

Revisión sistemática de las intervenciones en niños y adolescentes con síntomas de disociación por trauma: Comparación de tratamientos

Elena Ares¹ , Luis Pinel¹ , Ana Huertes-del Arco^{1,2}  & Miguel A. Perez-Nieto³ 

¹Universidad a Distancia de Madrid, Madrid (España)

²Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid (España)

³Universidad Camilo José Cela, Madrid (España)

Resumen

Los síntomas disociativos en población infanto-juvenil son difíciles de abordar en el ámbito clínico debido a una falta de consenso sobre el concepto de disociación, las dificultades para establecer su prevalencia, su elevada comorbilidad y la ausencia de programas de intervención específicos. El objetivo del presente trabajo es ofrecer una revisión actualizada que permita analizar la eficacia de las intervenciones psicológicas para la disminución de la sintomatología disociativa en población infantil y adolescente. Para llevar a cabo este estudio se siguió el protocolo PRISMA para revisiones sistemáticas y se llevó a cabo la búsqueda en cuatro bases de datos: Pubmed, Scopus, Wos y Redalyc. Se hallaron 571 artículos en total y, después de aplicar los criterios de selección, se eligieron 12 publicaciones para su inclusión en el estudio. Los resultados de la revisión señalan que la terapia cognitivo-conductual (TCC) centrada en el trauma presenta una mayor reducción de los síntomas disociativos y es más efectiva para mejorar el funcionamiento general de los pacientes en comparación con otras intervenciones. El estudio encuentra que los hallazgos no son muy concluyentes, por lo que se recomienda continuar explorando este área de estudio en futuras investigaciones.

Palabras clave: niños; adolescentes; disociación; tratamiento; terapia; revisión sistemática.

Abstract

Systematic review of interventions in children and adolescents with symptoms of dissociation due to trauma: Comparison of treatments. The dissociative symptoms in the child and adolescent population are challenging to address in the clinical setting due to a lack of consensus on the concept of dissociation, difficulties in establishing its prevalence, high comorbidity, and the absence of specific intervention programs. Therefore, the objective of this study is to provide an updated review that allows for an analysis of the effectiveness of psychological interventions that achieve a reduction in dissociative symptoms in the child and adolescent population. To carry out this study, the PRISMA protocol for systematic reviews was followed, and the search was conducted in four databases—PubMed, Scopus, WOS, and Redalyc—. A total of 571 articles were found, and after applying the selection criteria, 12 publications were chosen for inclusion in the study. The review results indicate that trauma-focused cognitive-behavioral therapy (CBT) achieves a greater reduction in dissociative symptoms and is more effective in improving patients' overall functioning compared to other interventions. The study concludes by highlighting that the findings are not entirely conclusive, and it is recommended to continue exploring this area of study in future research.

Keywords: children; adolescents; dissociation; treatment; therapy; systematic review.

Autor de correspondencia / Corresponding author: Elena Ares Nieto (lenaares@hotmail.com)

Citar como / Cite as: Ares, E., Pinel, L., Huertes-del Arco, A., & Pérez-Nieto, M. A. (2025). Revisión sistemática de las intervenciones en niños y adolescentes con síntomas de disociación por trauma: Comparación de tratamientos. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 12(3), 152-161. [https://doi: 10.21134/rpcna.2025.12.3.1](https://doi.org/10.21134/rpcna.2025.12.3.1).

Recibido / Received: 26 de junio de 2024

Aceptado / Accepted: 21 de marzo de 2025

Puntos clave

- La terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma presenta mayor eficacia para reducir síntomas disociativos en población infanto-juvenil.
- La falta de consenso en la definición de la disociación dificulta la comparación entre estudios.
- La participación familiar en terapia favorece la reducción de síntomas en algunos casos.
- Los síntomas disociativos muestran alta comorbilidad con TEPT, ansiedad, depresión y autolesiones.
- Se recomienda la realización de un metaanálisis para sintetizar la evidencia actual y mejorar las recomendaciones de tratamiento.

Highlights

- Trauma-focused cognitive-behavioral therapy shows greater efficacy in reducing dissociative symptoms in children and adolescents.
- The lack of consensus on the definition of dissociation makes it difficult to compare studies.
- Family involvement in therapy promotes symptom reduction in certain cases.
- Dissociative symptoms show high comorbidity with PTSD, anxiety, depression, and self-harm.
- A meta-analysis is recommended to synthesize current evidence and improve treatment recommendations

La disociación se define como una “interrupción y/o discontinuidad en la integración normal de la conciencia, la memoria, la identidad, la emoción, la percepción, la representación corporal, el control motor y el comportamiento” (American Psychiatric Association [APA], 2013). A su vez, el DSM-5-TR (APA, 2023) señala que los trastornos disociativos comprenden los siguientes síntomas: despersonalización, desrealización, amnesia disociativa, confusión de identidad y alteración de la identidad; por lo que no existe un claro consenso a la hora de definir y delimitar el concepto de disociación (Bremner, 2010). Asimismo, se ha teorizado que los síntomas disociativos aparecen principalmente debido a la exposición a eventos traumáticos, lo que lleva a que estos síntomas reflejen un intento por parte del individuo de alejarse psicológicamente del agente estresante (Dalenberg & Carlson, 2012). Sin embargo, otros autores como Giesbrecht et al. (2008) afirman que no existe relación entre trauma y disociación, considerando que los recuerdos traumáticos son el resultado y no la causa de la disociación. La definición ambigua de los síntomas disociativos ha limitado la disponibilidad de datos para establecer su prevalencia en niños y adolescentes. Algunos estudios indican que esta prevalencia varía considerablemente dependiendo del grupo demográfico y la edad del sujeto (Hunter et al., 2004; Yang et al., 2022). A pesar del limitado cuerpo de la investigación en este campo, no se descarta la presencia de estos síntomas, ya que tienen un impacto emocional significativo y afectan el funcionamiento cotidiano de esta población (Černis et al., 2019). Además, los síntomas disociativos están asociados a una alta tasa de comorbilidad, relacionándose con depresión, ansiedad, trastorno límite de personalidad, esquizofrenia y abuso de sustancias (Yang et al., 2022). Por tanto, la evidencia epidemiológica y su relación con otros trastornos mentales convierten los síntomas disociativos en un problema relevante para la salud en la población infantil y adolescente. La disociación puede describirse como un mecanismo automático de evitación. Al impedir que la persona reexperimente el evento traumático, bloquea el proceso de habituación, el cual es fundamental para reducir la respuesta emocional ante el estímulo y facilitar la consolidación de un aprendizaje adaptativo.

Tradicionalmente, se ha explorado la conexión entre la presencia de eventos traumáticos en la historia de una persona y los síntomas disociativos a través de dos modelos teóricos: el modelo del trauma y el modelo de la fantasía (Dalenberg et al., 2012; Kate et al., 2019). Ambos modelos concuerdan en

considerar el trauma real como antecedente y sugieren que la propensión a la fantasía puede actuar como un mecanismo de defensa (Kate et al., 2019). Sin embargo, abordan de manera diferente lo que desencadena la disociación. En un metaanálisis reciente, Kate et al. (2019) encontraron que los síntomas disociativos surgían como consecuencia de diversas experiencias traumáticas sufridas en la infancia. Estos resultados respaldan los postulados del modelo del trauma en contraposición a los argumentados por el modelo de la fantasía.

Considerando el posible origen de estos síntomas, sus repercusiones clínicas y socioemocionales, así como la importancia de una intervención temprana para prevenir cuadros psiquiátricos graves, es crucial examinar la literatura respecto a las intervenciones psicológicas aplicadas para reducir esta sintomatología en la población infanto-juvenil.

Según Wieland (2011), hasta el año 2011 existía muy poca evidencia científica sobre el tratamiento de la disociación en niños y adolescentes. En su libro, los autores recopilan ocho estudios de casos únicos que describen diversas intervenciones terapéuticas, pero no se logra identificar un protocolo unificado ni tratamientos validados específicamente para esta población. Además, aunque se hace referencia a literatura relevante de la época, los hallazgos destacan la ausencia de consenso sobre enfoques eficaces. Esta escasez de evidencia ha dificultado el desarrollo de tratamientos específicos y validados para los síntomas disociativos.

Según Fonseca et al. (2021), existe escasa evidencia científica sobre el abordaje de la disociación, destacándose la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TF-CBT) como el tratamiento recomendado en intervenciones tempranas después de experiencias traumáticas (Cohen, 2003). Aunque algunos autores han mencionado tratamientos como la hipnoterapia, el EMDR, la terapia psicodinámica, el mindfulness, y un enfoque terapéutico integral como posiblemente eficaces (Diseth & Christie, 2005; Zerubavel & Messman-Moore, 2013), no se han identificado tratamientos eficaces para abordar los síntomas disociativos en niños y adolescentes (Yang et al., 2022).

En resumen, diversos estudios han identificado problemas comunes, como la falta de acuerdo en la definición del término, dificultades para confirmar el origen de los síntomas, variabilidad en las metodologías de estudio, diversidad en la población analizada, alta comorbilidad y desafíos para establecer la prevalencia. Todos estos aspectos complican la investigación sobre el tratamiento de la sintomatología disociativa en la población infanto-juvenil.

El presente estudio

El objetivo general de este estudio es revisar y sintetizar la evidencia disponible acerca de los tratamientos y técnicas de intervención utilizados en niños y adolescentes con síntomas disociativos. Se buscará agrupar las distintas intervenciones, presentar información sobre su eficacia y proporcionar una visión actualizada. Para ello, se ha decidido abordar el intervalo temporal entre los años 2012 y 2023. Este rango ha sido seleccionado considerando que hasta el año 2011 ya existía una revisión teórica integral sobre las intervenciones dirigidas a niños y adolescentes con síntomas de disociación asociados al trauma (Wieland, 2011). Dicha revisión constituye una base sólida que recoge la evidencia previa disponible, permitiendo que esta investigación se enfoque en los avances realizados a partir de esa fecha. Esta forma de proceder asegura que los resultados del presente trabajo se centren en los desarrollos más recientes y relevantes en este campo.

Método

Esta revisión sistemática ha seguido las directrices marcadas por la guía PRISMA (Page et al., 2021) y ha tratado de dar respuesta a la pregunta de investigación realizada en base a la técnica PICO (da Costa Santos et al., 2007) identificando:

- (P) Pacientes: niños y adolescentes con síntomas disociativos.
- (I) Intervención: que hayan tenido una intervención psicológica.
- (C) Comparación: haciendo una comparación entre diferentes estudios que muestran el abordaje de la sintomatología disociativa desde diferentes perspectivas terapéuticas.
- (O) Resultados: con resultados destacables en relación con la reducción de síntomas.

Considerando los elementos de la metodología empleada, el interrogante principal en el que se fundamenta esta investigación es el siguiente: ¿cuáles son las intervenciones utilizadas para el abordaje de los síntomas disociativos en niños y adolescentes?

Criterios de selección

En la tabla 1 se detallan los criterios de inclusión y exclusión utilizados en la selección de artículos que han permitido estudiar la pertinencia de diversos tratamientos psicológicos para la reducción de sintomatología disociativa en niños y adolescentes.

Tabla 1. Resumen criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Datos sobre intervenciones para el tratamiento de sintomatología disociativa.	Intervenciones enfocadas a otros síntomas aun existiendo sintomatología disociativa.
Inclusión de población infanto-juvenil (hasta 19 años).	En idioma diferente a español o inglés.
Publicados entre 2012 y 2023.	No disponibles a texto completo. Tesis, capítulos de libros.
Redactados en español o inglés. Textos disponibles a texto completo.	

Nota: Criterios de inclusión y exclusión en relación con el objetivo planteado.

Estrategia de búsqueda y fuentes de información

Basándose en la pregunta de investigación, se lleva a cabo una búsqueda bibliográfica de artículos publicados, a partir de 2012. Para la cual se consultan las bases de datos electrónicas como: Pubmed, Scopus, Wos y Redalyc. Se ha realizado una exploración de posibles sinónimos y términos relacionados de interés para la temática estudiada. Los descriptores de búsqueda para la selección de artículos fueron (“child* OR teen* OR teenager* OR adolescent*”) AND (“dissociation OR “dissociative disorder”) AND (“treatment OR therapy OR ECA OR “randomized clinical trial”) y se aplicaron de la misma forma en todas las bases de datos seleccionadas. La última búsqueda realizada fue el 7 de diciembre de 2023.

Proceso de búsqueda

La búsqueda bibliográfica abarcó el periodo comprendido entre octubre y diciembre de 2023, utilizando la misma ecuación de búsqueda integrada en Pubmed, Scopus, Wos y Redalyc. Se excluyeron otras bases de datos como Dialnet, Medline y Psycinfo, debido a la ausencia de artículos relacionados con la pregunta de investigación o similitud de resultados con las ya utilizadas. Los resultados se filtraron según su fecha de publicación sin descartar ninguno considerado relevante. Además, se aplicó un filtro específico para ensayos controlados aleatorizados o ensayos clínicos.

Respecto al idioma, inicialmente se restringió la búsqueda de artículos en español y en inglés. Sin embargo, debido a la escasez de publicaciones en español, todos los artículos incluidos en la revisión sistemática están redactados en inglés.

Selección de estudios y extracción de la información

Los dos investigadores principales (EA y LPA) llevaron a cabo de forma independiente la revisión de los títulos y resúmenes de los registros que cumplieran con los criterios de inclusión. La extracción de información se realizó mediante la codificación de los estudios de acuerdo con los siguientes aspectos: (1) autores y año de publicación, (2) tipo de intervención, (3) instrumentos utilizados (medidas empleadas), (4) características de la muestra (tamaño y rango de edad), y (5) principales conclusiones. Las diferencias surgidas durante el proceso de extracción fueron resueltas en una reunión conjunta entre ambos investigadores. Además, el procedimiento de selección fue revisado por los coautores del artículo (AH y MPN) para evitar posibles errores.

Selección de publicaciones

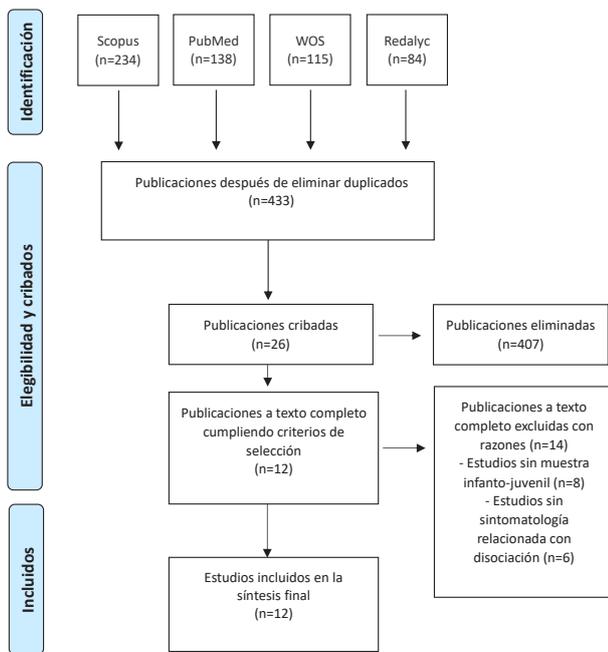
Una vez formulada la ecuación de búsqueda y aplicados los filtros de fecha y tipo de estudio, la investigación se focalizó en artículos de acceso abierto y texto completo en inglés. El resultado inicial fue un total de 571 artículos (234 procedentes de Scopus, 138 de PubMed, 115 de Wos y 84 de Redalyc) y tras eliminar los artículos duplicados (138 artículos) se obtuvo un nuevo total de 433.

Posteriormente, se llevó a cabo un análisis de los títulos de ese total conseguido, eliminando 384 debido a la falta de pertinencia con la pregunta de investigación. Así, resultó en un

total de 49 publicaciones, las cuales, y a partir de la lectura del resumen, se redujeron a 26. Seguidamente, y tras el estudio del texto completo siguiendo los criterios expuestos en la Figura 1, se excluyeron 14 artículos, culminando con la inclusión final de 12 publicaciones en la revisión sistemática.

El proceso completo de selección se presenta detalladamente en la Figura 1 a través de un diagrama de flujo.

Figura 1. Diagrama de Flujo según Modelo Prisma para la Revisión Sistemática



Nota: Diagrama de flujo para a revisión sistemática según Moher et al. (2009)

Resultados

Se identificaron 12 artículos que cumplían los criterios de inclusión establecidos, y se hizo una selección de 9 para su estudio riguroso (Tabla 2), proporcionando información pertinente sobre los tratamientos psicológicos aplicados en niños y adolescentes con síntomas disociativos. Los tres artículos restantes no han sido incluidos en la tabla 2 por tratarse de estudios de caso único, pero sí se han considerado en el análisis de resultados por arrojar datos de interés, cumplir criterios de inclusión y responder a la pregunta PICO.

A continuación, se exponen las variables relevantes con relación a los resultados encontrados.

Variables relacionadas con la procedencia de los estudios

La mayoría de estudios provienen de Estados Unidos (5) y el resto de Inglaterra (1), Brasil (1), Australia (1) y Países Bajos (1). Por ello, más de la mitad, concretamente el 66,7%, han sido realizados en América, el 22,2% en Europa y el 11,1% en Oceanía.

Variables relacionadas con la metodología

Más de la mitad de los estudios son transversales, concretamente el 55,6% frente al 44,4% de estudios longitudinales. El tipo de muestreo más frecuente fue el de conveniencia (66,7%), otros tipos de muestreo fueron el aleatorio simple (22,2%) y el

deliberado (11,1%). Por otro lado, el reclutamiento de los participantes se produjo, en la mayoría de los casos (88,9%), a través de centros de tratamiento, a excepción de un estudio donde la muestra fue recogida en servicios de acogimiento. En relación al tamaño muestral, este se encontró en un intervalo de 6 a 260 participantes, siendo la media de 93 niños y adolescentes.

Variables relacionadas con los participantes

De entre los estudios examinados, seis incorporaron una muestra con hombres y mujeres, mientras que tres se limitaron a incluir únicamente mujeres. Algunos estudios presentaron una mayoría de participantes masculinos, siendo dos de ellos específicamente destacables en este aspecto. Contrariamente, en otros cuatro estudios, la mayoría de la muestra consistía en participantes femeninas.

Las edades de los participantes se limitaron hasta un máximo de 19 años, siendo el rango encontrado entre los 3 y los 18 años. En este contexto, es relevante señalar que tres de los nueve estudios se centraron exclusivamente en muestras conformadas por adolescentes. A su vez, también en cuatro de los nueve artículos estudiados, se intervino con las familias.

Variables relacionadas con los instrumentos de evaluación

Los datos sobre síntomas disociativos se recogieron con distintas técnicas, entre ellas, entrevistas estructuradas, cuestionarios estandarizados y autorregistros. A partir de la información facilitada se puede concretar que la totalidad de los estudios utilizó escalas y cuestionarios para evaluar sintomatología disociativa y otra relacionada con depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, conducta sexual e ira. En algunos estudios también se utilizó la entrevista, concretamente en el 44,4%. En algunos casos la recogida de datos se complementó con otros recursos (autorregistro, sistema de observación, consulta de expedientes médicos y psicológicos previos). En relación a los cuestionarios, es importante resaltar la gran heterogeneidad en los estudios, tal y como se puede observar en la tabla 2.

Tratamientos aplicados

Cada uno de los artículos incorporados en la revisión proporcionó información detallada sobre los tratamientos empleados para mitigar los síntomas disociativos. Para una visión concisa de las características más destacadas de cada artículo, se presenta un resumen en la Tabla 2.

Terapia de grupo asistida por animales (TAA)

Dietz et al. en el 2012, realizaron un estudio con niños y adolescentes en el que compararon la efectividad de tres intervenciones grupales (sin perros, con perros sin historia terapéutica y con perros e historia terapéutica) durante 12 sesiones. Para el grupo sin perros, se encontró una disminución en las puntuaciones para el trastorno de estrés postraumático al final de la terapia, pero no para otra sintomatología. En su lugar, sí se observó una disminución en la sintomatología disociativa cuando la terapia grupal fue complementada con visitas de perros de terapia y sus guías, y esta disminución fue mayor cuando se acompañó de historias terapéuticas. Otros síntomas relacionados con ansiedad, depresión, ira y preocupaciones sexuales también mostraron disminución después de la terapia asistida con perros (con y sin historia terapéutica).

Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TF-CBT)

Smith et al. (2007) realizaron un ECA con población infanto-juvenil que comparase la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma y la no participación en tratamiento (grupo control asignado a una lista de espera). Después de 10 sesiones individuales semanales de terapia cognitivo-conductual se observó una reducción significativa de la sintomatología relacionada con el trastorno de estrés postraumático, la ansiedad y la depresión (el 92% del grupo de terapia cognitivo-conductual frente al 42% del grupo control).

En 2013, Habigzang et al. también evaluaron el impacto de un modelo de terapia cognitivo-conductual grupal con una muestra de mujeres adolescentes que habían sufrido abuso sexual y que presentaban síntomas de depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático. Una vez terminado el tratamiento, los síntomas de ansiedad, problemas sexuales y disociación mejoraron, sin embargo, no los de depresión. Esta mejoría se mantuvo a los 6 meses y a los 12 meses desde la finalización de la terapia. Un año después, en 2014, Bicanic y su equipo llevaron a cabo un estudio observacional prospectivo en el que también pusieron a prueba la modalidad grupal de la terapia cognitivo-conductual dirigida a adolescentes víctimas de violación única. Estas adolescentes participaron en la terapia grupal durante 9 sesiones y, en paralelo, se formó un grupo de familias con el que se trabajó durante 6 sesiones. Las puntuaciones, al finalizar el tratamiento, habían bajado de manera significativa en las escalas que miden disociación, ansiedad, depresión, estrés postraumático y preocupaciones sexuales, y de manera moderada en la ira. Estos resultados se mantuvieron en la evaluación realizada a los 6 y 12 meses. En línea al mantenimiento de los efectos de la terapia cognitivo-conductual, Cohen et al. (2005) realizó un estudio cuyos resultados apoyaron la duración del efecto de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma un año después de la participación de una muestra de niños y adolescentes que habían sufrido abuso sexual y presentaban diferentes síntomas asociados al trastorno de estrés postraumático. Estos autores formaron, de manera aleatoria, dos grupos terapéuticos durante 12 semanas, uno de ellos asignado a terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, y otro a terapia de apoyo no directiva (NST). A los seis y doce meses de la finalización de los tratamientos, las medidas de evaluación indicaron que la mejoría en los síntomas depresivos, de ansiedad, de preocupación sexual, de disociación y de trastorno de estrés postraumático fue superior en el grupo que había recibido la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma frente al que recibió la terapia de apoyo y empoderamiento no directiva.

En el año 2015, Liotta y su equipo realizaron un estudio con niños y adolescentes que presentaban problemas de conducta sexual, estrés postraumático y disociación, donde se compararon dos condiciones terapéuticas, concretamente, la terapia de grupo cognitivo-conductual basada en juegos acompañada de terapia individual frente a la terapia de grupo cognitivo-conductual basada en juegos sin modalidad individual. En este sentido, no se observaron diferencias significativas en relación a los síntomas disociativos, de estrés postraumático, conducta sexual y habilidades personales. En cambio, sí hubo diferencias relativas a la disminución de las preocupaciones sexuales a favor de la terapia grupal acompañada de terapia individual (concretamente, incorporando al menos cuatro sesiones). De

cualquier modo, este estudio no encontró apoyo suficiente para justificar la incorporación de terapia individual a la terapia de grupo para tratar los síntomas mencionados. Un año después, Allen et al. (2016) realizaron un estudio en el que se analizó si la integración de la terapia de juego no estructurado/técnicas experienciales en un programa de técnicas estructuradas cognitivo-conductuales centradas en el trauma podría impactar en el resultado. De este modo, y a través de un estudio comunitario en el que se reportó información sobre casos de niños con sintomatología asociada a trauma que participaron en una terapia en la que se combinaban los dos tipos de técnicas en diferente proporción, se concluyó que el tratamiento fue eficaz en general, aunque la utilización de técnicas estructuradas de terapia cognitivo-conductual produjo puntuaciones postratamiento más bajas no existiendo indicios de que el uso de técnicas de juego no estructurado/técnicas experienciales mejorara esos resultados, incluso se encontraron casos en los que un uso elevado de las mismas producía menores mejoras. Estos resultados fueron consistentes en relación a los síntomas de estrés postraumático, disociación, ansiedad e ira.

En 2023, Hussain publicó un estudio de caso único en el que se aplicó la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma a un adolescente de 16 años diagnosticado de trastorno disociativo mixto. Este autor informó de mejoras significativas en los episodios disociativos después de la intervención. Un año antes, Lee et al. (2022) utilizó esta terapia (junto a la Terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular) con un adolescente de 16 años diagnosticado con TID indicando resultados en la misma línea.

Terapia EMDR (Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares)

La terapia EMDR fue utilizada por Papanikolopoulos et al. (2017) en un caso de un adolescente de 14 años diagnosticado de estrés postraumático con experiencias disociativas que había sufrido abuso emocional, físico y sexual por parte de su padre. El tratamiento tuvo una duración de 7 meses en régimen hospitalario, y a su finalización se pudo afirmar la mejoría clínicamente significativa de sus síntomas, resaltando la reducción de las experiencias disociativas y el logro de una percepción de la realidad más integrada.

Terapia de interacción entre padres e hijos (PCIT)

Pearl et al. (2012) realizaron un estudio para examinar la eficacia de la PCIT en agencias comunitarias que trabajaban con familias en situación de riesgo. Los resultados encontrados incluyeron a 53 familias y sus hijos con historial de trauma que completaron todas las fases del tratamiento durante 36 semanas y mostraron una mejora significativa en las habilidades de los padres (incluida una reducción de su nivel de estrés) y los síntomas de trauma y disociativos de los menores.

Terapia conductual dialéctica (DBT)

Geddes et al. (2013) realizaron un estudio piloto para poner a prueba la terapia DBT adaptada a población adolescente (DBT-A) durante 26 semanas. En él participaron mujeres adolescentes con edades comprendidas entre 14,6 y 15,7 años, con al menos tres características asociadas a TLP y con presencia de autolesión deliberada y/o pensamientos suicidas en los últimos 12 meses. En los resultados encontraron una disminución

Tabla 2. Resumen de los artículos incluidos en la revisión sistemática

Autores (Año/País)	Modalidad de intervención/metodología	Instrumentos	Muestra	Conclusiones
Allen (2016) EEUU	TCC centrada en el trauma y técnicas experienciales/de juego no estructuradas. Estudio comunitario No grupo control Duración: Variable (4-36 sesiones). Promedio: 15,7 sesiones	TSCYC	N=260 (M:209, H:51) Edad: 3-12	La utilización de técnicas de juego/experiencia predijeron menos mejoras en la disociación y ansiedad (frente al no uso de las mismas). La utilización de técnicas de TCC estructuradas sí mejoraron las puntuaciones, especialmente en estrés postraumático, ansiedad, disociación e ira. El uso de TCC provocó más abandono del tratamiento frente al uso de técnicas de juego/experienciales
Bicanic (2014) Países Bajos	TCC (STEPS) Modalidad: TG (9 sesiones) Estudio observacional prospectivo No grupo control Intervención con familias (6 sesiones) Seguimiento: a los 6 y 12 meses.	TSCC, YSR, SCL-90	N=55 (M:55) Edad: 13-18	Disminución significativa en los síntomas de estrés postraumático, ansiedad, depresión, ira, disociación, preocupaciones sexuales y problemas de conducta que se mantuvo a los 12 meses de seguimiento.
Cohen et al. (2005) EEUU	ECA TCC centrada en el trauma NST Modalidad: TI Intervención familiar Duración: 12 sesiones Seguimiento: a los 6 y 12 meses	CDI, TSC-C, STAIC, CSBI, CBCL	N= 82 (M:56, H:26) Edad: 8-15	Los resultados fueron mejores en la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma frente a la terapia de apoyo no directiva produciendo efectos duraderos en los síntomas depresivos, de ansiedad, de preocupación sexual, de disociación y de trastorno de estrés postraumático.
Dietz et al. (2012) EEUU	TAA grupal Diseño cuasi-experimental No grupo control No seguimiento Duración: Grupo 1 (Sin perros): 12 sesiones Grupo 2 (Perros sin historias): 4 visitas del perro durante todo el tratamiento (1 vez al mes). Grupo 3 (Perros con historias): 4 sesiones a lo largo de las 12 sesiones.	TSCC	N= 153 (M: 143, H:10) Edad: 7-17	Los síntomas disociativos tuvieron una reducción significativa con las intervenciones con perros (con y sin historias), siendo mayor el efecto cuando se introdujeron historias.
Geddes (2013). Australia	DBT Modalidad: TI (26 semanas) Intervención familiar (18 semanas) Seguimiento: 3 meses	Entrevista clínica, Cuestionario sobre autolesiones y pensamientos suicidas (creado para el programa), MACS-A, ACS, TSCC	N=6 (M:6) Edad: 14,6-15,7 años	Eficacia moderada de la DBT para la reducción de síntomas disociativos que no fue apreciada al terminar el tratamiento, pero sí 3 meses después
Habigzang et al. (2013) Brasil	TCC Modalidad: TG Duración: 16 semanas Ensayo clínico intragrupo no aleatorizado con series temporales. No grupo control Seguimiento: a los 6 y a los 12 meses	Entrevista, CDI, CSS, STAIC	N= 49 (M:49). Edad: 9-16	Eficacia de la TCC grupal. Reducción de síntomas de ansiedad y de estrés postraumático (concretamente, síntomas de reexperimentación, evitación y excitabilidad). Los efectos de la terapia se mantuvieron después del tratamiento.

Autores (Año/País)	Modalidad de intervención/metodología	Instrumentos	Muestra	Conclusiones
Liotta et al. (2015) EEUU	TCC basada en juegos Modalidad: TG y TI Diseño cuasi-experimental No grupo control No seguimiento Comparación: Grupo 1: Terapia grupal basada en juegos. Duración: 8 sesiones de TG y de 4 a 12 de TI, paralelamente Grupo 2: Terapia grupal más individual	CBCL, CSBI, TSCC, CKAQ-R, PSQ	N=153 (M:10, H:52) Edad: 5-13	Mejoría en los síntomas comprobando que la terapia individual no mejora los beneficios de la terapia de grupo.
Pearl et al. (2012) EEUU	PCIT Diseño cuasi-experimental Modalidad: TI Duración: 36 semanas No grupo control	CTES, Entrevista UCLA PTSD index, DPICS, ECBI, CBCL, PSI-SF, TSCYC	N= 53 (M:24, H:29). Edad media: 5,45	Mejora significativa en síntomas de trauma, síntomas disociativos y estrés del cuidador.
Smith et al. (2007) Inglaterra	TCC centrada en el trauma Modalidad: TI ECA Sí grupo control Sí seguimiento (6 meses) Duración: 10 sesiones semanales Intervención familiar	ADIS-C/P, CAPS-CA, CPSS, C-RIES, DSRS, RCMAS, C-PTCI y autorregistro de pesadillas y recuerdos intrusivos	N=38 (M:15, H:23) Edad: 8-18	La terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma individual reduce de manera significativa la sintomatología relacionada con el trastorno de estrés postraumático, la ansiedad y la depresión. Se mantienen los efectos a los 6 meses del tratamiento.

Nota: M: Mujeres; H: Hombres; TAA: Terapia asistida por animales; TSCC: Trauma Symptom Checklist for Children; TEPT: Trastorno de estrés postraumático; TCC: Terapia Cognitivo-conductual; TG: terapia grupal; TI: Terapia individual; CBCL: Child Behavior Checklist; CSBI: Child Sexual Behavior Inventory; CKAQ-R: Children’s Knowledge of abuse Questionnaire-revised; PSQ: Personal Safety Questionnaire; ADIS-C/P: Anxiety Disorders Interview Schedule; CAPS-CA: Clinician Administered; CPSS: Scale Child PTSD symptom; RIES: Children’s Revised Impact of Event Scale; DSRS: Depression self-rating Scale; RCMAS: Revised Children’s Manifest Anxiety Scale; C-PTCI: Children’s Post Traumatic Cognitions Inventory; ECA: Estudio clínico aleatorizado; PCIT: Terapia de interacción entre padres e hijos; CTES: Childhood Trust Events Survey-Caregiver Version; DPICS: Dyadic Parent-Child Interaction Coding System-III; ECBI: Eyberg Child Behavior Inventory; PSI-SF: Parenting Stress Index-Short Form; TSCYC: Trauma Symptom Checklist for Young children; CDI: Children’s depression Inventory; CSS: Child Stress Scale; STAIC: State-Trait Anxiety Inventory for Children; NST: Terapia de apoyo no directiva; DBT: Terapia dialéctica conductual; MACS-A: Modified Affective Control Scale for Adolescent; ACS: Affective Control Scale; YSR: Youth Self-Report of the Child Behavior Checklist; SCL-90: Symptom Checklist.

en los síntomas de ansiedad, ira, depresión y estrés postraumático inmediatamente después del tratamiento DBT-A. Tres meses después, las adolescentes seguían reportando reducciones significativas en ansiedad, depresión y estrés postraumático y una gran reducción en la ira. En cambio, no hubo reducción significativa de los síntomas disociativos inmediatamente después del tratamiento, aunque sí moderada a los tres meses. También se encontró una reducción de las autolesiones y de los pensamientos suicidas.

Riesgo de sesgo

Se ha llevado a cabo una evaluación del riesgo de sesgo de los estudios que forman parte de esta revisión sistemática ya que pueden comprometer los resultados y consideraciones finales. Para realizar el análisis, se ha utilizado el Manual de Cochrane (Higgins & Green, 2011). De acuerdo con las recomendaciones del manual se analizan cinco tipos principales de sesgos: el sesgo de selección (que se produce si los grupos no son comparables desde el inicio del estudio); el sesgo de realización (relacionado con la falta de cegamiento de los participantes y el personal); el sesgo de detección (asociado al cegamiento de los evaluadores que analizan los resultados); el sesgo de desgaste (derivado de datos de resultados incompletos); y el sesgo de notificación (que

Figura 2. Evaluación del riesgo de sesgo

Estudios	Sesgo de selección	Sesgo de desgaste	Sesgo de realización	Sesgo de detección
Dutz et al. (2012)	●	●	●	●
Liotta et al. (2015)	●	●	●	●
Smith et al. (2007)	●	●	●	●
Pearl et al. (2012)	●	●	●	●
Habiazeux et al. (2013)	●	●	●	●
Cohen et al. (2005)	●	●	●	●
Geddes (2013)	●	●	●	●
Allen (2016)	●	●	●	●
Biscnic (2014)	●	●	●	●

Nota: Color “verde” bajo riesgo de sesgo. “amarillo” riesgo moderado. “rojo” alto riesgo de sesgo.

surge cuando los resultados son seleccionados de manera parcial o intencionada). Cada estudio fue clasificado en una de tres categorías de riesgo de sesgo: bajo, medio o alto, dependiendo de si presentaba uno, entre dos y tres, o más de tres de los sesgos previamente mencionados (Sterne et al., 2019). El análisis del riesgo de sesgo se puede consultar en la Tabla 2 y, tal y como se puede apreciar, el riesgo de sesgo en general es alto.

Discusión

La presente revisión sistemática ofrece evidencia sobre los tratamientos psicológicos utilizados hasta la fecha para reducir la sintomatología disociativa en niños y adolescentes. A partir de los estudios incluidos, existen dificultades a la hora de consensuar la definición de disociación y sus implicaciones lo que limita la extrapolación y comparación de los resultados obtenidos en los diferentes estudios encontrados. La importancia de abordar estos síntomas se destaca en todos los casos debido a su potencial impacto en diferentes aspectos de la vida de los menores, destacando la comorbilidad con otros trastornos mentales, incluidos el trastorno de estrés postraumático, ansiedad, depresión y esquizofrenia. A su vez, se discute la conexión entre la disociación y la autolesión en la adolescencia, señalando que los adolescentes pueden autolesionarse para poner fin a la experiencia disociativa o desencadenar intencionalmente un estado disociativo para evitar el dolor emocional. Los datos disponibles sobre la relación entre los síntomas disociativos y la autolesión son limitados en la literatura analizada, no obstante, dado su implicación clínica y al tratarse de un factor de vulnerabilidad en el desarrollo de comportamientos autolesivos, subraya la urgencia de considerar estos síntomas en el ámbito de la salud mental.

En la revisión que se presenta se ha encontrado una variedad de psicoterapias utilizadas que, en términos generales, consiguen reducir sintomatología disociativa, destacando la terapia cognitivo-conductual como alternativa con mayor apoyo empírico hasta el momento (Allen et al., 2016; Bicanic et al., 2014; Cohen et al., 2005; Habigzang et al., 2013; Hussain, 2023; Lee et al., 2022; Liotta et al., 2015; Smith et al., 2007).

A pesar de ello, y pareciendo que estos estudios reflejan resultados prometedores con relación a la disociación, es importante subrayar las limitaciones encontradas como la falta de consenso a la hora de definir los síntomas disociativos, el escaso número de trabajos encontrados en los que se trate de manera específica la disociación, las dificultades para confirmar la causalidad, la variabilidad de la población de estudio, la comorbilidad, la existencia de más estudios transversales que longitudinales que dificultan el conocimiento del mantenimiento de los efectos de la terapia, el bajo número de participantes (ningún estudio superó los 260), la posibilidad de mejora espontánea por el paso del tiempo, la ausencia de grupo control y de aleatorización de la muestra, el elevado número de abandonos, la ausencia de información sobre la formación y las habilidades de los terapeutas, la ausencia de evaluación del beneficio de la intervención con familias y el poco seguimiento una vez terminada la intervención (solo un estudio lo hizo a los 3 meses, cuatro a los 6 meses y tres a los 12 meses). Las limitaciones encontradas presentan un panorama en el que se hacen necesarias investigaciones adicionales que las resuelvan.

Futuras investigaciones podrían enfocarse en el diseño de estudios con muestras más amplias y aleatorizadas, que permitan obtener resultados más sólidos y representativos. Un aspecto fundamental es lograr un consenso más amplio sobre la definición operativa de la disociación y sobre las herramientas estandarizadas y validadas para su evaluación. Esto no solo facilitaría la comparación entre estudios, sino que también contribuiría a la generalización de los resultados en distintos contextos.

Asimismo, sería relevante desarrollar intervenciones específicas orientadas exclusivamente al abordaje de la sintomatología disociativa, lo que ayudaría a mejorar la comprensión de estos síntomas. Además, la investigación futura debería explorar las diferencias en la manifestación y prevalencia de la disociación según el sexo, ya que este enfoque puede proporcionar información clave para personalizar y adaptar las intervenciones destinadas a estos pacientes.

Desde una perspectiva práctica, los hallazgos de esta revisión podrían servir como guía para el diseño de programas terapéuticos más eficaces y para optimizar la formación de profesionales en la identificación y manejo de la disociación en población infanto-juvenil. Por último, como línea futura de investigación, sería interesante proponer la realización de un metaanálisis que permita sintetizar cuantitativamente los resultados disponibles sobre esta temática.

En definitiva, aunque los hallazgos disponibles hasta la fecha no son concluyentes, esta revisión pone de manifiesto la necesidad de realizar estudios clínicos aleatorizados que aporten mayor rigor científico al abordaje de la sintomatología disociativa en población infantil y adolescente. Estas investigaciones futuras no solo deberían considerar muestras más amplias y mejores diseños metodológicos, sino también evaluar las intervenciones específicas que permitan confirmar y ampliar el conocimiento actual en este campo.

Conflicto de intereses

Los autores de este trabajo declaran que no existe conflicto de intereses.

Financiación

Los autores no recibieron ningún tipo de financiación para este trabajo.

Referencias

Las referencias señaladas con () fueron incluidas en la revisión*

- Asociación Americana de Psiquiatría (2023). *DSM-5 TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- *Allen, B. & Hoskowitz, N. A. (2016). Structured Trauma-Focused CBT and Unstructured Play/Experiential Techniques in the Treatment of Sexually Abused Children: A Field Study with practicing Clinicians. *Child Maltreatment*, 22(2), 112-120. <https://doi.org/10.1177/1077559516681866>
- *Bicanic, I., De Roos, C., Van Wesel, F., Sinnema, G. & Van De Putte, E. (2014). Rape-related symptoms in Adolescents: Short- and long-term outcome after cognitive Behavior group therapy. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 1-8. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.22969>
- Bremner, J. D. (2010). Cognitive processes in dissociation: Comment on Giesbrecht et al. (2008). *Psychological Bulletin*, 136(1), 1-6. <https://doi.org/10.1037/a0018021>
- Canan, F. y North, C. S. (2019). Dissociation and Disasters: A Systematic Review. *World Journal of Psychiatry*, 9(6), 83-98. <https://doi.org/10.5498/wjp.v9.i6.83>

- Černis, E., Chan, C. W. & Cooper, M. (2019). What is the relationship between dissociation and self-harming behaviour in adolescents? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(3), 328-338. <https://doi.org/10.1002/cpp.2354>
- Cohen, J. A. (2003). Treating acute posttraumatic reactions in children and adolescents. *Biological Psychiatry*, 53(9), 827-833. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01868-1](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01868-1)
- *Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Knudsen, K. J. (2005). Treating Sexually Abused Children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect*, 29(2), 135-145. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.12.005>
- Da Costa Santos C. M., de Mattos Pimenta C. A., & Nobre M. R. C. (2007). The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(03), 508-511. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692007000300023>
- Dalenberg, C. & Carlson, E. B. (2012). Dissociation in posttraumatic stress disorder part II: How theoretical models fit the empirical evidence and recommendations for modifying the diagnostic criteria for PTSD. *Psychological Trauma*, 4(6), 551-559. <https://doi.org/10.1037/a0027900>
- *Dietz, T., Davis, D. & Pennings, J. (2012). Evaluating Animal-Assisted Therapy in Group Treatment for Child Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 21, 665-683. <https://doi.org/10.1080/10538712.2012.726700>
- Diseth, T. H. & Christie, H. J. (2005). Trauma-related dissociative (conversion) Disorders in Children and Adolescents – An overview of assessment tools and treatment principles. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(4), 278-292. <https://doi.org/10.1080/08039480500213683>
- Fonseca, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., Muñiz, J., López-Navarro, E., De Albeniz, A. P., Lucas-Molina, B., Debbané, M., Bobes-Bascarán, M. T., Gimeno-Peón, A., Prado-Abril, J., Fernández-Álvarez, J., Rodríguez-Testal, J. F., Pando, D. G., Del Casal, A. D. G., Montes, J. M. G., García-Cerdán, L., Osmá, J., . . . Marrero, R. J. (2021). Evidence-Based Psychological Treatments for Adults: A Selective review. *Psicothema* 33(2), 188-197. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.426>
- Ford, J. D. & Gómez, J. M. (2015). The Relationship of Psychological Trauma and Dissociative and Posttraumatic stress Disorders to Nonsuicidal Self-Injury and Suicidality: A review. *Journal of Trauma & Dissociation*, 16(3), 232-271. <https://doi.org/10.1080/15299732.2015.989563>
- *Geddes, K., Dziurawiec, S. & Lee, C. W. (2013). Dialectical Behaviour Therapy for the treatment of emotion Dysregulation and Trauma Symptoms in Self-Injurious and Suicidal adolescent Females: a pilot programme within a Community-Based Child and Adolescent Mental Health Service. *Psychiatry Journal*, 2013, 1-10. <https://doi.org/10.1155/2013/145219>
- Giesbrecht, T., Lynn, S. J., Lilienfeld, S. O. & Merckelbach, H. (2008). Cognitive processes in dissociation: an analysis of core theoretical assumptions. *Psychological Bulletin*, 134(5), 617-647. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.5.617>
- Hunter, E. C., Sierra, M. & David, A. S. (2004). The epidemiology of depersonalisation and derealisation: A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(1), 9-18. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0701-4>
- *Habigzang, L. F., Damásio, B. F. & Koller, S. H. (2013). Impact evaluation of a cognitive behavioral group therapy model in Brazilian sexually abused girls. *Journal of Child Sexual Abuse*, 22(2), 173-190. <https://doi.org/10.1080/10538712.2013.737445>
- Higgins, J. P., & Green, S. (Ed.). (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Wiley-Blackwell
- Hoogsteder, L. M., ten Thije, L., Schippers, E. E. & Stams, G. J. J. M. (2022). A Meta-Analysis of the Effectiveness of EMDR and TF-CBT in Reducing Trauma Symptoms and Externalizing Behavior Problems in Adolescents. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 66(6), 735-757. <https://doi.org/10.1177/0306624X211010290>
- Hussain, E. (2023). Trauma-Focused Cognitive Behaviour therapy in an Adolescent with Mixed-Dissociative Disorder: A Case study. *Case Reports in Psychiatry*, 2023 (12), 1-6. <https://doi.org/10.1155/2023/1356682>
- Kate, M., Hopwood, T. L. & Jamieson, G. (2019). The Prevalence of dissociative disorders and dissociative experiences in college populations: A meta-analysis of 98 studies. *Journal of Trauma & Dissociation*, 21(1), 16-61. <https://doi.org/10.1080/15299732.2019.1647915>
- Lee, S., Kang, N. R. & Moon, D. S. (2022). Dissociative Identity Disorder in an adolescent with nine alternate personality traits: a case study. *Soa Chongsongyon Chongsin Uihak*, 33(3), 73-81. <https://doi.org/10.5765/jkacap.220005>
- *Liotta, L., Springer, C., Misurell, J., Block-Lerner, J. & Brandwein, D. (2015). Group Treatment for Child Sexual Abuse: Treatment Referral and Therapeutic Outcomes. *Journal of Child Sexual Abuse*, 24(3), 217-237. <https://doi.org/10.1080/10538712.2015.1006747>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine*, 151(4), 264-269. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Nester, M. S., Hawkins, S. L. & Brand, B. L. (2022). Barriers to accessing and continuing mental health treatment among individuals with dissociative symptoms. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), 1-13. <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2031594>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Roger, B., 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). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790-799. <https://doi.org/10.1016/j.recresp.2021.06.016>
- Papanikolopoulos, P., Konstas, D. D., Pratts-Spongaldes, T., Belivanaki, M. & Kolaitis, G. (2017). Kronos Abuses His Son: A case study of severe interpersonal trauma, dissociation, and survival in Adolescence. *Journal of EMDR Practice and Research*, 11(4), 181-194. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.11.4.181>
- *Pearl, E., Thieken, L., Olafson, E., Boat, B. W., Connelly, L., Barnes, J. E. & Putnam, F. W. (2012). Effectiveness of community dissemination of parent-child interaction therapy. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(2), 204-213. <https://doi.org/10.1037/a0022948>
- Romero-López, M. J. (2016). Una revisión de los trastornos disociativos; de la personalidad múltiple al estrés postraumático. *Anales de Psicología*, 32(2), 448. <https://doi.org/10.6018/analesps.32.2.218301>
- *Smith, P., Yule, W., Perrin, S., Tranah, T., Dalgleish, T. & Clark, D. M. (2007). Cognitive-Behavioral therapy for PTSD in children and Adolescents: a preliminary randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(8), 1051-1061. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318067e288>
- Sterne, J. A. C., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I., Cates, C. J., Cheng, H. Y., Corbett, M. S., Eldridge, S. M., Emberson, J. R., Hernán, M. A., Hopewell, S., Hróbjartsson, A., Junqueira, D. R., Jüni, P., Kirkham, J. J., Lasserson, T., Li, T., McAleenan, A., ... Higgins, J. P. T. (2019). RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ (Clinical research ed.)*, 366, 14898. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4898>
- Urrútia, G. & Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica*, 135(11), 507-511. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.01.015>
- Wieland, S. (2011). *Dissociation in Children and Adolescents: Theory and Clinical Interventions*. Routledge.

-
- Yang, J., Millman, L. S. M., David, A. S. & Hunter, E. (2022). The Prevalence of Depersonalization-Derealization Disorder: A Systematic review. *Journal of Trauma & Dissociation*, 24(1), 8-41. <https://doi.org/10.1080/15299732.2022.2079796>
- Zerubavel, N. & Messman-Moore, T. L. (2013). Staying Present: Incorporating mindfulness into therapy for dissociation. *Mindfulness*, 6(2), 303-314. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0261-3>