda. ....	15
2.2. Procedimiento de Selección de Estudios.....	17
2.3. Procedimiento de Extracción de Datos .....	17
3. Resultados .....	18
3.1. Análisis de la Calidad de las Publicaciones .....	20
3.2. Diseño de los Estudios .....	21
3.3. Características de la Muestra.....	22
3.4. La Disociación Como Mecanismo Mediador Entre las Intrusiones Postraumáticas y los Síntomas Psicóticos Positivos .....	32
3.4.1. <i>Sintomatología Explorada</i> .....	32
3.4.2. <i>Tipo de Trauma Acontecido</i> .....	33
3.4.3. <i>Instrumentos de Medición de las Variables</i> .....	33
3.4.4. <i>Resultados de los Estudios</i> .....	34
4. Discusión.....	38
5. Referencias.....	42
6. Anexos .....	51
Anexo 1. Tabla 1 .....	51
Anexo 2. Ecuación de Búsqueda.....	56
Anexo 3. Tabla 2. ....	57
Anexo 4. Tabla 4.....	59
Anexo 5. Tabla 6.....	60
Anexo 6. Tabla 7.....	61
Anexo 7. Tabla 8.....	63

Anexo 8. Tabla 9.....65

## 1. Introducción

### 1.1. Trastorno de Estrés Postraumático.

Los principales manuales diagnósticos, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la *American Psychiatric Association* (APA) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), reconocen en sus últimas ediciones (APA, 2022; OMS, 2019) que, en el trastorno de estrés postraumático (TEPT), la percepción individual es un elemento clave para determinar el desarrollo de una psicopatología posterior, independientemente del peligro real de la situación (Anexo 1).

Según el DSM-5-TR (APA, 2022), el TEPT puede desarrollarse sin estar presente en la escena traumática en sí, es decir, dicho trastorno puede provocarse por haber sido confidente de los hechos traumáticos vividos por una persona próxima, o puede desarrollarse a partir del visionado repetido de imágenes perturbadoras. En este sentido, unos ejemplos podrían ser hijos que escucharon el testimonio de padres supervivientes de los campos de concentración durante la Segunda Guerra Mundial, o agentes de policía que revisan material pornográfico infantil para constatar la naturaleza de un crimen.

De forma similar, la CIE-11 (OMS, 2019) plantea que dichos eventos sean amenazantes u horribles, de modo que su descripción también acepta un amplio rango de experiencias bajo el uso de estos adjetivos, que permiten atender a la subjetividad.

Ante el papel de la idiosincrasia individual, autores como Dana (2018) insisten en que el clínico debe dar prioridad a la percepción subjetiva de la experiencia. Levine & Kline (2016) recalcan esta noción especialmente cuando se trabaja con niños, pues muchos traumas infantiles son ignorados por padres o adultos poco sensibles a sus necesidades bajo la idea de que no son sucesos significativos, sin considerar que un niño puede percibir una amenaza en situaciones donde un adulto posiblemente no detecte ningún peligro.

Desde su incorporación en el DSM-III (APA, 1980) por la influencia del movimiento a favor del bienestar de los veteranos de la guerra de Vietnam (Hermann, 2015), el TEPT ha atravesado una serie de cambios, tanto en su descripción como en su clasificación. Una de las modificaciones más significativas posiblemente sea que, si bien inicialmente se instauró como una entidad dentro de la categoría de trastornos de ansiedad, en la actualidad el TEPT está establecido dentro de la categoría de trastornos de etiología traumática del DSM-5-TR (APA, 2022).

Más allá de las clasificaciones diagnósticas, autores relevantes por su estudio de los trastornos de origen traumático, como Hermann (2015), sintetizan el TEPT en tres grupos de síntomas: intrusión, evitación e hiperactivación, los cuales también se ven reflejados en el DSM-5-TR (APA, 2022) y la CIE-11 (OMS, 2019). Los manuales proponen, entre otros elementos, ejemplos de manifestaciones de dichas agrupaciones sintomatológicas, con el objetivo de facilitar su detección (Anexo 1). Así, tomando el DSM-5-TR (APA, 2022), las intrusiones postraumáticas se corresponden con el criterio B, la evitación con los criterios C y D, y la hiperactivación con el criterio E. Por otro lado, en la CIE-11 (OMS, 2019), el criterio 1 hace referencia a las intrusiones, el criterio 2 a la evitación y el criterio 3 a la hiperactivación.

Hermann (2015) y van der Kolk (2015) sostienen que estos síntomas se deben a que los recuerdos traumáticos no han sido almacenados de igual forma que los recuerdos cotidianos, por lo que las intrusiones postraumáticas asaltan al sujeto tomando la forma de recuerdos, pesadillas, flashbacks o recreaciones del evento, en un intento infructuoso de conseguir integrar lo ocurrido en la memoria. La experiencia descontrolada del recuerdo traumático no sólo es dolorosa, sino que las intrusiones se presentan como si el suceso todavía estuviera ocurriendo.

Las intrusiones postraumáticas del TEPT generan malestar en el sujeto, que se hiperactiva ante la percepción de amenaza constante y, como consecuencia, evita ciertas acciones, pensamientos, sentimientos o sensaciones vinculadas con el trauma, como un intento no adaptativo de reducir la conciencia del recuerdo (Hermann, 2015).

Así, como en tantos otros trastornos, si bien el malestar se reduce a corto plazo, las vidas de las personas con TEPT sin tratar quedan limitadas severamente y siguen siendo presa de las intrusiones, que consiguen filtrarse con mayor o menor frecuencia dependiendo del momento temporal y las características personales del sujeto (van der Hart et al., 2011). Sin embargo, Hermann (2015) aclara que, aunque el sujeto fuera capaz de evitar todos los disparadores de las intrusiones, su nivel base de ansiedad seguiría siendo más elevado que el que poseía antes del suceso traumático, lo que lleva igualmente al estado de hiperactivación y a sus consecuencias en los patrones de sueño o irritabilidad, entre otros.

Así pues, dentro de los manuales diagnósticos, el TEPT es posiblemente la categoría en la cual se ve con mayor claridad esta dualidad entre intrusión y evitación, aunque dichos síntomas también tienen roles relevantes en otros diagnósticos clínicos, como el trastorno de estrés agudo (DSM-5-TR; APA, 2022).

Otras menciones interesantes dentro de los manuales son aquellos diagnósticos que se han establecido en la etiología traumática, a saber: el trastorno de apego reactivo, el trastorno de relación social desinhibida, el trastorno de adaptación, otros trastornos relacionados con

traumas y factores de estrés especificados, trastornos relacionados con traumas y factores de estrés no especificados y, por último, el trastorno de duelo prolongado, el cual fue recientemente añadido a dicha categoría en el DSM-5-TR (APA, 2022). La CIE-11 (OMS, 2019) presenta casi el mismo espectro de trastornos de origen traumático, pero añade el trastorno de estrés postraumático complejo y no indica la existencia del trastorno de estrés agudo.

A la vez, es necesario aclarar que no todos los traumas implican el desarrollo posterior de un trastorno psicológico, y tampoco todas las situaciones que presentan un peligro a la persona crean un trauma. Sin embargo, la incapacidad de cumplir con los requisitos diagnósticos no significa que el sujeto no haya desarrollado secuelas psicológicas que impliquen malestar e interfieran con el funcionamiento (González-Pardo & Pérez-Álvarez, 2017).

## **1.2. Síntomas Psicóticos Positivos en los Trastornos del Espectro de la Esquizofrenia**

Los síntomas psicóticos son aquellos que el DSM-5-TR (APA, 2022) y la CIE-11 (OMS, 2019) utilizan para referirse al conjunto de síntomas principales de los trastornos del espectro de la esquizofrenia (TEE).

El DSM-5-TR (APA, 2022) explica que en la sintomatología psicótica se puede dividir en dos tipos: síntomas positivos o negativos. Así pues, los síntomas psicóticos positivos se refieren a las alucinaciones, delirios, y la desorganización cognitiva y motora. Por otro lado, los síntomas negativos pueden dividirse, de nuevo, en varias categorías, entre las cuales el DSM-5-TR (APA, 2022) menciona la expresión emocional reducida, la abulia, alogia, anhedonia y la falta de impulso social.

Según el DSM-5-TR (APA, 2022), las alucinaciones son experiencias fuera del control voluntario del sujeto, las cuales implican una percepción de cualquier modalidad sensorial sin un estímulo externo que se le corresponda, pero produciendo el impacto de la percepción de un estímulo real. Los delirios, por otro lado, son aquellas creencias que se mantienen fijas e inalterables a pesar de la ausencia de pruebas a su favor, o incluso a pesar de poseer pruebas sólidas de que no son ciertas. Esta descripción es válida independientemente del contenido delirante, que puede ser extraño (cuando son creencias claramente inverosímiles) o plausible.

Los otros síntomas psicóticos positivos hacen referencia a la desorganización de las funciones. Primero, el pensamiento desorganizado, el cual se puede detectar en saltos de temas en el discurso, respuestas tangenciales o la incoherencia en el habla, entre otros posibles

indicadores. Seguidamente, la conducta motora desorganizada es observable en amplio rango de comportamientos, como conductas infantiles, agitación, comportamiento impredecible, catatonia, o problemas para llevar una conducta orientada a objetivos (ya sean actividades básicas de la vida diaria o conductas más complejas).

Sin embargo, los síntomas psicóticos positivos no son exclusivos de los TEE o sus pródromos, sino que han sido observados, como recogen el DSM-5-TR (APA, 2022) y la CIE-11 (OMS, 2019), en otros diagnósticos (p.e.: el trastorno bipolar o la depresión), condiciones transitorias (como el consumo de drogas) o en afecciones orgánicas (la enfermedad de Alzheimer o la demencia con cuerpos de Lewy). De este modo, la sintomatología psicótica positiva no implica necesariamente la comorbilidad de un TEE.

De forma similar, tanto los manuales ya mencionados, como las evidencias recogidas por algunos estudios (Mertin & O'Brien, 2012), reconocen que las experiencias psicóticas no son exclusivas de la población clínica, sino que hay experiencias alucinatorias normativas que pueden presentar los sujetos sin psicopatología y no medicados. Por ejemplo, las alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas, que se relacionan con las transiciones al sueño y fuera de éste, o las alucinaciones específicas por estrés, como las que ocurren en ocasiones en el duelo, no se consideran muestras de psicopatología (DSM-5-TR; APA, 2022). Según dicho razonamiento, es posible argumentar la existencia de un continuum de experiencias psicóticas que abarca también a la población general (DeRosse & Karlsgodt, 2015; Lindley et al., 2014).

### **1.3. Solapamiento Fenomenológico de las Intrusiones Postraumáticas y los Síntomas Psicóticos Positivos.**

Van der Kolk (2015) relató cómo uno de sus pacientes, quien padecía las intrusiones de una serie de abusos sexuales en la infancia, veía la silueta de su agresor apoyada en el marco de una puerta, observándole.

Hermann (2015), por otro lado, ejemplificó las intrusiones mediante el caso de un veterano de guerra cuya aeronave se estrelló, un evento del que sólo pudo salvarse agarrándose a los escombros del avión a la deriva en el mar, y cuya intrusión traumática posterior era la sensación del agua helada, a pesar de estar seco y en tierra firme.

Una explicación plausible para señalar la diferencia entre los ejemplos anteriores y las alucinaciones es, brevemente, que los primeros son de etiología traumática, mientras que las alucinaciones pueden clasificarse como origen orgánico. Pero el fenómeno de ver una silueta o sentir el agua helada en la piel sin que estas experiencias tengan un estímulo externo poseen

una descripción que, en ausencia del conocimiento del historial traumático individual, es confundible con las alucinaciones (van der Hart et al., 2011; van der Kolk, 2015).

Aunque la clave para el diagnóstico diferencial podría ser la etiología, múltiples autores (Matheson et al., 2013; Morgan & Gayer-Anderson, 2016; Kraan et al., 2015) advierten que un número considerable de pacientes con TEE han pasado por algún evento traumático significativo antes de desarrollar el trastorno. De este modo, la diferenciación se vuelve más compleja, pues, según Peach et al. (2020), las alucinaciones pueden estar influenciadas por las experiencias traumáticas previas, sin que éstas lleguen a ser intrusiones postraumáticas.

Morrison et al. (2003) proponen que ambos síntomas (alucinaciones e intrusiones postraumáticas) son fenomenológicamente similares debido a que (1) ambas son experiencias sensorio-perceptivas, (2) se perciben como si realmente estuvieran ocurriendo en el presente y (3) suelen ir asociadas de un sentimiento de miedo y amenaza. De este modo, estudios recientes continúan intentando identificar las similitudes y diferencias entre su expresión sintomatológica (Ayalde et al., 2022; Palic et al., 2015; Wearne et al., 2022).

Debido al solapamiento fenomenológico y a las altas prevalencias de traumatización en TEE, autores como McCarthy-Jones & Longden (2015) o Hardy et al. (2020), sopesan que podría ser apropiado adoptar modelos transdiagnósticos para la comprensión y el tratamiento de dicha sintomatología, por lo menos en aquellos casos donde se encuentran al mismo tiempo la traumatización y la sintomatología psicótica positiva.

Peach et al. (2020) proponen una descripción revisada de la sintomatología alucinatoria relativa al trauma que permite diferenciarla de las intrusiones postraumáticas mediante el uso de un continuo. Según los autores, las intrusiones son una copia literal o casi perfecta del evento traumático, mientras que las alucinaciones pueden estar influenciadas en contenido o temática por el trauma sin llegar a ser copias exactas. No obstante, McCarthy-Jones & Longden (2015) señalan que las intrusiones traumáticas no son necesariamente copias precisas del trauma, sino que pueden tratarse de percepciones inusuales con claras influencias de eventos traumáticos.

Es posible hablar también de un cierto solapamiento de la sintomatología delirante y negativa de los TEE con el TEPT. O’Conghaile & DeLisi (2015) señalan que la hipervigilancia extrema, derivada de desconfianza hacia otras personas tras el trauma, podría confundirse con los delirios paranoides, lo que contribuiría a la confusión de los clínicos, quienes podrían tener más motivos para argumentar la existencia de un TEE.

Al mismo tiempo, Morrison et al. (2003) señala que la hiperactivación, que impide el descanso en el TEPT, puede confundirse con los patrones de sueño fragmentados de los TEE. Por otra parte, el mismo autor también señala que el clúster de evitación, de nuevo, del TEPT

(como las emociones entumecidas, el sentimiento de extrañeza hacia otras personas, los problemas de concentración o la negligencia general hacia el cuidado de uno mismo), son fácilmente confundibles con los síntomas negativos de los TEE.

Estos solapamientos fenomenológicos han resultado ser lo suficientemente llamativos como para propiciar múltiples estudios (Bendall et al., 2010; Hardy, 2017; Morrison et al., 2003; Perona-Garcelán et al., 2012; Steel, 2015), cuyo propósito ha sido hallar mecanismos mediadores entre las intrusiones postraumáticas y los síntomas psicóticos positivos que puedan, quizás, explicar los solapamientos sintomatológicos.

#### **1.4. La Disociación Como Mecanismo Entre Intrusiones Postraumáticas y los Síntomas Psicóticos Positivos**

Distintas investigaciones han hallado mecanismos que podrían mediar entre el trauma y los síntomas psicóticos positivos. La revisión sistemática de Williams et al. (2018) propone la existencia de cinco grupos, entre los cuales se identifican las secuelas postraumáticas, la disregulación del afecto, los procesos cognitivos, el cambio en la valoración de las situaciones tras la traumatización y el uso de sustancias. Por otro lado, el análisis de Hardy et al. (2020) señaló como más relevantes las creencias negativas sobre uno mismo y el mundo, además de la hipervigilancia.

Entre otros, se ha prestado atención al rol de la disociación (Perona-Garcelán et al., 2012; Varese et al., 2012; Williams et al., 2018). Según el DSM-5-TR (APA, 2022), la disociación es la alteración de las funciones, normalmente integradas en un todo, que pueden afectar al ámbito de la conciencia, memoria, identidad, cognición, percepción, emoción, representación corporal, control motor o comportamental, interfiriendo en el funcionamiento del sujeto. Sin embargo, las experiencias disociativas también pueden situarse en un continuo, como reporta van der Hart et al. (2011), de modo que su experiencia no está limitada a la psicopatología.

Se han identificado distintas subcategorías de disociación. A grandes rasgos, Holmes et al. (2005) las clasifican en las categorías de “indiferencia” o “separación” (*detachment*) y “compartimentalización” (*compartmentalization*). La primera hace referencia a las alteraciones de la conciencia que generan sentimientos de irrealidad y desconexión con uno mismo (despersonalización) o el mundo (desrealización y absorción). Por otra parte, la segunda implica un déficit en el control deliberado sobre procesos y acciones (amnesia disociativa, identidad disociativa y fuga disociativa).

De forma similar, y tras el análisis de la estructura factorial de la Escala de Experiencias Disociativas (*Dissociative Experience Scale*, DES; Bernstein & Putnam, 1986), Larøi et al. (2013) plantean dos subtipos de disociación, a saber, los mecanismos de defensa (amnesia disociativa, despersonalización y desrealización) y los fallos cognitivos. Sin embargo, Larøi et al. (2013) indican que los intentos de hallar la estructura factorial de la disociación mediante el uso de instrumentos han encontrado notables diferencias, en función de la muestra y del método estadístico utilizado. Así, se han recopilado desde estructuras de un sólo factor hasta estructuras de siete factores.

Respecto al trauma, autores como Bentall et al. (2014) o McCarthy-Jones & Longden (2015) señalan la disociación peritraumática como posible mediador entre las intrusiones postraumáticas y experiencias psicóticas positivas debido a su rol en el procesamiento de la información. Dana (2018) explica que las experiencias traumáticas, por su condición de amenaza, generan un nivel de activación tan elevado que las estructuras cercanamente ligadas a la emoción (como la amígdala) se hiperactivan, imponiéndose al lóbulo frontal (encargado de las funciones ejecutivas). En las situaciones traumáticas en las que se percibe que el daño o la muerte son inescapables puede activarse la defensa de la disociación peritraumática (también llamada colapso), en la que el cuerpo enlentece los procesos fisiológicos, provocando anestesia. Sin embargo, dichos cambios fisiológicos también implican que disminuya todavía más la actividad del lóbulo frontal.

Esta desactivación frontal significa que los recuerdos traumáticos no pueden almacenarse e integrarse de la misma forma que las memorias autobiográficas, por lo que las experiencias traumáticas quedan guardadas como una serie de huellas fragmentadas de las sensaciones experimentadas entonces, a modo de intrusiones postraumáticas (van der Kolk, 2015). De esta forma, las experiencias disociadas reaparecen más tarde en la memoria sin el ejercicio del control consciente del sujeto. Según Hermann (2015) y van der Hart et al. (2011), los sujetos experimentan más intrusiones postraumáticas bajo distintas condiciones, como, por ejemplo, cuando manifiestan sintomatología ansiosa.

Ante lo anterior, cabe recordar que Hermann (2015) también destaca que los sujetos con TEPT presentan una línea base de ansiedad más elevada que la población general, lo cual, entonces, repercute en una aparición más frecuente de recuerdos traumáticos no integrados. Al mismo tiempo, la presencia de mayor ansiedad incrementa las creencias negativas, con lo cual las experiencias anómalas (sean alucinaciones o intrusiones) se identifican como más amenazantes y, por tanto, son más ansiógenas (Bentall et al., 2014; Hardy et al., 2016).

Según el modelo de neurodesarrollo traumagénico de la esquizofrenia de Read et al. (2014), la presencia de eventos traumáticos a edades tempranas genera una mayor susceptibilidad a la ansiedad, lo que se significaría que el trauma temprano podría propiciar mayor reacción a eventos estresantes posteriores. Cabe considerar, además, el modelo diátesis-estrés de Zubin & Spring (1977), por el cual los estresores favorecen la aparición de trastornos a los que el sujeto presenta vulnerabilidad genética.

Así pues, si un sujeto traumatizado presenta una alta vulnerabilidad a la esquizofrenia, la traumatización podría, según el modelo de Zubin & Spring (1977), desencadenar un brote psicótico. Sin embargo, aunque se trate de un sujeto sin vulnerabilidad genética considerable, autores como Mertin & O'Brien (2012) proporcionaron evidencia de que la presencia de condiciones vitales estresantes pueden generar sintomatología psicótica positiva subclínica en la población general.

Una posible explicación a los hallazgos de Mertin & O'Brien (2012) es la reducción del funcionamiento de la corteza prefrontal ante la hiperactivación (Dana, 2018). Bentall et al. (2014) & Mertin & O'Brien (2012) argumentan que es posible que el exceso de ansiedad genere fallos en la adecuada monitorización de la realidad, lo que implicaría que los sujetos tendrían mayor propensión a identificar estímulos internos como externos (y viceversa).

Así, mediante la secuencia anterior, se habría enlazado las intrusiones postraumáticas con un TEE mediante la intervención de la disociación. De forma resumida, es posible que la disociación peritraumática inicie una cadena de reacciones que generen ansiedad y que, al mismo tiempo, sean sensibles a ésta, facilitando la aparición de percepciones anómalas. Las percepciones anómalas, posteriormente, podrían identificarse no como recuerdos, sino como elementos provenientes del medio externo (alucinaciones), iniciando, así, un bucle mantenido por la hiperactivación. En dichos casos, autores como Hardy et al. (2020) advierten de que podrían aparecer delirios como intentos infructuosos de explicar las experiencias perturbadoras y anómalas que el sujeto encuentra inexplicables.

Las condiciones son similares en sujetos que no experimentan disociación peritraumática, pues todavía son susceptibles a la aparición de síntomas disociativos como secuelas del trauma (Dana, 2018). En dichos casos, la disociación todavía posee la función de un mecanismo regulador o defensivo para lidiar con recuerdos que, a pesar de estar mejor integrados, siguen siendo traumáticos. De este modo, la experiencia de la disociación seguiría siendo ansiógena, y podría contribuir a la secuencia de respuestas ya presentadas.

## 1.5. Justificación

Uno de los motivos que conceden relevancia al tema del presente trabajo es que, si bien no es necesaria la vivencia de un trauma para desencadenar la aparición de un TEE, los estudios que han explorado el pasado de los pacientes con esta problemática, han hallado que un número considerable de éstos ha experimentado algún tipo de evento traumático o notablemente estresante, especialmente durante la infancia (Matheson et al., 2013; Morgan & Gayer-Anderson, 2016; Kraan et al., 2015).

A las significativas prevalencias se añade, por un lado, que los síntomas psicóticos positivos pueden tomar su contenido o temática de las experiencias traumáticas previas sin que éstas sean intrusiones (McCarthy-Jones & Longden, 2015; Peach et al., 2020). Por otra parte, autores como Bailey et al. (2018), Sareen et al. (2005) o Wearne et al. (2020), hallaron que los pacientes con TEPT tenían más probabilidades de presentar más sintomatología psicótica positiva y que ésta fuera más severa. Hallazgos como los anteriores parecen apuntar a que dichos trastornos se podrían retroalimentar de algún modo, reflejando las consecuencias en una sintomatología más pronunciada.

La disociación como mecanismo mediador está bien establecida por diferentes revisiones sistemáticas, metaanálisis y *network analysis* de gran calidad (Černis et al., 2021; Longden et al., 2020; Pilton et al., 2015; Williams et al., 2018). Sin embargo, es posible que todavía se puedan concretar algunas cuestiones sobre su forma de actuación, como cuáles son los subtipos de la disociación que más se relacionan con la sintomatología psicótica positiva, si los distintos síntomas positivos son influenciados de la misma forma por la disociación, o si existen subtipos de pacientes con TEE donde el proceso anterior no sea válido, entre otros interrogantes.

El estudio de otros mecanismos mediadores ya ha permitido distinguir nuevas vías de posibles tratamientos novedosos, como plantean Clarke et al. (2022) o Hardy et al. (2022). Así pues, es posible que la investigación sobre la disociación, como mecanismo que enlaza el trauma con la sintomatología psicótica positiva, contribuya a elaborar nuevos tipos de tratamiento para los TEE en general, o para desarrollar intervenciones en sintomatología específica (Longden et al., 2020).

## **1.6. Objetivos**

El objetivo general del presente trabajo es realizar una revisión sistemática acerca de los últimos hallazgos de la disociación como mecanismo mediador entre intrusiones postraumáticas y la sintomatología psicótica positiva, en concreto, aquella que está presente en los TEE.

De este objetivo general se derivan cuatro objetivos específicos: (1) recopilar los estudios de los últimos 5 años que presenten los hallazgos recientes sobre la disociación como mecanismo mediador entre el trauma y la sintomatología psicótica en las bases de datos relevantes, (2) señalar la calidad de los estudios seleccionados, (3) describir las características de los estudios y (4) exponer sus resultados, de forma que se puedan realizar comparaciones entre los mismos.

## **2. Metodología**

El procedimiento elegido para la realización de la presente revisión sistemática es el método PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*; Page et al., 2021), dado que se trata de un método dedicado íntegramente a la realización de revisiones de forma clara y transparente. Esta metodología aúna los avances en este ámbito de los últimos años, lo que implica mejoras en la identificación, selección, evaluación y síntesis de los estudios. La puesta en práctica de PRISMA se realiza mediante ítems claramente delimitados, que facilitan su uso, tanto para el contenido de la revisión como para presentar otros apartados, como el resumen o el diagrama de flujo.

### **2.1. Estrategia de Búsqueda.**

Ante los objetivos propuestos, se seleccionaron como fuentes las bases de datos Web of Science (WoS) y EBSCOhost. A grandes rasgos, la ecuación de búsqueda presenta cuatro bloques de conceptos con sus correspondientes sinónimos y términos relacionados: “trauma”, “intrusiones postraumáticas”, “síntomas psicóticos positivos” y “disociación” (Anexo 2). Además, se concretaron los resultados añadiendo a la ecuación un bloque de conceptos que no se deseaba encontrar en la búsqueda (por ejemplo, el consumo de sustancias).

El hecho de que los términos “TEPT” e “intrusiones postraumáticas” se encuentren separados se debe a la prioridad del presente trabajo en hallar aquellos estudios que aborden este grupo sintomatológico del TEPT. La unión de ambos bloques supondría un considerable

número de resultados no pertinentes al estudio, pues muchos de los términos, sinónimos o altamente relacionados con las intrusiones postraumáticas, también son adoptados por el lenguaje común para referirse a otras temáticas (por ejemplo, los términos de reminiscencia o recreación).

Por otro lado, el término “disociación” tuvo que ser añadido dos veces en la ecuación: la primera vez en el bloque de intrusiones postraumáticas y una segunda ocasión en el bloque de disociación. Esto se debe a que, tomando como referencia el DSM-5-TR (APA, 2022) y la teoría de la disociación estructural de Janet (en van der Hart et al., 2011), el término “disociación” es utilizado en ocasiones por algunos autores para referirse a la sintomatología intrusiva postraumática. De este modo, se intentó que la ecuación de búsqueda reflejara esta complejidad.

La presente revisión escogió concretar los resultados a los últimos 5 años, pues la trayectoria de la investigación acerca de la disociación como mecanismo mediador, como ya se ha señalado anteriormente, se remonta a más de una década. La restricción del rango temporal tuvo, por un lado, el propósito de hallar estudios que presentaran metodología de investigación más novedosa. Al mismo tiempo, se planteó que, quizás, la acumulación del conocimiento a lo largo del tiempo podría haber permitido a las últimas investigaciones ir más allá de la constatación de la presencia o ausencia de la disociación como mecanismo mediador.

Así pues, la búsqueda en WoS se realizó el 8 de diciembre de 2022. Inicialmente se seleccionaron todas las bases de datos que abarca dicha plataforma, pues, a pesar de que algunas hacen referencia a otros idiomas, sus contenidos normalmente se difunden en inglés. Así pues, la ecuación se introdujo como Tema (*Topic*), y sus resultados se refinaron en todas las colecciones disponibles. Seguidamente, se concretaron las áreas de investigación para que aparecieran los resultados de las áreas de psicología, psiquiatría y neurociencias/neurología. Se especificó que los documentos fueran artículos o *reviews*, se estableció el rango de años de publicación entre el 2018 y el 2022, y se delimitó que los idiomas de los documentos fueran en inglés o español. Así pues, este proceso obtuvo 144 resultados.

La búsqueda de resultados en EBSCOhost se realizó el 14 de diciembre de 2022. Dentro de las bases de datos que abarca dicha plataforma, se seleccionaron las siguientes: *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, *APA Psycinfo* y *MEDLINE Complete*. Tras esto, se refinaron los resultados para que sólo se recuperaran documentos entre el 2018 y el 2022 que fueran *reviews* o artículos. Sin embargo, se decidió no especificar la clasificación de los artículos, pues los resultados obtenidos bajo los criterios anteriores no eran muy elevados y,

además, la selección de otras variables, como la clasificación, reducía en gran medida los resultados. De este modo, se obtuvieron 84 resultados.

## **2.2. Procedimiento de Selección de Estudios**

En base a los objetivos del trabajo, se seleccionaron aquellos documentos científicos que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: (1) que los trabajos versaran sobre la disociación como mecanismo mediador entre intrusiones postraumáticas y los síntomas psicóticos positivos; (2) que los estudios utilizaran instrumentos específicos que midieran las variables de interés; (3) que el documento se clasificara en el área de la psicología, psiquiatría o neurociencias; (4) que el documento estuviera escrito en inglés o español; (5) que los trabajos experimentales encontrados contaran, al menos, con una muestra clínica; (6) que fueran publicados los últimos 5 años; y (7) que se pudiera tener acceso al documento completo.

Por otro lado, se excluyeron aquellos documentos que (1) no versaran sobre la disociación como mecanismo mediador entre intrusiones postraumáticas y los síntomas psicóticos positivos; (2) que los estudios no utilizaran instrumentos específicos para medir las variables de interés; (3) que no pertenecieran al área de la psicología, psiquiatría o neurociencias, o que pertenecieran a áreas de la psicología que no fueran de interés (por ejemplo, la psicología social); (4) capítulos de libros, comentarios, ponencias, resúmenes y tesis doctorales; (5) documentos en los cuales la etiología de las alucinaciones perteneciera a trastornos de origen orgánico, como los trastornos de drogodependencia o las demencias; y (6) se eliminaron los duplicados.

Teniendo dichos criterios en cuenta, se pasó a la lectura de los títulos, resúmenes y palabras clave de cada uno de los artículos hallados en las bases de datos utilizadas. Esto permitió seleccionar los resultados del listado inicialmente hallado tras introducir la ecuación junto con el refinamiento por idiomas, tipo de documento y otros criterios.

## **2.3. Procedimiento de Extracción de Datos**

La selección y síntesis de los artículos fue dividida en dos partes: características de las publicaciones y análisis de su contenido. Se decidió presentar lo anterior mediante el uso de tablas para tratar de transmitir la información con un apoyo visual.

De este modo, en la primera tabla se recopilaron las características descriptivas, con propósito de aunar la información elemental de los documentos, pero, a la vez, también se pretendió controlar el riesgo de posibles sesgos de las investigaciones mediante el análisis de

la calidad de éstas. Así pues, este apartado implicaba conocer el H-index de los estudios, las revistas donde fueron publicados, el impacto de la revista, la procedencia del estudio y si hubo revisión por pares previo a su publicación (Lasker, 2018).

Seguidamente, se organizó la información recopilada tras la lectura de las investigaciones. El objetivo de la tabla elaborada al respecto fue presentar su metodología y hallazgos de forma concisa, además de otros datos necesarios para la comprensión de los estudios. Este apartado se constituyó por la muestra, la edad de traumatización, la sintomatología psicótica positiva de interés, los instrumentos utilizados, y los resultados obtenidos. También se proporcionaron dos tablas auxiliares para tratar el diseño escogido por los estudios.

Además del uso de tablas, también se redactaron apartados en los que se agrupó información acerca cuestiones específicas, como la calidad de los artículos, los diseños utilizados, las características de la muestra, los instrumentos de medición, el tipo de sintomatología explorada o las relaciones entre variables. Esta organización adicional de la información tuvo los objetivos de facilitar la presentación de los estudios y la comparación entre éstos, de modo que su presencia complementa a la información recogida visualmente en las tablas.

### **3. Resultados**

El proceso de selección de artículos en la presente revisión se ilustra en la Figura 1 mediante un diagrama de flujo, con el propósito de organizar la información de modo visual y esquematizado.

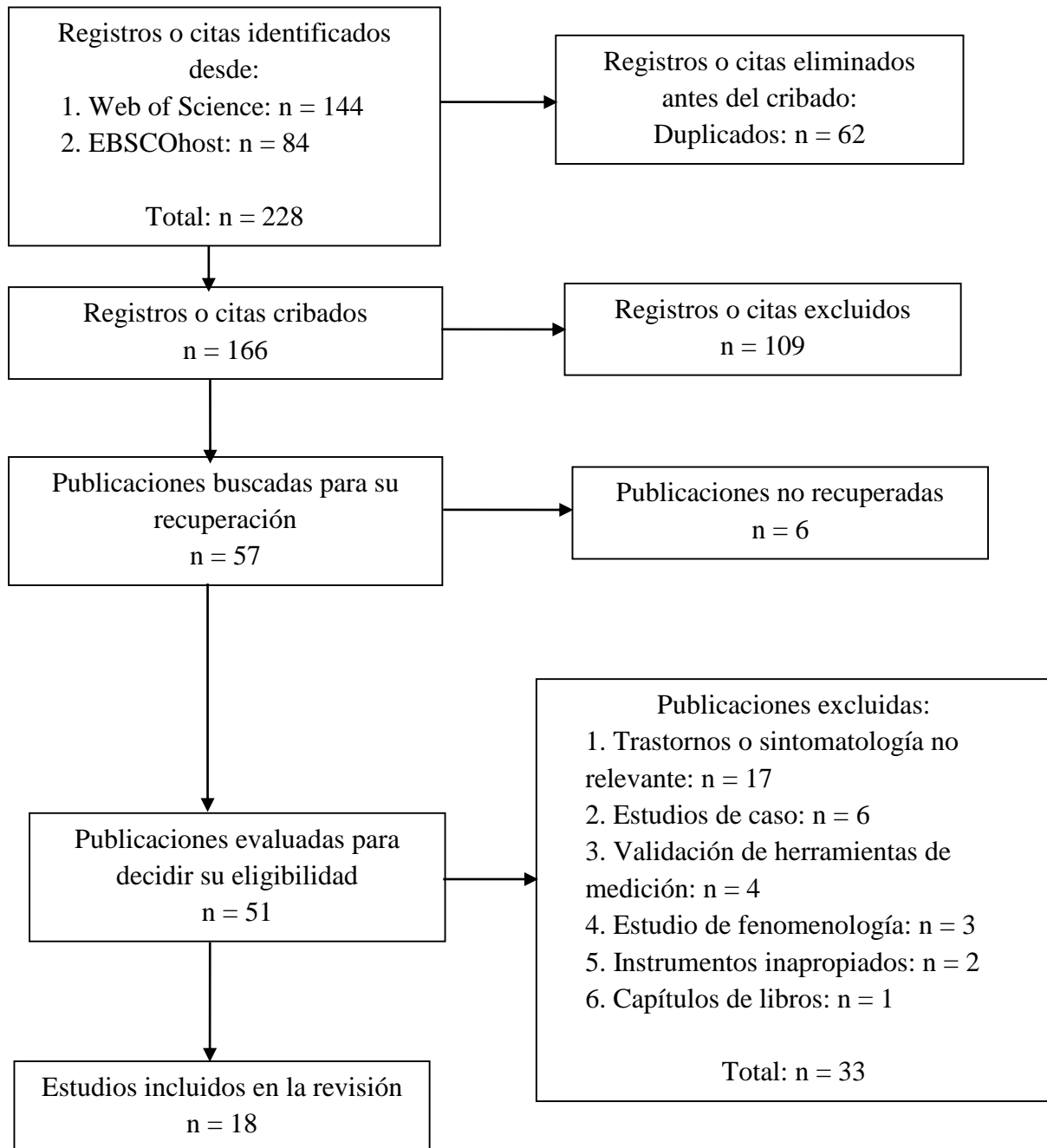
Tomando conjuntamente los resultados obtenidos de WoS ( $n = 144$ ) y EBSCOhost ( $n = 84$ ), se obtuvieron un total de 228 resultados. Sin embargo, 62 fueron detectados como duplicados, por lo que se eliminaron antes de realizar el cribado. Así pues, se terminó por cribar 166 registros, entre los cuales se descartaron 109 documentos. De este modo, se eligió buscar 57 publicaciones para su recuperación, pero 6 de éstos no pudieron recuperarse debido a que sólo se encontraron opciones de pago para el acceder a su contenido, en vez de las alternativas gratuitas que se hallaron para el resto de las publicaciones.

Se leyeron atentamente 51 documentos para evaluar la idoneidad de su contenido respecto a las necesidades de la presente revisión. 33 artículos fueron descartados debido a diversos motivos, entre los cuales se destacan aquellos artículos eliminados del resultado final por no tratarse de la relación de la sintomatología psicótica positiva con las intrusiones

postraumáticas, a pesar de la especificidad de la ecuación de búsqueda. Por ejemplo, se halló resultados relativos a los trastornos de la conducta alimentaria, el insomnio o la epilepsia, entre otros.

**Figura 1**

*Diagrama de flujo*



*Nota:* El diagrama de flujo ha sido realizado siguiendo las directrices de la versión actualizada en 2020 del método PRISMA (Page et al., 2021).

Habiendo descartado 33 documentos, se procedió al análisis exhaustivo de los 18 artículos finalmente seleccionados.

### **3.1. Análisis de la Calidad de las Publicaciones**

La Tabla 2 (Anexo 3) contiene un desglose completo de las características y la calidad de las publicaciones seleccionadas, las cuales se comentan a continuación en el presente apartado.

Respecto a la calidad de los estudios analizados, éstos se seleccionaron de 15 revistas distintas, de entre las cuales se destaca que un 77,78% fueron revistas de alto impacto (Q1 o Q2). Las revistas más utilizadas en la presente revisión son *Schizophrenia Bulletin* (Q1), *Schizophrenia Research* (Q2) y *BJPsych Open* (Q2), dado que se obtuvieron dos documentos de cada una. Se destacan, también, otras publicaciones de alto impacto, como *World Psychiatry* (Q1), *European Journal of Psychotraumatology* (Q1), *Comprehensive Psychiatry* (Q1) o *Clinical Psychiatry Review* (Q1), de las que se seleccionó un documento de cada una de ellas.

Todos los estudios analizados para la presente revisión provinieron de revistas en las cuales era requerido pasar por un proceso de revisión por pares previo a su publicación. Además, como se indica en los criterios de inclusión, sólo se seleccionaron documentos publicados en los últimos 5 años, de modo que las publicaciones reunidas pertenecen a los documentos más recientes sobre la materia.

La procedencia de los estudios refleja una predominancia de los países de habla inglesa, pues 5 artículos provinieron de Inglaterra, 4 de Estados Unidos y 3 de Australia. Al mismo tiempo, España igualó a Australia al haber sido seleccionadas, de igual manera, 3 publicaciones. Al hallar tantos documentos de dichas localizaciones se puede hipotetizar un mayor interés en la línea de investigación de los mecanismos mediadores entre las intrusiones postraumáticas y la sintomatología psicótica positiva en esos países, como por ejemplo se puede observar en las trayectorias profesionales de autores como Perona Garcelán en España (Perona-Garcelán et al., 2011; Perona-Garcelán et al., 2012; Perona-Garcelán et al., 2014), o Hardy en Inglaterra (Hardy et al., 2016; Hardy, 2017; Hardy et al., 2020; Hardy et al., 2022).

Parece que múltiples investigaciones analizadas en el presente trabajo han recibido la colaboración de figuras con experiencia y cierto renombre en este campo. Por ejemplo, Perona Garcelán (Perona-Garcelán et al., 2011; 2012; 2014), participó en el estudio de Bellido-Zanin et al. (2018), el cual fue analizado en la presente revisión sistemática. Sun et al. (2018) contó con la colaboración de Bendall (Bendall et al., 2010), también conocido por sus estudios sobre

traumatización y TEE. Berry (Berry et al., 2018) participó en el relevante estudio de Pilton et al. (2015), junto con otro autor de relevancia en la presente línea de investigación, Varese (Varese et al., 2012). Al mismo tiempo, Berry y Varese colaboraron en Williams et al. (2018), otro de los estudios seleccionados en la presente revisión.

Es posible que lo anterior tenga relevancia teniendo en cuenta el H-index de los autores, pues se encontró que un porcentaje limitado a 27,78% de los investigadores principales de cada documento presentaba un H-index superior a 15.

### 3.2. Diseño de los Estudios

A continuación, se presenta en la Tabla 3 una agrupación de los resultados obtenidos en función del tipo de diseño utilizado. Para un mayor desglose de los resultados, se ha añadido la Tabla 4 (Anexo 4).

**Tabla 3**

*Número de artículos seleccionados que pertenecen a cada tipo de diseño*

Estudio Experimental	Estudio cuasi-experimental	Revisión sistemática	Meta-análisis	Total estudios
5	10	2	2	18

*\*Nota:* Tabla de elaboración propia.

De los 18 estudios analizados, Bloomfield et al. (2021) pertenece tanto a la categoría de revisión sistemática como de meta-análisis, lo que resulta en una suma inexacta si se contabiliza el número de estudios pertenecientes a cada diseño en la Tabla 3. El desglose del resto de los diseños en cada estudio puede consultarse en la Tabla 4 (Anexo 4).

Entre los estudios recopilados, debe destacarse el predominio de la categoría cuasi-experimental, en la que se encontró el mayor número de trabajos. Es posible que esto se deba a la mayor facilidad de llevar a cabo estos diseños dado que, generalmente, se necesita un menor despliegue de recursos, pues un grupo control requiere evaluación psicológica adicional y operaciones estadísticas complementarias para la comparación entre los grupos.

Aun así, se destaca que muchos de los estudios cuasi-experimentales utilizaron muestras considerablemente amplias, sobre todo Černis et al. (2021), cuya muestra se compuso de 6941 participantes. Otros, como Bellido-Zanin et al. (2018) o Bortolon & Raffard (2018) utilizaron muestras de más de 400 participantes cada uno. Respecto a los estudios

experimentales, Schalinsky et al. (2019) proporcionó la mayor muestra, un total de 250 participantes.

### **3.3. Características de la Muestra**

Respecto a las características de las muestras de las investigaciones, cada una ha sido detallada mediante el uso de la Tabla 5.

Pocos estudios buscaron expresamente a pacientes traumatizados (O'Neill et al., 2021; Wearne et al., 2018), sino que, una vez seleccionados los participantes, se procedió a comprobar su puntuación en instrumentos de medición de la traumatización. En el caso de los estudios experimentales, generalmente se buscaban muestras de pacientes con TEE, los cuales la bibliografía ya indica que tienen altas prevalencias de traumatización (Matheson et al., 2013; Morgan & Gayer-Anderson, 2016; Kraan et al., 2015). En el caso de Sun et al. (2018), los investigadores también se sirvieron de pacientes con trastornos afectivos con características psicóticas o trastornos bipolares.

Estos estudios utilizaron en diversas ocasiones como grupo de control a los familiares o al personal del hospital o centro donde se les atendía regularmente. La ventaja del uso de los familiares, como en Akbey et al. (2019), el cual utilizó a los hermanos de los pacientes, es que permite un mejor control de variables extrañas, como la edad, el ambiente de crianza o el nivel de estudios, entre otros.

Si bien algunos estudios cuasi-experimentales utilizaron muestras de pacientes con TEE (Schlesselmann et al., 2022; Sun et al., 2018), la mayoría extrajeron sujetos de la población general, como las muestras de estudiantes (Gibson et al., 2019) o voluntarios contactados por Facebook (Černis et al., 2021). En la mayoría de estudios predominaron las muestras de mujeres, como en Bellido-Zanin et al. (2018), Bortolon & Raffard (2018), Černis et al. (2021) u O'Neill et al. (2021).

Los rangos de edad oscilaron entre una edad mínima de 18 años y una edad máxima variable, como 60, 70 o, como presenta Černis et al. (2021), 86 años, aunque autores como Gibson et al. (2019) obtuvieron rangos de edad mucho más limitados en sus muestras, posiblemente debido al uso de la población estudiante (18-34 años en dicho estudio).

**Tabla 5***Análisis de los resultados seleccionados de las bases de datos*

Estudio	Muestra	Edad del trauma	Sintomatología psicótica positiva	Instrumentos	Resultados
Akbej et al. (2019)	N = 150 participantes  n <sub>1</sub> = 100 pacientes (18-60 años, media de edad 38,7, 69 hombres) con un TEE que no estuvieran en pleno episodio psicótico  n <sub>2</sub> = 50 controles sin psicopatología: media de edad 35,3; 28 hombres; hermanos de los pacientes, que hubieran crecido en el mismo entorno y cuyas variables sociodemográficas fueran similares	Infancia y/o adolescencia	Alucinaciones (general)  Delirios (general)	DES, CTQ, GAF, PANSS, SCID-I-CV, CGI-S	(1) Existe una correlación positiva moderadamente significativa entre el trauma en la infancia y/o adolescencia y la disociación  (2) Las puntuaciones en disociación fueron significativamente más elevadas en el grupo de pacientes con TEE  (3) La disociación se correlacionó positivamente de forma moderada con los delirios persecutorios y de referencia  (4) La disociación no se correlacionó con las alucinaciones

Estudio	Muestra	Edad del trauma	Sintomatología psicótica positiva	Instrumentos	Resultados
Bellido-Zanin et al. (2018)	N = 472 participantes  Muestra no clínica: estudiantes universitarios; media de edad 25,5 años; rango de edad 17-58 años; 346 mujeres	Infancia y/o adolescencia	Alucinaciones (general)  Ideas de referencia	ELES, LSHS, DES-II, REF	(1) Los recuerdos de experiencias de sumisión y amenaza en la infancia y/o adolescencia se correlacionan de forma positiva con la puntuación total en disociación y con los subtipos de despersonalización, absorción y amnesia disociativa  (2) La asociación entre las experiencias de sumisión y amenaza en la infancia y/o adolescencia y la propensión a las alucinaciones está mediada por las puntuaciones totales de disociación, específicamente por los subtipos de absorción y despersonalización  (3) La asociación entre las experiencias de sumisión y amenaza en la infancia y/o adolescencia y las ideas de referencia está mediada por las puntuaciones totales en disociación, pero no se han identificado subtipos disociativos relevantes
Berry et al. (2018)	N = 123 participantes  Muestra no clínica: empleados y estudiantes universitarios; media de edad 22 años; 87 mujeres	Infancia y/o adolescencia	Alucinaciones (general)	LSHS, CTQ, DES-II, PANAS	(1) Los sujetos con mayores puntuaciones en disociación fueron también más propensos a experimentar alucinaciones  (2) Los subtipos disociativos de despersonalización, desrealización, amnesia y absorción se correlacionaron con la propensión a las alucinaciones  (3) Los subtipos de despersonalización, desrealización, amnesia y absorción predijeron las alucinaciones

Estudio	Muestra	Edad del trauma	Sintomatología psicótica positiva	Instrumentos	Resultados
Bloomfield et al. (2021)	N = 22 documentos (24.793 participantes)  1.639 sujetos de muestras no clínicas; 23.154 de muestras clínicas (TEE, trastornos bipolares, trastornos afectivos con características psicóticas y sujetos en riesgo extremo de primer brote psicótico)	Infancia y/o adolescencia	Alucinaciones (general)  Delirios (general)	Revisión sistemática y metaanálisis	(1) La disociación es un predictor estadísticamente significativo de las alucinaciones tras el trauma en la infancia o adolescencia
Bortolon & Raffard (2018)	N = 425 participantes  Muestra no clínica: media de edad 33,24 años; 331 mujeres	Infancia y/o adolescencia	Alucinaciones (modalidad visual)	CTQ, DES, LSHS	(1) La disociación, concretamente los subtipos de desrealización, despersonalización y amnesia, mediaron entre la traumatización en la infancia y las alucinaciones visuales
Černis et al. (2021)	N = 6941 participantes  Muestra no clínica: población general; rango de edad 18-86 años; media de edad 40,3 años; 6.050 mujeres	Sin especificar	Alucinaciones (general)  Delirios (paranoides y grandiosidad)  Desorganización	ČEFSA, SPEQ, PCL-5, HADS, PSWQ, DTW, ISI	(1) Hay una relación robusta entre disociación y sintomatología postraumática  (2) Hay una relación robusta entre disociación y alucinaciones  (3) Existe influencia entre las alucinaciones y la disociación, pero no se pudo determinar la dirección de la influencia  (4) La disociación influye en los delirios paranoides, los delirios de grandiosidad, y en la desorganización cognitiva

Estudio	Muestra	Edad del trauma	Sintomatología psicótica positiva	Instrumentos	Resultados
Fernández-León et al. (2020)	N = 401 participantes Muestra combinada de población general y clínica: 358 sujetos de población general y 43 pacientes con TEE o trastorno bipolar; rango de edad 18-71 años; media de edad 30,43 años; 61,8% mujeres	Infancia y/o adolescencia	“Prominencia aberrante” ( <i>aberrant salience</i> )  Ideas de referencia	TQ, ELES, GPTS, ASI, DES-II	(1) El recuerdo de la experiencia temprana de violencia interpersonal es precursor de la disociación, concretamente, de los subtipos de absorción y despersonalización  (2) Las ideas de referencia son precursoras de la disociación, concretamente, de los subtipos de absorción y despersonalización  (3) Ni la disociación general ni los subtipos de absorción y despersonalización mediaron de forma suficientemente significativa entre la experiencia temprana de violencia interpersonal y la <i>aberrant salience</i>
Gibson et al. (2019)	N = 945 participantes Muestra no clínica; estudiantes universitarios; rango de edad 18-34 años; media de edad 20,13 años; 231 hombres	Infancia y/o adolescencia	Sintomatología psicótica prodrómica	CTQ, PQ, DES, CES-D, STAI, DUF	(1) La disociación media entre las experiencias traumáticas en la infancia/adolescencia y los síntomas psicóticos prodrómicos  (2) La disociación también ejerce su efecto mediador entre las experiencias traumáticas en la infancia/adolescencia y los síntomas psicóticos prodrómicos junto con otras variables

Estudio	Muestra	Edad del trauma	Sintomatología psicótica positiva	Instrumentos	Resultados
Khosravi et al. (2021)	N = 210 participantes  n <sub>1</sub> = 70 pacientes con TEE en primer episodio psicótico  n <sub>2</sub> = 70 pacientes con TEE de curso crónico  n <sub>3</sub> = 70 controles no clínicos	Infancia y/o adolescencia	Alucinaciones (general)  Delirios (general)  Desorganización	CTQ-SF, DES, SCID-D, PANSS, SCID-5-CV, SCID-5-PD	(1) Las puntuaciones en disociación son significativamente superiores en el grupo de pacientes con trastorno psicótico de curso crónico  (2) Los síntomas psicóticos positivos se asociaron a los subtipos disociativos de amnesia disociativa y absorción  (3) La disociación media entre el abuso sexual y síntomas psicóticos positivos  (4) No todos los sujetos con alta disociación y síntomas psicóticos presentan traumatización
Longden et al. (2020)	N = 93 documentos  20.436 participantes; media de edad 27,07 años; 11.791 mujeres; 16.557 sujetos de muestras no clínicas	Infancia y/o adolescencia	Alucinaciones (general)  Delirios (general)  Desorganización	Metaanálisis	(1) La disociación está relacionada con las alucinaciones de múltiples modalidades (especialmente visual y auditiva) en población clínica y no clínica  (2) La disociación está asociada con los delirios, especialmente la paranoia  (3) La disociación está asociada con la desorganización  (4) No se pudo establecer una relación entre subtipos disociativos y sintomatología psicótica positiva

Estudio	Muestra	Edad del trauma	Sintomatología psicótica positiva	Instrumentos	Resultados
Mertens et al. (2021)	N = 89 participantes  Muestra no clínica: estudiantes universitarios; media de edad 24,8 años; 55 mujeres	Infancia y/o adolescencia	Rasgos paranoides subclínicos	ITEC, RQ, DES-II, SPQ, SCID-II	(1) La disociación se identificó como el vínculo explicativo entre el abuso emocional en la infancia y/o adolescencia y los rasgos paranoides subclínicos  (2) El apego inseguro y la disociación median entre el trauma y los rasgos paranoides por separado, pero no actúan de forma conjunta
O'Neill et al. (2021)	N = 269 participantes  Muestra no clínica: 237 víctimas de abuso sexual infantil, 32 víctimas de abuso sexual en la edad adulta; 25 hombres; media de edad 39,36 años	Infancia y/o adolescencia o edad adulta	Experiencias casi psicóticas ( <i>psychotic-like experiences</i> )	SAQ-Part II, APSS, DES	(1) Los sujetos con un trauma sexual (independientemente de la edad en la cual sufrieron el trauma) manifestaron síntomas disociativos significativos  (2) El grupo de víctimas de abuso sexual en la infancia/adolescencia fue asociado de forma significativa a los subtipos disociativos de absorción, despersonalización y amnesia  (3) El grupo de víctimas de abuso sexual en la edad adulta fue asociados de forma significativa a los subtipos disociativos de despersonalización y absorción  (4) El subtipo disociativo de la despersonalización es el elemento mediador entre el trauma sexual y las experiencias casi psicótica y/o síntomas psicóticos positivos, independientemente de la edad de la traumatización

Estudio	Muestra	Edad del trauma	Sintomatología psicótica positiva	Instrumentos	Resultados
Schalinsky et al. (2019)	N = 250 participantes  n <sub>1</sub> = 180 participantes con TEE; media de edad 28,6; 31,7% mujeres  n <sub>2</sub> = 70 controles sin psicopatología; media de edad 25,8; 40% mujeres	Infancia y/o adolescencia	Alucinaciones (general)  Delirios (general)  Desorganización	LEC, MACE, PANSS, Shutdown-D	(1) La disociación media entre la traumatización en la infancia/adolescencia y los síntomas psicóticos positivos  (2) La traumatización a los 10 años se asocia a una mayor severidad de los síntomas psicóticos positivos en la vida posterior
Schlesselman et al. (2022)	N = 248 participantes  Muestra clínica con TEE; media de edad 40,77; 38% mujeres	Sin especificar	Alucinaciones (general)  Delirios (general)  Desorganización	DES, PANSS, THQ	(1) Los clústers de síntomas disociativos y psicóticos son relativamente independientes el uno del otro  (2) El distrés emocional explica el vínculo entre disociación y síntomas psicóticos positivos

Estudio	Muestra	Edad del trauma	Sintomatología psicótica positiva	Instrumentos	Resultados
Sun et al. (2018)	N = 66 participantes  Muestra clínica; pacientes con TEE o trastorno afectivo con características psicóticas en su primer episodio psicótico; media de edad 20,18 años; 36 mujeres	Infancia y/o adolescencia	Alucinaciones (general)  Delirios (general)	SCID-I, PANSS, CTQ, SCID-D-R, DES-II	(1) Se halló una correlación positiva entre el trauma en la infancia/adolescencia y la disociación  (2) La mayor puntuación de síntomas disociativos en el SCID-D-R se correlaciona con mayores puntuaciones en delirios, pero no con más puntuaciones en alucinaciones  (3) La disociación evaluada por el SCID-D-R media entre el trauma en la infancia/adolescencia y los delirios, pero no las alucinaciones  (4) La mayor puntuación de síntomas disociativos en el DES-II se correlaciona con mayor puntuación de alucinaciones y delirios  (5) La disociación evaluada por el DES-II media entre el trauma en la infancia/adolescencia y las alucinaciones, pero no los delirios
Wearne et al. (2018)	N = 69 participantes  n <sub>1</sub> = 41 pacientes con TEPT y alucinaciones auditivas  n <sub>2</sub> = 28 pacientes con TEPT que no presentaban alucinaciones auditivas	Media 14,71 años grupo con alucinaciones  Media 26,32 años grupo sin alucinaciones	Alucinaciones (auditivas)	PSYRAT, PSSI-5, DSPS	(1) La experiencia de los subtipos disociativos de desrealización, despersonalización y pérdida de conciencia predicen las alucinaciones auditivas (mejor que la gravedad de la sintomatología postraumática)  (2) Ser menor de 18 años cuando ocurrió el trauma y que éste fuera de tipo sexual predijo las alucinaciones auditivas

Estudio	Muestra	Edad del trauma	Sintomatología psicótica positiva	Instrumentos	Resultados
Wearne et al. (2020)	N = 71 participantes  n <sub>1</sub> = 18 sujetos TEE sin TEPT  n <sub>2</sub> = 27 sujetos con TEPT y disociación sin TEE  n <sub>3</sub> = 26 sujetos con un TEE y TEPT	Sin especificar	Alucinaciones (auditivas)	PSSI-5, PSYRATS, CADSS, PANSS	(1) Los sujetos con TEPT o TEE y TEPT tienen puntuaciones de disociación considerablemente mayores  (2) La mayor puntuación en disociación se correlaciona con mayor severidad de las alucinaciones en los pacientes con TEPT  (3) La amnesia es el subtipo disociativo correlacionado con las alucinaciones auditivas  (4) La amnesia es el mecanismo disociativo causal entre traumatización y las alucinaciones auditivas  (5) Los subtipos disociativos de despersonalización y desrealización no se asociaron con las alucinaciones auditivas
Williams et al. (2018)	N = 37 documentos	Infancia y/o adolescencia	Alucinaciones (general)  Delirios (general)	Revisión sistemática	(1) La disociación está asociada al trauma  (2) La disociación está asociada a la experiencia de síntomas psicóticos positivos  (3) No se ha podido establecer que uno o más subtipos disociativos participen en las correlaciones anteriores

*Nota:* El nombre completo de los instrumentos y los autores que los desarrollaron se han recopilado mediante el uso de elementos complementarios, con propósito de facilitar la lectura de la presente tabla. Los instrumentos de disociación se han agrupado en la Tabla 6 (Anexo 5), los instrumentos de medición de la traumatización se encuentran en la Tabla 7 (Anexo 6), la Tabla 8 (Anexo 7) contiene los instrumentos de medición de sintomatología psicótica positiva y, finalmente, la Tabla 9 (Anexo 8) recoge los instrumentos utilizados para otros propósitos.

### **3.4. La Disociación Como Mecanismo Mediador Entre las Intrusiones Postraumáticas y los Síntomas Psicóticos Positivos**

Los estudios seleccionados presentan tres categorías que pueden ser objeto de interés: la sintomatología estudiada inicialmente en el estudio, el tipo de trauma, los instrumentos utilizados para su medición y los resultados obtenidos a partir de los análisis estadísticos. Todos estos han sido recogidos con detalle en la Tabla 5.

#### ***3.4.1. Sintomatología Explorada***

Respecto a la sintomatología seleccionada para su estudio, 14 de los 18 estudios utilizaron instrumentos para medir la presencia de alucinaciones, 15 si se contabiliza el estudio de O'Neill et al. (2021) y su medición de las “experiencias casi psicóticas” (*psychotic-like experiences*). El resto de estudios se interesaron por la presencia de rasgos paranoides (Mertens et al., 2021), síntomas psicóticos prodrómicos (Gibson et al., 2019) y la “prominencia aberrante” (*aberrant salience*, Fernández-León et al., 2020), que los autores definen como la importancia atribuida a estímulos internos o externos que normalmente se consideran irrelevantes, sin que éstos hayan adquirido un nuevo significado para el sujeto. Fernández-León et al. (2020) consideran dicho fenómeno como posible precursor de la sintomatología psicótica y, por dicho motivo, se seleccionó su trabajo para el análisis en la presente revisión.

Generalmente, las alucinaciones se midieron sin tener en consideración una categoría sensorial por encima de otra, aunque algunos, como Bortolon & Raffard (2018), se interesaron, desde el principio, por la modalidad visual. Por otro lado, los estudios de Wearne et al. (2018) y Wearne et al. (2020) indagaron estrictamente en las alucinaciones auditivas.

Los delirios presentan más variedad. Černis et al. (2021) se focalizó en los delirios paranoides y de grandiosidad, Mertens et al. (2021) en los delirios paranoides, y Bellido-Zanin et al. (2018) y Fernández-León et al. (2020) en las ideas de referencia, las cuales no llegan al estatus de delirio, pero, de nuevo, los autores consideran predecesores de éstos. Sin embargo, dejando de lado dichas excepciones, el resto de estudios que preguntaron por delirios lo hicieron sin preparar una modalidad específica. En total, 9 de 18 estudios evaluaron expresamente los delirios, pero siempre acompañados por la medición, en el mismo trabajo, de las alucinaciones (y, en ocasiones, la desorganización).

Respecto a los síntomas de desorganización, 5 de 18 estudios constataron su interés hacia los mismos. Sin embargo, sólo Černis et al. (2021) y Longden et al. (2020) los mencionaron en sus resultados.

Por último, la sintomatología subclínica fue medida en 5 estudios: la prominencia aberrante e ideas de referencia en Fernández-León et al. (2020), la sintomatología psicótica prodrómica en Gibson et al. (2019), rasgos paranoides subclínicos en Mertens et al. (2021), las experiencias casi-psicóticas en O'Neill et al. (2021) y las ideas de referencia en Bellido-Zanin et al. (2018), aunque este último también midió alucinaciones.

### **3.4.2. Tipo de Trauma Acontecido**

Respecto a la traumatización, 14 de 18 estudios especificaron que la evaluación se llevaría a cabo sobre traumas en la infancia y/o adolescencia. O'Neill et al. (2021) especificó que un grupo de sus participantes habían sido traumatizados durante la edad adulta, si bien gran parte de su muestra estaba constituida por víctimas de abuso sexual infantil. Wearne et al. (2018) proporcionó las medias de traumatización de cada uno de sus grupos. Sin embargo, ninguno de los autores anteriores tomó esta información con el propósito de realizar análisis psicométricos adicionales en base a la edad de la victimización.

Sólo el estudio de Schalinsky et al. (2019) proporcionó resultados que abordaron la edad con alta especificidad, en los cuales señalaban que la traumatización ocurrida con 10 años se asocia a mayor severidad en la sintomatología psicótica positiva posterior.

Al mismo tiempo, 3 estudios no especificaron la edad de la traumatización de los sujetos (Černis et al., 2021; Schlesselmann et al., 2022; Wearne et al., 2020).

### **3.4.3. Instrumentos de Medición de las Variables**

Los instrumentos utilizados para la evaluación de las variables pertinentes fueron variados. Respecto a la disociación, las escalas más utilizadas para su medición fueron la Dissociative Experience Scale (DES; Bernstein & Putnam, 1986), utilizada en 6 estudios diferentes, y la *Dissociative Experience Scale II* (DES-II; Carlson & Putnam, 1993; en Berry et al., 2018), utilizada en 5 de los estudios. El resto de los estudios utilizaron instrumentos cuyo uso no se replicó en otros de los artículos seleccionados, como la *Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders* (SCID-D; Steinberg, 1993; en Khosravi et al., 2021), la *Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders Revised* (SCID-D-R; Steinberg, 1994; en Sun et al., 2018), u otros, reflejados en la Tabla 6 (Anexo 5).

Para la evaluación de las experiencias traumáticas se utilizaron también un gran número de instrumentos, entre los que se destaca el *Childhood Trauma Questionnaire* CTQ; Bernstein et al., 1994; en Akbey et al., 2019) por haber aparecido en más ocasiones en los estudios seleccionados (5 de 18 estudios lo utilizaron), además de que uno de los estudios utilizó su versión abreviada, el *Childhood Trauma Questionnaire - Short Form* (CTQ-SF; Bernstein et al., 2003, en Khosravi et al., 2021). Seguidamente, los dos instrumentos más utilizados fueron el *Early Life Experiences Scale* (ELES; Gilbert et al., 2003; en Bellido-Zanin et al., 2018) y el *PTSD Symptoms Scale Interview* (PSSI-5; Foa et al., 2016), ambos utilizados en dos estudios, respectivamente. Para el resto de las investigaciones se utilizaron los instrumentos registrados en la Tabla 7 (Anexo 6).

Respecto a las herramientas utilizadas para la evaluación de la sintomatología psicótica, emplearon un total de 12 instrumentos diferentes. Los instrumentos seleccionados en más ocasiones son el *Positive And Negative Symptom Scale* (PANSS; Kay et al., 1987; en Schalinsky et al., 2019), utilizado en 5 artículos distintos, y el *Launay-Slade Hallucination Scale* (LSHS; Launay and Slade, 1981; en Bortolon & Raffard, 2018), presente en 3 de éstos. El resto de los instrumentos quedan recogidos en la Tabla 8 (Anexo 7).

Por último, la Tabla 9 (Anexo 8) contiene los instrumentos utilizados dependiendo de la idiosincrasia de cada estudio, es decir, instrumentos para propósitos distintos como el control de variables extrañas o el diagnóstico previo para la selección de los participantes.

#### **3.4.4. Resultados de los Estudios**

Los resultados obtenidos por las investigaciones se han organizado en tres apartados para facilitar su comprensión, pero pueden consultarse en la Tabla 5 para una visión más directa de los hallazgos de cada uno de los estudios en particular.

El primer apartado expone los resultados respecto a las asociaciones entre la disociación y el trauma, mientras que el segundo trata la relación entre disociación y sintomatología psicótica positiva. Se han agrupado los resultados atendiendo a cualquier tipo de relación entre las variables, por lo que se recogen tanto aquellos estudios que hablan de correlación como de causalidad.

El tercer apartado aborda las interacciones halladas entre las tres variables de interés de la presente revisión sistemática: disociación, trauma y sintomatología psicótica positiva. De nuevo, se presentan los resultados de cualquier tipo de relación.

**Disociación y Trauma.** Uno de los hallazgos en los que los estudios más concuerdan es que la experiencia del trauma parece estar relacionada con la disociación (Akbeý et al., 2019; Bellido-Zanin et al., 2018; Āernis et al., 2021; Fernández-León et al., 2020; O'Neill et al., 2021; Sun et al., 2018; Wearne et al., 2020; Williams et al., 2018).

Algunos autores han tratado de concretar las características de la traumatización, pues, como ya se señaló, 14 estudios abordaron específicamente la traumatización en la infancia y/o adolescencia. Sin embargo, otros elaboran la caracterización del trauma más allá de la edad, como Bellido-Zanin et al. (2018), quienes hallaron dicha correlación con experiencias de sumisión y amenaza en la infancia y/o adolescencia, y O'Neill et al. (2021), destacando un vínculo entre disociación y en el trauma sexual ocurrido tanto en adultos como en menores. Mientras tanto, Fernández-León et al. (2020) estableció la experiencia temprana de violencia interpersonal como precursora de las experiencias disociativas.

Hay traumas que se han relacionado con experiencias disociativas más concretas. Bellido-Zanin et al. (2018) obtuvieron resultados en los que las experiencias de sumisión y amenaza en la infancia se correlacionaron con los subtipos disociativos de despersonalización, absorción y amnesia disociativa. O'Neill et al. (2021) corroboró estos resultados, pues su grupo de víctimas de abuso sexual en la infancia y/o adolescencia, también presentaron correlación con los mismos subtipos disociativos registrados por Bellido-Zanin et al. (2018), pero las víctimas de abuso sexual en la edad adulta de O'Neill et al. (2021) sólo correlacionaron con la despersonalización y la absorción, y no con la amnesia.

**Disociación y Síntomas Psicóticos Positivos.** La disociación y los síntomas psicóticos positivos presentan similitudes fenomenológicas problemáticas (Ayalde et al., 2022; Morrison et al., 2003; Palic et al., 2015; Wearne et al., 2022). Sin embargo, Schlesselman et al. (2022) han contribuido a clarificar ambos términos. En su trabajo, es posible apreciar que son constructos relativamente independientes y que el vínculo que los une es el distrés emocional, con lo cual, estos hallazgos limitan la validez de las teorías que proponen que la disociación es un fenómeno peri-psicótico, como reflexionan algunos de los autores analizados en la presente revisión (Akbeý et al., 2019; Longden et al., 2020).

Así pues, tratando la sintomatología psicótica en general, los estudios recopilados señalan correlación entre ésta y la disociación (Akbeý et al., 2019; Āernis et al., 2021; Khosravi et al., 2021; Williams et al., 2018). Akbeý et al. (2019) han hallado que las experiencias disociativas son más elevadas en los grupos de pacientes con TEE, de forma similar a Khosravi et al. (2021), quienes encontraron que las puntuaciones de disociación son significativamente más altas en los pacientes con TEE de curso crónico, especialmente en los subtipos de amnesia

disociativa y absorción. Longden et al. (2020) no pudieron establecer una relación entre subtipos disociativos y sintomatología psicótica positiva, pero sí con la disociación general.

Respecto a sintomatología psicótica positiva concreta, las alucinaciones son el síntoma que más se ha estudiado en los estudios seleccionados (Akbej et al., 2019; Bellido-Zanin et al., 2018; Berry et al., 2018; Bloomfield et al., 2021; Bortolon & Raffard, 2018; Černis et al., 2021; Khosravi et al., 2021; Longden et al., 2020; Schalinsky et al., 2019; Schlesselman et al., 2022; Sun et al., 2018; Wearne et al., 2018; Wearne et al., 2020; Williams et al., 2018).

Longden et al. (2020) indican con sus resultados que la disociación está asociada a las alucinaciones de múltiples modalidades, pero especialmente a las modalidades visual y auditiva. Wearne et al. (2018; 2020) se focaliza en el estudio de las alucinaciones auditivas, hallando resultados similares a Longden et al., (2020), pero especificando que los subtipos disociativos asociados son la amnesia disociativa en uno de sus estudios (Wearne et al., 2020) y la desrealización, despersonalización y “pérdida de conciencia” (*loss of awareness*) en otro (Wearne et al., 2018). De hecho, este autor constata en cada uno de sus estudios, la capacidad de los subtipos disociativos indicados para predecir la tendencia a las alucinaciones auditivas, si bien, una vez tomados en conjunto, es apreciable que este mismo autor no pudo replicar sus hallazgos.

Berry et al. (2018) presenta resultados en los cuales corrobora los resultados de Wearne et al. (2018; 2020), en el cual mayores puntuaciones en despersonalización, desrealización, amnesia y absorción fueron los más asociados a las alucinaciones. De hecho, el estudio de Berry et al. (2018) constata, de nuevo igual que los estudios de Wearne (2018; 2020), que la presencia de tales subtipos disociativos permite la predicción de la propensión alucinatoria.

Otros, como Černis et al., (2021), a pesar de observar también una relación robusta entre disociación y alucinaciones, no pudieron determinar la dirección de la influencia entre variables. Sin embargo, Akbej et al. (2019) no consiguieron correlacionar la disociación con las alucinaciones.

Los resultados más llamativos son, posiblemente, los de Sun et al. (2018), pues en su trabajo la mayor puntuación de síntomas disociativos se correlaciona (y predice) con mayor puntuación de alucinaciones, pero sólo cuando la disociación es medida con el DES-II. Utilizando un instrumento diferente, la SCID-D-R, los resultados no fueron replicables.

Los delirios también parecen estar relacionados con la disociación, según los artículos seleccionados (Akbej et al., 2019; Černis et al., 2021; Fernández-León et al., 2020; Longden et al., 2020; Sun et al., 2018). No obstante, la revisión sistemática de Williams et al. (2018), a pesar de analizar los artículos en busca de tanto alucinaciones como delirios, no halló suficiente

evidencia de la correlación entre disociación y síntomas delirantes.

Akbej et al. (2019) constata la asociación entre disociación y delirios persecutorios y de referencia, mientras que Longden et al. (2020) especifica que los delirios correlacionados son los paranoides. Černis et al. (2021) y Sun et al. (2018), por su parte, establecen una relación de causalidad entre la disociación y los delirios, focalizándose, en el trabajo Černis et al. (2021), en los paranoides y de grandiosidad.

Fernández-León et al. (2020), si bien trataron las ideas de referencia, hallaron resultados diferentes, en los cuales dichos síntomas eran precursores de la disociación (concretamente los subtipos de absorción y despersonalización) en un modelo secuencial.

Por último, los resultados sobre la desorganización son escasos. Aunque varios estudios utilizaron instrumentos de medición de sintomatología psicótica positiva que contienen escalas de medición de la desorganización, el interés en analizar dichas escalas fue reducido. Los únicos estudios que mencionan en sus resultados tal sintomatología fueron Longden et al. (2020), pues hallaron asociación entre la desorganización y la disociación, y Černis et al. (2021), quienes establecieron una relación de influencia de la disociación a la desorganización.

**Trauma, Disociación y Síntomas Psicóticos Positivos.** Algunos estudios proporcionaron resultados que permitieron establecer vínculos sobre la capacidad mediadora de la disociación entre la traumatización y la sintomatología psicótica positiva (Bellido-Zanin et al., 2018; Bloomfield et al., 2021; Bortolon & Raffard, 2018; Gibson et al., 2019; Khosravi et al., 2021; Mertens et al., 2021; O'Neill et al., 2021; Schalinsky et al., 2019; Sun et al., 2018; Wearne et al., 2020).

Diferentes autores han identificado tipologías de eventos traumáticos como elementos involucrados en esta relación. Bellido-Zanin et al. (2018), destaca que la asociación entre las experiencias de sumisión y amenaza en la infancia y/o adolescencia y la propensión a las alucinaciones, está mediada por las puntuaciones totales de disociación, mientras que Mertens et al. (2021) halló que la mediación ocurría desde el abuso emocional infantojuvenil.

Por su parte, Khosravi et al. (2021) y O'Neill et al. (2021) hallaron que la relación entre el abuso sexual y los síntomas psicóticos positivos en general estaban mediados por la disociación. Wearne et al. (2018) no sólo concede importancia a la traumatización sexual como tal, sino también a que dicho trauma ocurriera antes de los 18 años.

Por lo que respecta a los subtipos disociativos mediadores predominantes, los resultados son variados. Bellido-Zanin et al. (2018) hallaron que los mecanismos de absorción y despersonalización después del trauma, propician las alucinaciones, pero no hallaron subtipos predominantes que explicaran las ideas de referencia (aunque la presencia de puntuaciones

elevadas en disociación general sí se consideró mediadora de éstas). O'Neill et al. (2021) sólo destacó la despersonalización (independientemente de la edad del trauma), mientras que Wearne et al. (2020) únicamente destacaron la amnesia disociativa en el contexto de la mediación entre la traumatización y las alucinaciones auditivas. Sin embargo, Bortolon & Raffard (2018) identificaron gran variedad de mecanismos mediadores: la despersonalización, la desrealización y la amnesia, en el contexto de las alucinaciones visuales.

De nuevo, los resultados de Sun et al. (2018) podrían ser de gran interés para la explicación de la variabilidad de los resultados entre estudios: en su trabajo, la disociación evaluada por la SCID-D-R se identificó como mediador entre el trauma en la infancia y/o adolescencia y los delirios, pero no medió entre el trauma y las alucinaciones. Sin embargo, si la disociación era medida por el DES-II, entonces el efecto mediador se ejercía entre la traumatización y las alucinaciones, pero no los delirios. En otras palabras, los resultados estuvieron condicionados por el instrumento utilizado en la evaluación.

#### **4. Discusión**

La tríada de traumatización, disociación y sintomatología psicótica positiva, parece contar con un nexo de unión que mantiene entrelazados dichos conceptos. Sin embargo, se hace notable la incapacidad de replicar resultados más complejos.

Los estudios revisados en el presente trabajo han subrayado la relevancia de distintas combinaciones de los subtipos disociativos (despersonalización, desrealización, absorción y amnesia) sin llegar a un consenso, quizás debido a una cuestión teórica. Generalmente, los investigadores parecen estar de acuerdo con la clasificación de Holmes et al. (2005), pero, a pesar de ello, la disociación es un concepto relativamente abstracto que ha reportado problemas a la hora de hallar su estructura (Larøi et al., 2013). Por este motivo, no sería inverosímil que otros autores pudieran aportar en el futuro nuevas consideraciones de este constructo que, como consecuencia, señalaran deficiencias en los modelos aceptados actualmente.

La consecuencia lógica de poseer una estructura teórica férrea es la identificación de la experiencia disociativa en la práctica real. Es posible señalar varios estudios recientes (Ayalde et al., 2022; Palic et al, 2015; Wearne et al., 2022), en los que se advierte de la complejidad a la hora de separar fenomenológicamente, por un lado, la disociación, y, por otro, las experiencias psicóticas positivas. Por lo tanto, la capacidad para clarificar la expresión sintomatológica de los constructos, es un requisito básico para desarrollar, más tarde, instrumentos de medición adecuados.

Por otra parte, los resultados de esta revisión proporcionan motivos para dudar sobre la eficacia de las herramientas de evaluación actuales. El trabajo de Sun et al. (2018) es un ejemplo apropiado de la confusión que propician instrumentos no diseñados para la buena separación de los constructos. Así, su estudio arroja resultados contradictorios, dependiendo de si las variables se miden con el DES-II o la SCID-D-R.

Algunos autores son conscientes de las limitaciones de las herramientas utilizadas. Bortolon & Raffard (2018) y Schlesselmann et al. (2022), por ejemplo, modificaron ligeramente el DES para mejorar sus propiedades psicométricas y reducir el solapamiento entre constructos. Así, Bortolon & Raffard (2018) señalan haber seguido las recomendaciones de Wright and Loftus (1999; en Bortolon & Raffard, 2018) y Larøi et al. (2013), y Schlesselmann et al. (2022) eliminando el ítem 27 del DES, el cual presenta una pregunta fácilmente confundible con las alucinaciones auditivas: “escuché voces dentro de la cabeza que me dijeron qué hacer” (*heard voices inside head that told one what to do*).

Es observable, además, que el estudio de las consecuencias del trauma parece haberse focalizado en la traumatización infantojuvenil. Esto podría deberse a la teoría de neurodesarrollo traumagénico de Read et al. (2014), en la cual se propone que la experiencia del trauma temprano provoca un aumento en la sensibilidad al estrés, favoreciendo la vulnerabilidad a los TEE.

O’Neill et al. (2021), por ejemplo, dividió la muestra en dos subgrupos atendiendo a la edad en la que se produjo el abuso sexual, y halló ligeras diferencias en los subtipos disociativos predominantes. Por otra parte, Wearne et al. (2018) fue el único autor que procuró una media de edad de la traumatización para cada grupo, con lo cual halló (sin ser éste un objetivo de la investigación) que el grupo que presentaba TEPT y alucinaciones auditivas había sido traumatizado a una edad considerablemente más temprana que el grupo con sólo TEPT (una diferencia de casi 12 años comparando las medias de edad).

No obstante, el estudio del trauma podría beneficiarse del análisis de categorías de edad más profundas que la constatación superficial de infancia y/o adolescencia o edad adulta, dado que Schalinsky et al. (2019) presentaron resultados en los que la edad de 10 años suponía una mayor propensión posterior a la tendencia psicótica. Según los autores, esto podría deberse a que la corteza frontotemporal presenta un periodo crítico de desarrollo en ese momento.

Los resultados de Schalinsky et al. (2019) recuerdan a los obtenidos por Teicher et al. (2003), quienes hallaron que, dependiendo del tipo de maltrato acontecido en la infancia, se producen diferentes impactos en distintas áreas cerebrales, de nuevo, hipotetizando que este

hecho se debe a las distintas fases del desarrollo neurológico. De este modo, la investigación del qué y cuándo del trauma podría proporcionar datos de gran interés.

Los resultados conjuntos de Schalinsky et al. (2019) y Teicher et al. (2003) convergen con los obtenidos por Luhrmann et al. (2019). Según este trabajo, existen diferentes vías desde las cuales llegar a la expresión de sintomatología psicótica positiva. El ejemplo más obvio es que, si bien el propósito de esta revisión era la unión de las intrusiones postraumáticas con la sintomatología psicótica positiva mediante la disociación, no todos los sujetos con esquizofrenia presentan un trauma, pues, hasta los estudios con las mayores tasas de traumatización registradas, presentan un porcentaje de sujetos sin esta problemática (Matheson et al., 2013; Morgan & Gayer-Anderson, 2016; Kraan et al., 2015). De este modo, la imposibilidad de hallar resultados replicables o concluyentes, podría atribuirse a que los estudios registran distintas etiologías de los síntomas psicóticos positivos.

Un posible ejemplo es la etiología del trastorno de identidad disociativo (DID), el cual, atendiendo a la clasificación de Holmes et al. (2005), sería predominantemente una expresión de la “compartimentalización” (*compartmentalization*) disociativa. Se cree que un factor de riesgo para el desarrollo del DID es la “traumatización temprana, grave y crónica” (van der Hart et al., 2011), posiblemente en aquellas en las que peligró la vida del sujeto u otra persona involucrada (Hermann, 2015).

Teniendo en cuenta las propuestas de factores de riesgo para el DID, junto con los estudios de Luhrman et al. (2019), Schalinsky et al. (2019) y Teicher et al. (2003), podría especularse que la traumatización extremadamente temprana y violenta afectaría al sujeto mientras que éste se halla un estado de desarrollo cerebral vulnerable, en el cual la única defensa disponible es la “compartimentalización” de Holmes et al. (2005).

A la vez, los hallazgos sobre la disociación como mecanismo mediador, no podrían considerarse definitivos sin ser integrados en modelos más complejos, es decir, que cuenten con otros mecanismos mediadores. Hardy et al. (2020) presenta un interesante análisis de diferentes de mecanismos mediadores que incluye, entre otros, la disociación, pero no pudo analizarse en el presente trabajo dado que midió la disociación con una subescala de un instrumento no especializado para esta variable.

Algunos de los estudios seleccionados en el presente trabajo presentan modelos de más de un mecanismo mediador, pero son considerablemente menos ambiciosos que el estudio de Hardy et al. (2020). Fernández-León et al. (2020) propusieron un modelo secuencial, mientras que Mertens et al. (2021) analizaron si el apego inseguro era un mediador entre traumatización

y sintomatología psicótica positiva y, a pesar de hallar un resultado positivo para esto último, no encontró que su función se diera junto con la disociación.

Parece, entonces, que las futuras investigaciones podrían beneficiarse de la clara delimitación de las circunstancias en las que se vivieron situaciones traumáticas, en la medida en que los participantes sean capaces de recordarlas. Tal vez dicha exploración, junto con la contribución de los modelos de mecanismos mediadores múltiples, contribuyan a dilucidar algunos de los caminos hacia los síntomas psicóticos positivos que ponderan Lührman et al. (2019) o, por lo menos, contribuyan a discernir por qué los hallazgos no consiguen replicarse entre investigaciones. Al mismo tiempo, la cuestión de la fenomenología no debería quedar relegada a un segundo plano, pues de ella depende que los instrumentos de evaluación realmente midan la expresión de este constructo en la población.

Por otra parte, esta revisión ha contado con algunas limitaciones. Los artículos seleccionados estuvieron restringidos a las publicaciones *Open Access*, dado que la presente revisión sistemática no tuvo ningún tipo de financiación. Es posible que este aspecto haya dejado fuera de los resultados algunos estudios recientes y con información complementaria útil, como más modelos con múltiples mecanismos mediadores que integran la disociación. Además, dado que la presente revisión dejó fuera ciertos tipos de documentos, como los capítulos de libros, es posible que se haya perdido cierta información de interés en estas fuentes no revisadas. Por último, es necesario señalar que no todos los documentos analizados fueron publicados en revistas de cuartiles altos, además de que algunos autores presentaron un h-índice notablemente bajo.

El TEPT y los TEE son diagnósticos asociados a un alto nivel de sufrimiento del paciente. Tomados conjuntamente, y habiendo explorado la posibilidad de que éstos tengan la capacidad de retroalimentarse, es difícil imaginar la experiencia de un sujeto cuyos peores recuerdos son repetidos sin control (ya sea a modo de intrusiones postraumáticas o de síntomas psicóticos positivos). No sólo es necesario que los clínicos sean conscientes de este solapamiento para no aplicar tratamientos que no sean eficaces para su problemática, sino que, quizás, el estudio de los mecanismos mediadores podría convertirse en la futura base de tratamientos novedosos que reduzcan la interferencia que estos trastornos causan en la vida de los pacientes afectados.

## 5. Referencias

- Akbey, Z. Y., Yildiz, M. y Gündüz, N. (2019). Is There Any Association Between Childhood Traumatic Experiences, Dissociation and Psychotic Symptoms in Schizophrenic Patients? *Psychiatric Investigation*, 16(5), 346-354. <https://doi.org/10.30773/pi.2019.02.10.2>
- American Psychiatri Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (3rd ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780521315289.dsm-iii>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Ayalde, J., Wearne, D., Hood, S. y Waters, F. (2022). Visual hallucinations in psychiatry - what aren't we seeing? *Australasian Psychiatry*, 30(1), 113-115. <https://doi.org/10.1177/10398562211038909>
- Bailey, T., Álvarez-Jimenez, M., García-Sánchez, A. M., Hulbert, C., Barlow, E. y Bendall, S. (2018). Childhood Trauma Is Associated With Severity of Hallucinations and Delusions in Psychotic Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 44(5), 1111-1122. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx161>
- Bellido-Zanin, G., Perona-Garcelán, S., Senín-Calderón, C., López-Jiménez, A. M., Ruiz-Veguilla, M. y Rodríguez-Testal, F. (2018). Childhood memories of threatening experiences and submissiveness and its relationship to hallucination proneness and ideas of reference: The mediating role of dissociation. *Scandinavian Journal of Psychology*, 59(4), 407-413. <https://doi.org/10.1111/sjop.12455>
- Bendall, S., Jackson, H. J. y Hulbert, C. A. (2010). Childhood trauma and psychosis: Review of the evidence and directions for psychological interventions. *Australian Psychologist*, 45(5), 299-306. <https://doi.org/10.1080/00050060903443219>
- Bentall, R. P., de Sousa, P., Varese, F., Wickham, S., Sitko, K., Haarmans, M. y Read, J. (2014). From adversity to psychosis: pathways and mechanisms from specific adversities to

specific symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(7), 1011-1022.  
<https://doi.org/10.1007/s00127-014-0914-0>

Bernstein, E. M. y Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(12), 727-735.  
<https://doi.org/10.1097/00005053-198612000-00004>

Berry, K., Fleming, P., Samantha, W. y Bucci, S. (2018). Associations between Trauma, Dissociation, Adult Attachment and Proneness to Hallucinations. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 46(3), 292-301.  
<https://doi.org/10.1017/S1352465817000716>

Bloomfield, M. A. P., Chang, T., Woodl, M. J., Lyons, L. M., Cheng, Z., Bauer-Staeb, C., Hobbs, C., Bracke, S., Kennerly, H., Isham, L., Brewin, C., Billings, J., Greene, T. y Lewis, G. (2021). Psychological processes mediating the association between developmental trauma and specific psychotic symptoms in adults: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 20(1), 107-123.  
<https://doi.org/10.1002/wps.20841>

Bortolon, C. y Raffard, S. (2018). Dissociation Mediates the Relationship Between Childhood Trauma and Experiences of Seeing Visions in a French Sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(11), 850-858.  
<https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000885>

Černis, E., Evans, R., Ehlers, A. y Freeman, D. (2021). Dissociation in relation to other mental health conditions: An exploration using network analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 136, 460-467. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.08.023>

Clarke, R., Kelly, R. y Hardy, A. (2022). A randomised multiple baseline case series of a novel imagery rescripting protocol for intrusive trauma memories in people with psychosis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 75.  
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2021.101699>

- Dana, D. (2018). *La teoría polivagal en terapia. Cómo unirse al ritmo de la regulación*. Editorial Eleftheria.
- DeRosse, P. y Karlsgodt, K. H. (2015). Examining the Psychosis Continuum. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 2(2), 80-89. <https://doi.org/10.1007/s40473-015-0040-7>
- Fernández-León, S., Rodríguez-Testal, J. F., Gutiérrez-López, M. L. y Senín-Calderón, C. (2020). Interpersonal Violence and Psychotic-Like Experiences: The Mediation of Ideas of Reference, Childhood Memories, and Dissociation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 1-10. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124587>
- Gibson, L. E., Reeves, L. E., Cooper, S., Olino, T. M., Ellman, L. M. (2019). Traumatic life event exposure and psychotic-like experiences: a multiple mediation model of cognitive-based mechanisms. *Schizophrenia Research*, 205, 15-22. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.02.005>
- González-Pardo, H. y Pérez-Álvarez, M. (2017). *La invención de los trastornos mentales*. Alianza Editorial.
- Hardy, A. (2017). Pathways from Trauma to Psychotic Experiences: A Theoretically Informed Model of Posttraumatic Stress in Psychosis. *Frontiers in Psychology*, 8, 1-20. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00697>
- Hardy, A., Emsley, R., Freeman, D., Bebbington, P., Garety, P. A., Kuipers, E. E., Dunn, G. y Fowler, D. (2016). Psychological Mechanisms Mediating Effects Between Trauma and Psychotic Symptoms: The Role of Affect Regulation, Intrusive Trauma Memory, Beliefs, and Depression. *Schizophrenia Bulletin*, 42(Suppl 1), S34-S43. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv175>
- Hardy, A., Good, S., Dix, J. y Longden, E. (2022). “It hurt but it helped”: A mixed methods audit of the implementation of trauma-focused cognitive-behavioral therapy for

psychosis. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1-18.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.946615>

Hardy, A., O'Driscoll, C., Steel, C., van der Gaag, M. y van der Berg, D. (2020). A network analysis of post-traumatic stress and psychosis symptoms. *Psychological Medicine*, 51(14), 2485-2492. <https://doi.org/10.1017/S0033291720001300>

Hermann, (2015). *Trauma and Recovery. The Aftermath of Violence - From Domestic Abuse to Political Terror*. Basic Books.

Holmes, E. A., Brown, R. J., Mansell W., Fearon, R. P., Hunter, E. C. M, Frasquilho, F. y Oakley, D. A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 25(1), 1-23.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.08.006>

Khosravi, M., Bakhshani, N. M., Kamangar, N. (2021). Dissociation as a causal pathway from sexual abuse to positive symptoms in the spectrum of psychotic disorders. *BMC Psychiatry*, 21(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03290-3>

Kraan, T., Velthorst, E., Smit, F., de Haan, L. y van der Gaag, M. (2015). Trauma and recent life events in individuals at ultra high risk for psychosis: Review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 161(2-3), 143-149.  
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.11.026>

Larøi, F., Billieux, J., Defeldre, A. C., Ceschi, G. y van der Linden, M. (2013). Factorial structure and psychometric properties of the French adaptation of the Dissociative Experiences Scale (DES) in non-clinical participants. *European Review of Applied Psychology*, 63(4), 203-208. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2013.04.004>

Lasker, S. P. (2018). Peer Review system: A Golden standard for publications process. *Bangladesh Journal of Bioethics*, 9(1), 13-23.  
<https://doi.org/10.3329/bioethics.v9i1.37104>

Levine, P. A. y Kline, M. (2016). *El trauma visto por los niños*. Editorial Eleftheria.

- Lindley, S. E., Carlson, E. B. y Hill, K. R. (2014). Psychotic-like Experiences, Symptom Expression, and Cognitive Performance in Combat Veterans With Posttraumatic Stress Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(2), 91-96. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000077>
- Longden, E., Branitsky, A., Moskowitz, A., Berry, K., Bucci, S. y Varese, F. (2020). The Relationship Between Dissociation and Symptoms of Psychosis: A Meta-Analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 46(5), 1104-1113. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa037>
- Luhrmann, T. M., Alderson-Day, B., Bell, V., Bless, J. J., Corlett, P., Hugdahl, K., Jones, N., Larøi, F., Moseley, P., Padmavati, R., Peters, E., Powers, A. R. y Waters, F. (2019). Beyond trauma: a multiple pathways approach to auditory hallucinations in clinical and nonclinical populations. *Schizophrenia Bulletin*, 45(Suppl 1), S24–S31. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby110>
- Matheson, S. L., Shepherd, A. M., Pinchbeck, R. M., Laurens, K. R. y Carr, V. J. (2013). Childhood adversity in schizophrenia: a systematic meta-analysis. *Psychological Medicine*, 43(2), 225-238. <https://doi.org/10.1017/S0033291712000785>
- McCarthy-Jones, S. y Longden, E. (2015). Auditory verbal hallucinations in schizophrenia and post-traumatic stress disorder: common phenomenology, common cause, common interventions? *Frontiers in Psychology*, 6, 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01071>
- Mertens, Y. L., Racioppi, A., Sheinbaum, T., Kwapil, T. y Barrantes-Vidal, N. (2021). Dissociation and insecure attachment as mediators of the relation between childhood emotional abuse and nonclinical paranoid traits. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1-14. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1888539>
- Mertin, P. y O'Brien, N. (2012). High emotional arousal and failures in reality monitoring: Pathways to auditory hallucinations in non-psychotic children? *Scandinavian Journal of Psychology*, 54(2), 102-106. <https://doi.org/10.1111/sjop.12019>

- Morgan, C. y Gayer-Anderson, C. (2016). Childhood adversities and psychosis: evidence, challenges, implications. *World Psychiatry*, 15(2), 93-102. <https://doi.org/10.1002/wps.20330>
- Morrison, A. P., Frame, L. y Larkin, W. (2003). Relationships between trauma and psychosis: A review and integration. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(4), 331-353. <https://doi.org/10.1348/014466503322528892>
- O’Conghaile, A. y DeLisi, L., E. (2015). Distinguishing schizophrenia from posttraumatic stress disorder with psychosis. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(3), 249-255. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000158>
- O’Neill, T., Maguire, A. y Shevlin, M. (2021). Sexual Trauma in Childhood and Adulthood as Predictors of Psychotic-like Experiences: The Mediating Role of Dissociation. *Child Abuse Review*, 30(5), 431-443. <https://doi.org/10.1002/car.2705>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades*. (11<sup>a</sup> ed.). <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A.,... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología (English ed.)*, 74(9), 790-799. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2021.07.010>
- Palic, S., Carlsson, J., Armour, C. y Elklit, A. (2015). Assessment of dissociation in Bosnian treatment-seeking refugees in Denmark. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(4), 307-314. <https://doi.org/10.3109/08039488.2014.977344>
- Peach, N., Álvarez-Jimenez, M., Cropper, S. J., Sun, P., Halpin, E., O’Connell, J. y Bendall, S. (2020). Trauma and the content of hallucinations and post-traumatic intrusions in first-

episode psychosis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94(S2), 223-241. <https://doi.org/10.1111/papt.12273>

Perona-Garcelán, S., Carrascoso-López, F., García-Montes, J. M., Ductor-Recuerda, M. J., López-Jiménez, A. M., Vallina-Fernández, O., Pérez-Álvarez, M. y Gómez-Gómez, M. T. (2012). Dissociative Experiences as Mediators Between Childhood Trauma and Auditory Hallucinations. *Journal of Traumatic Stress*, 25(3), 323-329. <http://doi.org/10.1002/jts.21693>

Perona-Garcelán, S., Carrascoso-López, F., García-Montes, J. M., Vallina-Fernández, O., Pérez-Álvarez, M., Ductor-Recuerda, M. J., Salas-Azcona, R., Cuevas-Yust, C. y Gómez-Gómez, M. T. (2011). Depersonalization as a Mediator in the Relationship Between Self-Focused Attention and Auditory Hallucinations. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(5), 535-548. <http://doi.org/10.1080/15299732.2011.602181>

Perona-Garcelán, S., García-Montes, J. M., Rodríguez-Testal, J. F., López-Jiménez, A. M., Ruiz-Veguilla, M., Ductor-Recuerda, M. J., Benítez-Hernández, M. M., Arias-Velarde, M. Á., Gómez-Gómez, M. T., y Pérez-Álvarez, M. (2014). Relationship between childhood trauma, mindfulness, and dissociation in subjects with and without hallucination proneness. *Journal of Trauma & Dissociation: the official journal of the International Society for the Study of Dissociation*, 15(1), 35–51. <https://doi.org/10.1080/15299732.2013.821433>

Pilton, M., Varese, F., Berry, K. y Bucci, S. (2015). The relationship between dissociation and voices: A systematic literature review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 40, 138-155. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.004>

Read, J., Fosse, R., Moskowitz, A. y Perry, B. (2014). The traumagenic neurodevelopmental model of psychosis revisited. *Neuropsychiatry*, 4(1), 65-79. <http://doi.org/10.2217/NPY.13.89>

Sareen, J., Cox, B. J., Goodwin, R. D. y Asmundson, G. J. G. (2005). Co-occurrence of posttraumatic stress disorder with positive psychotic symptoms in a nationally

- representative sample. *Journal of Traumatic Stress*, 18(4), 313-322.  
<https://doi.org/10.1002/jts.20040>
- Schalinsky, I., Breinlinger, S., Hirt, V., Teicher, M. H., Odenwald, M. y Rockstroh, B. (2019). Environmental adversities and psychotic symptoms: The impact of timing of trauma, abuse, and neglect. *Schizophrenia Research*, 205, 4-9.  
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.10.034>
- Schlesselmann, A. J., Huntjens, R. J. C., Renard, S. B., McNally, R. J., Albers, C. J., De Vries, V. E. y Pijnenborg, G. H. M. (2022). A Network Approach to Trauma, Dissociative Symptoms, and Psychosis Symptoms in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, sbac122. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbac122>
- Steel, C. (2015). Hallucinations as trauma-based memory: implications for psychological interventions. *Frontiers in Psychology*, 6, 1-6.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01262>
- Sun, P., Álvarez-Jiménez, M., Simpson, K., Lawrence, K., Peach, N. y Bendall, S. (2018). Does dissociation mediate the relationship between childhood trauma and hallucinations, delusions in first episode psychosis? *Comprehensive Psychiatry*, 84, 68-74.  
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.04.004>
- Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., Navalta, C. P. y Kim, D. M. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 27(1), 33-44. [https://doi.org/10.1016/S0149-7634\(03\)00007-1](https://doi.org/10.1016/S0149-7634(03)00007-1)
- van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S. y Steele, K. (2011). *El yo atormentado. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. (2ª ed.). Desclée De Brouwer.
- van der Kolk, B. A. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. (3ª ed.). Editorial Eleftheria.

- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J. y Bentall, R. P. (2012). Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 661-671. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050>
- Wearne, D., Ayalde, J., Curtis, G., Gopisetty, A., Banerjee, A., Melvill-Smith, P., Orr, K., Rajanthiran, L. y Waters, F. (2022). Visual phenomenology in schizophrenia and post-traumatic stress disorder: an exploratory study. *BJPsych Open*, 8(4), 1-7. <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.544>
- Wearne, D., Curtis, G. J., Choy, W., Magtengaard, R., Samuel, M. y Melvill-Smith, P. (2018). Trauma-intrusive hallucinations and the dissociative state. *BJPsych Open*, 4(5), 385-388. <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.52>
- Wearne, D., Curtis, G. J., Melvill-Smith, P., Orr, K. G., Mackereth, A., Rajanthiran, L., Hood, S., Choy, W. y Flavie, W. (2020). Exploring the relationship between auditory hallucinations, trauma and dissociation. *BJPsych Open*, 6(3), 1-6. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.31>
- Williams, J., Bucci, S., Berry, K. y Varese, F. (2018). Psychological mediators of the association between childhood adversities and psychosis: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 65, 175-196. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.05.009>
- Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability - a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103-126. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.86.2.103>

## 6. Anexos

### Anexo 1. Tabla 1

*Comparación de los criterios diagnósticos del TEPT entre el DSM-5-TR y la CIE-11.*

DSM-5-TR (APA, 2022)	CIE-11 (OMS, 2019)
<p>A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).</li><li>2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.</li><li>3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.</li><li>4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).</li></ol> <p><b>Nota:</b> El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.</p>	<p>El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es un trastorno que puede desarrollarse después de la <b>exposición a un evento o serie de eventos extremadamente amenazantes u horribles.</b></p>

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).
3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)
4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

Se caracteriza por todo lo siguiente:

1. **Volver a experimentar** el evento traumático o eventos en el presente en forma de recuerdos vívidos intrusivos, flashbacks o pesadillas, que suelen ir acompañados de emociones fuertes o abrumadoras, en particular el miedo o el horror, y las sensaciones físicas fuertes.
2. **Evitar** pensamientos y recuerdos del evento o eventos, o evitar actividades, situaciones o personas que recuerden el evento o eventos.
3. Percepciones persistentes de una amenaza actual acentuada, por ejemplo, como lo indica la **hipervigilancia** o una reacción de **sobresalto** aumentada ante estímulos como ruidos inesperados.

Los síntomas persisten durante al menos **varias semanas** y causan un deterioro significativo en el funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes.

---

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
  2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie,” “El mundo es muy peligroso,” “Tengo los nervios destrozados”).
  3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
  4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
  5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
  6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
  7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).
-

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:	-
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.</li> <li>2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.</li> <li>3. Hipervigilancia.</li> <li>4. Respuesta de sobresalto exagerada.</li> <li>5. Problemas de concentración.</li> <li>6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).</li> </ol>	
F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.	-
G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	-
H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.	-

*Especificar si:*

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).
2. Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

*Especificar si:*

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

*Nota:* Datos extraídos del DSM-5-TR y CIE-11. No se ha incluido las variaciones propuestas por los manuales para niños y adolescentes.

**Incluye:**

Neurosis traumática.

**Excluye:**

Reacción al estrés agudo.

Trastorno de estrés postraumático complejo.

## **Anexo 2. Ecuación de Búsqueda.**

(pos\*traumatic OR \*ptsd OR desnos OR “disorder of extreme stress not otherwise specified” OR “acute stress disorder” OR trauma\*) AND (dissociat\* OR reviv\* OR reminisc\* OR recreat\* OR re-experienc\* OR reexperienc\* OR intrusi\* OR flashback\*) AND (schizo\* OR hallucinat\* OR “perceptual disturbance\*” OR delusion\* OR “thought disorder\*” OR schneideri\* OR psychotic\* OR psychosis) AND (dissociat\* OR absorpt\* OR depersonalizat\* OR derealizat\* OR detach\* OR numb\* OR compartmentaliz\* OR amnesi\*) NOT (borderline OR bpd OR bipolar OR drug\* OR \*pharmacol\* OR addict\* OR “personality disorder”)

**Anexo 3. Tabla 2.***Características descriptivas de las publicaciones.*

Autores	H-index	Revista	Impacto de la revista	Procedencia del estudio	Revisión por pares
Akbey et al. (2019)	1	Psychiatric Investigation	Q3	Turquía	Sí
Bellido-Zanin et al. (2018)	6	Scandinavian Journal of Psychology	Q3	España	Sí
Berry et al. (2018)	34	Behavioural and Cognitive Psychotherapy	Q3	Inglaterra	Sí
Bloomfield et al. (2021)	22	World Psychiatry	Q1	Inglaterra e Israel	Sí
Bortolon & Raffard (2018)	14	Journal of Nervous and Mental Disease	Q4	Francia	Sí
Černis et al. (2021)	12	Journal of Psychiatric Research	Q2	Inglaterra	Sí
Fernández-León et al. (2020)	2	International Journal of Environmental Research and Public Health	Q2	España	Sí
Gibson et al. (2019)	12	Schizophrenia Research	Q2	Estados Unidos	Sí
Khosravi et al. (2021)	18	BMC Psychiatry	Q2	Irán	Sí
Longden et al. (2020)	19	Schizophrenia Bulletin	Q1	Inglaterra y Alemania	Sí

Autores	H- index	Revista	Impacto de la revista	Procedencia del estudio	Revisión por pares
Mertens et al. (2021)	2	European Journal of Psychotraumatology	Q1	Holanda, España y Estados Unidos	Sí
O'Neill et al. (2021)	9	Child Abuse Review	Q2	Irlanda	Sí
Sun et al. (2018)	11	Comprehensive Psychiatry	Q1	Australia	Sí
Schalinsky et al. (2019)	1	Schizophrenia Research	Q2	Alemania y Estados Unidos	Sí
Schlesselmann et al. (2022)	0	Schizophrenia Bulletin	Q1	Holanda y Estados Unidos	Sí
Wearne et al. (2018)	4	BJPsych Open	Q2	Australia	Sí
Wearne et al. (2020)	4	BJPsych Open	Q2	Australia	Sí
Williams et al. (2018)	52	Clinical Psychology Review	Q1	Inglaterra	Sí

#### **Anexo 4. Tabla 4**

##### *Diseño de los estudios seleccionados*

Estudio	Diseño
Akbey et al. (2019)	Experimental
Bellido-Zanin et al. (2018)	Cuasi-experimental
Berry et al. (2018)	Cuasi-experimental
Bloomfield et al. (2021)	Revisión sistemática y metaanálisis
Bortolon & Raffard (2018)	Cuasi-experimental
Černis et al. (2021)	Cuasi-experimental
Fernández-León et al. (2020)	Cuasi-experimental
Gibson et al. (2019)	Cuasi-experimental
Khosravi et al. (2021)	Experimental
Longden et al. (2020)	Metaanálisis
Mertens et al. (2021)	Cuasi-experimental
O'Neill et al. (2021)	Cuasi-experimental
Schalinsky et al. (2019)	Experimental
Schlesselmann et al. (2022)	Cuasi-experimental
Sun et al. (2018)	Cuasi-experimental
Wearne et al. (2018)	Experimental
Wearne et al. (2020)	Experimental
Williams et al. (2018)	Revisión sistemática

## Anexo 5. Tabla 6.

*Instrumentos utilizados para la medición de la disociación*

Nombre	Siglas	Autores	Veces utilizado
<i>Dissociative Experience Scale</i>	DES	Bernstein & Putnam (1986; en Schlesselmann et al., 2022)	6
<i>Dissociative Experience Scale II</i>	DES-II	Carlson & Putnam (1993; en Berry et al., 2018)	5
<i>Clinician-Administered Dissociative States Scale</i>	CADSS	Bremmer et al. (1998; en Wearne et al., 2020)	1
<i>Černis Felt Sense of Anomaly scale</i>	ČEFSA	Černis et al. (2021; en Černis et al., 2021)	1
<i>Dissociative Subtype of PTSD Score</i>	DSPS	Wolf et al. (2017; en Wearne et al., 2018)	1
<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders Revised</i>	SCID-D	Steinberg (1993; en Khosravi et al., 2021)	1
<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders Revised</i>	SCID-D-R	Steinberg (1994; en Sun et al., 2018)	1
<i>Shutdown Dissociation Scale</i>	Shutdown-D	Schalinsky et al. (2015; en Schalinsky et al., 2019)	1

## Anexo 6. Tabla 7.

### *Instrumentos utilizados para la medición del trauma*

Nombre	Siglas	Autores	Veces utilizado
<i>Childhood Trauma Questionnaire</i>	CTQ	Bernstein et al. (1994; en Bortolon & Raffard, 2018)	5
<i>Early Life Experiences Scale</i>	ELES	Gilbert et al. (2003; en Bellido-Zanin et al. (2018)	2
<i>PTSD Symptoms Scale Interview</i>	PSSI-5	Foa et al. (2016; en Wearne et al., 2018)	2
<i>Childhood Trauma Questionnaire - Short Form</i>	CTQ-SF	Bernstein et al. (2003; en Khosravi et al., 2021)	1
<i>Interview for Traumatic Events in Childhood</i>	ITEC	Lobbestael et al. (2009; en Mertens et al., 2021)	1
<i>The Life Events Checklist</i>	LEC	Gray et al. (2004; en Schalinsky et al., 2019)	1
<i>The Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure scale</i>	MACE	Teicher & Parigger (2015; en Schalinsky et al., 2019)	1

Nombre	Siglas	Autores	Veces utilizado
<i>Post-Traumatic Symptom Disorder Checklist</i>	PCL-5	Weathers et al. (2013; en Černis et al. (2021)	1
<i>The Sexual Abuse Questionnaire - Part 2</i>	SAQ-Part II	Lock et al. (2005; en O'Neill et al. (2021)	1
<i>Trauma History Questionnaire</i>	THQ	Hooper et al. (2011; en Schlesselmann et al., 2022)	1
<i>Trauma Questionnaire</i>	TQ	Davidson et al. (1990; en Fernández-León et al., 2020)	1

## Anexo 7. Tabla 8.

*Instrumentos utilizados para la medición de la sintomatología psicótica positiva*

Nombre	Siglas	Autores	Veces utilizado
<i>Positive and Negative Syndrome Scale</i>	PANSS	Kay et al. (1987; en Khosravi et al., 2021)	6
<i>Launay-Slade Hallucination Scale</i>	LSHS	Bentall & Slade, (1985; en Berry et al., 2018)	3
<i>Psychotic Symptom Rating Scales</i>	PSYRATS	Haddock et al., (1999; en Wearne et al., 2020)	2
<i>The Seven-Item Adolescent Psychotic-Like Symptom Screener</i>	APSS	Kelleher et al. (2011; en O'Neill et al., 2021)	1
<i>Aberrant Salience Inventory</i>	ASI	Cicero et al. (2010; en Fernández-León et al., 2020)	1
<i>Paranoid Thought Scales</i>	GPTS	Green et al. (2008; en Fernández-León et al., 2020)	1
<i>Prodromal Questionnaire</i>	PQ	Loewy et al. (2005; en Gibson et al., 2019)	1

Nombre	Siglas	Autores	Veces utilizado
<i>Referential Thinking Scale</i>	REF	Lenzenweger et al. (1997; en Bellido-Zanin et al., 2018)	1
<i>Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders</i>	SCID-II	Gibbon et al. (1997; en Mertens et al., 2021)	1
<i>Specific Psychotic Experiences Questionnaire</i>	SPEQ	Ronald et al. (2013; en Černis et al., 2021)	1
<i>Schizotypal Personality Questionnaire (Subescala de Susplicacia)</i>	SPQ	Raine (1991; en Mertens et al., 2021)	1

**Anexo 8. Tabla 9.***Otros instrumentos utilizados*

Nombre	Siglas	Autores	Veces utilizado
<i>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale</i>	CES-D	Radloff (1977; en Gibson et al., 2019).	1
<i>Clinical global impression-severity</i>	CGI-S	Guy (1976; en Akbey et al., 2019)	1
<i>Distress Tolerance Scale</i>	DTS	Simons & Gaher (2005; en Černis et al., 2021)	1
<i>The Drug Use Frequency Measure</i>	DUF	O'Farrell et al. (2003; en Gibson et al., 2019)	1
<i>Global assessment of functioning scale</i>	GAF	APA (2000; en Akbey et al., 2019)	1
<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>	HADS	Zigmond & Snaith (1983; en Černis et al., 2021)	1
<i>Insomnia Severity Index</i>	ISI	Morin, 1993; en Černis et al., 2021)	1

Nombre	Siglas	Autores	Veces utilizado
<i>Positive and Negative Affect Schedule</i>	PANAS	Watson et al. (1988; en Berry et al., 2018)	1
<i>Penn State Worry Questionnaire</i>	PSWQ	Meyer et al., (1990; en Černis et al. 2021)	1
<i>The Relationship Scales Questionnaire</i>	RQ	Griffin & Bartholomew (1994; en Mertens et al., 2021)	1
<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – Patient Edition</i>	SCID-I	First et al., (1996; en Sun et al., 2018)	1
<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV</i>	SCID-I-CV	First et al. (1996; en Akbey et al., 2019).	1
<i>Structured Clinical Interview for DSM-5 disorders, clinician version</i>	SCID-5-CV	First et al. (2016; en Khosravi et al., 2021)	1
<i>Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders</i>	SCID-5-PD	First et al. (2015; en Khosravi et al., 2021)	1
<i>State-Trait Anxiety Inventory</i>	STAI	Bieling et al. (1998; en Gibson et al., 2019)	1