



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MAESTRÍA EN NEUROPSICOLOGÍA

TESIS

**Caracterización Neuropsicológica de Mujeres con Abuso Sexual Infantil y Sintomatología
Compatible con Trastorno Disociativo de la Identidad**

Que para obtener el grado de

MAESTRA EN NEUROPSICOLOGÍA

P R E S E N T A

María de Lourdes Gómez Chavira

Directora de Tesis:

Dra. Elizabeth Aveleyra Ojeda

Comité Revisor:

Dra. Berenice Pérez Amezcua

Dr. Paul Saft Lama

Mtra. Maribel de la Cruz Gama

Mtra. Reyna Luna Saavedra

Cuernavaca, Morelos junio 2026

Agradecimientos

Deseo agradecer la Universidad Autónoma del Estado de Morelos por permitirme participar en esta maestría donde me ofrecieron gran calidad de apoyo académico y administrativo

A mis profesoras y profesores de la Facultad en Psicología por asegurar constantemente que integrara la información suficiente de la neuropsicología para obtener mi grado, haciéndolo con gran entusiasmo, ética, solidaridad y profesionalismo, gracias especialmente a la Dra. Elsa Roca por ser la maestra que hizo la diferencia ofreciendo siempre apoyo sororario y ético en todo momento.

Expreso mi más profundo agradecimiento a la Dra. Elizabeth Aveleyra Ojeda por su valiosa guía académica, su rigurosidad científica y su generoso acompañamiento durante el desarrollo de esta investigación.

A toda mi familia presente y ausente, pues favorecieron la perspectiva que refuerza mi convicción.

A Iasá Palestina por su tolerancia y apoyo constante en cada etapa de mi vida a partir de nuestro encuentro, con su miradita, sus palabras y la administración de nuestro hogar. Gracias, hija mía, te amo.

A Ma Lourdes Daria por ser siempre compañía y apoyo en la gestión de los esfuerzos económicos, físicos y morales que he necesitado en todos mis proyectos, gracias Ma pechocha.

A Jesús Ángel, por ser mi compañerito, mi hermano, mi maestro y a veces mi aliado en las buenas y en las malas, gracias Nike.

A mi hermana Laurita por su compañía, su complicidad, sororidad y amor incondicional, desde niñas y porque sí, gracias Yaguish.

Dedicatoria

A las mujeres que participaron en esta investigación, por su valentía al narrar lo innombrable y por confiar su historia a la ciencia con la esperanza de que el conocimiento también pueda ser una forma de reparación.

A las niñas violentadas, cuyas voces muchas veces fueron silenciadas, pero cuya memoria persiste en cada esfuerzo por comprender, prevenir y transformar la violencia.

A las mujeres que perdieron la vida a causa de violencia feminicida que no fueron salvadas; a aquellas cuya ausencia nos interpela, nos duele y nos obliga a no normalizar la impunidad, ni el olvido. Que este trabajo sea un acto de memoria y de resistencia académica.

A las mujeres que luchan por la justicia, en los tribunales, en las aulas, en las comunidades y en el silencio de su propia deconstrucción; porque cada paso que dan amplía el horizonte de dignidad para todas.

A mis profesoras y alumnas, por su guía rigurosa y por enseñarme que el conocimiento debe tener conciencia ética y compromiso social. De manera especial, a la Dra. Elizabeth Aveleyra, mi asesora, por su acompañamiento firme, crítico y humano; por sostener este proceso con claridad intelectual y sensibilidad, y por recordarme que investigar también es un acto de responsabilidad con la realidad que habitamos.

Contenido

I. Antecedentes	11
1.1 Trastorno Disociativo de la Identidad	12
1.1.1 Criterios Diagnósticos y Comorbilidades Frecuentes de Trastorno Disociativo de Identidad, DSM V-TR	17
1.1.2 Etiología y Manifestaciones Clínicas Psicológicas de Trastorno Disociativo de Identidad	19
1.2 El Abuso Sexual Infantil y Trauma Complejo	22
1.2.1 Prevalencia del Abuso Sexual Infantil	23
1.2.2 Tipología del Abuso Sexual Infantil	24
1.2.3 Afectaciones Psicológicas, Psiquiátricas, Neurobiológicas y Neuropsicológicas de Abuso Sexual Infantil	26
1.2.4 Abuso Sexual en Mujeres	27
1.2.5 Efectos Psicológicos de las Estrategias de Abuso del Agresor Sexual	29
1.3 Funciones Psicológicas Superiores y Neuropsicología	33
1.3.1 Atención	34
1.3.2 Memoria	37
1.3.2.1 Procesos Implicados en la Memoria y la Amnesia	39
1.3.2.2 Memoria, Amnesia y Estrés en Mujeres	41
1.3.3 Funciones Ejecutivas	44
1.3.3.1 Funciones Ejecutivas y Principales Patologías en Mujeres	45
1.3.3.2 Corteza Orbitofrontal y el Procesamiento Emocional, Motivación y Control Ejecutivo en la Toma de Decisiones de Mujeres	47
1.3.3.3 Atención, Memoria y Funciones Ejecutivas en Mujeres	49
1.3.4 Violencia de Género y Neuropsicología	52
1.3.5 Procesos Neuropsicológicos Afectados en el Abuso Sexual Infantil y de Trastorno Disociativo de Identidad	54
1.4 Procesamiento Socioemocional en Mujeres con Antecedentes de Abuso Sexual Infantil y de Trastorno Disociativo de Identidad	59
II Método	63
2.1 Justificación	64
2.3 Aportes de la Investigación	66
2.3.1 Aporte Social.	66
2.3.2 Aporte Laboral.	67
2.3.3 Aporte Profesional.	67
2.3.4 Instituciones Beneficiadas.	68

2.4 Objetivo General	68
2.4.1 Objetivos Específicos	69
2.5 Tipo y Diseño de Investigación	69
2.5.1 Muestra	69
2.5.2 Tipo de Estudio	70
2.5.3 Muestra y Participantes	71
2.5.4 Criterios de Inclusión	71
2.5.5 Criterios de Exclusión	72
2.5.6 Instrumentos de evaluación	74
2.5.7 Descripción del Procedimiento	75
2.5.8 Aspectos Éticos de la Investigación	77
III Descripción de Casos	78
3.1 CASO 1	79
3.2 CASO 2	85
3.3 CASO 3	91
3.4 CASO 4	96
3.5 CASO 5	102
3.6 CASO 6	108
IV Resultados	113
V Discusión	118
VI Conclusiones	123
VII Referencias	127
VIII Apéndice	147

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo caracterizar el perfil neuropsicológico de mujeres con antecedentes de Abuso Sexual Infantil (ASI) y sintomatología compatible con Trastorno Disociativo de Identidad (TDI), mediante la evaluación de procesos de atención, memoria y funciones ejecutivas. Se realizó un estudio de casos múltiples, de alcance descriptivo exploratorio y corte transversal, con seis mujeres adultas evaluadas mediante entrevista clínica, historia clínica y los instrumentos inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), Escala de Ansiedad Hamilton (HAM-A), Escala de Experiencias Disociativas-II (DES-II) y NEUROPSI Atención y Memoria.

Los resultados mostraron variabilidad en la magnitud de las alteraciones neuropsicológicas entre los casos evaluados; sin embargo, se identificaron patrones convergentes caracterizados por dificultades en memoria, atención y funciones ejecutivas. El dominio de memoria constituyó el área de mayor vulnerabilidad, observándose alteraciones de intensidad variable, desde leves hasta severas. Asimismo, se identificaron dificultades en tareas relacionadas con codificación, evocación y reconocimiento de rostros, particularmente en los casos con mayor afectación cognitiva global. En la totalidad de las participantes se observaron niveles elevados de sintomatología depresiva, ansiosa y disociativa.

De manera descriptiva, los casos caracterizados por mayor cronicidad de la victimización, participaron de múltiples agresores o exposición a formas más severas de violencia tendieron a presentar perfiles clínicos y neuropsicológicos de mayor afectación. Asimismo, se observó una tendencia en la que mayores puntuaciones de sintomatología disociativa coincidieron con menor desempeño en memoria y funciones ejecutivas.

Se concluye que las participantes evaluadas presentaron alteraciones neuropsicológicas y sintomatología emocional significativa en el contexto de antecedentes de ASI y experiencias disociativas complejas. Aunque los hallazgos deben interpretarse con cautela debido al carácter descriptivo exploratorio del estudio y el tamaño reducido de la muestra, aportan evidencia clínica relevante para la comprensión neuropsicológica del trauma interpersonal temprano y la disociación, así como para el desarrollo de estrategias de evaluación e intervención con enfoque neuropsicológico y trauma informado.

Palabras clave: trastorno disociativo de la identidad, abuso sexual infantil, evaluación neuropsicológica, memoria, funciones ejecutivas, disociación.

Abstract

The present study aimed to characterize the neuropsychological profile of women with a history of childhood sexual abuse (CSA) and symptomatology compatible with Dissociative Identity Disorder (DID), through the assessment of attention, memory, and executive functions. A descriptive-exploratory multiple-case study with a cross-sectional design was conducted with six adult women evaluated through clinical interview, clinical history, and the following instruments: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A), Dissociative Experiences Scale-II (DES-II), and NEUROPSI Attention and Memory.

The results showed variability in the magnitude of neuropsychological alterations among the evaluated cases; however, convergent patterns were identified, particularly in the domains of memory, attention, and executive functions. Memory emerged as the most vulnerable cognitive domain, with impairment ranging from mild to severe across participants. Difficulties were also observed in tasks involving facial encoding, recall, and recognition, particularly in cases with greater overall cognitive impairment. In addition, all participants presented elevated levels of depressive, anxious, and dissociative symptomatology.

From a descriptive perspective, cases characterized by greater chronicity of victimization, multiple perpetrators, or exposure to more severe forms of violence tended to present more affected clinical and neuropsychological profiles. Furthermore, an exploratory tendency was observed in which higher dissociative symptom scores coincided with lower performance in memory and executive function measures.

It is concluded that the evaluated participants presented neuropsychological alterations and significant emotional symptomatology in the context of childhood sexual abuse and complex dissociative experiences. Although the findings should be interpreted with caution due to the descriptive-exploratory nature of the study and the small sample size, they provide relevant clinical evidence for the neuropsychological understanding of early interpersonal trauma and dissociation, as well as for the development of trauma-informed and neuropsychological assessment and intervention strategies.

Keywords: childhood sexual abuse, dissociative identity disorder, neuropsychological assessment, dissociation, memory, executive functions.

Introducción

La violencia sexual contra las niñas y mujeres constituye una de las problemáticas más relevantes en materia de salud pública y derechos humanos a nivel mundial. La organización mundial de la salud ha señalado que una proporción significativa de mujeres ha experimentado violencia sexual en algún momento de su vida, siendo el abuso sexual infantil (ASI) uno de los factores de riesgo más consistentes asociados con dificultades emocionales, psiquiátricas y de funcionamiento psicosocial en la adultez (World Health Organization, 2021). En este contexto, la investigación contemporánea ha mostrado que la exposición temprana a experiencias traumáticas severas puede relacionarse con variaciones en el desempeño cognitivo, particularmente en procesos vinculados con memoria, atención, regulación emocional y funciones ejecutivas (Rakesh et al., 2023).

Esta forma de violencia, profundamente arraigada en desigualdades de género y dinámicas de poder estructural, impacta de manera diferencial el desarrollo de quienes la sobreviven.

La disociación ha sido explicada desde distintos modelos teóricos. Los modelos traumáticos la conceptualizan como una respuesta defensiva frente a experiencias abrumadoras, especialmente durante etapas tempranas del desarrollo, mientras que los modelos cognitivos enfatizan la interacción entre los factores contextuales, procesos psicológicos, sugestionabilidad y vulnerabilidades individuales (Dalenberg et al., 2020; Lynn et al., 2022; Şar, 2023). Desde estas perspectivas, el trauma interpersonal crónico durante la infancia ha sido señalado como un factor frecuentemente asociado con sintomatología disociativa compleja.

Diversos estudios han explorado las posibles repercusiones del trauma temprano sobre procesos emocionales y cognitivos. Particularmente, investigaciones basadas en neuro imagen han descrito asociaciones entre experiencias adversas infantiles y variaciones estructurales o funcionales en regiones cerebrales relacionadas con memoria regulación emocional y procesamiento del estrés (Rakesh et al., 2023). Asimismo, algunos estudios en población expuesta a trauma han reportado diferencias en conectividad cerebral asociadas con mayores niveles de sintomatología disociativa (Kodas et al., 2024). No obstante, estos hallazgos corresponden a investigaciones con metodologías neurobiológicas específicas, por lo que sus resultados deben interpretarse dentro de ese marco y no como evidencia directa explorable a estudios clínicos neuropsicológicos descriptivos.

Desde una perspectiva de trauma, estas modificaciones no deben leerse únicamente como déficits, sino como reorganizaciones neurobiológicas adaptativas para la supervivencia en entornos hostiles, ya que representan respuestas inicialmente funcionales frente a amenazas persistentes que, aunque favorecen la protección inmediata, pueden generar dificultades cuando se mantienen fuera del contexto de peligro (D'Andrea & Pole, 2023; Van der Kolk, 2021).

Dentro de las posibles manifestaciones clínicas asociadas al trauma complejo se encuentran el Trastorno Disociativo de Identidad (TDI), reconocido en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5ª ed., texto revisado; American Psychiatric Association [APA], 2022). El TDI se caracteriza por la presencia de dos o más estados de identidad diferenciados, acompañados de discontinuidades en el sentido del yo y lagunas recurrentes en la memoria autobiográfica que no pueden explicarse por el olvido ordinario. La literatura especializada refiere que este trastorno suele presentarse en contextos de trauma

interpersonal crónico y reiterado durante la infancia, particularmente en experiencias de abuso severo y prolongado (Esposito et al., 2025).

La disociación puede entenderse inicialmente como una estrategia adaptativa frente a experiencias altamente estresantes; sin embargo, cuando se mantiene de manera persistente, puede asociarse con dificultades en la integración autobiográfica, continuidad de la identidad y funcionamiento cotidiano (Vancappel & El Hage, 2025). En este sentido, estudios recientes han reportado asociaciones entre sintomatología disociativa y diferencias en tareas relacionadas con atención, memoria de trabajo y control inhibitorio, aunque dichas relaciones continúan siendo objeto de investigación y presentan variabilidad clínica importante (Vancappel & El Hage, 2025; Nijenhuis, 2023).

Desde la perspectiva de la neuropsicología clínica, diferentes investigaciones han señalado que personas con antecedentes de trauma complejo y sintomatología disociativa pueden presentar dificultades en procesos como atención sostenida, memoria episódica, coherencia narrativa y funciones ejecutivas (Esposito et al., 2025). Sin embargo, la interpretación de estos hallazgos requiere cautela, debido a la frecuente coexistencia de variables como depresión, ansiedad, estrés crónico, fatiga, escolaridad y sintomatología postraumática, factores que también pueden influir en el desempeño cognitivo observado.

Asimismo, algunas investigaciones han explorado el impacto de la severidad y cronicidad del trauma en el funcionamiento emocional y cognitivo. Asci et al. (2023) documentaron que experiencias de ASI más intensas y prolongadas se relacionan con mayor sintomatología emocional y disociativa en la adultez. De igual manera, estudios recientes han planteado que la adversidad temprana podría influir en procesos de toma de decisiones,

aprendizaje y regulación conductual (Rolls, et al., 2023). No obstante, persisten vacíos en torno a caracterización clínica y neuropsicológica específica de mujeres con alteraciones de ASI y sintomatología disociativa compleja, particularmente en contextos latinoamericanos.

En este sentido, gran parte de la literatura se ha centrado en aspectos diagnósticos psiquiátricos o neurobiológicos, mientras que la evaluación neuropsicológica clínica sistemática continúa siendo limitada en esta población. La exploración de dominios como atención, memoria codificación verbal y visual, memoria de trabajo y funciones ejecutivas puede aportar información relevante para comprender el desempeño cognitivo observado en interacción con variables emocionales y disociativas, sin asumir necesariamente la presencia de daño estructural o alteraciones neuroanatómicas específicas.

Con base en lo anterior, la presente investigación adopta un diseño de casos múltiples, de alcance descriptiva-exploratoria y enfoque clínico neuropsicológico, orientado a la caracterización del desempeño cognitivo en mujeres adultas con antecedentes de ASI y sintomatología disociativa compatible con TDI. La muestra estuvo conformada por 6 mujeres de entre 18 y 50 años, seleccionadas mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, decisión metodológica coherente con la baja prevalencia clínica del fenómeno estudiado y las condiciones de acceso a la población.

La evaluación incluyó entrevista clínica, historia clínica y la aplicación de instrumentos estandarizados variados en población hispanohablante: Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), Escala de Ansiedad de Hamilton, Escala de Experiencias Disociativas (DES-II) y la batería neuropsicológica NEUROPSI Atención y Memoria. La integración de estas

herramientas permitió explorar de manera clínica el desempeño cognitivo de las participantes en interacción con sintomatología afectiva y disociativa.

El procedimiento contempló el establecimiento de rapport clínico, delimitación del encuadre terapéutico, elaboración de historia clínica y obtención de consentimiento informado por escrito. Las evaluaciones fueron realizadas bajo condiciones de privacidad, confidencialidad y acompañamiento psicológico, priorizando medidas de contención emocional debido a la vulnerabilidad de la población participante.

Desde una perspectiva ética, la investigación se fundamentó en los principios de respeto por la dignidad humana, no maleficencia y confidencialidad. Asimismo, se procuró minimizar cualquier posible reactivación traumática durante el proceso de evaluación. Se declara además el uso responsable de herramientas de apoyo tecnológico únicamente con fines de organización académica y redacción, sin sustituir el análisis clínico, ni la interpretación profesional de los resultados.

En América Latina, la investigación empírica sobre disociación compleja, tramo y funcionamiento neuropsicológico continúa siendo limitada. Por ello, la presente tesis busca aportar evidencia clínica exploratoria contextualizada culturalmente, considerando además variables de género y violencia estructural. En concordancia con Rakesh et al., (2023), comprender el impacto del trauma requiere considerar no sólo dimensiones individuales, sino también factores sociales y contextuales que atraviesan la experiencia de las mujeres expuestas a la violencia.

En síntesis, la presente investigación se centra en la caracterización clínica y neuropsicológica exploratoria del desempeño cognitivo en mujeres con antecedentes de ASI y

sintomatología disociativa compleja. La articulación entre trauma, disociación y evaluación neuropsicológica constituye un campo de estudio relevante para la comprensión clínica del trauma complejo y para el desarrollo de futuras investigaciones e intervenciones con enfoque neuropsicológico y trauma informado.

Estudiar estas manifestaciones no sólo representa un desafío científico, sino también una necesidad clínica y social orientada a mejorar el reconocimiento, comprensión y atención de mujeres cuyas experiencias traumáticas han permanecido históricamente invisibilizadas o insuficientemente comprendidas dentro de los sistemas de salud.

I. Antecedentes

Antes de abordar los antecedentes teóricos de la presente investigación, es importante señalar que, aunque la literatura especializada utiliza con frecuencia el término víctima para referirse a las personas que han experimentado violencia sexual, en este trabajo se privilegia el uso de expresiones como mujeres con antecedentes de abuso sexual infantil o mujeres sobrevivientes de ASI. Esta elección responde a una perspectiva de género y trauma informado que reconoce la gravedad de las experiencias vividas, sin reducir la identidad de las personas al evento traumático. Asimismo, busca visibilizar los procesos de afrontamiento, resiliencia y reconstrucción presentes en muchas mujeres que han sobrevivido a experiencias de violencia interpersonal temprana.

Los antecedentes teóricos de la presente investigación abordan la relación entre trauma interpersonal temprano, disociación y funcionamiento neuropsicológico desde una perspectiva clínica y descriptivo-exploratoria. Se revisan los principales planteamientos sobre TDI, ASI, trauma complejo y su posible relación con procesos cognitivos como atención, memoria y

funciones ejecutivas. Asimismo, se integran aportes de la neuropsicología clínica del trauma, considerando las limitaciones metodológicas existentes para establecer interferencias neurobiológicas directas a partir de pruebas clínicas, y privilegiando la comprensión funcional del desempeño cognitivo observado en mujeres con antecedentes de experiencias traumáticas y sintomatología disociativa compleja.

Desde una perspectiva neurobiológica, diversos estudios han documentado alteraciones en redes fronto-límbicas implicadas en la regulación emocional, la memoria y el control ejecutivo, lo que se traduce en patrones específicos de funcionamiento. En este sentido, las mujeres con antecedentes de ASI y TDI suelen presentar perfiles caracterizados por dificultades en la integración mnésica, fluctuaciones atencionales y compromiso en funciones ejecutivas, en interacción con fenómenos dispositivos y sintomatología postraumática cognitiva (D'Andrea & Pole, 2023).

El apartado tiene como objetivo revisar los principales antecedentes teóricos y empíricos que sustentan el análisis del funcionamiento neuropsicológico en esta población, integrando hallazgos recientes sobre memoria, atención y funciones ejecutivas en contextos de trauma complejo. Así mismo, se abordarán las bases neuroanatómicas y los modelos explicativos que permiten comprender la relación entre experiencias traumáticas tempranas y la organización funcional del cerebro, con especial énfasis en las implicaciones clínicas y evaluativas para la neuropsicología contemporánea.

1.1 Trastorno Disociativo de la Identidad

Los trastornos disociativos comprenden un conjunto de alteraciones características por interrupciones en la integración de la conciencia, la memoria, la identidad, la percepción y la

experiencia subjetiva. Dentro de este grupo, el TDI representa una de las manifestaciones clínicas más complejas y debatidas, debido a su asociación con experiencias traumáticas tempranas, particularmente trauma interpersonal crónico y ASI. Desde una perspectiva clínica contemporánea, la disociación se entiende como un fenómeno multidimensional cuya expresión puede variar en intensidad y funcionalidad, por lo que su evaluación requiere considerar tanto aspectos psicopatológicos como contextuales y neuropsicológicos.

Brand, et al. (2022) señalan que los trastornos disociativos implican alteraciones en la integración de la experiencia consciente, frecuentemente asociadas a trauma interpersonal temprano. Por su parte, Loewenstein (2023), refiere que la disociación representa una alteración en la integración normal de procesos psicológicos relacionados con memoria, identidad conciencia y regulación emocional.

La International Society for the Study of Trauma and Dissociation [ISSTD] (2024), describe los trastornos disociativos como condiciones complejas relacionadas con dificultades en la integración de funciones mentales y experiencias traumáticas.

Siguiendo la nomenclatura vigente, el TDI se entiende dentro de un continuo disociativo fuertemente asociado al trauma interpersonal temprano, en particular al ASI, y frecuentemente comórbido con depresión ansiedad, trastorno de estrés post traumático (TEPT), trastorno de estrés postraumático complejo (TEPT-C) y conductas autolesivas (D'Andrea & Pole, 2023; Brand, B. et al., 2021).

Desde la neuropsicología, el cuadro se vincula con alteraciones en redes fronto-límbicas y en funciones ejecutivas específicamente en mantenimiento, actualización, inhibición y

flexibilidad, así como con dificultades de regulación emocional y de integración autobiográfica (Diamond, 2020; D'Andrea & Pole, 2023).

El documento de Dorahy, et al (2022), realiza un análisis histórico desde las raíces en la psicología clínica, donde Charcot y, sobre todo Pierre Janet, concibieron a la disociación como un fracaso de la *síntesis* o integración mental, llamándole *désagrégation*, con síntomas como automatismos, ideas fijas y estrechamiento del campo de conciencia.

Prince (1905), ya habló de *personalidad disociada* donde refuerza la idea de estados del yo discretos y amnesia inter-estado. Desde 1970-1990, resurgen los cuadros Trastorno de Personalidad Múltiple (MPD) que es sustituido por TDI, [DID, por sus siglas en inglés] junto con el auge del estudio del trauma y los sistemas clasificatorios modernos (Dorahy, et al., 2022).

En la actualidad se estima que la prevalencia mundial del TDI es del 1% en la población general. La tasa de TDI varía según los estudios y puede ser más alta en poblaciones clínicas, y la baja frecuencia observada podría deberse a su diagnóstico erróneo o subdiagnóstico debido a la complejidad del trastorno (Mitra, 2023).

Hay que mencionar que se debe diferenciar al TDI frente a *estados de conciencia alterados* pues disociación no es sinónimo de sueño, hipnosis, trance, posesión, consumo de sustancias o estados meditativos. En la disociación hay disrupción en la integración de memoria, identidad, percepción o control voluntario; en otros estados alterados puede haber cambios cualitativos de conciencia sin pérdida del enlace integrativo de la información (American Psychiatric Association, 2022).

Dorahy et al. (2022), también menciona que las experiencias disociativas clínicas son involuntarias y conllevan deterioro funcional; muchos estados alterados como la hipnosis o

prácticas rituales son contextuales/volitivos. La amnesia, la despersonalización/desrealización y la multiplicidad de estados del yo diferencian la disociación de otros cambios de estado que conservan continuidad autobiográfica.

Otros descubrimientos importantes sugieren la característica adaptativa o patológica, mencionando que se considera adaptativa/benigna con fenómenos como absorción intensa, *estados de flujo* o ciertas respuestas peri-traumáticas pueden cumplir una función protectora/transitoria sin deterioro significativo. Sin embargo, cuando la frecuencia, intensidad, involuntariedad y rigidez del fenómeno conllevan interferencia funcional, amnesia clínicamente relevante, fragmentación identitaria o deterioro del control, la disociación se considera trastorno (Brand et al., 2021; Carlson & Putnam, 2022; Nijenhuis, 2023; Spiegel et al., 2021).

Diversos factores moduladores intervienen en la evolución del TDI, entre los que destacan la historia de trauma complejo, los patrones de apego desorganizado, las vulnerabilidades neurocognitivas y la presencia de estresores actuales, los cuales favorecen la transición de respuestas disociativas inicialmente situacionales o adaptativas hacia formas crónicas y patológicas (Brad et al., 2021; Lanius et al., 2020; Nijenhuis, 2023).

El estudio de la disociación en población infantil y adolescentes permite reconstruir la trayectoria del problema desde etapas tempranas y comprender las razones de su frecuente subdirección. La evidencia indica que los síntomas disociativos son relativamente comunes en la población general, mientras que los trastornos disociativos formales aparecen con menor frecuencia en estudios epidemiológicos, variando ampliamente según el instrumento de evaluación, el umbral diagnóstico y el contexto de mediación (Ford, 2020; Spiegel et al., 2021).

Estudios recientes muestran síntomas elevados en subpoblaciones adolescentes incluso sin diagnóstico formal. Los porcentajes suben al aumentar la carga de trauma y comorbilidad.

En el trastorno de estrés postraumático-complejo (TEP-C), la prevalencia de síntomas disociativos puede ser alta, Ross (2025) subraya que las cifras difieren por entorno y método; el capítulo actual retoma esta precaución metodológica para infancia/adolescencia.

Farina y Schimmenti (2025), mencionan que el *Apego traumático* alude a una falla severa y prolongada de las funciones protectoras y cuidadoras de la figura de apego, con imprevisibilidad, disintonía y/o maltrato que erosiona la seguridad básica del niño. La amenaza procedente del propio cuidador genera conflictos de acercamiento-huida, desorganización del apego y oscilaciones automáticas, tanto hiper como hipoarousal, que favorecen procesos disociativos, compartimentación de memoria y estados del yo; desconexión.

DSM-5-TR reporta que el TDI se define por una disrupción de la identidad con dos o más estados de personalidad, acompañada de discontinuidad en el sentido de sí, con cambios asociados en afecto, conducta, conciencia, memoria, percepción, cognición y/o funciones sensoriomotoras. Deben existir lagunas recurrentes de memoria para eventos cotidianos, información personal importante y/o sucesos traumáticos; el cuadro causa malestar o deterioro, no se explica mejor por prácticas culturales o religiosas y no es atribuible a sustancias u otra afección médica; en niñas/niños, no se reduce a juego imaginativo (APA, 2022).

El manual subraya la asociación fuerte con experiencias abrumadoras de trauma en la infancia (abuso físico/sexual/emocional y/o negligencia), así como otras exposiciones tempranas intensas, por ejemplo, pérdidas tempranas, procedimientos médicos dolorosos, guerra u otros estresores extremos. El inicio suele anclarse en la niñez, y los episodios y cambios de estado se desencadenan por estrés (APA, 2022).

1.1.1 Criterios Diagnósticos y Comorbilidades Frecuentes de Trastorno Disociativo de Identidad, DSM V-TR

El TDI se caracterizan por la fragmentación de la identidad, la memoria y la conciencia como respuesta a experiencias traumáticas severas, particularmente en la infancia. Sin embargo, rara vez se presentan de forma aislada.

La evidencia clínica y empírica reciente muestra que el TDI coexiste con una amplia gama de trastornos psiquiátricos, entre ellos el trastorno límite de personalidad, el trastorno de estrés postraumático complejo, los trastornos depresivos y de ansiedad, así como manifestaciones somáticas y psicóticas (Boyer & Caplan, 2022; Purcell et al., 2024).

La elevada comorbilidad observada en los trastornos disociativos no solo refleja la complejidad clínica del cuadro, sino también la interacción entre experiencias de trauma temprano, procesos de desregulación emocional y vulnerabilidades neurobiológicas subyacentes (Brand et al., 2021; Ford, 2020; Lanius et al., 2020; Nijenhuis, 2023).

En consecuencia, comprender y abordar las comorbilidades asociadas al TDI resulta fundamental para un diagnóstico diferencial preciso, el cual previene de la frecuente estigmatización, error en el diagnóstico en mujeres sobrevivientes del trauma, el diseño de intervenciones terapéuticas integrales y una mejor comprensión de la interacción entre disociación, trauma y organización de la personalidad (Brand et al., 2021; Lanius et al., 2020; Nijenhuis, 2023).

Diversos autores y autoras han señalado que la disociación relacionada con el trauma y los trastornos disociativos constituyen un problema de salud pública subestimado, con una carga clínica significativa y niveles de prevalencia comparables a otros trastornos psiquiátricos

comúnmente evaluados, lo que evidencia su frecuente subdiagnóstico en contextos clínicos y poblacionales (Dorahy et al., 2022; Ross, 2025; Mychailszyn et al., 2021; Brand et al., 2021).

El subdiagnóstico de los trastornos disociativos también se ha relacionado con la limitada formación en trauma y disociación dentro de los sistemas de salud, lo que dificulta su identificación dentro de los sistemas de salud, lo que dificulta su identificación oportuna y favorece diagnósticos alternativos que no contemplan adecuadamente la influencia del trauma complejo en la sintomatología clínica (Dorahy et al., 2022; Ross, 2025).

La evidencia indica que, una vez identificada y tratada de forma específica, se observan mejoras en la calidad de vida, en los resultados clínicos y en la reducción de costos sanitarios, con beneficios económicos y sociales amplios (Brand et al., 2021; Loewenstein, 2022).

En el plano neurobiológico, la evidencia ha documentado alteraciones en circuitos fronto-límbicos en los trastornos disociativo y el trauma, particularmente en estructuras como la amígdala, el hipocampo y la corteza prefrontal medial. Así mismo, estudios de neuro imagen han mostrado que los patrones cerebrales característicos de la disociación compleja no pueden ser reproducidos mediante simulación por actores, lo que respalda su validez neurobiológica y clínica (Lanius et al., 2020; Lynn et al., 2020; Nijenhuis, 2023; Reinders et al., 2016).

La disociación relacionada con el estrés constituye un síntoma prevalente en el trastorno límite de la personalidad, con efectos directos sobre el funcionamiento psicosocial y la respuesta terapéutica. Diversas investigaciones recientes subrayan la necesidad de sistematizar su evaluación clínica y de desarrollar modelos explicativos e intervenciones más precisas que integren los mecanismos neurobiológicos y emocionales implicados (Schroeder & Schamahl, 2021; Brand & Lanius, 2020).

Se puede afirmar que la disociación es ruptura y discontinuidad de funciones integradoras, refiriéndose a conciencia, percepción, atención, memoria e identidad; con manifestaciones como despersonalización y desrealización, y aparece a lo largo de un continuo que incluye población no clínica, pero que en entornos clínicos se observa en Discapacidades del Desarrollo (DD), TEPT, TLP y también en depresión, bipolaridad, TOC y esquizofrenia; lo cual complica el diagnóstico diferencial y favorece la historia de hospitalizaciones y diagnósticos erróneos antes de acceder a tratamiento adecuado (Krause-Utz, 2022).

En México, la identificación y atención de fenómenos relacionados con el trauma complejo y la disociación continúan enfrentando desafíos derivados de la limitada capacitación especializada en salud mental dentro de los servicios de salud. Diversos análisis han señalado la necesidad de fortalecer la profesionalización del personal sanitario y ampliar la formación en enfoques basados en trauma para mejorar la detección y atención oportuna de problemáticas complejas de salud mental (CONASAMA, 2023; Méndez, 2024).

1.1.2 Etiología y Manifestaciones Clínicas Psicológicas de Trastorno Disociativo de Identidad

A manera de introducción se puede afirmar que el TDI, se entiende hoy como un trastorno relacionado con trauma del neurodesarrollo, pues surge de la interacción entre adversidad interpersonal temprana, como el ASI, omisión, apego desorganizado, violencia crónica, elementos considerados como factores de vulnerabilidad individual, desde la relación entre temperamento y regulación del estrés. Considerando el contexto sociocultural que moldea la narrativa en la formación de la personalidad. Desde esta perspectiva, la disociación estructural funciona inicialmente como estrategia adaptativa para fraccionar experiencias

intolerables; con el tiempo se estabiliza un patrón de estados de identidad relativamente autónomos, con amnesia estado-dependiente y fallos de integración autobiográfica.

En cuanto a la etiología, existen los modelos de trauma, que conciben la disociación como defensa evolutiva ante experiencias abrumadora que explican cómo esta respuesta, inicialmente adaptativa, puede generalizarse y volverse desadaptativa. En este sentido, se plantea la existencia de vulnerabilidades neurobiológicas y contextuales, donde el maltrato infantil temprano y la severidad disociativa están estrechamente unidas. De esta manera es importante destacar la interferencia en el aprendizaje emocional y en la exposición terapéutica (Dalenberg et al., 2020; Lynn et al., 2020; Şar, 2023).

Las Guías de Tratamiento para Adultos, de la ISSTD, (2024) se conciben como una guía clínica práctica que sintetiza el conocimiento científico y la experiencia especializada para el manejo de TDI y trastornos disociativos afines en personas adultas. El documento explicita su finalidad, ofrece recomendaciones aplicables en consulta, sin sustituir el juicio clínico, y con foco específico en TDI en la versión adulta (la base pública vigente es de 2011, con actualización sustantiva en preparación 2024-2025). Las guías parten de un modelo biopsicosocial del trauma crónico temprano, donde la combinación de maltrato infantil, especialmente abuso sexual, apego traumático y estrés impersonal repetido configura una trayectoria de disociación estructural del sistema de personalidad (ISSTD, 2024).

En este contexto, la clínica de TDI suele estar enmascarada por síntomas familiares como depresión, pánico, uso de sustancias, somatización, trastornos de conducta alimentaria (TCA), lo que contribuye a retrasos significativos en su diagnóstico y el tratamiento adecuados (Loewenstein, 2022; APA, 2022).

En la práctica formativa de la ISSTD, se mantiene este eje etiológico (trauma complejo, apego, vergüenza, daño moral), articulado con evidencia contemporánea en estudios longitudinales, naturalístico, multicéntrico base empírica contemporánea que respalda la eficacia y seguridad del tratamiento especializado en trastornos disociativos, especialmente en entornos clínicos reales (ISSTD, 2024).

En coherencia con el DSM-5-TR y la literatura empírica, las guías describen un núcleo clínico disociativo, principalmente en alteración de la identidad con presencia de estados de identidad diferenciados, considerando, cambios de sentido del yo, agencia, afecto y conductas. Asimismo, se observa amnesia disociativa, considerando desde lagunas cotidianas hasta fallos autobiográficos extensos (APA, 2022).

De la misma forma se considera despersonalización y desrealización, a menudo fluctuantes con el estrés. Síntomas postraumáticos incrustados en una matriz de problemas no traumáticos como depresión, pánico, somáticos o alimentarios, lo que explica diagnósticos previos parciales y tratamientos infructuosos cuando no se reconoce la base disociativa (APA, 2022; Brand et al., 2021; Loewenstein, 2022).

En mujeres, las guías y la formación asociada enfatizan además alta comorbilidad con TEPT, TEPT-C, Trastorno Límite de Personalidad (TLP), Trastorno de Conducta Alimentaria (TCA) y uso de sustancias; se recomienda un enfoque por fases para estabilización, seguridad y regulación afectiva antes de abordar memorias traumáticas, integrando el trabajo con comorbilidades como alimentación, emociones, vergüenza, que son prevalentes en mujeres (Karatzias et al., 2023; Cloitre et al., 2020; Brewin et al., 2020).

1.2 El Abuso Sexual Infantil y Trauma Complejo

El ASI compone una forma de violencia interpersonal con importantes repercusiones psicológicas, emocionales y funcionales a corto y largo plazo. El concepto de trauma complejo surge como marco teórico y clínico que permite comprender el impacto acumulativo de experiencias adversas prolongadas, especialmente cuando ocurren durante etapas tempranas del desarrollo y en contextos caracterizados por dependencia, vulnerabilidad o asimetría de poder. Desde esta perspectiva, las experiencias traumáticas repetidas pueden influir de manera significativa en la regulación emocional, la integración de la experiencia subjetiva y el funcionamiento psicológico general.

El ASI constituye un problema global de salud pública con consecuencias persistentes en la vida adulta, incluidas alteraciones emocionales, cognitivas y psicosociales (United Nations Children's Fund [UNICEF], 2020). Entre los desenlaces asociados al trauma temprano, el TDI destaca por la disrupción de la identidad y las lagunas de memoria recurrentes, con impacto funcional significativo (APA, 2022).

El ASI se define como cualquier actividad de carácter sexual impuesta a una persona menor de edad, en la que existe una relación de poder, desigualdad o coerción, y que puede incluir contacto físico (como tocamientos o penetración), sin la capacidad del menor para otorgar un consentimiento informado y válido. Este fenómeno implica una vulneración grave del desarrollo biopsicosocial y de los derechos fundamentales de la infancia (World Health Organization, 2024; UNICEF, 2020)

Otro hallazgo de UNICEF (2020), es que ASI es prevalente en todos los países y tiene impacto significativo en salud y bienestar; es un fenómeno con sesgo de género, la mayoría de los perpetradores (90%) son hombres. Respecto a la población afectada, se estima que ocho de

cada niños, niñas y adolescentes ha experimentado abuso sexual infantil en algún momento de su vida.

1.2.1 Prevalencia del Abuso Sexual Infantil

En principio debe mencionarse que la prevalencia del ASI es alta y está subestimada por el sub-reporte, el estigma y la falta de instrumentos comparables. A nivel internacional, los metaanálisis y reportes recientes estiman que millones de niñas y niños han experimentado contacto sexual forzado, coerción o explotación antes de los 18 años; las cifras varían por región, definición y método de medición, pero consistentemente muestran tasas mayores en niñas y en contextos de cercanía relacional como familia, cuidadores y pares (Barth et al., 2020; World Health Organization, 2024).

En México, las encuestas de victimización y de dinámica en los hogares evidencian una alta exposición a violencia sexual desde edades tempranas con diferencias por ámbito, ya sea hogar, comunidad y escuela, así como por entidad federativa.

Cagney, et al., (2025), reportan en una estimación global, en un modelo del Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (IHME), 165 estudios, 80 países; niñas/os y adolescentes, encontrando que cualquier violencia sexual (incluyendo contacto) el 8.7%. Coacción sexual con penetración en 6.1%, donde el 6.8% es para niñas y 3.3% es para niños. Acoso sexual a 11.4% niñas, niños y adolescentes. Aproximadamente 1 de cada 8. niños/as (12.7%) ha sufrido abuso sexual antes de los 18 años. Entre adolescentes de 15 a 19 años, 1 de cada 20 niñas (13 millones aproximadamente) refieren sexo forzado alguna vez. Respecto al abuso sexual en línea, el 11.0%, sufrió abuso basado en imágenes. Sexting no consensuado 7.2%. Grooming por adultos 5.4%. Sextorsión 3.5%.

Respecto a México, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH), un programa del INEGI (2021), desglosa que dentro de la violencia

sexual en la infancia se reportan violación e intento de la misma en 10.6% de los niños y niñas. Abuso sexual en 6.1%. Adolescentes de entre 15 y 17 años en ambos sexos, 1 de cada 2 ha vivido alguna forma de violencia sexual a lo largo de su vida, cuando se incluyen manifestaciones amplias como hostigamiento, solicitudes sexuales y modalidades en línea.

Respecto a la violencia sexual en línea, niñas de entre 12 a 17 años han sufrido violencia a través de internet y un teléfono móvil; de ese grupo 33.6% recibieron imágenes sexuales; 32.3% recibieron insinuaciones o propuestas sexuales, donde la tasa es mayor en mujeres que en hombres (ENDIREH, 2022).

1.2.2 Tipología del Abuso Sexual Infantil

La tipología del ASI es un recurso analítico pertinente para describir la heterogeneidad del fenómeno y no un sustituto de las definiciones legales. Se incluye un enfoque multiaxial por ser coherente con marcos internacionales de salud pública, facilita comparar estudios, clarificar el diagnóstico diferencial y comprender la dinámica de divulgación en niñas, niños y adolescentes, reconociendo que la inclusión de modalidades no presenciales y en línea modifica sustancialmente las estimaciones de prevalencia y los caminos de revelación.

Diversos marcos internacionales dividen el abuso sexual infantil en función de la modalidad de acto, refiriéndose al contacto que incluye conductas como tocamientos, manoseo, masturbación del agresor, penetración vaginal, anal u oral; considerándose una definición clínica y legal estándar. Asimismo, se reconoce la modalidad sin contacto presencial que incluye exhibicionismo, voyerismo, exposición, inducción a contenidos sexuales, conversaciones sexualizadas (ECPAT, 2020; UNICEF, 2021; World Health Organization, 2022)

La modalidad Digital mediada por tecnología de la información y la comunicación (TIC), que incluye el grooming, solicitud o coerción de envío de imágenes, sextorsión, transmisión en vivo, Material de Abuso Sexual Infantil (CSAM), tanto de producción, difusión, como de posesión (ECPAT, 2020; UNICEF, 2021)

El CSAM (2023), integra otra clasificación por vínculo con la persona agresora, refiriéndose a *intrafamiliar* que incluye a familiar nuclear, familiar extenso y figuras *como de la familia*, con alta relevancia para la dinámica de silencio y negación. El vínculo extrafamiliar que incluye a docentes, entrenadores, líderes religiosos, cuidadores; enfatizando las relaciones de responsabilidad, confianza o poder. La agresión de pares o adolescentes mayores con asimetrías de edad y poder; considerando coacción, manipulación y contexto escolar y comunitario.

ECPAT (2025), agrega el método de sometimiento que incluye fuerza y amenazas, con violencia física e intimidación. Manipulación relacional *grooming*, con regalos, secretos, aislamiento, *gaslighting* (abuso emocional sutil), normalización progresiva. El abuso facilitado por sustancias y situaciones de vulnerabilidad, por ejemplo, cuando es institucional, en viajes por turismo o situaciones de crisis.

United Nations Children's Fund (2020), agrega la clasificación por patrón y escenario, con una única agresión y la crónica considerada así por ser prolongada; estas violencias pueden ser individuales o perpetrada por múltiples agresores; presencial o institucional u organizacional, importantes para entender las demoras de denuncia y cambios de relato. También agrega las trayectorias de divulgación, cuando se presenta de manera inmediata o temprana y la que se demora o es discontinua, apareciendo negación inicial, retracción o reconfirmación.

1.2.3 Afectaciones Psicológicas, Psiquiátricas, Neurobiológicas y Neuropsicológicas de Abuso Sexual Infantil

La evidencia científica muestra que el ASI se asocia con consecuencias que pueden manifestarse a lo largo del curso de vida en múltiples dominios: psicológico y psiquiátrico, incluyendo depresión, ansiedad, TEPT/TEPT-C, autolesiones; neurológicos como alteraciones del Eje Hipotálamo-Hipófiso-Suprarrenal (EHHS), inflamación y circuitos fronto-límbicos y neuropsicológicos con déficits en funciones ejecutivas como inhibición, actualización y flexibilidad (McLaughlin et al., 2020; Nemeroff, 2021; Teicher et al., 2022; Herzog & Schmahl, 2023).

Estas secuelas muestran gradientes en cantidad y respuestas, agravándose con polivictimización, comorbilidad y barreras de acceso a servicios, especialmente las mujeres pueden enfrentar condiciones particulares de vulnerabilidad asociadas a desigualdades de género y a mayores probabilidades de exposición a violencias interpersonales. En este apartado se integra evidencia reciente para describir la magnitud y mecanismos de dichas consecuencias y para derivar implicaciones clínicas que orienten una intervención neuropsicológica sensible al trauma en población femenina con antecedentes de ASI (Courtois & Ford, 2020; Hailes et al., 2021).

Ruge et al. (2024) realizaron una revisión sistemática de los mecanismos de aprendizaje de recompensa y amenaza asociados a las experiencias adversas en la infancia. Los autores encontraron que la adversidad temprana se relaciona con alteraciones en la capacidad para aprender contingencias de recompensa y castigo, así como para utilizar dicha información en la toma de decisiones. Estos hallazgos sugieren que las experiencias traumáticas tempranas

pueden modificar la valoración de riesgos y beneficios, favoreciendo estrategias de decisión orientadas a la evitación y aumentando la vulnerabilidad a diversas formas de psicopatología.

La adversidad infantil recalibra las prioridades del sistema decisional de manera consistente: promueve una priorización de la evitación del riesgo y una devaluación de recompensas, sesgos que pueden mantenerse incluso cuando el entorno actual es seguro o predecible. En términos conductuales, esto se traduce en menor peso de valor positivo y mayor sensibilidad a señales aversivas como castigo a la hora de decidir (Ruge et al. 2024).

1.2.4 Abuso Sexual en Mujeres

A manera de introducción se sitúa al abuso sexual contra mujeres en un marco comparativo entre estadísticas nacionales y estimaciones internacionales, aclarando que mide cada fuente y por qué es crucial para el análisis clínico neuropsicológica. A nivel nacional INEGI aporta dos insumos complementarios, el de ENDIREH (2021) que analiza a mujeres de 15+; prevalencias por tipo y ámbito, incluida la violencia sexual a lo largo de la vida y en los últimos 12 meses.

La Encuesta Nacional de Victimización y Prevención sobre Seguridad Pública (ENVIPE, 2024), aborda a la población general; tasa de victimización por delitos sexuales, desagregada por sexo, útil para contrastar diferencias mujer-hombre y la dimensión comunitaria del fenómeno. En el plano internacional, ONU Mujeres sintetiza la evidencia comparada y subraya que la violencia sexual es un problema estructural de género, con especial letalidad en contextos de pareja/familia; y, de manera específica las estimaciones recientes en *The Lancet Global Health* sobre violencia sexual por no-pareja (Por sus siglas en inglés NPSV) ofrecen un

piso empírico global y una metodología estandarizada para monitorear avances y brechas en la medición.

ENVIPE, en 2024, menciona que la tasa de delitos sexuales fue de 4,160 por cada 100 mil mujeres contra 546 por cada 100 mil hombres; es decir 8 de mujeres contra 1 de hombres; considerando delitos sexuales como hostigamiento, intimidación sexual, manoseo, exhibicionismo, intento de violación y violación. La tasa aumentó en 2024 a 4,290 por cada 100 mil en mujeres (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2024).

Respecto a la magnitud y tipos de abuso sexual de octubre del 2020 a octubre de 2021, el 49.7% de mujeres declaró haber vivido al menos un incidente de violencia sexual en su vida. En el ámbito comunitario existe mayor exposición. Las entidades en México con mayor prevalencia total fueron Querétaro con 49%, Colima con 48.2% y Aguascalientes con 48%. La encuesta reporta mayor prevalencia entre mujeres con discapacidad/limitación, 72.6% a lo largo de la vida y 41.5% en el último año (INEGI, 2022).

ONU Mujeres (2021), por su parte recuerda la estimación mundial de que casi 1 de cada 3 mujeres ha sufrido violencia física y/o sexual a lo largo de su vida, principalmente por parte de su pareja. Alrededor de 5 mujeres o niñas son asesinadas cada hora por su pareja u otros familiares, considerando un promedio mundial.

Sardinha et al. (2024), acerca de la prevalencia global de violencia sexual por no-pareja (NPSV) en mujeres actualizan las estimaciones integrando encuestas poblacionales representativas y un modelo bayesiano multinivel que corrige diferencias de medición entre fuentes.

El enfoque distingue explícitamente la violencia sexual de no-pareja, es decir, agresores distintos a la pareja, subrayando que incluye violación, intento de violación, agresión sexual y

formas no-contacto, como coerción, usualmente submedidas por preguntas únicas centradas en sexo forzado en varias encuestas históricas (Sardinha et al., 2024). Lo que indica que se deben reforzar los tamizajes clínicos específicos de violencia sexual, sensibles al tipo de acto para poder vincularlas a síntomas cognitivos y sobre el tratamiento en salud mental.

1.2.5 Efectos Psicológicos de las Estrategias de Abuso del Agresor Sexual

El estudio de la relación de la neuropsicología y el Estrategias de Abuso criminal del agresor sexual resulta indispensable para comprender la etiología y el mantenimiento de la violencia sexual, especialmente en contextos donde las mujeres presentan secuelas complejas como el TDI.

La literatura reciente sobre agresores sexuales señala que su conducta no es improvisada, sino que suele seguir patrones estratégicos orientados a seleccionar, manipular, controlar y silenciar a la persona objetivo, especialmente cuando se trata de niñas y mujeres en contextos de vulnerabilidad. Estas estrategias se agrupan en cuatro grandes dimensiones: selección, acceso, manipulación, control y silenciamiento (Bryce & Patherick, 2020; Chopin & Beauregard, 2020; Gallagher et al., 2022).

La evidencia empírica reciente muestra que los agresores sexuales no solo se aprovechan de oportunidades situacionales, sino que también identifican características psicológicas, emocionales, familiares y contextuales de las niñas y niños, que les permiten ejercer manipulación, coerción y silenciamiento. Es de suma importancia mencionar que estas características no son responsabilidad de las personas que han experimentado abuso sexual, sino vulnerabilidades que el agresor instrumentaliza (Chopin & Beauregard, 2020; Finkelhor, 2020).

Bryce y Patherick (2020), mencionan que los agresores pueden diferenciarse según patrones secuenciales de actuación, desde estrategias altamente planificadas. y manipulativas

hasta conductas más impulsivas, oportunistas o coercitivas. Este planteamiento se inscribe dentro del análisis de las estrategias de abuso, entendido como una organización conductual del delito a lo largo del tiempo, el cual no solo refleja la ejecución del acto, sino también procesos cognitivos subyacentes como la planificación, el control inhibitorio y la toma de decisiones.

McElvaney et al. (2022), elaboran uno de los análisis contemporáneos más sólidos sobre los mecanismos estructurales que perpetúan el silenciamiento y aislamiento de las personas que han experimentado ASI. Estas autoras proponen un enfoque sistémico que evidencia cómo múltiples niveles sociales, culturales, institucionales y jurídicos convergen para impedir la revelación del abuso, prolongar la victimización y limitar el acceso a la justicia y a la reparación.

Diversas investigaciones recientes señalan que el silenciamiento del abuso sexual infantil no es un fenómeno accidental, sino el resultado de un entramado estructural que favorece al agresor y obstaculiza la protección infantil. Las personas que han experimentado ASI suelen estar insertas en sistemas donde la desigualdad de poder, la dependencia emocional o económica y la ausencia de mecanismos de denuncia efectivos consolidan un ambiente en el que hablar resulta riesgoso o inútil (Leclerc & Wortley, 2020; McElvaney, 2022; Tener et al., 2020).

Bryce y Petherick (2020), analizan las estrategias empleadas por los agresores sexuales infantiles, las cuales no se entienden como actos impulsivos aislados, sino como procesos deliberados, adaptativos y situacionales orientados a acceder, manipular, someter y silenciar a las personas menores de edad sometidas a abuso sexual.

El ASI no ocurre en un vacío, emerge mediante una combinación de dinámicas psicológicas del agresor, condiciones de vulnerabilidad de la niña, niño o adolescente y

oportunidades situacionales que el ofensor explota de manera estratégica. De este modo, el análisis del patrón conductual del agresor no solo aporta al ámbito criminológico, sino que también enriquece la comprensión de las secuelas neuropsicológicas del trauma (Chopin & Beauregard, 2020).

Uno de los elementos esenciales en el ASI son las estrategias de manipulación y generación de confianza utilizadas por el agresor para crear condiciones que faciliten el acceso y mantenimiento de las agresiones. Este proceso implica el establecimiento progresivo de cercanía emocional, dependencia, lealtad o temor, con el propósito de disminuir la resistencia de la niña, niño o adolescente, asegurar el acceso continuado, reducir la probabilidad de revelación y minimizar el riesgo de detección por parte del entorno (Bryce & Petherick, 2020).

El agresor genera oportunidades donde la niña o el niño queda sin supervisión, ya sea física o simbólicamente, mediante estrategias que incluyen el aislamiento progresivo, la desorganización de rutinas familiares o la creación de espacios de aparente normalidad que encubren la interacción abusiva. Se restringen apoyos externos y se promueven secretos compartidos que operan como dispositivos de control, donde el silencio se sostiene mediante amenazas explícitas o implícitas, culpabilización y la construcción de vínculos pseudoafectivos que confunden al menor, dificultando la revelación y favoreciendo la continuidad del abuso (Winters, et al., 2020; ECPAT International, 2025).

Bryce y Petherick (2020), mencionan que el agresor observa detallada y constantemente señales como baja autoestima, necesidad emocional, negligencia de los cuidadores cercanos, disfunción familiar o limitada credibilidad. Es importante que sea percibido como protector, afectuoso o comprensivo, brindando atención especial, regalos, conversaciones privadas, escucha activa y creación de vínculos pseudoafectivos.

Los agresores sexuales rara vez comienzan con contacto sexual explícito; por el contrario, avanzan de forma escalonada, fomentando tocamientos *accidentales*, juegos físicos, exposición material sexual, comentarios eróticos disfrazados de educación, normalización de la desnudez o contacto físico (Chopin & Beauregard, 2020).

Las estructuras institucionales como escuelas, servicios sociales, sistemas de salud y justicia suelen fallar en reconocer signos del abuso o responder de forma adecuada. Entre las barreras más comunes son la escasa formación de personal, para identificar indicadores de abuso. Sistemas de denuncia fragmentados, burocráticos y poco accesibles para la infancia. Fallas en investigación forense, que incrementa la probabilidad de impunidad. Procesos judiciales, re-traumatizantes, donde las mujeres que denuncias violencia sexual pueden ser cuestionadas y deslegitimadas (Mathews et al., 2021).

Chopin y Breauregard (2020), aportan metodología teórica clave en el estudio de las estrategias de abuso del agresor sexual intrafamiliar contra menores, al proponer un análisis integral del delito como proceso secuencial estructurado, más que como un evento asilado. A través de un análisis de clases latentes aplicado a casos judicializados, los autores identificaron patrones diferenciados en la totalidad del proceso delictivo: selección de la persona agredida, aproximación, preparación, ejecución y estrategias posteriores a la agresión.

La violencia y manipulación prologada tiene un posible impacto neuropsicológico relacionado con alteraciones en atención sostenida, memoria de trabajo y disociación. La coerción física directa genera hipervigilancia, interferencia atencional y dificultades inhibitorias. El abuso repetido con secreto participa en las alteraciones en memoria episódica y fragmentación mnésica. Las amenazas y chantaje ocasionan ansiedad elevada e interferencia

ejecutiva (Chopin & Breuregard, 2020; Herman, 2022; Van der Kolk, 2021; Lanius et al., 2020).

1.3 Funciones Psicológicas Superiores y Neuropsicología

Las funciones psicológicas superiores (FPS) constituyen un conjunto de procesos mentales complejos que permiten al ser humano regular su conducta de manera voluntaria, simbólica y socialmente mediada. Estas incluyen, entre otras, la atención, la memoria, el lenguaje, las funciones ejecutivas, las praxias, las gnosias y la regulación emocional.

Desde la tradición histórico cultural iniciada por Lev Vigotsky (1934/1978), las FPS se entienden como procesos que emergen a partir de la interacción social y se internalizan progresivamente. Este enfoque sigue siendo fundamental en la neuropsicología contemporánea, aunque actualmente se integra con evidencia neuropsicofisiológica. La psicóloga Goswami (2021), destaca que el desarrollo de procesos como el lenguaje y la atención depende de la plasticidad cerebral y de la calidad del entorno temprano, especialmente en contextos de adversidad.

Los procesos de atención, memoria y funciones ejecutivas constituyen sistemas parcialmente diferenciados, pero funcionalmente interdependientes, sustentados en redes fronto-parietales y fronto-límbicas que regulan la inhibición, actuación, flexibilidad cognitiva y coherencia narrativa del self (Diamond, 2020; Davachi, 2021; Frewen & Lanius, 2020). En contextos de trauma complejo, estas redes pueden presentar disrupciones que impactan la memoria episódica, la atención sostenida y la regulación ejecutiva.

Rakesh et al., (2023) ha señalado que la adversidad temprana, incluyendo el abuso infantil, afecta la maduración de redes fronto límbicas, lo que se traduce en alteraciones en atención sostenida, memoria de trabajo y regulación emocional.

Lezak et al., (2023), mantiene la estructura funcional de Alexander Romanovich Luria como base para la evaluación neuropsicológica clínica, integrando investigaciones recientes en neuroimagen funcional que demuestran que la Unidad I puede asociarse con redes de alerta y activación (sistema reticular y redes de saliencia). La Unidad II se vincula con redes de procesamiento sensorial y memoria (redes temporoparietales). La unidad III corresponde a redes ejecutivas (red frontoparietal y red ejecutiva central).

1.3.1 Atención

La atención constituye un proceso neuropsicológico fundamental que permite seleccionar, mantener y regular la información relevante del entorno y del mundo interno, posibilitando la adaptación conductual y el aprendizaje. Lejos de ser una función unitaria, la atención comprende diversos subprocesos, así, encontramos a la atención selectiva, sostenida, alternante y dividida, que operan de manera integrada con las funciones ejecutivas y la memoria de trabajo, sustentados en redes frontoparietales y fronto-límbicas (Diamond, 2020; Petersen & Posner, 2021; Vossel et al., 2023).

La atención selectiva permite dirigir los recursos cognitivos hacia estímulos específicos; la sostenida mantiene el esfuerzo mental durante un periodo prolongado; la dividida distribuye recursos entre dos o más tareas; la alternante permite cambiar el foco de una actividad a otra; y el control atencional regula la interferencia, la distracción y la orientación de la conducta hacia metas. Estudios recientes señalan que el control atencional se relaciona estrechamente con la memoria de trabajo y con la inteligencia fluida, debido a que permite mantener información relevante activa y resistir interferencias externas o internas (Draheim et al., 2022; Robison et al., 2022).

Desde la perspectiva de la neuropsicología clínica, las alteraciones atencionales no solo afectan el rendimiento cognitivo, sino que también la organización de la personalidad, la coherencia narrativa y la regulación emocional, particularmente en contextos de trauma complejo. En este sentido, el estudio de la atención resulta central para comprender las disrupciones cognitivas observadas en mujeres con antecedentes de violencia sexual y sintomatología disociativa (D'Andrea & Pole, 2023; Lanius et al., 2020).

Diamond (2020), demuestra que la atención no es un sistema aislado, sino un mecanismo transversal que posibilita el control cognitivo, la regulación conductual y la organización del comportamiento dirigido a metas. Propone un modelo jerárquico en el que tres funciones ejecutivas nucleares como el control inhibitorio, la memoria de trabajo y la flexibilidad que dependen de mecanismos atencionales específicos. Desde esta perspectiva, la atención no se reduce a concentración, sino que se descompone en subprocesos dinámicos que permiten seleccionar, sostener, alternar y regular la información relevante.

Respecto al impacto del trauma en la atención, las autoras dividen el análisis en tres redes cerebrales, la red de saliencia, la red ejecutiva frontoparietal y la red por defecto; describen la hiperactivación amigdalara y la disrupción en la modulación prefrontal desequilibrando y generando hipervigilancia persistente, sesgo atencional hacia amenaza, dificultad para inhibir estímulos irrelevantes y desregulación autónoma (Frewen & Lanius, 2020).

La hiper e hipoactivación genera un patrón disociativo caracterizado por una disminución emocional y desconexión corporal, mostrando que el trauma no opera en un único eje; la experiencia en la construcción de la personalidad se fragmenta en estados parciales, que implicarán alteraciones en la memoria autobiográfica, disrupciones en coherencia narrativa,

estados de conciencia fragmentados y sensación de extrañamiento, desorientación o despersonalización (Onno van der Hart et al., 2022; Lanius et al., 2023)

Frewen y Lanius (2020) proponen un modelo integrador que articula neurociencia, psicopatología del trauma y abordaje terapéutico, centrado en la noción de self traumatizado. La obra sostiene que el trauma interpersonal severo, especialmente el trauma crónico en la infancia no solo genera síntomas aislados como reexperimentación o hipervigilancia, sino que produce alteraciones estructurales y funcionales en los sistemas de conciencia, memoria y regulación emocional, configurando una fragmentación del sentido de identidad. Describen cómo la hiperactivación del sistema de alerta interfiere con: la atención selectiva, dificultad para filtrar distractores, y la atención sostenida, fatiga cognitiva por vigilancia constante.

Herzog y Schmahl (2023), analiza el sesgo atencional hacia amenazas como uno de los mecanismos cognitivo-neurobiológicos centrales del TEPT. Desde los modelos cognitivos del trauma, se plantea que las personas con TEPT muestran una tendencia automática a dirigir su atención hacia estímulos potencialmente amenazantes, lo que contribuye a mantener estados de hipervigilancia, reexperimentación del trauma y dificultades en la regulación emocional. Este sesgo atencional no solo afecta la percepción de estímulos externos, sino también la manera en que el cerebro procesa información emocional, influyendo en la persistencia de los síntomas clínicos.

En el plano neurobiológico, el estudio destaca la participación de una red cerebral de procesamiento del miedo y la atención, en la que intervienen principalmente la amígdala, la corteza prefrontal medial, la corteza cingulada anterior y regiones parietales vinculadas al control atencional. En individuos con TEPT se observa una hiperreactividad de la amígdala ante estímulos amenazantes, acompañada de una modulación insuficiente por parte de áreas

prefrontales encargadas del control cognitivo y la regulación emocional. Esta desregulación funcional explica por qué el cerebro traumatizado permanece en un estado constante de alerta frente a señales potenciales de peligro (Herzog y Schmahl, 2023).

Quaedflieg y Schwabe (2020), señalan que las memorias traumáticas poseen una fuerte carga sensorial y emocional que facilita su reactivación automática ante estímulos relacionados, incluso cuando estos aparecen de forma sutil o indirecta en el ambiente. Cuando esto ocurre, el recuerdo entra en un estado de re-consolidación que involucra nuevamente los circuitos emocionales del cerebro. Durante esta fase, la información traumática puede irrumpir en la conciencia en forma de imágenes, pensamientos o sensaciones intrusivas, captando recursos atencionales de manera involuntaria. Como consecuencia, los individuos pueden experimentar dificultades para mantener la atención en tareas cognitivas neutrales, ya que los sistemas atencionales se encuentran orientados hacia el procesamiento del recuerdo emocional reactivado.

1.3.2 Memoria

La memoria constituye una de las funciones psicológicas superiores fundamentales para la organización de la experiencia humana, permitiendo la codificación, almacenamiento y recuperación de la información a lo largo del tiempo.

Kensinger y Ford (2020), afirma que la memoria es entendida como un sistema activo y reconstructivo, en el que la información no se almacena de manera literal, sino que se reorganiza continuamente en función del contexto, las experiencias previas y el estado emocional de cada persona. Señala que la memoria está influida por la carga afectiva de los eventos, lo que modula tanto su consolidación como su recuperación, favoreciendo el recuerdo de información emocionalmente relevante.

Investigaciones recientes en neuropsicología han enfatizado que la memoria depende de la interacción de múltiples sistemas cerebrales, particularmente del hipocampo, la corteza prefrontal y estructuras límbicas. La memoria no solo implica la retención de información pasada, sino la capacidad de integrar experiencias para guiar la conducta futura, destacando su papel adaptativo y prospectivo (Davachi, 2021; Ranganath, 2022).

Respecto a la memoria y las emociones, las investigaciones contemporáneas enfatizan que la memoria está profundamente modulada por la emoción. Davachi (2021), señala que los estados emocionales influyen en la consolidación de la memoria mediante la interacción entre el hipocampo y la amígdala. Esto explica por qué los recuerdos traumáticos son más persistentes, pueden presentarse intrusiones y se altera la coherencia narrativa.

Courtois y Ford (2020) describen cómo el trauma crónico puede alterar el funcionamiento de la memoria episódica, produciendo formas de codificación y recuperación de los recuerdos que difieren de la memoria autobiográfica típica. En condiciones normales, la memoria episódica permite organizar las experiencias personales dentro de una narrativa coherente que integra conteo temporal, emocional y situacional. Sin embargo, cuando una persona experimenta eventos traumáticos intensos, especialmente en la infancia, este proceso de integración puede verse interrumpido. Como resultado, los recuerdos traumáticos tienden a almacenarse de manera fragmentada, sensorial o emocional, en lugar de integrarse como narrativas completas y coherentes.

Las autoras explican que la fragmentación de la memoria traumática se relaciona con mecanismos neuropsicológicos asociados a la respuesta de estrés extremo. Durante una experiencia traumática, el organismo activa sistemas neurobiológicos de supervivencia que implican la participación de estructuras como la amígdala, el hipocampo y el sistema nervioso

autónomo. En situaciones de amenaza intensa, estos sistemas pueden priorizar la respuesta defensiva inmediata sobre los procesos cognitivos de elaboración narrativa. En consecuencia, la experiencia traumática puede quedar registrada en la memoria en forma de imágenes sensoriales, sensaciones corporales o emociones intensas, sin una adecuada integración contextual (Courtois y Ford 2020).

Las imágenes sensoriales implican una representación mental perceptiva, mientras que las sensaciones corporales corresponden a estados físicos internos percibidos por el organismo. Aunque ambas pueden coexistir en experiencias traumáticas y disociativas, difieren en su origen funcional: las primeras se relacionan principalmente con procesos perceptivo-mnésicos y las segundas con procesos interoceptivos y fisiológicos (Pearson et al., 2020).

Muchas sobrevivientes de abuso sexual o violencia interpersonal describen sus recuerdos como incompletos, discontinuos o difíciles de verbalizar, lo que puede generar narrativas autobiográficas fragmentadas o disociadas. En algunos casos, los recuerdos aparecen de manera intrusiva, mientras que en otros pueden permanecer parcialmente inaccesibles para la conciencia. Estos fenómenos se relacionan con procesos disociativos que funcionan inicialmente como mecanismos de protección frente al dolor emocional extremo, pero que posteriormente pueden dificultar la integración de la experiencia traumática (Onno van der Hart et al., 2022; Bessel van der Kolk, 2021).

1.3.2.1 Procesos Implicados en la Memoria y la Amnesia

Comprender los mecanismos de recuerdos y los que se encuentran clasificados como recuerdos emocionales tanto persistentes o intrusivos, así como los que aparecen como fragmentados o inaccesibles, orienta las estrategias de intervención para estabilizar, recodificar y recuperar información de manera más segura.

La memoria humana emerge de la interacción entre sistemas meso-temporales y fronto-límbicos. El hipocampo y la corteza entorrinal y perirrenal sustentan la codificación y consolidación de recuerdos episódicos mediante plasticidad sináptica y su integración en redes neocorticales; el cíngulo y la corteza prefrontal medial y dorsolateral participan en organización, búsqueda y monitorización del recuerdo (Davachi, 2021; Eichenbaum, 2021).

La amígdala modula la huella mnésica cuando hay carga emocional, mientras que el EHPA, que activa la respuesta y regulación de glucocorticoides y noradrenalina influyen en la forma dependiente del tiempo y del contexto; es decir, el estrés agudo puede favorecer la consolidación inicial de la información emocionalmente relevante, pero el estrés crónico y los estados prolongados de alerta producen una hiperactivación sostenida del sistema neuroendócrino, generando sobreexposición a cortisol y alteraciones funcionales en estructuras como el hipocampo y la corteza prefrontal dorsolateral. En consecuencia, se dificulta la manipulación y mantenimiento activo de la información, afectando especialmente la memoria de trabajo (MT), la atención sostenida y el control ejecutivo, además de deteriorar los procesos de recuperación mnésica. En paralelo, los procesos de re-consolidación y extinción permiten que los recuerdos se actualicen o inhiban (Kesinger & Ford, 2020; Schwabe, 2022; Quaedflieg & Schwabe, 2020).

Ryan y Frankland (2022), proponen que el olvido no es un simple fallo pasivo del sistema de memoria, sino una forma adaptativa de plasticidad a nivel de las células del engrama, es decir, conjuntos neuronales que codifican un recuerdo. Los recuerdos se mantienen, pero su accesibilidad fluctúa, mencionan que el olvido ocurre cuando pasa de un estado accesible a uno inaccesible para las claves naturales de recuperación. Este proceso es sensible al contexto

ambiental, que incluye cambios en contingencias, por lo que el olvido ajusta la memoria a las exigencias del entorno.

Por su parte Kandel et al., (2021), muestra que la memoria emerge de la interacción de microprocesos sinápticos plásticos con redes cerebrales distribuidas y modulados por estado, refiriéndose al arousal y al sueño, así como al contexto. Esta visión integradora explica la diversidad de perfiles amnésicos y orienta intervenciones más precisas.

Los mapas funcionales permiten vincular dominios cognitivos con síndromes amnésicos y con perfiles neuropsicológicos observables en clínica, de esta forma se demuestra que la memoria declarativa, episódica y semántica, dependen de la función del lóbulo temporal medial, específicamente de estructuras hipocampales, corteza entorrinal y parahipocampal; las memorias no declarativas, procedimentales, de condicionamientos y hábitos se apoyan en los ganglios basales y cerebelo. La MT y el control ejecutivo descansan en circuitos frontoparietales, como lo es la corteza prefrontal dorsolateral, y el parietal posterior, específicamente. Ubicando la red de salida coordinando cambios entre estados internos y demandas externas (Mayes & Burgess, 2020; Davachi 2021).

1.3.2.2 Memoria, Amnesia y Estrés en Mujeres

Es importante comprender los mecanismos mnésicos y amnésicos en mujeres para interpretar el rendimiento en contextos de trauma complejo y disociación, por ejemplo, en TDI, donde la recuperación fragmentada y la amnesia pueden confundirse con fallas estructurales. Integrar el eje de memoria, estrés y género, permitirá afinar el diagnóstico diferencial; secuenciar la intervención, considerando la estabilización antes de trabajo trauma focal, y definir marcadores neuropsicológicos sensibles al ciclo vital femenino que oriente al seguimiento y resultados terapéuticos.

La relación entre memoria y estrés en mujeres está modulada por la interacción entre el EHHS (glucocorticoides), los sistemas noradrenérgicos y los esteroides sexuales (estradiol y progesterona), que influyen en la plasticidad de hipocampo, amígdala y corteza prefrontal. Bajo estrés agudo, la noradrenalina y el cortisol pueden potenciar la consolidación de recuerdos emocionales, pero dificultar la recuperación y la memoria de trabajo (Lanius, 2020; McEwen & Akil, 2020; Schwabe Lars, 2022).

Cuando el estrés es crónico, o existe carga alostática, que es el desgaste del cuerpo por el estrés crónico o repetido, por adversidad temprana, se asocian déficits en memoria episódica, mayor sesgo amnésico hacia contenidos amenazantes y fragmentación del recuerdo. En mujeres, estas dinámicas son de estado dependientes; es decir, varían con fase de ciclo menstrual, posparto y transición menopáusica, periodos en los que fluctuaciones hormonales modulan reactividad al estrés y control ejecutivo (Lupien et al., 2020; Albert, 2023; Rincón-Cortés et al., 2023).

Chalavi et al. (2020), encontraron que los síntomas disociativos se relacionan con modificaciones en redes que involucran al hipocampo, la amígdala y regiones prefrontales, estructuras fundamentales para la codificación y recuperación de experiencias emocionalmente significativas.

Reul y Kloet (1985), mapearon dos sistemas de receptores en cerebro, el mineralocorticoide (MR1) y glucocorticoide (GR1), hallaron altísima densidad en hipocampo sobre todo en el Cuerno de Amon (CA1), en subiculum y giro dentado y propusieron la lógica funcional, donde MR se ocupa con niveles basales, estabilizando el tono; GR se recluta con picos de estrés, ajustando plasticidad y respuestas. Esa micro distribución explicó por qué el

hipocampo es tan sensible a cambios del eje hipotalámico-Pituitario-Adrenal (EHPA) (Daskalakis et al., 2022).

El hipocampo está densamente poblado de receptores mineralocorticoides (MR) y glucocorticoides (GR), la evidencia proveniente de estudios de lesión y fisiología ha permitido comprender su papel regulador: ahora el hipocampo inhibe por retroalimentación la liberación de glucocorticoides, es decir, regula el EHPA además de recibir su señal. Esa misma señal hormonal modula la plasticidad hipocampal, Potencialización a Largo Plazo y Depresión a Largo Plazo (PLP/DLP), las oscilaciones, la neurogénesis y la arquitectura dendrítica (Joëls et al., 2020; McEwen & Akil, 2020).

En condiciones de estrés agudo, los picos breves de glucocorticoides pueden facilitar ciertos procesos de codificación; sin embargo, el estrés crónico y niveles sostenidos de glucocorticoides deterioran memoria episódica y remodelan el circuito (atrofia dendrítica CA3, descenso de neurogénesis en giro dentado). Así se consolidó la idea de un hipocampo diana y termostato del estrés, sensible al contexto y determinante para aprendizaje y memoria (McEwen & Schmeelk, 2021; Shields et al., 2023).

Sander et al., (2023), definen a la amnesia global transitoria por un inicio súbito de amnesia anterógrada (retención 30-180 s) con un grado variable de amnesia retrógrada, que dura entre 1 y 24 horas (promedio 6-8 h), con preservación de identidad personal y nivel de alerta. La incidencia es 3-8/100 000/año, predominado entre los 50-70 años. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, apoyado en la historia del paciente y testigos y un examen neurológico/neuropsicológico orientativo para excluir diagnósticos diferenciales.

Se ha reportado que hasta el 85% de los pacientes de Amnesia Global Transitoria (AGT) esta precedida por eventos físicos exigentes o emocionales (estrés). Marcadores de estrés, del

eje hipotálamico-hipofisiario-adrenal (EHHA) muestran cortisol sérico más alto durante el episodio alrededor de la convulsión parietal, respecto a horas posteriores, apoyando una hiperreactividad aguda al estrés en subgrupos AGT (Bender, et al., 2021; Quinette et al., 2020).

Los estresores agudos, tanto físicos, como emocionales, actuarían como desencadenantes, sobre un sustrato vulnerable, llevando un fallo temporal de consolidación/recuperación episódica. La hiperactivación del EHPA, picos de cortisol, podría contribuir a la susceptibilidad de CA1 y a la disrupción de redes límbico-hipocampales, coherente con los hallazgos en el ámbito médico con interpretaciones obtenidas de resonancia magnética ponderada por difusión, una técnica que evalúa el movimiento de las moléculas de agua en los tejidos para detectar anomalías como infartos cerebrales, tumores, infecciones o inflamaciones; así como con cambios de conectividad más notorios en casos recurrentes (Sander, et al., 2023; Davachi, 2021; McEwen & Akil, 2020).

1.3.3 Funciones Ejecutivas

Las Funciones Ejecutivas (FE) constituyen un conjunto de procesos cognitivos de alto nivel que permiten la regulación intencional de la conducta, la toma de decisiones, la resolución de problemas y la adaptación flexible a las demandas del entorno. Se consideran un componente central de las funciones psicológicas superiores, al integrar procesos cognitivos, emocionales y conductuales orientados a metas (Diamond, 2020; Miyake & Friedman, 2012).

Diamond (2020), propone tres componentes nucleares de las FE, el control inhibitorio encargado de la capacidad para suprimir respuestas automáticas, impulsivas o irrelevantes. Permite la autorregulación conductual y emocional, es fundamental para el control de impulsos. La flexibilidad cognitiva donde se desarrolla la capacidad para cambiar de perspectiva o

estrategia ante nuevas demandas. Implica la adaptación conductual relacionada con la resolución de problemas complejos.

1.3.3.1 Funciones Ejecutivas y Principales Patologías en Mujeres

En la conceptualización de las FE se considera a la capacidad de inhibir, la flexibilidad cognitiva, la capacidad de planear y tomar decisiones, ejecutar coordinadamente y verificar cada proceso proyectadas en los circuitos frontoparietales y frontoestriatales que integran la corteza prefrontal, el cíngulo anterior, el lóbulo parietal posterior, el tálamo y los ganglios basales, apoyados por la sustancia blanca, así como del cerebelo.

Específicamente en mujeres, la modulación hormonal (estradiol, progesterona) a lo largo del ciclo menstrual, el posparto y la transición menopáusica interactúa con estos circuitos y puede influir en el rendimiento ejecutivo, especialmente bajo situaciones de estrés (Barth & Sacher 2020; Lisofsky et al., 2021).

Gaillard, et al., (2021), realizaron una revisión sistemática de 21 estudios de neuroimagen funcional que investigan diferencias por sexo en el control ejecutivo, abarcando tres dominios centrales, el cambio de conjunto que llaman *set-shifting*, monitoreo del desempeño e inhibición de respuesta. El hallazgo transversal más importante es que sí existen diferencias por sexo en los circuitos neurales que soportan tareas de control ejecutivo; sin embargo, no se puede hablar de conclusiones únicas o globales por la heterogeneidad metodológica, principalmente por las tareas, las muestras y la participación de múltiples redes cerebrales.

El control ejecutivo descansa en redes distribuidas cuyo acoplamiento puede variar por sexo, por lo que los perfiles femeninos no deben inferirse desde muestras mixtas sin análisis estratificado. Asimismo, la evidencia sugiere ausencia de diferencias consistentes en tareas de

memoria de trabajo, lo que refuerza la necesidad de evitar generalizaciones simplistas. En este sentido, se recomienda incorporar variables hormonales y de estrés en estudios comparativos considerando la variable sexo (Sacher et al., 2020).

Dos pilares del control conductual y la autorregulación suelen resentirse en contextos de alta carga emocional e impulsividad, característicos del TLP. En conjunto, estos hallazgos describen un perfil con déficits en inhibición, atención, memoria y funciones ejecutivas, cuya traducción cotidiana son problemas para planear, mantener metas, resistir interferencias y utilizar de forma estable tanto recuerdos espaciales, como episódicos en ambientes cambiantes (Ruocco & Carcone, 2021; Raine, 2023).

Friedman y Robbins (2022), proponen un marco que integra niveles psicométricos y neurobiológicos para explicar cómo la corteza prefrontal (CPF) y sus redes asociadas implementa el control cognitivo (CC), y las FE, que tienen como principal función la capacidad para orientar la conducta a metas, frente a hábitos y procesamiento controlado, frente a automático. Las autoras generan sus estudios a partir de evidencias de lesión, neuroquímica y neuroimagen de humanos y modelos animales.

Respecto a la organización neurobiológica y de redes del CPF, se analiza la celularidad, es decir, sinapsis de CPF, también su arquitectura funcional y la organización en redes, específicamente en frontoparietales y cinguladas/insulares que son las que sostienen el CC. La CPF sesga el procedimiento, atencional y de reglas, para resolver conflictos y guiar la selección de respuestas como en el caso de la prueba Stroop, lo hace bajo modulación motivacional que se denominan *frías* y *calientes* del CC según sea el peso afectivo/incentivo (Friedman & Robbins, 2022).

Suchy (2023), sitúa a las FE como el andamiaje de la conducta dirigida a metas, sostiene que la formulación de objetivos, la selección y el mantenimiento de reglas, la actualización de información relevante y el cambio flexible de estrategia. Adopta el marco *unidad-diversidad* donde un factor común de control, inhibición de alto nivel explica la covariación entre tareas ejecutivas, junto con componentes específicos como *shifting* que significa cambio y *updating* que significa actualización.

Suchy (2023), enmarca la disfunción ejecutiva como dimensión transdiagnóstica que aparece en depresión/bipolaridad, entendida con enlentecimiento, planificación pobre, TOC, ansiedad, TEPT, con inhibición y flexibilidad, psicosis con déficits amplios de control y monitorización y TDAH, adicciones, con control común y regulación motivacional.

1.3.3.2 Corteza Orbitofrontal y el Procesamiento Emocional, Motivación y Control Ejecutivo en la Toma de Decisiones de Mujeres

La corteza orbitofrontal (COF), se ha consolidado como una estructura clave para comprender la interacción entre procesamiento emocional, motivación y control ejecutivo en la toma de decisiones.

Desde una perspectiva neuropsicológica, la COF participa en la valoración de recompensas y castigos, el aprendizaje asociado y la anticipación de consecuencias futuras, lo que la convierte en un sustrato fundamental del control ejecutivo. Su función es especialmente relevante en contextos de ambigüedad o incertidumbre, donde es necesario ponderar tanto las señales emocionales como las demandas cognitivas para guiar la conducta adaptativa (Rolls, 2023).

Rolls (2023), explica que la COF integra señales de valor provenientes de estímulos sensoriales y sociales, permitiendo asignar significados afectivos a las experiencias. Esta función resulta esencial para guiar la conducta hacia recompensas y evitar estímulos aversivos.

En mujeres con trastorno TDI, el ASI suele impactar directamente en la regulación emocional y en las redes fronto-límbicas. Por tanto, la perspectiva de Rolls (2023) permite explicar cómo las dificultades en el procesamiento afectivo y en la flexibilidad cognitiva pueden derivan en conductas impulsivas, problemas de integración identitarias y decisiones desventajosas.

Diamond (2020), explica sobre la corteza prefrontal dorsolateral (dIPFC), que puede seccionarse en tres niveles de análisis, neurofisiológico, computacional y conductual, para perfilar a la dIPFC como nodo central del control cognitivo. A partir de registros neurofisiológicos en primates y convergencia con neuroimagen humana, el autor muestra que la dIPFC implementa tres operaciones adecuadas que sostienen las FE, una de mantenimiento/actualización de información de trabajo, otra de inhibición de respuestas prepotentes y de cambio de conjunto (set-shifting) o reconfiguración flexible de reglas. El TDI por el trauma sexual complejo cursa con desregulación emocional, intrusiones, evitación, fragmentaciones identitarias y déficits ejecutivos, atención, memoria de trabajo (MT), inhibición, flexibilidad.

Ruge et al., (2024), ofrecen una revisión sobre cómo las experiencias ambientales tempranas, en particular la adversidad prenatal y en la primera infancia, se vinculan con alteraciones de la COF y, en consecuencia, con conductas dependientes del valor, refiriéndose a la valoración de recompensa/castigo, flexibilidad ante cambios de contingencias, control emocional) y con riesgo posterior de psicopatología.

La COF actuaría como nodo central que media la relación entre estrés temprano y disfunción ejecutiva y afectiva, lo cual ayuda a explicar trayectorias hacia enfermedad mental y médica a lo largo de la vida (Ruge et al., 2025; McEwen & Akil, 2020; Teicher et al., 2021).

Ruge et al., (2024), sintetizan evidencia en tres frentes, donde cambios de conductas reguladas por la COF tras adversidad temprana, por ejemplo, el aprendizaje de reversibilidad por refuerzo toma decisiones guiadas por el valor. Donde las alteraciones anatómicas y funcionales de la COF documentadas por neuroimagen y modelos animales, y donde mecanismos biológicos plausibles que harían de puente entre ambiente y circuito orbitofrontal, del eje de estrés, inflamación, factores tróficos, cuidado parental, privación, amenaza, periodos sensibles de neurodesarrollo.

1.3.3.3 Atención, Memoria y Funciones Ejecutivas en Mujeres

El estudio de la prevalencia de los trastornos atencionales resulta fundamental para dimensionar su impacto en la salud pública. A nivel internacional, diversas investigaciones demuestran variaciones en las cifras dependiendo de la región, en el grupo etario y los criterios diagnósticos aplicados, mientras que en México los estudios epidemiológicos han permitido identificar la magnitud del problema y las brechas de detección.

Alhraiwil, et al. (2015), en su investigación y en cuanto a distribución por sexo, los datos coinciden en señalar una mayor prevalencia en varones: alrededor del 10% en niños frente al 5% en niñas. Esta diferencia puede reflejar tanto una verdadera disparidad biológica, por factores genéticos y hormonales, como un sesgo diagnóstico, ya que las niñas suelen manifestar síntomas más internalizantes e inatentos, por lo tanto, menos visibles en entornos escolares.

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP, 2003) fue uno de los primeros esfuerzos sistemáticos en documentar la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en México, incluyeron el TDA. Este estudio reportó que aproximadamente un 6% de niños, niñas y adolescentes entre 6 y 16 años cumplían criterios diagnósticos de TDAH (Medina-Mora, et al., 2003).

El estudio de trastornos atencionales en edad adulta ha cobrado relevancia en los últimos años, especialmente en poblaciones femeninas que históricamente han sido subdiagnosticadas. En México, las investigaciones recientes muestran cifras que superan las estimaciones globales, tanto en contextos universitarios como en entornos clínicos especializados. Estos hallazgos no solo permiten dimensionar la magnitud del problema, sino también visibilizar las diferencias de género y la necesidad de fortalecer los procesos de detección y diagnóstico en mujeres adultas (Attoe, & Climie, 2023).

El estudio de población universitaria reporta una prevalencia general del 16.2% de trastornos atencionales, con una distribución de 13% en mujeres y 22.14% en hombres. El sesgo de género muestra una mayor prevalencia en hombres, consistente con la literatura que indica que los trastornos atencionales se detectan con más frecuencia en varones. Sin embargo, la tasa de 13% en mujeres universitarias es relevante, ya que sugiere que el TDAH femenino podría estar subdiagnosticado en otras muestras menos específicas (Cortés, et al., 2021).

El proceso atencional en las mujeres debe comprenderse en la intersección entre neurobiología y contexto psicosocial. Más allá de un enfoque meramente deficitario, la evidencia reciente sitúa la atención como un sistema multicomponente, función de alerta, de orientación y el control ejecutivo, por ejemplo, sostenido por redes frontoparietales de atención

dorsal y ventral, red de ejecución y circuitos fronto-estriales-cerebelosos (Diamond, 2020; Petersen & Posner, 2021).

En las mujeres adultas, la variación hormonal, estrógeno y progesterona a lo largo del ciclo menstrual, embarazo y transición peri y postmenopáusica, modula la neurotransmisión catecolaminérgica y el equilibrio en Glutamato/Ácido gamma-aminobutírico [Glu/GABA] (Pletzer, 2025), con efectos observables en vigilancia, memoria de trabajo y control inhibitorio. Este marco es clave para interpretar perfiles neurodivergentes para reconocer cómo experiencias de trauma complejo pueden ampliar la labilidad atencional (Rohr, et al., 2025).

Rohr, et al. (2025), mencionan que, en la pubertad y el ciclo menstrual, se describen fluctuaciones cíclicas del rendimiento atencional y ejecutivo, con especial atención a cómo los descensos de estradiol pueden asociarse a mayor labilidad ejecutiva y variabilidad atencional; es decir, de modulación catecolaminérgica y del equilibrio excitación-inhibición y moderadores clínicos, por ejemplo, el estado de ánimo, sueño, subrayando la necesidad de monitorear síntomas por fases.

Durante el embarazo y posparto, existe un fenómeno que hasta ahora parecía subjetivo, llamado *mente nublada*, actualmente con datos neuropsicológicos objetivos y más heterogéneos, discutiendo el papel de neuroesteroides, como la alopregnanolona, se observa el descenso posparto del estrógeno y de factores contextuales como la privación de sueño, el estrés o la lactancia, en la vigilia, memoria de trabajo e inhibición; presenta además factores de resiliencia como higiene del sueño, intervención sobre ánimo/dolor, soporte social, con impacto en desempeño ejecutivo (Maki & Dumas, 2020).

1.3.4 Violencia de Género y Neuropsicología

La violencia contra las mujeres es una problemática de gran inquietud a nivel internacional, y en países como México las cifras son substancialmente impresionantes. La violencia física se recalca como una de las formas más usuales de violencia, cuya recurrencia puede tener efectos negativos en la organización y función cerebral. En este tenor, la neuropsicología se presenta como un método científico que busca discernir la relación entre los procesos psicológicos superiores y la estructura cerebral.

Rodríguez y Guzmán (2023), proponen a la neuropsicología como un puente clínico – forense para comprender, evaluar y entender las secuelas neurocognitivas de la violencia física de pareja en mujeres, y cómo un insumo técnico para procesos judiciales.

Es importante sintetizar por qué la evaluación neuropsicológica resulta clave para identificar efectos neurocognitivos de la agresión y con base en ellos, diseñar intervenciones especializadas. Se incluye la argumentación de utilidad forense para sustentar evidencia en litigios vinculados a la violencia de pareja (Rodríguez & Guzmán, 2023).

Los mecanismos concomitantes son la hiperactivación del eje HPA con cortisol elevado; psicopatologías comórbidas que incluyen TEPT, depresión y ansiedad con efectos cognitivos. Además de Traumatismos Craneoencefálicos (TCE), a menudo repetido. También lesión hipóxica – isquémica por estrangulamiento. Otro mecanismo son las condiciones médicas asociadas a la violencia, como dolor crónico y trastorno del sueño (Daugherty et al, 2024; Bryant, 2022; World Health Organization, 2021).

Estos mecanismos suelen interactuar en mujeres que reportan estrangulamiento también informan golpes repetidos en la cabeza, potenciando el riesgo de secuelas cognitivas persistente. El modelo está abierto a incorporar factores sociales como pobreza, consumo de alcohol,

psicotrópicos que han sido poco estudiados en su vínculo con daño cerebral y cognición (Daugherty et al., 2024).

La adversidad temprana se asocia con peor regulación emocional y toma de decisiones desadaptativa, es decir, niñas y adultas con historial de estrés temprano tienden a mostrar sesgos de valor, por ejemplo, menor intervención temporal, perseverancia cuando cambian las reglas, sobre respuesta a señales de castigo, fenómenos todos clásicamente orbitofrontales (Daugherty et al., 2024).

Existen hallazgos convergentes de cambios en COF, es decir, estructura, conectividad y función, tras estrés y privación en etapas críticas, que a su vez predicen alteraciones ejecutivas y afectivas posteriores. Los correlatos de COF, especialmente en subregiones medial y lateral proveen una explicación lógica y sistemática de por qué la adversidad temprana impacta la decisión basada en valor y el control de recompensa y castigo en la adultez (Teicher et al., 2021; McLaughlin et al., 2020).

Estas modificaciones estructurales del sistema nervioso central no solo afectan la percepción emocional, sino que impactan en la construcción predictiva del significado social. La identificación de patrones de desempeño en pruebas como reconocimiento y memoria de caras puede contribuir a delimitar perfiles neurocognitivos específicos asociados a trauma complejo y disociación estructural, favoreciendo una comprensión integral que articule hallazgos clínicos, psicométricos y neurobiológicos, específicamente importante los hallazgos sobre el análisis del procesamiento facial. El abuso sexual y la disociación crónica alteran la arquitectura funcional de las redes cerebrales implicadas en el procesamiento facial (Leotfinia et al., 2020; Nicholson et al., 2020; Shore, 2021).

1.3.5 Procesos Neuropsicológicos Afectados en el Abuso Sexual Infantil y de Trastorno Disociativo de Identidad

Un recordatorio importante es que la motivación es clínica y de salud pública y la disociación esta invisibilizada, poco estudiada, infradiagnosticada y afecta desproporcionadamente a mujeres, por lo que urge un marco neuropsicológico integrador que guíe evaluación e intervención.

El TDI no solo fragmenta el desarrollo de la personalidad; también altera sistemas neurocognitivos que sostienen la atención, la memoria y las funciones ejecutivas. Los modelos actuales apuntan a un desacople entre redes cerebrales clave; la red ejecutiva central, frontoparietal; la red por defecto, medial prefrontal, precuneus, hipocampo y la red de saliencia, ínsula, circuito anterior; que dificulta la conmutación flexible entre procesamiento interno y demandas externas.

En este marco, circuitos frontolímbicos, es decir, Corteza Prefrontal Dorsolateral (cpfDL) y Corteza Ventromedial (CPFvm); muestran patrones de reactividad y conectividad que explican fallas de control atencional y de memoria de trabajo bajo estrés, amnesia estado dependiente y recuperación fragmentada de material autobiográfico y debilidades en inhibición, flexibilidad y toma de decisiones. Estos cambios se modulan por el estado de identidad y por la reactividad del EHHA, estrechando la *ventana de tolerancia* y agravando el rendimiento en contextos emocionales (Kondas et al., 2024; Esposito et al., 2025; McLaughlin et al., 2020).

Comprender estas bases permite afinar el diagnóstico diferencial, orientar una intervención faseada y vincular objetivos neuropsicológicos con dianas neurobiológicas concretas. Evitar lecturas reduccionistas que clasifiquen estas variaciones como déficits intrínsecos en lugar de respuestas adaptativas al trauma crónico.

Lebois, et al., (2022), proponen un modelo de triple red, refiriéndose a red ejecutiva central derecha, red por defecto medial temporal y red de saliencia cíngulo opercular, para explicar la disociación relacionada con el trauma y sus subtipos. En ella se encuentra la despersonalización o desrealización; las intrusiones parcialmente disociadas como pensamientos, emociones, acciones que irrumpen con sensación de ajenez, pero con juicio de realidad intacto y el diagnóstico de TDI.

En un estudio con 91 mujeres con y sin historia de maltrato infantil, TEPT actual y niveles variables de disociación. Se recolectaron medidas clínicas e imagen por resonancia magnética funcional (fMRI) en reposo; con un enfoque estadístico que descompone varianza compartida y única entre subtipos, el equipo examinó cómo la conectividad funcional de las tres redes centrales se relaciona con cada fenotipo disociativo, controlando edad, maltrato infantil y severidad de TEPT (Lebois et al., 2022).

Lebois et al. (2022), aseguran que por hallazgos transdiagnósticos, la disociación patológica se asocia a un patrón doble, donde se encuentra hiperconectividad intra-red en las tres redes, tanto ejecutiva, por defecto y saliencia, como menor conectividad, especialmente de componente derecho de la Red Ejecutiva Central, frontoparietal, que soporta control ejecutivo, memoria de trabajo y atención dirigida a metas CEN, lateralizado a hemisferio derecho (rCEN).

En conjunto, esto sugiere bloque de comunicación entre sistemas que deberían alternarse con fluidez para pasar de la cognición interna del subsistema medial temporal de la Red por Defecto, vinculado con autorreferencia y memoria autobiográfica, al control dirigido a metas según lo que exige la señal de saliencia (SN) (Lebois et al., 2022).

El resultado es un procesamiento deficiente entre estados mentales que pueden manifestarse en fallas de control ejecutivo, fallas de autorreferencia y regulación interoceptiva.

Este patrón indica una desorganización en la integración de redes cerebrales implicadas en la monitorización interna y en la modulación de la conducta dirigida a metas, particularmente en la interacción entre sistemas frontales y estructuras límbicas (Lebois et al., 2022).

Vissia et al. (2022) elaboraron un trabajo que examina si la MT en el TDI varía según el estado de identidad y cuáles son sus correlatos neurales. Comparan cuatro grupos femeninos 14 con TDI genuino, 16 simuladoras de TDI, 16 mujeres con TEPT y 16 controles sanas. En total analizaron 92 sesiones de fMRI durante una tarea n-back, con carga paramétrica en dos condiciones dentro del TDI, con estado de identidad neutral no activado por contenidos traumáticos y estado de identidad relacionado con trauma, asociado a activación de material traumático. Se midieron tiempos de reacción, omisiones y activación de la red frontoparietal.

Los resultados de Vissia et al. (2022) muestran que, en el efecto principal de MT, la red frontoparietal de control ejecutivo/memoria de trabajo, incluye corteza prefrontal dorsolateral y parietal posterior (PPN), se activó en todos los grupos, pero con firmas específicas por estado y grupo, donde el estado de identidad neutral con TDI genuino mostró activación PPN esperable.

Las autoras concluyen que la MT en TDI es estado-dependiente, la *ventana de la conciencia* más estrecha, con propensión a re-experimentación y desbordamiento afectivo, se asocia a déficit de MT y a hipo-reclutamiento frontoparietal. Este patrón apoya el modelo traumático y contradice la hipótesis de la simulación sociocognitiva, las simuladoras no lograron imitar ni el perfil conductual ni las huellas neurales del TDI genuino (Brand et al., 2022; Hildebrandt et al., 2021).

Kondas et al. (2024) aporta evidencia relevante sobre los correlatos neurobiológicos de la disociación en mujeres expuestas a trauma, centrándose especialmente en alteraciones de la sustancia blanca cerebral. Desde una perspectiva neurocientífica, la investigación parte del

supuesto de que la disociación no es únicamente un fenómeno psicológico subjetivo, sino que puede reflejar variaciones estructurales en la conectividad cerebral.

Mediante técnicas de neuroimagen estructural, particularmente análisis de difusión en TID, las autoras y autores examinaron la integridad de tractos de sustancia blanca en mujeres con antecedentes de trauma interpersonal. Los resultados muestran que mayores niveles de sintomatología disociativa se asociaron con cambios significativos en la conectividad de redes fronto límbicas, especialmente en tractos implicados en la integración emocional, regulación afectiva y memoria autobiográfica (Chalavi et al., 2020; Lebois et al., 2022; Nicholson et al., 2020).

El estudio sugiere que la disociación podría entenderse como el resultado ocupa de una reorganización neuro adaptativa frente al trauma crónico. En contextos de amenaza persistente durante etapas críticas del desarrollo, el cerebro podría modular la conectividad para reducir la sobrecarga emocional; sin embargo, esta adaptación tendrá costos funcionales, como dificultades en memoria episódica, atención y regulación ejecutiva (Kondas et al., 2024).

Desde el punto de vista clínico se fortalece la hipótesis de que la disociación tiene bases neurobiológicas observables y no debe interpretarse exclusivamente como un fenómeno simbólico o psicodinámico. Además, los resultados indican que la severidad disociativa no es homogénea, sino que se relacionan con grados específicos de alteración en la conectividad cerebral (Kondas et al., 2024).

La aceptación del análisis correlacional entre trastornos psiquiátricos y neuropsicología pasó de interpretaciones morales (niños desobedientes o viciosos), a modelos médicos de daño cerebral, hasta integrarse en la neuropsicología como ciencia aplicada. Hoy se entiende que

muchos trastornos psiquiátricos como el TDAH, la esquizofrenia o los trastornos disociativos, implican alteraciones en procesos cognitivos específicos y en redes cerebrales medibles.

Según Cazabat (2005), los orígenes del estudio del TDI se remontan a las primeras indagaciones clínicas sobre la histeria. Hacia el cambio del siglo XIX al XX, diversos clínicos advirtieron que las experiencias traumáticas, en especial las de carácter sexual, podían producir disrupciones de la conciencia y la memoria. En ese contexto surgieron las primeras descripciones de los estados disociativos y de las llamadas *personalidades alternantes*, inaugurando una tradición clínica que vinculó explícitamente el trauma con la psicopatología disociativa (Dorahy et al., 2022).

Diversos autores contemporáneos señalan que los primeros desarrollos teóricos sobre la disociación pueden rastrearse en los trabajos de Pierre Janet, quien describió la histeria disociativa y los fenómenos de personalidades alternantes vinculándolos con experiencias traumáticas tempranas que exceden la capacidad de integración del sistema psíquico. Asimismo, los aportes de Sigmund Freud y Josef Breuer en el estudio de la histeria plantearon que experiencias traumáticas reprimidas, frecuentemente de naturaleza sexual, podían dar lugar a síntomas disociativos (Dorahy, et al., 2022; Brand et al., 2022).

Con la expansión de la neuropsicología clínica, se aplicaron pruebas estandarizadas para medir memoria y atención en pacientes con TDI. Estudios pioneros mostraron que los pacientes presentaban déficits en memoria de trabajo, atención sostenida y funciones ejecutivas, que fluctuaban entre los distintos estados de identidad; se comenzó a emplear la *Weshler Memory Scale* y pruebas de atención selectiva para documentar diferencias entre identidades disociativas (D'Andrea & Pole, 2023).

Posteriormente investigaciones con fMRI y PET revelaron alteraciones en hipocampo, amígdala y corteza prefrontal medial, áreas clave para memoria y regulación atencional. Se reportaron déficits en fluidez verbal, memoria episódica, atención dividida y control inhibitorio, vinculados al trauma temprano; mostraron que diferentes estados de identidad presentaban patrones de activación cerebral diferenciados al recuperar recuerdos traumáticos (Reinders et al. 2016).

La neuropsicología del TDI se consolida como campo que explora cómo el abuso sexual infantil y el trauma complejo alteran la arquitectura de las funciones ejecutivas. Evaluaciones recientes combinan pruebas clásicas como la Prueba de Colores y Palabras Stroop, la Prueba de Trazado de Senderos, Trail Making Test (TMT), la Prueba de Ejecución Continua, Continuos Performance Test (CPT), Batería Neuropsicológica Breve en español (NEUROPSI: Atención y memoria); con neuroimagen funcional para mapear los déficits (Şar, 2023; Brand et al., 2022).

Se reconoce que las dificultades en atención sostenida, memoria autobiográfica y control ejecutivo no solo son síntomas, sino también mecanismos adaptativos que mantienen la fragmentación disociativa (Onno van der Hart et. al., 2022).

En este contexto, la presente investigación busca realizar una caracterización del perfil neuropsicológico de mujeres con antecedentes de ASI y sintomatología compatible con TDI, con el propósito de generar información integral sobre su funcionamiento cognitivo y psicosocial que contribuye al diseño de futuras estrategias de evaluación e intervención.

1.4 Procesamiento Socioemocional en Mujeres con Antecedentes de Abuso Sexual Infantil y de Trastorno Disociativo de Identidad

El procesamiento socioemocional se refiere a la capacidad de percibir, interpretar y responder a señales sociales con carga emocional, como expresiones faciales, tono de voz

mirada, postura corporal y contexto interpersonal. En trauma complejo, ASI y TDI, este procesamiento puede alterarse por hipervigilancia, sesgos hacia amenaza, dificultades de integración emocional y fallas en memoria/atención ante estímulos afectivos. El reconocimiento de rostros constituye una de las funciones neurocognitivas más especializadas del cerebro humano, ya que integra mecanismos perceptuales, afectivos y sociales fundamentales para el desarrollo de la inteligencia social.

Frewen y Lanius (2020), analizaron cómo distintos tipos de maltrato infantil se asocian con sesgos atencionales en el procesamiento facial emocional. El abuso emocional se vinculó con detección más rápida de rostros asociados negativamente, mientras la negligencia emocional se relacionó con peor reconocimiento de estímulos familiares.

En mujeres con antecedentes de ASI, especialmente aquellas que desarrollan trastornos relacionados con trauma complejo como el TDI, esta función puede verse significativamente alterada. La evidencia neurocientífica reciente sugiere que dichas alteraciones no se limitan a déficits perceptuales estructurales, sino que implican modificaciones en redes cerebrales distribuidas responsables de la regulación emocional, la integración interoceptiva y la atribución de significado social (Preckel et al., 2021; Schmahl et al., 2023; Esposito et al., 2025).

Según Lanius y Frewen (2020), el trauma temprano altera la conectividad funcional entre sistemas límbicos y prefrontales, generando patrones de hiperactivación amigdalár ante señales ambiguas de amenaza o, los estados disociativos, hipoactivación afectiva que compromete la respuesta emocional a estímulos sociales. En mujeres con trauma complejo, estas oscilaciones pueden producirse en una percepción facial distorsionada, caracterizada por hipervigilancia, sesgo negativo o desconexión emocional.

Desde la perspectiva neurobiológica, el reconocimiento facial depende de la interacción entre el giro fusiforme (especialmente el área fusiforme facial, AFF), la amígdala, la ínsula, la corteza prefrontal medial (CPFm) y la red de saliencia. Estas estructuras permiten no solo identificar la configuración estructural del rostro, sino también interpretar su valencia emocional e integrarla con la experiencia autobiográfica (Lanius & Frewen, 2020).

Davachi (2021), menciona que el reconocimiento emocional no es un proceso pasivo, sino una construcción predictiva basada en experiencias previas. En mujeres con ASI, las experiencias tempranas de amenaza interpersonal moldean modelos predictivos que privilegian la detección de peligro. Como resultado, los rostros neutros pueden interpretarse como hostiles o ambiguamente amenazantes, fenómeno documentado en estudios de neuroimagen que muestran hiperrespuesta amigdalар y alteraciones en la conectividad de la red de saliencia.

Esta configuración funcional afecta la precisión de tareas de reconocimiento emocional y puede influir en el desempeño en pruebas neuropsicológicas que evalúan codificación y memoria de rostros (Davachi, 2021).

Lanius et al. (2023), ha demostrado que el abuso sexual infantil se asocia con modificaciones duraderas en la representación cortical del cuerpo y en la integración somatosensorial. Aunque su investigación se centra en mapas corticales genitales, sus hallazgos respaldan la hipótesis de que el trauma temprano reorganiza sistemas multisensoriales e interoceptivos. La ínsula, estructura clave en la conciencia corporal y la integración emocional, participa también en la evaluación de señales faciales.

En mujeres con TDI, la fragmentación de la experiencia corporal puede interferir con la integración vícerosensorial necesaria para una adecuada lectura de expresiones emocionales, generando dificultades en la atribución de estados afectivos a otros (Lanius et al., 2023).

Krause-Utz (2022), con estudios de neuroimagen funcional en poblaciones con disociación aportan evidencia adicional. Observaron que estados disociativos se asocian con disminución de la activación amigdalar y el giro fusiforme durante tareas de procesamiento de rostros emocionales.

Esta hipoactivación sugiere que la disociación actúa como un mecanismo modulador que reduce la intensidad de la experiencia emocional, pero a costa de comprometer la precisión perceptual. En el contexto del TDI, donde coexisten múltiples estados del yo con variaciones en reactividad emocional, es plausible esperar fluctuaciones intraindividuales en el rendimiento en tareas de reconocimiento facial (Krause-Utz, 2022).

Mier D. et al. (2022), confirman que mujeres con trauma interpersonal presentan sesgos consistentes hacia la detección de expresiones de ira y una mejor precisión en la identificación de emociones positivas. Estas alteraciones no siempre reflejan un déficit estructural en la percepción facial, sino un sesgo interpretativo mediado por circuitos límbicos prefrontales. La conectividad alterada entre amígdala y corteza prefrontal medial dificulta la modulación cognitiva de respuestas automáticas, favoreciendo interpretaciones defensivas o distorsionadas de señales sociales.

En mujeres con TDI como secuelas de ASI, estos hallazgos adquieren especial relevancia neuropsicológica. La fragmentación identitaria característica del trastorno puede implicar distintos patrones de activación cerebral según el estado del yo dominante. Algunos estados pueden presentar hipervigilancia y sesgo hacia amenaza, mientras otros pueden manifestar embotamiento afectivo o desconexión perceptual (Mier D. et al. 2022).

Desde la evaluación neuropsicológica, ello podría expresarse como variabilidad en subpruebas de reconocimiento facial, dificultades en la codificación de rostros o bajo rendimiento en tareas de memoria visual con contenido socioemocional (Mier et al. 2022).

Las alteraciones observadas en tareas neuropsicológicas relacionadas con rostros no deben interpretarse únicamente como fallas mnésicas o atencionales aisladas. Más bien, constituyen manifestaciones funcionales de una reorganización neurobiológica secundaria al trauma temprano y modulada por procesos disociativos. La disrupción en la conectividad entre redes de percepción social y regulación emocional puede afectar la codificación, almacenamiento y recuperación de información facial, especialmente cuando esta conlleva carga afectiva.

II Método

La presente investigación corresponde a un estudio de casos múltiples, orientado a identificar y caracterizar el funcionamiento neuropsicológico de mujeres adultas con antecedentes de ASI y sintomatología compatible con TDI.

Ante la necesidad de ampliar el conocimiento de estas variables, desde una perspectiva neuropsicológica y trauma informada, las posibles alteraciones cognitivas asociadas a experiencia traumáticas tempranas y fenómenos disociativos complejos. La literatura especializada ha señalado que el trauma interpersonal crónico durante etapas tempranas del desarrollo puede relacionarse con alteraciones persistentes en procesos como atención, memoria, regulación emocional, integración sensorial y funciones ejecutivas, por lo que resulta pertinente emplear procedimientos de evaluación clínica y neuropsicológica estandarizados que permitan una caracterización integral del funcionamiento cognitivo.

A partir de lo anterior, la investigación se orientó a responder la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la caracterización neuropsicológica que presentan las mujeres adultas con antecedentes de Abuso Sexual Infantil y sintomatología compatible con Trastorno Disociativo de la Identidad?

2.1 Justificación

En México, la violencia contra las mujeres constituye un problema de salud pública de magnitud crítica y sostenida. De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre ENDIREH, 2021, el 70.1% de las mujeres de 15 años y más ha experimentado al menos un incidente de violencia a lo largo de su vida, tanto psicológica, económica, física, sexual o patrimonial, lo que muestra la normalización estructural de la violencia de género en el país (INEGI, 2022).

Informes recientes señalan que aproximadamente 7 de cada 10 mujeres han sufrido algún tipo de violencia y que alrededor de 10 mujeres son asesinadas cada día, con 968 feminicidios registrados en 2022, lo que representa un incremento de 127% respecto de 2015 (Vision of Humanity, 2022).

Dentro de este panorama, la violencia sexual ocupa un lugar especialmente alarmante. Análisis derivados de la ENDIREH indican que cerca de la mitad de las mujeres mayores de 15 años ha sufrido algún tipo de violencia sexual a lo largo de su vida y más de una quinta parte la ha experimentado en los 12 meses previos a la encuesta (Vision of Humanity, 2022).

A ello se suma que en 2025 se han registrado más de 61 700 delitos sexuales en el país, en un contexto en el que se reconoce que la mayoría de los casos no se denuncia debido al estigma, el miedo y la desconfianza institucional; esta combinación de alta incidencia y baja

denuncia coloca las personas que han experimentado abuso sexual en una situación de reutilización y silencio, con profundas secuelas psicológicas y neurobiológicas (INEGI, 2022; UNICEF, 2020).

Particularmente preocupante es la violencia sexual en niñas y adolescentes. Estudios epidemiológicos muestran que la prevalencia de abuso sexual infantil entre adolescentes mexicanos ronda el 18.7%, siendo más frecuentes en mujeres, y con una proporción muy baja de casos que llegan a instancias legales (Rueda, et al. 2021).

Datos recientes señalan que México tiene una de las tasas más altas de abuso sexual infantil entre los países de la OCDE, con al menos 22 410 niñas, niños y adolescentes afectados por ASI registrados solo en 2021, y con una enorme brecha entre el número de hechos y el número de condenas, se estima que, de 1 000 casos, apenas 10 llegan a juicio y solo 1 obtiene sentencia condenatoria (El País, 2025). Estas cifras evidencian, no solo la magnitud del fenómeno, sino la persistencia de la impunidad y la invisibilización de sus consecuencias a largo plazo (Rueda, et al., 2021).

Diversos estudios epidemiológicos y clínicos han confirmado que el abuso sexual infantil, se asocia a mayores niveles de disociación a lo largo del ciclo vital. En una muestra de mujeres adultas con historial de maltrato, la severidad del abuso se relacionó directamente con el incremento en síntomas disociativos, mientras datos epidemiológicos internacionales muestran que la disociación clínicamente significativa es relativamente frecuente en poblaciones expuestas al trauma (Herzog & Schmahl, 2023).

El TDI está situado no como fenómeno aislado, sino como la manifestación más compleja de un continuum traumático disociativo, en el cual el abuso sexual infantil y otras formas de adversidad temprana actúan como factores centrales de riesgo.

A pesar de esta evidencia, en México existe un vacío considerable de estudios empíricos que caractericen, con herramientas neuropsicológicas estandarizadas, los perfiles cognitivos y emocionales de mujeres con TDI como secuela de ASI.

La mayoría de los abordajes se centran en la dimensión psiquiátrica o psicoterapéutica, pero hay escasa información sistemática sobre el impacto del trauma complejo y la disociación en funciones como la memoria episódica y autobiográfica, la atención, las funciones ejecutivas, la regulación emocional y la integración de la identidad en población mexicana adulta.

Este vacío limita la precisión diagnóstica, la planificación de intervenciones rehabilitadoras, la valoración del daño psíquico en contextos periciales y el diseño de políticas públicas de atención especializada a sobrevivientes de violencia sexual.

Esto dota a las sobrevivientes de herramientas científicas en el ámbito forense y legal para que sus testimonios no sean desestimados bajo el argumento de que "tienen lagunas de memoria" o "fantasías", validando que su amnesia y fragmentación son secuelas neurobiológicas reales del abuso. Este vacío en la literatura y en la práctica clínica limita severamente la precisión diagnóstica, la planificación de intervenciones rehabilitadoras eficaces, el diseño de políticas públicas de atención especializada a sobrevivientes de violencia sexual y, de manera crucial, la valoración objetiva del daño psíquico en contextos periciales. Es precisamente en respuesta a esta necesidad social, clínica y jurídica que la presente investigación justifica su relevancia

2.3 Aportes de la Investigación

2.3.1 Aporte Social. Contribuye a visibilizar las posibles repercusiones neuropsicológicas asociadas a experiencias de abuso sexual infantil en mujeres con

sinomatología compatible con TDI. Los hallazgos permiten ampliar la comprensión de que las secuelas del trauma temprano pueden involucrar no sólo manifestaciones emocionales y psicológicas, sino también alteraciones en procesos cognitivos como la atención, la memoria y las funciones ejecutivas, con potencial impacto en la vida cotidiana y las relaciones interpersonales. Favorece la sensibilización sobre la complejidad del trauma infantil y sus efectos a largo plazo, promoviendo una perspectiva basada en derechos humanos, enfoque de género y atención informada en trauma. De igual manera, aporta elementos para cuestionar estigmas creencias que suelen minimizar las experiencias de las sobrevivientes o atribuir sus dificultades exclusivamente a factores individuales, sin considerar el contexto de violencia vivido.

2.3.2 Aporte Laboral. Los resultados obtenidos permiten reconocer la diversidad de manifestaciones neuropsicológicas que pueden presentarse en mujeres con antecedentes de ASI y sinomatología disociativa. Esta información puede ser de utilidad para el diseño de estrategias de apoyo, acompañamiento y psicoeducación en contextos académicos, laborales y de atención especializada, favoreciendo entornos más sensibles a las necesidades cognitivas y emocionales de esta población. La caracterización de áreas de desempeño preservadas y áreas de posible vulnerabilidad puede orientar la implementación de apoyos específicos que contribuyan al desarrollo académico, ocupacional y social de las personas afectadas.

2.3.3 Aporte Profesional. La investigación aporta evidencia clínica y neuropsicológica sobre una población escasamente estudiada en el contexto nacional, ofreciendo elementos que pueden apoyar los procesos de evaluación, interpretación diagnóstica e intervención en el ámbito de la neuropsicología clínica. Proporciona información sobre patrones de desempeño en atención, memoria y funciones ejecutivas, integrando dichos hallazgos con antecedentes

traumáticos y sintomatología disociativa. Esto favorece una comprensión más amplia del funcionamiento neuropsicológico de las participantes y contribuye al fortalecimiento del razonamiento clínico desde una perspectiva contextualizada y sensible al trauma. Este trabajo consolida una neuropsicología crítica y contextualizada, capaz de devolverle la voz al cuerpo y a la cognición de las sobrevivientes dentro del marco clínico contemporáneo.

Asimismo, los resultados pueden servir como antecedentes para futuras investigaciones orientadas al estudio de la relación entre trauma temprano, procesos disociativos, funcionamiento cognitivo y procesamiento socioemocional.

2.3.4 Instituciones Beneficiadas. Los resultados de la investigación aportan información a centros de atención psicológica, psiquiátrica como clínicas, DIF, hospitales generales y especializados. En Fiscalías especializadas en delitos sexuales y violencia de género. Juzgados de materia penal y familiar. Así como las unidades y servicios especializados de atención, refugios, albergues y organizaciones de la sociedad civil que trabajan con mujeres sobrevivientes de violencia sexual, violencia familiar o trata de personas. Los hallazgos pueden utilizarse en intervenciones terapéuticas integrales, así como un sustento técnico en peritajes psicológicos y neuropsicológicos.

2.4 Objetivo General

Caracterizar el funcionamiento neuropsicológico de mujeres adultas con antecedentes de Abuso Sexual Infantil (ASI) y sintomatología compatible con Trastorno Disociativo de la Identidad (TDI), mediante la evaluación de procesos de atención, memoria y funciones ejecutivas.

2.4.1 Objetivos Específicos

- a) Describir las características clínicas, antecedentes, traumáticos y sintomatología disociativa presentes en mujeres adultas con antecedentes de ASI, mediante entrevista e historia clínica.
- b) Explorar indicadores de regulación emocional, sintomatología afectiva y experiencias disociativas a través de instrumentos clínicos especializados.
- c) Evaluar el desempeño en funciones neuropsicológicas, memoria, atención y funciones ejecutivas, mediante batería neuropsicológica estandarizada pertinente para población adulta.
- d) Analizar la relación entre la historia de trauma complejo, la sintomatología disociativa y el desempeño neuropsicológico, con el propósito de realizar una caracterización integral.

2.5 Tipo y Diseño de Investigación

Se desarrolló bajo un estudio de casos múltiples con diseño no experimental, de alcance descriptivo y corte transversal. Orientado al análisis profundo, detallado e integral del funcionamiento neuropsicológico de mujeres adultas con antecedentes de ASI y sintomatología compatible con TDI.

Este diseño permitió explorar las características cognitivas, emocionales y clínicas presentes en las participantes dentro de su contexto particular, integrando información derivada de instrumentos clínicos y neuropsicológicos estandarizados.

2.5.1 Muestra

Tipo no probabilística y por conveniencia, conformada por mujeres adultas con antecedentes de ASI y sintomatología compatible con TDI. La selección de las participantes se

realizó mediante criterios clínicos específicos previamente establecidos, considerando la presencia de antecedentes traumáticos relevantes, indicadores disociativos y disposición para participar en el proceso de evaluación neuropsicológica.

Este tipo de muestreo resultó pertinente debido a las características particulares de la población de estudio, considerada de difícil acceso por la complejidad clínica, la sensibilidad del fenómeno investigado y las limitaciones relacionadas con identificación, captación y disponibilidad de participantes que cumplen los criterios establecidos.

2.5.2 Tipo de Estudio

La presente investigación corresponde a un estudio de casos múltiples con enfoque mixto cuantitativo-cualitativo, descriptivo y exploratorio. Se optó por esta modalidad debido a la complejidad clínica asociada a los antecedentes de ASI, la sintomatología disociativa compatible con TDI y las posibles alteraciones neuropsicológicas vinculadas a trauma complejo (Dorahy et al., 2022; Frewen & Lanius, 2020).

Para ellos, se utilizaron instrumentos clínicos y neuropsicológicos validados, integrando indicadores cuantitativos y análisis clínico cualitativo de los resultados obtenidos. Este abordaje permitió examinar de manera más precisa los patrones de desempeño neuropsicológico presentes en las participantes, considerando tanto la sintomatología disociativa como los antecedentes traumáticos asociados al ASI.

Este tipo de diseño resulta pertinente en poblaciones con características clínicas altamente específicas y de difícil acceso, donde el análisis individualizado favorece una comprensión más amplia de los fenómenos cognitivos y emocionales presentes (Dorahy et al., 2022; Frewen & Lanius, 2020).

2.5.3 Muestra y Participantes

La muestra estuvo conformada por seis mujeres adultas con antecedentes de abuso sexual infantil y presencia de sintomatología compatible con TDI, quienes participaron de manera voluntaria previa firma del consentimiento informado.

La selección de las participantes se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, considerando la disponibilidad, accesibilidad y pertinencia clínica de los casos, criterio frecuentemente utilizado en investigaciones de carácter clínico y neuropsicológico con poblaciones altamente específicas (Stratton, 2021; Hernández Sampieri & Mendoza, 2020).

Asimismo, se constató que las participantes se encontraran en un periodo de estabilidad clínica basal y compensación terapéutica, avalando las condiciones cognitivas y emocionales necesarias para la aplicación de los instrumentos clínicos y neuropsicológicos contemplados en el estudio, minimizando el riesgo de descompensación garantizando con ello la viabilidad del proceso de evaluación y la adecuada comprensión de las actividades realizadas durante las sesiones.

2.5.4 Criterios de Inclusión

1. Mujeres adultas de 18 a 50 años.
2. Antecedentes confirmados de ASI.
3. Diagnóstico clínico o sintomatología compatible TDI según criterios DSM-5-TR.
4. Estabilidad emocional suficiente para participar en una evaluación neuropsicológica.
5. Capacidad de comprender el consentimiento informado y participación voluntaria.
6. Disponibilidad para completar todas las pruebas clínicas y neuropsicológicas contempladas.

2.5.5 Criterios de Exclusión

1. Presencia de trastornos neurológicos diagnosticado como traumatismo craneoencefálico moderado o grave, epilepsia, demencia, tumores, infección del SNC.
2. Consumo actual de sustancias psicoactivas que interfiera con el desempeño cognitivo.
3. Episodios psicóticos activos, ideación suicida activa, agitación severa.
4. Dificultades sensoriales no corregidas, auditivas o visuales.
5. Incapacidad para comprender instrucciones básicas en español.

Técnicas. Para la obtención de la información se emplearon diversas técnicas de evaluación clínica neuropsicológica orientadas a la caracterización integral de las participantes.

En primer lugar, se utilizaron técnicas de evaluación psicométrica mediante aplicación de instrumentos clínicos validados y estandarizados para la medición de sintomatología depresiva, ansiosa y disociativa. Estas técnicas permitieron obtener indicadores cuantitativos comparables con criterios clínicos establecidos, aportando información relevante sobre el estado emocional y sintomatología psicológica de las participantes.

Asimismo, se empleó la evaluación neuropsicológica mediante la aplicación de la batería NEUROPSI Atención y Memoria (Ostrosky, et al., 2019) con el propósito de valorar procesos cognitivos relacionados con la atención, la memoria y las funciones ejecutivas, permitiendo identificar fortalezas y posibles áreas de afectación en el funcionamiento cognitivo.

De forma complementaria, se utilizó la revisión de historia clínica y antecedentes personales, con la finalidad de recopilar información relacionada con el desarrollo de las

participantes, antecedentes traumáticos, experiencias de abuso sexual infantil y otros datos clínicos relevantes para la comprensión de cada caso.

Durante el proceso de evaluación también se empleó la observación clínica, registrando conductas, respuestas emocionales, actitudes, nivel de colaboración y manifestaciones relevantes observadas durante o a las sesiones. Esta información cualitativa contribuyó a contextualizar e interpretar los resultados obtenidos en los instrumentos clínicos y neuropsicológicos.

Finalmente, se utilizó una técnica de integración y análisis de casos múltiples, mediante la cual se triangularon de manera sistemática los resultados psicométricos, neuropsicológicos, observacionales y clínicos de cada participante. Este procedimiento permitió construir una caracterización neuropsicológica integral de cada caso e identificar patrones de funcionamiento comunes y diferenciales entre las participantes.

Aunque la presente investigación no incluyó instrumentos específicos para la evaluación de la cognición social o el procesamiento socioemocional, se consideraron indicadores indirectos derivados de la evaluación neuropsicológica, particularmente el desempeño en tareas de codificación, evocación y reconocimiento de rostros, así como procesos atencionales, mnésicos y ejecutivos implicados en la percepción e interpretación de estímulos socialmente relevantes. Estos indicadores fueron analizados de manera exploratoria debido a su potencial relación con el procesamiento de información interpersonal y emocional descrito en la literatura sobre trauma complejo y sintomatología disociativa (Cruz et al., 2022; Fung et al., 2023).

2.5.6 Instrumentos de evaluación

1. **Inventario de Depresión de Beck (BDI-II):** Cuestionario de autoinforme de 21 ítems que evalúa la intensidad de los síntomas depresivos. Se utilizó para cuantificar la sintomatología depresiva actual en las participantes, dado que la depresión es una comorbilidad frecuente en sobrevivientes de abuso sexual y en trastornos disociativos, y puede incluir en el rendimiento neuropsicológico (Rosas-Santiago et al., 2020).
2. **Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A/HARS):** Entrevista clínica heteroaplicada de 14 ítems que evalúa la severidad de los síntomas de ansiedad psíquica y somática. Se utiliza para valorar la gravedad de la ansiedad en las participantes, considerando que la ansiedad es un componente central del trauma complejo y puede interferir con la atención, la memoria y el desempeño general en pruebas neuropsicológicas (Lobo, A., et al., 2002).
3. **Escala de Experiencias Disociativas- II (DES-II):** Escala de 28 ítems en formato de autoinforme diseñada para evaluar la frecuencia de experiencias disociativas (desrealización, despersonalización, lagunas de memoria, alteraciones de identidad). Ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas en diferentes contextos culturales, con análisis recientes que confirman su utilidad y estructura factorial en población hispanohablante (González-Rivera & Rosario Hernández, 2023).
4. **NEUROPSI Atención y Memoria:** Batería neuropsicológica desarrollada en México para evaluar de manera integral procesos de atención, memoria y funciones ejecutivas en personas de habla hispana. Su aplicación permitió identificar fortalezas y posibles áreas de afectación en el funcionamiento cognitivo de las participantes, contribuyendo a la caracterización neuropsicológica de mujeres con antecedentes de

abuso sexual infantil y sintomatología compatible con TDI (Ostrosky, et al., 2019). Adicionalmente, se consideraron de manera exploratoria indicadores relacionados con tareas de codificación, evocación y reconocimiento de rostros, debido a su posible vinculación con procesos de percepción e interpretación de información social y emocional descritos en la literatura sobre trauma complejo y disociación (Lebois et al., 2020).

2.5.7 Descripción del Procedimiento

Las evaluaciones neuropsicológicas se llevaron a cabo con una psicóloga con experiencia clínica especializada la atención a mujeres en situación de violencia, garantizando condiciones de privacidad, confidencialidad, contención emocional y acompañamiento psicológico durante todo el proceso. Se plantearon horarios de acuerdo con la disponibilidad de cada participante y priorizando su bienestar. Al inicio y al término de cada sesión, se brindó acompañamiento emocional y orientación pertinente, así como información para continuidad terapéutica en caso necesario.

El procedimiento de evaluación se desarrolló en cuatro etapas principales. En primer lugar, se realizó un encuadre inicial con cada participante, estableciendo un rapport extendido para favorecer un ambiente de seguridad emocional, dada la condición clínica y el antecedente de abuso sexual infantil. Durante esta fase se explicó detalladamente la naturaleza del estudio, los objetivos, las posibles molestias y los beneficios. Cada participante leyó y firmó el Consentimiento Informado, garantizando su participación voluntaria y el resguardo de su confidencialidad.

En la segunda etapa se llevó a cabo la recopilación del historial clínico y antecedentes relevantes del trauma, mediante entrevista semiestructurada. Esta información permitió

contextualizar los datos clínicos y neuropsicológicos, así como asegurar que las participantes cumplieran cabalmente con los criterios de inclusión establecidos para el estudio.

En la tercera etapa se procedió a la aplicación de los instrumentos clínicos estandarizados para la evaluación de la sintomatología afectiva y disociativa: el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A) y la Escala de Experiencias Disociativas-II (DES-II). Estas pruebas se administraron resguardando la estabilidad emocional de las participantes y permitiendo pausas selectivas para evitar la fatiga o la reactivación del trauma.

Finalmente, en la cuarta etapa se administró el NEUROPSI Atención y Memoria, siguiendo el protocolo estandarizado para la evaluación de las funciones de memoria, atención y funciones ejecutivas. La aplicación completa del protocolo se realizó en dos días, o de ser necesario en tres sesiones para evitar fatiga o desregulación emocional.

Posteriormente, los resultados clínicos, neuropsicológicos, observacionales y de historia clínica fueron integrados para la elaboración de una caracterización neuropsicológica individual de cada caso y para el análisis comparativo entre las participantes.

Al concluir la evaluación neuropsicológica, se realizó una devolución individual de los resultados de manera comprensible y sensible a las necesidades de cada participante. Se proporcionaron estrategias básicas de afrontamiento y regulación emocional orientadas a fortalecer los recursos personales identificados durante el proceso de evaluación, con el propósito de favorecer la contención emocional y minimizar posibles sintomatologías asociadas a la exploración de experiencias traumáticas.

Dado el perfil clínico de la muestra y el apego a los principios éticos de beneficencia y no maleficencia, se ofreció acompañamiento psicológico posterior a la evaluación. A la fecha de elaboración de este trabajo, las participantes continúan recibiendo atención clínica y seguimiento terapéutico por parte de la investigadora, según sus necesidades y de manera voluntaria.

2.5.8 Aspectos Éticos de la Investigación

La presente investigación se desarrolló conforme a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki para estudios con seres humanos (Asociación Médica Mundial, 2013), garantizando el respeto por la dignidad, los derechos, la integridad y el bienestar de las participantes. Asimismo, se atendieron las disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 2014).

Conforme al Artículo 17, Fracción II, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, el presente estudio se considera una investigación con riesgo mínimo, al emplear procedimientos psicológicos y neuropsicológicos rutinarios sin intervención física sobre las participantes, no implicó procedimientos invasivos, intervenciones farmacológicas, modificaciones intencionadas de variables biológicas o tratamientos experimentales (Secretaría de Salud, 2014).

Para minimizar dichos riesgos, se implementaron medidas de contención emocional durante y después de las evaluaciones, se respetó en todo momento la decisión de las participantes de

Antes de iniciar el proceso de evaluación, cada mujer recibió información clara, completa y comprensible acerca de los objetivos del estudio, los procedimientos, los posibles

riesgos y beneficios, la confidencialidad de los datos y la libertad para retirarse en cualquier momento sin consecuencias. Posteriormente, cada participante firmó el Consentimiento Informado, asegurando su participación voluntaria y consiente.

Se resguardó estrictamente la confidencialidad, asignando códigos alfanuméricos en lugar de nombres, almacenando la información en medios seguros y garantizando el anonimato en la presentación de resultados. Dada la sensibilidad clínica del tema, se implementaron medidas de acompañamiento emocional, permitiendo pausas, contención y remisión a servicios especializados si alguna participante manifiesta malestar significativo durante la evaluación.

Respecto al uso de herramientas tecnológicas, se empleó inteligencia artificial generativa, únicamente para mejorar la claridad, estructura y redacción del documento, sin aportar datos empíricos, ni sustituir el juicio profesional o el análisis investigativo de la autora. Asimismo, se utilizaron herramientas de corrección lingüística (Google Traductor, Grammarly) para asegurar precisión terminológica y coherencia textual, y el gestor bibliográfico Zotero para organizar las referencias y garantizar la correcta elaboración de citas y referencias en formato APA 7ª Edición.

El uso de estas herramientas se realizó con criterios de transparencia y responsabilidad académica, sin comprometer la integridad metodológica, ética o científica del estudio.

El formato de consentimiento informado utilizado en la investigación se presenta en el apéndice A.

III Descripción de Casos

Una vez seleccionadas las participantes, se llevaron a cabo las evaluaciones clínicas y neuropsicológicas descritas previamente, con el propósito de obtener información sobre su funcionamiento cognitivo y características clínicas. Por ello, se integraron los resultados de los

instrumentos aplicados para la evaluación de sintomatología depresiva, ansiosa y disociativa, así como el desempeño en procesos de atención, memoria y funciones ejecutivas.

De manera complementaria, mediante la entrevista clínica semiestructurada se recopiló información relacionada con antecedentes de ASI, historia de vida, experiencias traumáticas relevantes y aspectos del funcionamiento familiar, social, académico y laboral de las participantes. La integración de esta información permitió contextualizar los hallazgos clínicos y neuropsicológicos de cada caso.

A continuación, se presenta la descripción individual de las participantes incluidas en el estudio.

3.1 CASO 1

Mujer de 19 años, soltera originaria del estado de Morelos. Escolaridad preparatoria. Mayor de tres hermanas. Solo vive con hermanas, madre y abuela materna. Dependiente en una cocina económica llevando comida a diferentes clientes del establecimiento.

El Historial de Abuso Sexual

El abuso sexual inicia con contactos físicos aparentemente inocentes, que incluían cosquillas, abrazos y cariño especial, tocamientos, masturbación del agresor, conversaciones sexualizadas, la participante tenía 9 años de edad y termina cuando cumple 12 años, en algún momento temía estar embarazada.

Caracterización del Contexto Victimológico y de las Estrategias del Abuso. La participante refirió haber experimentado ASI perpetrado por la pareja de su madre. De acuerdo con su relato, el agresor implementó diversas estrategias de control., manipulación y sometimiento orientadas a facilitar y mantener la victimización a lo largo del tiempo.

Entre las conductas descritas se identificaron mecanismos de coerción psicológica, intimidación, amenazas y control interpersonal. El agresor mantenía una imagen de confianza dentro del entorno familiar, favoreciendo su acceso a la niña y disminuyendo la probabilidad de detección. Asimismo, promovía situaciones de aislamiento físico y social, limitando el contacto con amistades y otros miembros de la familia, incluyendo conductas de supervisión y control de dispositivos de comunicación personal.

La participante reportó la presencia de conductas de voyerismo, exposición a contenidos sexuales inapropiados para su edad, coerción para el envío de imágenes de contenido sexual y episodios recurrentes de violencia sexual. De manera adicional, describió dinámicas de culpabilización y responsabilización de la menor, mediante las cuales el agresor atribuía a la menor la causa de las situaciones de violencia ejercidas.

Situación Legal Actual

Ha decidido denunciar el abuso y ya comenzó el proceso legal de detección del agresor.

Dinámica Familiar

El padre está ausente desde que ella nació, la madre vive con su abuela materna desde siempre y se ha hecho cargo de los gastos del hogar y educación de sus hijas sin apoyo. La madre cuenta con educación preparatoria y labora en una pollería desde hace 6 años, anteriormente en un parque. La participante labora en la cocina económica desde hace un año, terminó la preparatoria y no sabe si desea seguir sus estudios. Acude a clases de danza por las tardes. La abuela no tiene escolaridad, sabe leer y escribir.

Antecedentes Heredo – Familiares

No existen antecedentes de padecimientos mentales. La abuela materna tiene diabetes e hipertensión. Los antecedentes paternos se desconocen. No existen antecedentes del uso o abuso de alcohol o estupefacientes.

Antecedentes Personales Patológicos

No hay antecedentes del consumo o abuso de alcohol o de drogas. Ha tenido varias crisis de ansiedad en trayectos entre su trabajo y su casa. Depresión que le impide realizar otras actividades además de trabajar, a veces le permite ir a clases de danza, pero falta con frecuencia. Los antecedentes académicos son regulares, reporta calificaciones buenas y excelentes en primaria, secundaria y preparatoria.

Antecedentes Médicos

No existen antecedentes médicos de relevancia.

Antecedentes Personales No Patológicos

Despierta y alerta en todas las sesiones de evaluación. Baño diario, higiene general y bucal constante. Asiste a clases de danza árabe desde hace 6 meses. Sostiene sus propios gastos de transporte, vestido y actividad extracurricular.

Relaciones Sociales

Las compañeras de su clase de danza son consideradas sus amigas, sin embargo, con solo una de ellas ha tenido confianza últimamente. La relación con su madre, su abuela y sus hermanas es cordial, pero no suelen hablar demasiado. Actualmente sale a caminar y charlar con una persona (hombre) un año menor que ella.

Educación

Refiere buenas calificaciones, comprensión y ganas de estudiar hasta terminada la preparatoria, sin embargo, por ahora desea solo darse un tiempo antes de decidir si quiere seguir estudiando a nivel superior.

Actividad Sexual

No se siente atraída por tener actividad sexual. Actualmente sale con una persona del sexo opuesto y gustan de caminar por la plaza y platicar.

Hábitos de Sueño

Tiene ciclos irregulares de sueño. Se levanta a las 3am, va a trabajo, regresa a casa a las 12 y duerme hasta las 10pm, vuelve a dormir a las 12 de la noche y así sucesivamente.

Hábitos Alimenticios

Suele dejar muchas horas sin comer, prefiere, a veces, cenar con su mamá, pero antes no ha comido nada. Últimamente (2 semanas) se come un emparedado por la mañana y un jugo.

Trabajo

Ha trabajado repartiendo comida hasta ahora, los horarios no le permiten hacer otras cosas como aprender cosas nuevas, sin embargo, en el tiempo de valoración consiguió otro trabajo que le beneficia en horarios, distancia y economía.

Presentación y Conducta

Se presentó a todas las sesiones de rapport y valoración puntual, aliñada, despierta y alerta. Coopera y las últimas sesiones hacía preguntas si llegaba a tener alguna duda.

Pruebas Aplicadas

Evaluación Psicológica. Inventario de Depresión Beck-II (BDI-II); Escala de Ansiedad de Hamilton y la Escala de Experiencias Disociativas-II (DES-II), con el propósito de evaluar sintomatología depresiva, ansiosa y disociativa.

La presencia de sintomatología compatible con TDI fue determinada a partir de la integración de la historia clínica, la entrevista clínica semiestructurada, los antecedentes documentados y los indicadores clínicos observados durante el proceso de evaluación, considerando como marco de referencia los criterios diagnósticos descritos en el DSM-5-TR.

Evaluación Neuropsicológica. NEUROPSI: Atención y memoria (NAM-3)

Evaluación psicológica CASO 1

Los resultados obtenidos de la evaluación diagnóstica psicológica se pueden ver en la Tabla 1, donde en el Caso 1 se observaron niveles elevados de sintomatología depresiva, ansiosa y disociativa. La participante obtuvo una puntuación en la escala de Depresión de Beck-II (BD-II), correspondiente a depresión severa. En la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A) registró un puntaje de 56, indicador de ansiedad severa. Asimismo, en la Escala de Experiencias Disociativas -II (DES-II) obtuvo una puntuación promedio, considerada muy elevada y compatible con una importante presencia de experiencias disociativas.

En conjunto, estos resultados sugieren un cuadro caracterizado por una elevada carga de malestar emocional, sintomatología ansiosa y depresiva significativa, así como manifestaciones disociativas de alta intensidad, aspectos que deben considerarse para la comprensión integral del funcionamiento psicológico de la participante.

Estos hallazgos proporcionan un contexto clínico relevante para la interpretación posterior de los resultados neuropsicológicos obtenidos en las áreas de atención, memoria y funciones ejecutivas.

Tabla 1

Resultados de la Evaluación Diagnóstica Psicológica en el Caso 1

Prueba	Puntaje	Interpretación Test
	Test	
Inventario de Depresión Beck	49	Depresión Severa
Escala de Ansiedad Hamilton	56	Ansiedad Severa
Ansiedad Psíquica	28	
Ansiedad Somática	28	
Escala Experiencias Disociativas	55	Muy elevada (con fuerte
DES II		asociación con TDI)

Interpretación Neuropsicológica Global – Caso 1

En relación con el desempeño de subprocesos cognitivos presenta el perfil neuropsicológico que evidencia un funcionamiento heterogéneo, considerando edad de 18 años y nivel educativo bachillerato; el puntaje global caracterizado por una preservación relativa de los sistemas atencionales y ejecutivos, en contraste con un compromiso significativo del dominio mnésico. El Total de Atención y Funciones Ejecutivas se ubica en un rango normal bajo, lo que sugiere que la paciente conserva habilidades de orientación, atención sostenida y control ejecutivo básico suficientes para el desempeño académico y cotidiano; no obstante, se observan inefficiencias en procesos de atención selectiva y manipulación activa de información, las cuales podrían impactar tareas que demandan alta carga cognitiva.

En contraste, el Total de Memoria se encuentra en un rango de alteración moderada, destacando dificultades en la codificación y evocación diferida, particularmente en memoria visual y reconocimiento de rostros, así como un descenso relevante en la evocación mnésica a

largo plazo. La discrepancia entre una evocación inmediata relativamente conservada y una evocación diferida marcadamente disminuida sugiere fallas en los procesos de consolidación e integración de la información.

De manera global, en Total de Atención y Memoria indica una alteración leve a moderada, configurando un perfil compatible con patrones neurocognitivos descritos en personas con antecedentes de trauma temprano, donde la atención puede sostenerse en el momento presente, mientras que los procesos de memoria episódica y social presentan mayor vulnerabilidad.

La alteración observada en tareas de reconocimiento y memoria de rostros sugiere una afectación en la codificación de estímulos visuales complejos con contenido socioemocional. Este patrón es consistente con la alteración moderada y podría estar vinculado con hallazgos descritos en la literatura sobre trauma complejo y sintomatología disociativa, donde se han reportado dificultades en diversos procesos mnésicos.

3.2 CASO 2

Mujer de 24 años. Originaria del Estado de Morelos. Estudiante de carrera universitaria en la ciudad del Estado. Los fines de semana vende botanas y tortas en un puesto fuera de su casa.

Historia de Abuso Sexual

Desde que ella recuerda, cerca de los 4 años su abuelo paterno comenzó a acariciar sus partes íntimas, llegando a violarla en tres ocasiones antes de los 9 años. Posteriormente también sufrió tocamientos de parte de un tío paterno y exhibicionismo de parte de un primo mucho mayor que ella.

Caracterización del Contexto Victimológico y de las Estrategias del Abuso. De acuerdo con la información obtenida durante la entrevista clínica, las experiencias de abuso sexual iniciaron aproximadamente a los tres años de edad y fueron perpetradas principalmente por el abuelo paterno. La participante describió la utilización de estrategias de manipulación afectiva, generación de confianza, coerción psicológica y amenazas orientadas a mantener el secreto y favorecer la continuidad de los abusos.

Asimismo, refirió episodios de tocamientos sexuales atribuidos a un tío paterno y situaciones de intrusión en espacios privados, las cuales incrementaron la exposición a experiencias de vulneración y desprotección. En conjunto, los antecedentes descritos corresponden a un contexto de abuso sexual intrafamiliar crónico, caracterizado por la participación de múltiples perpetradores y por la persistencia de dinámicas de control y silenciamiento.

Situación Legal Actual

No desea denunciar legalmente porque su padre no sabe nada y no quiere que éste sufra una decepción. Después de muerto el primer agresor el sufrimiento de su padre ha sido muy grande, según reporta la participante.

Dinámica Familiar

Hija menor de tres hermanos. Vive en residencia estudiantil, en fines de semana viaja a su lugar de origen donde habitan sus padres, un hermano con su esposa, su sobrina, primas menores que ella y abuela paterna. Todos sus hermanos cuentan con carrera universitaria. Su madre se dedica a vender tortas fuera de las escuelas y su padre es campesino.

Antecedentes Heredofamiliares

Diabetes e hipertensión de parte de la línea paterna. La madre padece diabetes.

Antecedentes Personales Patológicos

No consume ninguna droga o alcohol. Ha tenido crisis de ansiedad y depresión en varios momentos de su vida. Ha tenido crisis donde pierde la orientación en espacio y tiempo. Tiene ideaciones suicidas que no ha consolidado en intentos pero que puede conservar durante dos o tres días consecutivos.

Antecedentes Médicos

Está en atención psiquiátrica desde hace un año, con tratamiento de Lorazepam, Anapsique, Adapsique y Venlafaxina.

Antecedentes Personales No Patológicos

Gusta de salir a correr a un campo cerca de su casa. Practica la repostería solo para ocasiones familiares especiales.

Relaciones Sociales

Mantiene amistades desde la preparatoria, actualmente tiene un grupo de amigos y amigas en la universidad con los que gusta reunirse para platicar y practicar juegos de mesa. Menciona que anteriormente, tanto en primaria como en secundaria sufrió de bullying dentro de las escuelas.

Educación

Menciona que siempre ha tenido profesores que le apoyan para regularizarse en varias materias pues no comprende bien muchas instrucciones. De niña tuvo terapia de lenguaje. Actualmente solo refiere tener problemas con el idioma inglés.

Actividad Sexual

Intento llevar una relación amorosa con la que pretendía tener relaciones sexuales, sin embargo, el hombre con el que creía que tenía una relación como ella deseaba, un día acudió

ebrio al departamento de ella intentando violarla, por lo que forcejearon y ella fue a esconderse al baño hasta que el agresor saliera del departamento. Ese día tuvo una crisis de ansiedad y se desorientó en tiempo y en espacio durante dos días consecutivos.

Hábitos de Sueño

Tiene muchas dificultades para conciliar el sueño, a veces duerme 5 o 6 horas, considerando que eso fue un gran sueño. Tampoco logra dormir en el día. Intenta dormir desde temprano pero no logra conciliar el sueño inmediatamente.

Hábitos Alimenticios

Sigue la costumbre familiar donde comen demasiados carbohidratos, proteína regular y muy pocas vitaminas. Menciona que sabe que debe comer sanamente pero que a veces no se puede. Procura prepararse alimentos cuando está en la habitación que renta en la ciudad, pero no siempre, a veces tiene que comprar sopas instantáneas y latas preparadas de comida.

Trabajo

Mantiene un negocio de botanas y comida rápida con tortas, banderillas y sodas los fines de semana afuera de su casa.

Presentación y Conducta

Acude a todas las sesiones limpia y aliñada, despierta y alerta. Es jovial y coopera en toda la valoración. Coinciden sus estados de ánimo con su relato y su conducta.

Pruebas Aplicadas

Evaluación psicológica. Inventario de Depresión Beck-II (BDI-II); Escala de Ansiedad de Hamilton y la Escala de Experiencias Disociativas-II (DES-II), con el propósito de evaluar sintomatología depresiva, ansiosa y disociativa.

La presencia de sintomatología compatible con TDI fue determinada a partir de la integración de la historia clínica, la entrevista clínica semiestructurada, los antecedentes documentados y los indicadores clínicos observados durante el proceso de evaluación, considerando como marco de referencia los criterios diagnósticos descritos en el DSM-5-TR.

Evaluación Neuropsicológica. NEUROPSI: Atención y Memoria (NAM-3).

Evaluación Psicológica CASO 2

Los resultados obtenidos de la evaluación psicológica indican niveles elevados de sintomatología depresiva, ansiosa y disociativa. En el inventario de Depresión Beck, la participante obtuvo una puntuación correspondiente a depresión severa, lo que refleja la presencia de síntomas depresivos de elevada intensidad al momento de la evaluación.

En la Escala de Ansiedad de Hamilton, la participante obtuvo una puntuación compatible con ansiedad severa. Asimismo, se observaron puntuaciones elevadas tanto en los componentes de ansiedad psíquica como de ansiedad somática, sugiriendo la presencia de manifestaciones cognitivas, emocionales y fisiológicas asociadas a ansiedad.

En la Escala de Experiencias Disociativas (DES), la participante obtuvo una puntuación clasificada como muy elevada, indicando una frecuencia importante de experiencias disociativas. Este resultado es consistente con la presencia de sintomatología disociativa significativa y constituye un elemento clínico relevante para la comprensión integral del caso.

En conjunto, los resultados obtenidos describen un perfil caracterizado por elevada sintomatología depresiva, ansiosa y disociativa, aspectos que deben considerarse en la interpretación posterior de los hallazgos neuropsicológicos.

Tabla 2. Resultados de Evaluación Diagnóstica Psicológica en el Caso 2.

Prueba	Puntaje	Interpretación Test
	Test	
Inventario de Depresión Beck	52	Depresión Severa
Escala de Ansiedad Hamilton	49	Ansiedad Severa
Ansiedad Psíquica	26	
Ansiedad Somática	23	
Escala Experiencias Disociativas	182	Muy elevada (fuertemente
DES-II		asociada con TDI)

Interpretación Neuropsicológica Global – Caso 2

El desempeño neuropsicológico global del caso 2 muestra preservación de los procesos de orientación y un rendimiento relativamente conservador en tareas atencionales básicas, hallazgo congruente con su nivel educativo y de desempeño académico reportado.

En el dominio de atención y funciones ejecutivas, la participante obtuvo puntuaciones correspondientes a una alteración leve, lo que sugiere dificultades en procesos relacionados con el control atencional, la organización de la información y algunos componentes del funcionamiento ejecutivo.

La afectación más importante se observó en el dominio de memoria, donde el desempeño se ubicó dentro del rango de alteración severa. Este resultado indica dificultades significativas en procesos de aprendizaje, codificación, almacenamiento y recuperación de información. De manera consistente, el puntaje global de atención y memoria también se

clasificó dentro del rango de alteración severa, reflejando un compromiso predominante del funcionamiento amnésico.

El análisis cualitativo del desempeño mostró mayores dificultades en tareas de codificación y evocación diferida, particularmente en materia visual y visoespacial. Asimismo, se observaron puntuaciones bajas en la tarea de reconocimiento de rostros, lo que sugiere dificultades en el procesamiento y recuperación de información visual relacionada con estímulos espaciales previamente presentados.

En conjunto, los resultados describen un perfil neuropsicológico caracterizado por una afectación severa de la memoria y una alteración leve de la atención y las funciones ejecutivas, siendo las dificultades mnésicas el hallazgo más relevante del caso.

3.3 CASO 3

La participante estuvo bajo el cuidado del DIF de Morelos durante 4 años, trabaja y desea retomar sus estudios, cuenta con 3er grado de primaria, le gustaría estudiar medicina o psicología. Fue abusada y violada sexualmente de forma reiterada por su padre, su hermano mayor y la última pareja de la madre.

Historia de Abuso Sexual

Desde que ella recuerda, su padre ejercía maltrato físico a su madre, hermano y a ella. En varias ocasiones, cuando ella dormía el padre se metía a su cama y con amenazas la violentaba. Su tío paterno también la violó cuando estaba jugando. Por esos abusos su madre y ella cambian de estado de la república y la madre comienza una relación, con otro hombre que fue igual de violento con ella y con la participante. Las golpizas eran constantes, de parte del sujeto y de la misma madre hacia ella.

Caracterización del Contexto Victimológico y de las Estrategias de Abuso. De acuerdo con la información obtenida durante la entrevista clínica y los antecedentes referidos por la participante, las experiencias de ASI iniciaron aproximadamente entre los tres y seis años de edad y fueron atribuidas al padre, quien habría utilizado amenazas y violencia física para facilitar y mantener las agresiones.

Posteriormente, la participante reportó experiencias adicionales de victimización sexual por parte de un tío de la pareja de su madre. Asimismo, refirió haber experimentado violencia física grave ejercida por esta última persona, quien causó lesiones con arma blanca y estuvo involucrado en el homicidio de la madre de la participante. De acuerdo con el relato la agresión incluyó un evento con riesgo letal dirigido hacia ella, el cual fue presenciado en el contexto del asesinato de su madre.

En conjunto, los antecedentes descritos corresponden a un contexto de victimización múltiple caracterizado por abuso sexual intrafamiliar, violencia física severa y exposición directa a eventos potencialmente traumáticos de carácter letal.

Situación Legal Actual

No ha buscado la denuncia pertinente por no sentirse suficientemente fuerte, menciona.

Dinámica Familiar

La dinámica familiar siempre ha sido muy violenta, cuando era pequeña la abuela paterna fungió como figura que le brindó amor, sin embargo, sentía que era limitada por que la tía paterna no deseaba que tuvieran acercamiento; fue ella quien prefirió que de niña fuera internara en el DIF.

Antecedentes Heredofamiliares

Padre y abuela paterna con diabetes. Madre con diagnóstico de bipolaridad.

Antecedentes Personales Patológicos

Ha tenido crisis de ansiedad y depresión con intentos de suicidio en tres ocasiones. Tuvo viruela dos veces, dengue 3 veces, Ha llegado a fumar dos o tres cajetillas de cigarrillos al día.

Antecedentes Médicos

Cirugías en brazos, piernas y cuero cabelludo para reconectar tendones, músculos y piel que fueron lesionados por agresión con machete. Actualmente está en tratamiento por papiloma humano.

Antecedentes Personales No Patológicos

Le gusta estudiar y trabajar. Desea retomar sus estudios y ser cirujana o psicóloga.

Relaciones Sociales

Es poco tolerante, prefiere tener pocos amigos, se lleva bien con todos en su trabajo y tiene clientes que la prefieren por su desempeño laboral, pero no le gusta estar mucho tiempo con las personas.

Educación

Era buena estudiante, pero llegaba a ser agresiva, en una ocasión le rompió el brazo a una compañera en tercero de primaria.

Actividad Sexual

Considera que no le gusta, se siente muy avergonzada y no se siente lista para sentir placer con eso.

Hábitos de Sueño

Intenta dormir por la noche, pero siempre tiene trastornos del sueño, síndrome de piernas inquietas, despierta con terror nocturno y ansiedad.

Hábitos Alimenticios

En DIF aprendió a comer sanamente, pero menciona que muchas veces solo come pan con refresco, galletas y jugo y considera al chicle una especie de alimento.

Trabajo

Trabaja en una tienda de conveniencia y en otra dando servicio de aparcacoches.

Presentación y Conducta

Se presentó aliñada y limpia, despierta y alerta a todas las sesiones, coopera, es amable y cordial. Fácilmente comentó todo lo que le ocurría y está muy deseosa de estudiar y conseguir tener una vida ayudando a niñas.

Pruebas Aplicadas

Evaluación Psicológica. Inventario de Depresión Beck-II (BDI-II); Escala de Ansiedad de Hamilton. Diagnóstico clínico o sintomatología compatible con TDI según criterios DSM-5-TR.

Evaluación Neuropsicológica. NEUROPSI: Atención y Memoria (NAM-3).

Evaluación Psicológica CASO 3

Los resultados obtenidos de la evaluación Psicológica se presentan en la tabla 3. En el caso 3 se observaron niveles elevados de sintomatología depresiva, ansiosa y disociativa. Las puntuaciones obtenidas en los instrumentos aplicados se ubicaron dentro de los rangos clínicos de mayor severidad, indicando una importante presencia de malestar emocional al momento de la evaluación.

Los resultados del Inventario de Depresión Beck-II (BDI-II) fueron compatibles con depresión severa, mientras que la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A) mostró niveles de

ansiedad severa. Asimismo, la puntuación obtenida en la Escala de Experiencias Disociativas-II (DES-II) se ubicó dentro del rango considerado muy elevado, reflejando una alta frecuencia de experiencias disociativas.

En conjunto, estos hallazgos describen un perfil caracterizado por sintomatología depresiva, ansiosa y disociativa de elevada intensidad, aspectos que constituyen elementos clínicos relevantes para la comprensión integral del caso y para la interpretación posterior de los resultados neuropsicológicos.

Tabla 3. Resultados de Evaluación Diagnóstica Psicológica en el Caso 3

Prueba	Puntaje	Interpretación Test
	Test	
Inventario de Depresión Beck	49	Depresión severa
Escala de Ansiedad Hamilton	56	Ansiedad severa
Ansiedad Psíquica	28	
Ansiedad Somática	28	
Escala Experiencias Disociativas	55	Muy elevada (con fuerte
DES-II		asociación a TDI)

Interpretación Neuropsicológica Global – Caso 3

El perfil neuropsicológico del Caso 3 muestra un compromiso cognitivo global, con una afectación más marcada en el dominio de memoria. El desempeño obtenido en atención y funciones ejecutivas se ubicó dentro del rango de alteración moderada, sugiriendo dificultades en procesos relacionados con la regulación atencional, el control inhibitorio y la organización de la conducta. Aunque el bajo nivel de escolaridad puede influir en el rendimiento cognitivo, la

magnitud de las dificultades observadas sugiere la presencia de factores adicionales que afectan el desempeño.

En el dominio de memoria, el rendimiento se clasificó dentro del rango de alteración severa, evidenciando dificultades importantes en los procesos de aprendizaje, codificación, almacenamiento y recuperación de información. Este patrón fue observable tanto en tareas de memoria verbal como visual, así como en procesos de vocación diferida.

De manera consistente, el puntaje global de atención y memoria se ubicó dentro del rango de alteración severa, indicando una afectación significativa del funcionamiento cognitivo general. Asimismo, la discrepancia entre la edad cronológica de las participante y el rendimiento observado sugiere un desempeño inferior al esperado para su grupo de referencia, aún considerando su nivel educativo.

El análisis cualitativo mostró un rendimiento particularmente bajo en tareas relacionadas con memoria visual y reconocimiento de rostros. Estos hallazgos sugieren dificultades en la codificación y recuperación de información visual previamente presentada, las cuales se integran dentro del patrón general de alteración mnésica observado en el caso.

En conjunto, los resultados describen un perfil neuropsicológico caracterizado por alteración severa de la memoria, acompañada de dificultades moderadas en atención y funciones ejecutivas, siendo el compromiso mnésico el hallazgo más relevante de la evaluación.

3.4 CASO 4

Mujer de 34 años. Originaria del Estado de Morelos. Último grado de estudios, secundaria. Trabaja en empresa de limpieza y como capturista en CFE. Vive con su hija e hijo.

Historia de Abuso Sexual

Es hija de madre alcohólica y padre que murió cuando ella era niña, de cirrosis hepática por consumo de alcohol. Sufrió de maltrato infantil desde que ella recuerda, golpes, trabajo doméstico y negligencia. Cuando ella tenía 8 años su hermano mayor abusó de ella y logró silenciarla a través de dependencia emocional y económica. Cuando cumplió 13 años un amigo de su hermano abusó sexualmente de ella cuando no había nadie en casa.

Caracterización del Contexto Victimológico y de Estrategias de Abuso. De acuerdo con la información obtenida durante la entrevista clínica, las primeras experiencias de abuso sexual ocurrieron aproximadamente a los ocho años de edad y fueron atribuidas a un hermano. La participante describió que las agresiones se desarrollaron en un contexto de interacciones inicialmente percibidas como juegos, las cuales progresivamente adquirieron un carácter sexual coercitivo hasta culminar en actos de violación.

Posteriormente, durante la adolescencia, refirió haber experimentado una nueva agresión sexual perpetrada por un amigo de su hermano, en un contexto asociado al consumo de sustancias. Ambos eventos ocurrieron dentro de su entorno relacional cercano y fueron protagonizados por personas conocidas para la participante.

En conjunto, los antecedentes descritos corresponden a experiencias de abuso sexual intrafamiliar y extrafamiliar ocurridas dentro del entorno inmediato de convivencia, caracterizadas por la vulneración de la confianza y de los límites personales.

Situación Legal Actual

No denunció ninguno de los actos de violencia sexual que sufrió, sin embargo, es importante mencionar que actualmente se encuentra en pleito legal porque los hermanos desean

quitarle su casa, alegando que es herencia del padre a todos, ella menciona que su madre y padre le aseguraron que la casa es suya, pues desde que comenzó a laborar, dio recurso económico para edificarla y arreglarla.

Dinámica Familiar

Ella es hija menor de tres hermanos, su padre y madre son alcohólicos y consumidores de drogas, desde pequeña trabajó haciendo labor doméstica en diferentes casas con su madre. *Desgraciadamente*, menciona, por el alcoholismo tanto de la madre como del padre, deja de estudiar y se concentra solo en trabajar, a los 14 años conoció al padre de sus tres hijos, también alcohólico y adicto a diferentes drogas, la maltrataba física, psicológica y económicamente, a los 23 años la abandona. Ella se concentra en sostener a sus hijos, madre y termina de edificar la casa en la que viven y, que como se menciona, está en litigio por controversia legal con sus hermanos.

Antecedentes Heredofamiliares

Tanto padre, como madre padecen diabetes, de parte de la madre enfermedades cardiovasculares y demencia tipo Alzheimer. Alcoholismo, tabaquismo y consumo de drogas no controladas.

Antecedentes Personales Patológicos

Mientras que estuvo en relación afectiva con el padre de sus hijos consumía alcohol y llegó a fumar marihuana en algunas ocasiones, sin embargo, no considera que dependa de ello pues ya no lo ha consumido desde hace muchos años y no lo necesita, asegura.

Antecedentes Médicos

Solo ha padecido gripes, enfermedades estomacales, sin internamientos o tratamientos de peligro. No ha tenido tratamientos medicamentosos por alguna patología crónica, ni cirugías de importancia.

Antecedentes Personales No Patológicos

Menciona que le gusta mucho cantar y bailar con sus amigas, le gusta hacerlo por lo menos cada quince días en casa de alguna de ellas o en la suya. Se considera muy buena en su trabajo y en el empleo de CFE ha destacado escalando a mejores puestos cada vez.

Relaciones Sociales

Mantiene buenas relaciones laborales con sus compañeras y compañeros. Se considera poco tolerante con las demás personas, no le gusta que sean poco activas o flojas.

Educación

Tercero de secundaria.

Actividad Sexual

Menciona que no se siente atraída por ningún hombre o mujer desde hace mucho tiempo, sus amigas insisten en presentarle a amigos que la inviten a salir e intimar, pero no se siente atraída por ellos sexualmente.

Hábitos de Sueño

Cuando comienza la noche logra dormir un par de horas, pero al despertarse ya no puede dormir, continuamente se despierta. En el día a veces tiene mucho sueño.

Hábitos Alimenticios

Ha intentado llevar hábitos sanos, sin embargo, suele dar atracones y después castigarse sin alimento por varias horas, aunque sienta hambre.

Trabajo

Asegura que le gusta trabajar mucho, que es muy buena en lo que hace, porque es rápida, eficiente y la han felicitado.

Presentación y Conducta

Acudió limpia y aliñada, despierta y alerta a todas las sesiones de evaluación, coopera y es afable.

Pruebas Aplicadas

Evaluación Psicológica. Inventario de Depresión Beck-II (BDI-II); Escala de Ansiedad de Hamilton. Diagnóstico clínico o sintomatología compatible con TDI según criterios DSM-5-TR.

Evaluación Neuropsicológica. NEUROPSI: Atención y Memoria (NAM-3).

Evaluación psicológica Caso 4

Los resultados obtenidos en la evaluación psicológica se presentan en la Tabla 4. En el caso 4 se observaron niveles elevados de sintomatología depresiva, ansiosa y disociativa.

La participante obtuvo una puntuación correspondiente a depresión en el Inventario de Depresión de Beck-II (BD-II), correspondiente a depresión severa. Asimismo, la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A) registró un puntaje compatible con ansiedad severa, observándose puntuaciones elevadas tanto en los componentes de ansiedad psíquica como de ansiedad somática.

Por su parte, en la Escala de Experiencias Disociativas-II (DES-II) Obtuvo una puntuación promedio, clasificada como muy elevada, indicando una importante frecuencia de experiencias disociativas.

El conjunto, los resultados describen un perfil caracterizado por sintomatología depresiva, ansiosa y disociativa de elevada intensidad, constituyendo elementos clínicos relevantes para la comprensión integral del caso y para la interpretación posterior de los hallazgos neuropsicológicos.

Tabla 4. Resultados de Evaluación Diagnóstica Psicológica en el Caso 4.

Prueba	Puntaje	Interpretación Test
	Test	
Inventario de Depresión Beck	49	Depresión severa
Escala de Ansiedad Hamilton	56	
Ansiedad Psíquica	28	Ansiedad severa
Ansiedad Somática	28	
Escala Experiencias Disociativas	55	Muy elevada. (Fuertemente asociada con TDI)

Interpretación Neuropsicológica Global – Caso 4

El perfil neuropsicológico del caso 4 muestra un funcionamiento cognitivo global relativamente conservado, con alteraciones leves predominantemente en el dominio de memoria.

El desempeño de atención y funciones ejecutivas se ubicó dentro del rango normal bajo, lo que sugiere una adecuada orientación, capacidad de atencional y funcionamiento ejecutivo general. No obstante, se observaron ligeras disminuciones en la eficiencia de algunas tareas que requieren mayor demanda cognitiva.

En el dominio de memoria, el rendimiento se clasificó dentro del rango de alteración leve, evidenciando dificultades discretas en procesos de codificación y evocación diferida. Este patrón sugiere una vulnerabilidad funcional en el aprendizaje y recuperación de información, sin que se observe un compromiso mnésico severo.

Asimismo, se identificó un desempeño inferior al esperado en tareas con reconocimiento de rostros, hallazgo que debe interpretarse dentro del contexto general pero del funcionamiento cognitivo de la participante y de las limitaciones inherentes a la evaluación realizada.

El puntaje global de atención y memoria se ubicó dentro del rango de alteración leve, indicando un rendimiento ligeramente inferior al esperado para su grupo normativo, aunque sin evidencia de afectación cognitiva generalizada.

En conjunto, los resultados describen un perfil caracterizado por funcionamiento atencional y ejecutivo relativamente conservado, acompañado de dificultades leves en procesos mnésicos, particularmente en tareas de codificación y recuperación de información

3.5 CASO 5

Mujer de 32 años. Originaria del Estado de Morelos. Estudiante de 4to grado de la licenciatura en derecho. Labora en el negocio familiar (papelería). Procura a sus tres hijos y hace quehaceres en el hogar.

Historia de Abuso Sexual

Sufrió abuso sexual (tocamientos y acoso) por parte del padrastro desde que era muy pequeña, a los 16 años sufrió abuso por amigo de madre y padrastro, considera que por esa

violación tuvo a su primera hija. A los 18 años sufrió otra violación por un amigo de uno de sus hermanos.

Caracterización del contexto victimológico y Estrategias de Abuso. De acuerdo con la información obtenida durante la entrevista clínica, la participante refirió haber experimentado ASI perpetrado por su padre entre los cuatro y nueve años de edad. Las agresiones ocurrieron en un contexto caracterizado por violencia psicológica y física reiterada, así como por relaciones asimétricas de poder propias del vínculo de dependencia existente entre el agresor y la niña. Asimismo, se describieron estrategias de manipulación, control y mantenimiento del secreto orientadas a favorecer la continuidad de los abusos.

Posteriormente, la participante reportó haber experimentado una nueva agresión sexual perpetrada por un amigo de su padre dentro del entorno familiar. En conjunto, los antecedentes descritos corresponden a un patrón de abuso sexual intrafamiliar prolongado, caracterizado por presencia de coerción, amenazas y vulneración persistente de la integridad física y emocional.

Situación Legal Actual

No se siente suficientemente fuerte para comenzar acción legal en contra de sus agresores.

Dinámica Familiar

Es hermana menor de tres hermanos, su padre biológico era muy violento con la madre, consume drogas y alcohol en demasía, actualmente vive con uno de sus hermanos, en otro estado de la república, debe mencionarse que ese hermano ha presentado constantes crisis psicóticas, pero no quieren internarlo. El otro hermano murió en accidente de motocicleta, cabe señalar que estaba bajo el influjo del alcohol y drogas. La participante vive con sus tres hijos y su madre con la que tiene muchos conflictos por el trato de ésta con los hijos de la participante.

Antecedentes Heredofamiliares

Ninguno de relevancia, refiere la participante.

Antecedentes Personales Patológicos

Llegó a consumir alcohol en ciertas ocasiones, fumó mucho de los 14 a los 25 años, sin embargo, lo dejó totalmente de un momento a otro por considerarlo nocivo.

Antecedentes Médicos

Ninguno de relevancia.

Antecedentes Personales No Patológicos

Le gustaba mucho competir en carreras de autos y motocicletas, pero a la muerte de su hermano se alejó. Ha emprendido varios negocios aceptándose como muy buena y exitosa.

Relaciones Sociales

No lleva buena relación con su madre, es considerada por sus hijos como buena, pero le cuesta trabajo no convertirse en permisiva y cómplice de actos no positivos de ellos. Sus relaciones amorosas han sido muy agresivas y no ha disfrutado. Considera que le es difícil llevarse bien con mujeres, prefiere tener amigos hombres, sin embargo, cree que solo ha sido en la dirección de negocios.

Educación

Menciona que siempre destacó por sus excelentes calificaciones, la escuela le aburría y hacía muchos actos vandálicos, por lo que la suspendían y llegaron a expulsar. En la universidad le dieron muchas oportunidades como practicante en varias instituciones, sin embargo, la suspendieron por meterse en problemas con autoridades.

Actividad Sexual

No siente atracción sexual por nadie en especial, lo ha considerado como actos que requiere sostener para mantener a la pareja con ella.

Hábitos de Sueño

Duerme muy poco, tiene bruxismo, y despierta constantemente con sobre salto y terrores nocturnos.

Hábitos Alimenticios

No es consciente de lo que puede beneficiarle o afectarle, come lo que le pueden ofrecer o se le antoja. Considera nunca tener hambre, puede estar sin comer por periodos muy largos sin manifestar apetito.

Trabajo

Maneja el negocio de la madre y ha emprendido varios de ellos, como vender ropa, perfumes, piezas de motocicleta o cosas para el hogar. Sin embargo, desiste por algún conflicto con las personas con las que invita a colaborar.

Presentación y Conducta

Asiste limpia y aliñada, despierta y alerta a todas las sesiones, colabora y mantiene conducta cordial.

Pruebas Aplicadas

Evaluación Psicológica. Inventario de Depresión Beck-II (BDI-II); Escala de Ansiedad de Hamilton. Diagnóstico clínico o sintomatología compatible con TDI según criterios DSM-5-TR.

Evaluación Neuropsicológica. NEUROPSI: Atención y Memoria (NAM-3).

Evaluación Psicológica CASO 5

Los resultados obtenidos de la evaluación diagnóstica psicológica se pueden ver en la Tabla 5. En el caso 5 se observaron niveles elevados de sintomatología depresiva, ansiosa y disociativa.

La participante obtuvo una puntuación correspondiente a depresión severa en el inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), Correspondiente a depresión severa. Considerando su nivel educativo, los resultados obtenidos permiten asumir una adecuada comprensión de los reactivos aplicados, por lo que la puntuación observada constituye un indicador clínicamente relevante de sintomatología depresiva.

En la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A), la participante obtuvo una puntuación compatible con ansiedad severa. Asimismo, se observaron puntuaciones elevadas tanto en los componentes de ansiedad psíquica como de ansiedad somática, reflejando la presencia de manifestaciones emocionales, cognitivas y fisiológicas asociadas a la ansiedad.

Por su parte, en la Escala de Experiencias Disociativas-II (DES-II), obtuvo una puntuación promedio clasificada como muy elevada, indicando una importante frecuencia de experiencias disociativas.

En conjunto, los resultados describen un perfil caracterizado por sintomatología depresiva, ansiosa y disociativa de elevada intensidad, constituyendo elementos clínicos relevantes para la comprensión integral del caso y para la interpretación posterior de los hallazgos neuropsicológicos.

Tabla 5

Tabla 5. Resultados de Evaluación Diagnóstica Psicológica en el Caso 5

Prueba	Puntaje	Interpretación Test
	Test	
Inventario de Depresión Beck	49	Depresión severa
Escala de Ansiedad Hamilton	56	Ansiedad severa
Ansiedad Psíquica	28	
Ansiedad Somática	28	
Escala Experiencias Disociativas	55	Muy elevada.
DES-II		Fuertemente asociado con TDI.

Interpretación Neuropsicológica Global – Caso 5

El perfil neuropsicológico del Caso 5 muestra un rendimiento global significativamente inferior al esperado para su grupo de referencia, con afectación severa tanto en el dominio de atención y funciones ejecutivas como en el de memoria.

El desempeño de atención y funciones ejecutivas se ubicó dentro del rango de alteración severa, sugiriendo dificultades importantes en procesos relacionados con atención sostenida, control inhibitorio, organización, planificación y monitoreo de la conducta.

Asimismo, el dominio de memoria presentó una alteración severa, evidenciando dificultades significativas en procesos de aprendizaje, codificación, almacenamiento y recuperación de información. Estas dificultades fueron observables tanto en tareas de memoria inmediata como en tareas de evocación diferida.

De manera consistente, el índice global de atención y memoria se clasificó dentro del rango de alteración y severa, indicando un compromiso importante del funcionamiento cognitivo general.

Considerando el nivel educativo de las participante, correspondiente a estudios universitarios en curso, el rendimiento observado resulta inferior al esperado para su grupo académico y etario. Asimismo, se identificaron dificultades en tareas relacionadas con memoria visual y reconocimiento de rostros, las cuales deben interpretarse dentro del contexto del patrón general de atención cognitiva observado en el caso.

En conjunto, los resultados describen un perfil neuropsicológico caracterizado por alteraciones severas en atención, funciones ejecutivas y memoria, siendo estos dominios las áreas de mayor compromiso identificadas durante la evaluación.

3.6 CASO 6

Mujer de 30 años. Originaria del Estado de Morelos. Licenciatura en ciencias de la educación. Es profesora de primaria. Vive con su esposo y su hija de dos años de edad.

Historia de Abuso Sexual

Ella era una niña de 6 años cuando fue abusada sexualmente por un primo mayor de 17 años. Actualmente la ha llegado a acosar en la calle pidiéndole una cita. Ella pudo decirle a su esposo que la acompañara en las horas en las que el abusador ha aparecido.

Caracterización del Contexto Victimológico y Estrategias de Abuso. De acuerdo con la información obtenida durante la entrevista clínica, la participante refirió haber experimentado ASI perpetrado por un primo de mayor edad durante la infancia. Según su relato, el agresor inició el acercamiento mediante actividades presentadas como juegos, generando un contexto de confianza y familiaridad que favoreció el acceso a la niña.

Posteriormente, las conductas evolucionaron hacia agresiones sexuales acompañadas de violencia física y verbal. Los hechos ocurrieron dentro del entorno familiar, en una relación caracterizada por una diferencia de edad y una asimetría de poder entre el agresor y la niña.

En conjunto, los antecedentes descritos corresponden a un episodio de abuso sexual intrafamiliar en el que se identifican estrategias de aproximación progresiva, manipulación de la confianza y coerción, elementos frecuentemente descritos en la literatura sobre victimización sexual infantil.

Situación Legal Actual

Decidió no ejercer acción legal contra el agresor porque considera que la familia sufriría mucho y se disolvería la unión que existe entre todas y todos. Cree que ya ha pasado demasiado tiempo para que puedan creerle.

Dinámica Familiar

Actualmente vive con su esposo e hija de dos años. No tiene una relación amable con él pues constantemente discuten, él ejerce violencia económica, psicológica y física para con ella. Ha querido separarse en muchas ocasiones, pero no lo consigue pues cree que sola no podría sostener a su familia. Sus padres han preferido convencerla de que se quede con él, pues creen que ella también participa de forma violenta constantemente.

Antecedentes Heredofamiliares

Cardiopatías por parte de la familia paterna. Cáncer de lado materno.

Antecedentes Personales Patológicos

Ha tenido crisis de ansiedad y depresión en varios momentos de su vida. No fuma, se alcoholiza o consume drogas.

Antecedentes Médicos

Tratamiento de gastritis y colitis crónica desde la adolescencia.

Antecedentes Personales No Patológicos

Le gusta salir a pasear a las plazas de su localidad y comer en los restaurantes de sushi.

Juega y lee cuentos con su hija.

Relaciones Sociales

Mantiene relaciones laborales amables y considera a algunas compañeras sus amigas.

Menciona que no ha tenido amigas con las que dure mucho tiempo en constante comunicación.

Se considera aislada y en ciertas ocasiones gusta de salir con amigas.

Educación

Fue una alumna regular, nunca con excelentes calificaciones, no reprobaba, pero no lograba destacar, a lo cual no le daba importancia.

Actividad Sexual

Gusta de tener relaciones sexuales con su esposo, pero los conflictos constantes hacen que no se logren desde hace varios meses. No ha buscado relaciones sexuales con alguien más.

Hábitos de Sueño

Siente que duerme bien, lo que le molesta, menciona, es que le cuesta trabajo levantarse por las mañanas.

Hábitos Alimenticios

Suele tener buenos hábitos alimenticios porque considera también a su hija para establecer los menús. Menciona que le es difícil mantener algunas estrategias por la cuestión económica.

Trabajo

Labora como maestra de primaria desde hace 6 años, ha permanecido en el mismo colegio durante los últimos años.

Presentación y Conducta

Acude a todas las valoraciones limpia y aliñada, despierta y alerta. Colabora en todas las sesiones amablemente.

Pruebas Aplicadas

Evaluación Psicológica. Inventario de Depresión Beck-II (BDI-II); Escala de Ansiedad de Hamilton. Diagnóstico clínico o sintomatología compatible con TDI según criterios DSM-5-TR.

Evaluación Neuropsicológica. NEUROPSI: Atención y Memoria (NAM-3).

Evaluación Psicológica CASO 6

Los resultados obtenidos en la evaluación psicológica se presentan en la Tabla 6. En el Caso 6 se observaron niveles elevados de sintomatología depresiva, ansiosa y disociativa.

La participante obtuvo una puntuación correspondiente a depresión severa por el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). Asimismo, la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A) registró un puntaje compatible con ansiedad severa, observándose manifestaciones tanto de ansiedad psíquica como de ansiedad somática.

Por su parte, en la Escala de Experiencias Disociativas-II (DES-II), obtuvo una puntuación promedio clasificada como muy elevada, indicando una importante frecuencia de experiencias disociativas.

En conjunto, los resultados describen un perfil caracterizado por sintomatología depresiva, ansiosa y disociativa de elevada intensidad. Estos hallazgos constituyen elementos clínicos relevantes para la comprensión integral del caso y para la interpretación posterior de los resultados neuropsicológicos.

Tabla 6

Resultados de la evaluación diagnóstica psicológica en el Caso 6

Tabla 6. Resultados de Evaluación Diagnóstica Psicológica en el Caso 6.

Prueba	Puntaje Test	Interpretación Test
Inventario de Depresión Beck	49	Depresión severa
Escala de Ansiedad Hamilton	56	Ansiedad severa
Ansiedad Psíquica	28	
Ansiedad Somática	29	
Escala Experiencias Disociativas	55	Muy elevada. (Fuertemente asociada con TDI)

Interpretación Neuropsicológica Global – Caso 6

El perfil neuropsicológico del Caso 6 muestra un rendimiento global significativamente inferior al esperado para su grupo de referencia, con alteraciones severas tanto en el dominio de atención y funciones ejecutivas como en el de memoria.

El desempeño en atención y funciones ejecutivas se ubicó dentro del rango de alteración severa, sugiriendo dificultades importantes en procesos relacionados con atención sostenida,

control inhibitorio, flexibilidad cognitiva, planificación y monitoreo de la conducta.

Considerando la edad, nivel educativo y actividad profesional de la participante, estos resultados reflejan un desempeño inferior al esperado para su grupo normativo.

Asimismo, el dominio de memoria presentó una alteración severa, evidenciando dificultades significativas en procesos de información verbal y visual. Estas dificultades fueron observables tanto en tareas de memoria inmediata, como en tareas de evocación diferida.

En conjunto, los resultados describen un perfil neuropsicológico caracterizado por alteraciones severas en atención, funciones ejecutivas y memoria, siendo estos dominios las áreas de mayor afectación identificadas durante la evaluación.

IV Resultados

Derivado derivado de la aplicación de los instrumentos clínicos y neuropsicológicos, la Tabla 7 resumen los principales hallazgos psicológicos y neuropsicológicos observados en las participantes. La evaluación psicológica mostró que los 6 casos presentaron niveles elevados de sintomatología depresiva, ansiosa y disociativa, ubicándose las puntuaciones dentro de los rangos clínicos de mayor severidad en los instrumentos aplicados.

El perfil neuropsicológico obtenido mediante la batería NEUROPSI Atención y Memoria evidenció diferencias en la magnitud las alteraciones cognitivas entre los casos evaluados; sin embargo, se identificaron patrones convergentes, particularmente en los dominios de memoria y en tareas relacionadas con codificación, evocación y reconocimiento de rostros.

En términos globales, cuatro de las 6 participantes (Casos 2, 3, 5 y 6) presentaron alteración severa en el índice total de atención y memoria, mientras que el Caso 1 mostró alteración leve-moderada y el Caso 4 alteración leve.

En el dominio de atención y funciones ejecutivas se observaron alteraciones severas en los Casos 5 y 6, moderadas en el Caso 3 y leves o normales bajas en los casos 1, 2 y 4. Por su parte el dominio de memoria mostró una mayor afectación, con alteración severa en los Casos 2, 3, 5 y 6, Alteración moderada en el Caso 1 y alteración leve en el Caso 4.

Un hallazgo relevante fue la presencia de dificultades en tareas relacionadas con codificación, evocación y reconocimiento de rostros. Estas dificultades fueron más evidentes en los Casos 2, 3, 5 y 6, coincidiendo con los perfiles de mayor afectación cognitiva global. Asimismo, se observaron dificultades de menor magnitud en los Casos 1 y 4 particularmente en tareas relacionadas con memoria visual y reconocimiento facial.

En conjunto los resultados sugieren que las alteraciones más consistentes dentro de la muestra se localizaron en los dominios de memoria, atención y funciones ejecutivas, con una mayor frecuencia de dificultades en tareas relacionadas con el procesamiento y recuperación de información visual asociada a rostros.

Tabla 7 Caracterización Psicológica y Neuropsicológica de los Casos

Caso	Edad	Escolaridad	Atención / FE	Memoria	Total NEUROPSI	BDI-II	Depresión	Hamilton	Ansiedad	Psíquica	Somática	DES-II	Disociación
1	19	Media	Normal bajo	Moderada	Leve-moderada	49	Severa	56	Severa	28	28	55	Muy elevada
2	24	Ingeniería	Leve	Severa	Severa	52	Severa	49	Severa	26	23	182	Muy elevada
3	18	3° primaria	Moderada	Severa	Severa	49	Severa	56	Severa	28	28	55	Muy elevada
4	34	Secundaria	Normal bajo	Leve	Leve	49	Severa	56	Severa	28	28	55	Muy elevada
5	32	Derecho	Severa	Severa	Severa	49	Severa	56	Severa	28	28	55	Muy elevada
6	30	Educación	Severa	Severa	Severa	49	Severa	56	Severa	28	29	55	Muy elevada

Otro hallazgo de relevancia fue la relación observada entre las características del contexto víctimológico y los perfiles clínicos y neuropsicológicos descritos en la Tabla 8. En los 6 casos se identificaron elementos comunes, entre ellos la ocurrencia del abuso dentro de

relaciones de confianza, la presencia de coerción psicológica, amenazas, mecanismos de silenciamiento y de encubrimiento, así como una relación asimétrica de poder entre el agresor y las niñas. Asimismo, en al menos cuatro casos se documentó la presencia de violencia física asociada a las agresiones sexuales.

En todos los casos, los agresores pertenecían al entorno familiar o círculos de proximidad significativa para las participantes. Este hallazgo coincide con la literatura sobre ASI, que describe la cercanía relacional como un factor que facilita el acceso a las niñas, el mantenimiento del secreto y la continuidad de las agresiones.

Asimismo, se identificaron diferentes estrategias de abuso. En el Caso 2 predominaron conductas de manipulación afectiva y mantenimiento del secreto; en los Casos 1, 3 y 5 se observaron formas directas de coerción y violencia; mientras que los Casos 4 y 6 chups se identificaron estrategias de aproximación progresiva y generación de confianza previas a las agresiones.

De manera descriptiva, los casos caracterizados por mayor cronicidad de victimización, participaron de múltiples agresores o exposición a formas más severas de violencia, presentaron también los perfiles clínicos y neuropsicológicos de mayor afectación. No obstante, debido al carácter descriptivo del estudio y al tamaño de la muestra, estos hallazgos deben interpretarse como tendencias observadas dentro de los casos analizados y no como relaciones causales.

Tabla 8: Contexto Victimológico, Estrategias de Abuso y Perfil Cognitivo

Caso	Relación entre participante y agresor	Estrategia de Abuso	Cronicidad	Nivel de Violencia	Perfil Cognitivo Global
1	Pareja de la madre	Violación reiterada, coerción psicológica, amenazas, intimidación, fuerza física	3 años	Alta (violencia física y psicológica sistemática)	Alteración leve–moderada (memoria moderada)
2	Abuelo (principal) + tío paterno	Manipulación afectiva, normalización del abuso, amenazas, intrusión física	6 años	Alta (violación crónica + múltiples agresores)	Alteración severa (memoria severa)

Caso	Relación entre participante y agresor	Estrategia de Abuso	Cronicidad	Nivel de Violencia	Perfil Cognitivo Global
3	Padre + tío + pareja materna	Violación reiterada, amenazas, golpes, violencia extrema; intento de feminicidio	8 años (múltiples episodios)	Muy alta (violencia física severa + amenaza letal)	Alteración severa (atención moderada, memoria severa)
4	Hermano + amigo del hermano	Escalamiento de juegos violentos; abuso bajo intoxicación	Episodios aislados	Moderada–alta	Alteración leve
5	Padre + amigo del padre	Violación reiterada; consumo de alcohol y drogas; amenazas y violencia psicológica	5 años + evento adicional	Alta (violencia física y psicológica prolongada)	Alteración severa frontal–temporal
6	Primo mayor	Engaño inicial (simulación de juego), posterior violencia física y verbal	Evento único	Moderada–alta	Alteración severa

Respecto a la cronicidad y severidad cognitiva, Resultados sugieren una relación entre la exposición prolongada a experiencias traumáticas el grado de alteración neuropsicológica observado en las participantes. En términos descriptivos, los casos caracterizados por mayor duración de la victimización, participaron de múltiples agresores su exposición a formas más severas de violencia mostraron los perfiles clínicos y neuropsicológicos de mayor afectación. Estos hallazgos coinciden con la literatura que ha documentado asociaciones entre el trauma interpersonal temprano y dificultades en memoria, atención y funciones ejecutivas (Teicher et al., 2021; Ford & Courtois, 2021).

De manera particular, el Caso 3 presentó la combinación de ASI, múltiples agresores y exposición directa a violencia extrema, coincidiendo con uno de los perfiles de mayor afectación cognitiva dentro de la muestra. Aunque el diseño del estudio no permite establecer relaciones causales, este hallazgo resulta congruente con investigaciones que han señalado un mayor compromiso cognitivo en personas expuestas a experiencias traumáticas acumulativas.

Asimismo, se identificaron dificultades en tareas de codificación, evocación y reconocimiento de rostros, especialmente en los casos con mayor alteración mnésica global. Considerando que el rostro constituye uno de los principales estímulos implicados en la

interacción social, estos resultados sugieren la posible participación de procesos relacionados con la percepción y memoria de información interpersonal. No obstante, debido a que la presente investigación no incluyó instrumentos específicos de cognición social, estos hallazgos deben interpretarse de manera exploratoria.

La literatura reciente ha descrito asociaciones entre trauma interpersonal, sintomatología disociativa y alteraciones en procesos cognitivos relacionados con memoria, atención y funcionamiento ejecutivo (Lanius et al., 2020; Kondas et al., 2024). En este sentido, los resultados obtenidos aportan evidencia clínica compatible con dichos planteamientos y respaldan la importancia de continuar investigando la relación entre trauma temprano, disociación y funcionamiento neuropsicológico en mujeres sobrevivientes de abuso sexual infantil.

Interpretación Sobre el Hallazgo del Procesamiento de Rostros

Un hallazgo relevante de la presente investigación fue la presencia de dificultades en tareas de codificación, evocación y reconocimiento de rostros, observadas con distinta magnitud en las participantes evaluadas. Estas dificultades no se presentaron de manera aislada, sino que tendieron a coexistir con alteraciones en memoria, atención y funciones ejecutivas, particularmente en los casos con mayor afectación neuropsicológica global.

En los Casos 2, 3, 5 y 6, las dificultades en tareas relacionadas con reconocimiento de rostros se observaron junto con alteraciones severas en memoria, lo que sugiere que el bajo desempeño podría estar relacionado con dificultades generales en procesos de codificación, almacenamiento y recuperación de información visual previamente presentada. Asimismo, la

presencia de sintomatología asociativa elevada constituye un elemento clínico relevante para la comprensión de estos hallazgos.

Por otra parte, en los Casos 1 y 4, las dificultades observadas fueron de menor magnitud y se presentaron en el contexto de perfiles neuropsicológicos globalmente menos comprometidos. En estos casos, el desempeño en tareas de reconocimiento de rostros podía representar una vulnerabilidad específica dentro del funcionamiento cognitivo general.

Considerando que el rostro constituye uno de los principales estímulos implicados en la interacción social humana, estos resultados adquieren relevancia clínica. Diversos autores han señalado que las experiencias traumáticas tempranas pueden influir en la forma en que las personas procesan, interpretan y recuerdan información relacionada con otras personas, especialmente cuando dichas experiencias ocurren dentro de relaciones significativas o de confianza (Barrett & Satpute, 2022; Lanius et al., 2020).

No obstante, debido a que la presente investigación no incluyó instrumentos específicos para la evaluación de la cognición social o procesamiento socioemocional, estos hallazgos deben interpretarse de manera exploratoria. Se requiere investigación adicional que permita esclarecer la relación entre trauma interpersonal temprano, sintomatología disociativa y desempeño en tareas relacionadas con el reconocimiento y la memoria de rostros.

V Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo analizar el perfil neuropsicológico de mujeres con antecedentes de ASI y sintomatología compatible con TDI, mediante la evaluación de procesos de atención, memoria y funciones ejecutivas. Los resultados obtenidos muestran una convergencia consistente entre elevada sintomatología depresiva, ansiosa y disociativa,

acompañada de alteraciones neuropsicológicas de distinta magnitud, particularmente en el dominio de memoria.

Uno de los hallazgos más relevantes fue la presencia de dificultades mnésicas en la totalidad de los casos evaluados. Aunque la severidad de la alteración varió chupa entre las participantes, el dominio de memoria constituyó el sistema cognitivo más vulnerable dentro de la muestra. Cuatro de las seis participantes presentaron una alteración severa en memoria mientras que los casos restantes mostraron alteraciones leves o moderadas. Estos resultados coinciden con investigaciones previas que han documentado dificultades en procesos de codificación, almacenamiento y recuperación de información en personas con antecedentes de trauma interpersonal temprano y sintomatología disociativa (Lanius et al., 2020; Teicher et al., 2021).

Aunque la mayoría de las participantes presentó alteraciones en memoria, los Casos 1 Y 4 mostraron un desempeño dentro de rangos relativamente conservados. Este hallazgo no contradice la literatura sobre trauma complejo y disociación, sino que refleja la heterogeneidad clínica característica de esta población. Diversos estudios han señalado que las secuelas neuropsicológicas asociadas al trauma temprano no se manifiestan de manera uniforme, ya que intervienen factores como la edad de inicio y la duración del abuso, la severidad de la sintomatología disociativa, los recursos de afrontamiento desarrollados, el nivel educativo, la presencia de factores protectores y la capacidad de compensación cognitiva (Dorahy et al., 2022; Herzog & Shcamahl, 2023).

En este sentido, las participantes que no evidenciaron alteraciones significativas en memoria podrían haber conservado mecanismos compensatorios que favorecieron el desempeño

de tareas neuropsicológicas estructuradas, pese a presentar antecedentes traumáticos y sintomatología emocional relevante. Es posible que la afectación derivada del trauma se exprese con mayor intensidad en otros dominios, como la regulación emocional, la integración autobiográfica de la experiencia, la atención o las funciones ejecutivas, más que en las tareas de memoria evaluadas por el NEUROPSI.

Se observaron diferencias en la magnitud del compromiso de atención y funciones ejecutivas. Mientras algunas participantes mostraron un desempeño relativamente conservado, otras presentaron alteraciones moderadas o severas. Esta variabilidad es consistente con la literatura que describe una amplia heterogeneidad neuropsicológica en personas expuestas a experiencias traumáticas tempranas, sugiriendo que la afectación cognitiva puede manifestarse con distintos niveles de severidad y extensión.

Algo de particular interés fue la presencia de dificultades en tareas relacionadas con codificación, evocación y reconocimiento de rostros. Estas dificultades fueron más evidentes en los casos que también presentaron alteraciones severas desde memoria. Considerando que el rostro constituye uno de los principales estímulos implicados en la interacción social, este resultado adquiere relevancia clínica y teórica. No obstante, debido a que la presente investigación no incluyó instrumentos específicos para la evaluación de cognición social o procesamiento socioemocional, estos hallazgos deben interpretarse de manera exploratoria.

Diversos estudios han señalado que las experiencias traumáticas tempranas pueden influir en la forma en que las personas procesan, recuerdan e interpretan información relacionada con personas, especialmente cuando dichas experiencias ocurren dentro de relaciones significativas o de confianza (Barret & Satpute, 2022; Lanius et al., 2020). En este

sentido, las dificultades observadas en tareas de reconocimiento de rostros podrían constituir un área relevante para futuras investigaciones orientadas a comprender la relación entre trauma interpersonal, disociación y procesamiento de información socialmente significativa.

Otro hallazgo relevante fue la relación observada entre las características de la victimización y la severidad de los perfiles clínicos neuropsicológicos. De manera descriptiva, los casos caracterizados por mayor duración de la victimización, participaron de múltiples agresores o exposición o formas más severas de violencia presentaron también los niveles más elevados de alteración cognitiva. Aunque el diseño del estudio no permite establecer relaciones causales, esta tendencia coincide con la literatura sobre trauma complejo, la cual ha señalado que la acumulación de experiencias traumáticas puede asociarse con mayores dificultades en memoria, atención y regulación emocional (Ford & Courtois, 2021; Herman, 2022).

Resulta particularmente relevante que las alteraciones neuropsicológicas severas no se limitaron a participantes con baja escolaridad. Algunos de los perfiles más afectados correspondieron a mujeres con estudios universitarios o formación profesional avanzada. Este hallazgo sugiere que el nivel educativo por sí solo no explica las dificultades observadas y coincide con investigaciones que han descrito la persistencia de alteraciones cognitivas en personas con antecedentes de trauma complejo, aún en presencia de adecuados recursos intelectuales y académicos.

La presencia uniforme de depresión severa, ansiedad severa y niveles muy elevados de disociación en los seis casos constituye otro hallazgo relevante. Estos resultados sugieren que las alteraciones cognitivas observadas no ocurren de manera aislada, sino en el contexto de un cuadro clínico complejo caracterizado por elevada carga emocional y sintomatología disociativa

significativa. La literatura ha descrito que estos factores pueden interactuar con el funcionamiento cognitivo, particularmente en procesos relacionados con memoria, atención y control ejecutivo (Spiegel et al., 2022; Ross, 2025).

En conjunto, los resultados obtenidos permiten proponer que las mujeres con antecedentes de ASI y sintomatología compatible con TDI pueden presentar perfiles neuropsicológicos caracterizados por alteraciones predominantes en memoria, acompañadas de dificultades variables en atención y funciones ejecutivas. Asimismo, los hallazgos sugieren que las tareas relacionadas con codificación, evocación y reconocimiento de rostros podrían constituir un aspecto de interés para futuras investigaciones sobre las secuelas neuropsicológicas del trauma interpersonal temprano.

Finalmente, los resultados aportan evidencia clínica que contribuye a la comprensión de las posibles secuelas neuropsicológicas asociadas al ASI y a la sintomatología disociativa. Estos hallazgos respaldan la importancia de incorporar evaluaciones neuropsicológicas dentro de los procesos de atención integral a mujeres sobrevivientes de violencia sexual, favoreciendo intervenciones sensibles al trauma que consideren tanto los aspectos emocionales como los cognitivos del funcionamiento humano.

Un aspecto relevante observado durante el proceso de evaluación fue la importancia del apoyo proveniente de redes cercanas, tales como familiares, amistades significativas o personas de confianza. Aun cuando las participantes presentaron sintomatología disociativa, afectiva y alteraciones neuropsicológicas de diversa magnitud, varias de ellas mantenían actividades académicas, laborales y responsabilidades familiares. Este hallazgo sugiere que la presencia de vínculos de apoyo puede constituir un factor protector que favorece la funcionalidad cotidiana,

la permanencia en espacios educativos y laborales, así como el sostenimiento de proyectos de vida, aun frente a las secuelas derivadas del ASI y el trauma complejo.

VI Conclusiones

La presente investigación permitió caracterizar el perfil neuropsicológico de 6 mujeres con antecedentes de ASI y sintomatología compatible con TDI, identificando alteraciones cognitivas de distinta magnitud, principalmente en los dominios de memoria, atención y funciones y ejecutivas.

Los resultados mostraron que la memoria constituyó el dominio cognitivo más vulnerable dentro de la muestra. Cuatro de las seis participantes chupa presentaron alteración severa en este dominio, mientras que las restantes mostraron alteraciones leves o moderadas. Este hallazgo sugiere que los procesos de codificación, almacenamiento y recuperación de información representan áreas particularmente sensibles en mujeres con antecedentes de trauma interpersonal temprano.

Las funciones de atención y funciones ejecutivas presentaron un comportamiento más heterogéneo. Aunque algunas participantes mostraron un desempeño relativamente conservado, otras evidenciaron alteraciones moderadas o severas, lo que refleja la diversidad de manifestaciones neuropsicológicas asociadas a experiencias traumáticas tempranas y sintomatología disociativa.

La evaluación psicológica reveló que todas las participantes presentaron niveles elevados de sintomatología depresiva, ansiosa y disociativa. La presencia uniforme de estas manifestaciones clínicas indica que las alteraciones cognitivas observadas deben comprenderse

dentro de un contexto de elevada carga emocional y psicopatológica, caracterizado por la coexistencia de síntomas afectivos y disociativos.

Un hallazgo relevante fue la identificación de dificultades en tareas relacionadas con codificación, evocación y reconocimiento de rostros. Estas dificultades se observaron con mayor intensidad en los casos que también presentaron alteraciones severas en memoria, lo que sugiere la pertinencia de continuar investigando el papel de los procesos vinculados al reconocimiento de información social y facial en mujeres sobrevivientes de ASI.

Asimismo, se observó que los casos caracterizados por mayor duración de victimización participaron en múltiples agresores y exposición a formas más severas de violencia tendieron a presentar perfiles clínicos y neuropsicológicos de mayor afectación. Debido al carácter descriptivo del estudio, estos hallazgos deben interpretarse como tendencias observadas dentro de los casos analizados y no como relaciones causales.

La presencia de alteraciones neuropsicológicas severas en participantes con niveles educativos altos sugiere que las dificultades cognitivas observadas no pueden atribuirse exclusivamente a variables académicas o socioculturales, resaltando la importancia de considerar la historia de victimización y la sintomatología clínica en la interpretación de los resultados.

En conjunto, los hallazgos obtenidos respaldan la importancia de incorporar la evaluación neuropsicológica dentro de los procesos de atención integral dirigidos a mujeres con antecedentes de ASI y sintomatología disociativa. La identificación de dificultades en memoria, atención y funciones ejecutivas puede contribuir al diseño de intervenciones más precisas, sensibles al trauma y orientadas a las necesidades específicas de esta población.

Esta investigación aporta evidencia clínica sobre la relación entre trauma interpersonal temprano, sintomatología disociativa y funcionamiento neuropsicológico, contribuyendo al desarrollo del conocimiento en el campo de la neuropsicología del trauma y generando líneas de investigación futuras relacionadas con memoria, cognición social y procesamiento de información interpersonal mujeres sobrevivientes de violencia sexual infantil.

Finalmente, los hallazgos de esta investigación resaltan la importancia de que los procesos de evaluación neuropsicológica en mujeres con antecedentes de ASI se acompañen de estrategias de contención emocional y vinculación con redes de apoyo formales e informales. Desde la perspectiva ética y de salud pública, el estudio de las secuelas cognitivas y emocionales no debe limitarse a la generación de conocimiento científico, sino que también debe promover acciones que favorezcan la continuidad de la atención psicológica, el fortalecimiento de recursos de afrontamiento y el acceso a espacios seguros de acompañamiento. En este sentido, resulta fundamental impulsar programas interdisciplinarios que integren evaluación, intervención y seguimiento para contribuir a la recuperación integral de las sobrevivientes.

Limitaciones de Estudio y Líneas Futuras de Investigación

La presente investigación aporta evidencia clínica relevante sobre la caracterización neuropsicológica de mujeres con antecedentes de ASI y sintomatología compatible con TDI; sin embargo, sus hallazgos deben interpretarse considerando algunas limitaciones metodológicas.

En primer lugar, el estudio se realizó mediante un diseño de casos múltiples con una muestra reducida de seis participantes, seleccionadas mediante muestreo no probabilístico por

conveniencia. Si bien este enfoque permitió un análisis clínico detallado de cada caso, limita la posibilidad de generalizar los resultados a otras poblaciones.

En segundo lugar, el carácter transversal de la investigación impide establecer relaciones causales entre las experiencias traumáticas, la sintomatología disociativa y las alteraciones neuropsicológicas observadas. Los hallazgos describen asociaciones y patrones presentes en la muestra estudiada, sin permitir determinar la dirección o temporalidad de dichas relaciones.

Asimismo, aunque se identificaron dificultades en tareas relacionadas con codificación, evocación y reconocimiento de rostros, la investigación no incluyó instrumentos específicos para la evaluación de cognición social, procesamiento emocional facial o teoría de la mente. Por ello, las interpretaciones relacionadas con el procesamiento socioemocional deben considerarse exploratorias y requieren mayor investigación.

De igual manera, el estudio no incorporó técnicas de neuro imagen estructural o funcional, por lo que no es posible establecer conclusiones directas respecto a los mecanismos neurobiológicos subyacentes a los hallazgos cognitivos observados. Las referencias a modelos neuro funcionales y de conectividad cerebral se utilizaron únicamente como antecedentes teóricos para la comprensión de los resultados.

Finalmente, la presencia concomitante de sintomatología depresiva, ansiosa y disociativa en todas las participantes constituye un factor que puede influir en el desempeño cognitivo, dificultándole alejamiento de los efectos específicos asociados a cada dimensión clínica. A partir de estas limitaciones, se recomienda que futuras investigaciones incorporen muestras más amplias en grupos de comparación, permitiendo contrastar el desempeño

neuropsicológico de mujeres con antecedentes de ASI con otras poblaciones clínicas y no clínicas.

De igual forma, sería de interés desarrollar estudios longitudinales que permitan analizar la evolución de los perfiles neuropsicológicos a lo largo del tiempo, así como investigaciones que integren medidas neuropsicológicas, clínicas y neurobiológicas para ampliar la comprensión de las secuelas asociadas al trauma interpersonal temprano.

Finalmente, los hallazgos relacionados con el reconocimiento de rostros sugieren una línea de investigación prometedora dentro de la neuropsicología del trauma, particularmente para comprender la relación entre experiencias de victimización temprana, sintomatología disociativa y procesamiento de información socialmente relevante.

VII Referencias

- Abdellah, M. M., Ragheb, K. M., Elshafie, T. M., & Hamed, R. A. (2025). Prevalence of dissociative identity disorder among psychiatric outpatients in different cultural groups. *Middle East Current Psychiatry*, 32, 2-6 <https://doi.org/10.1186/s43045-025-00546-6>
- Adolphs, R. (2021). Social cognition: Neural systems for recognizing and responding to social signals. *Annual Review of Psychology*, 72, 103–134.
- Albert, K. M. (2023). Sex differences in stress-related disorders: Neurobiological perspectives. *Current Opinion in Psychology*, 48, 2-5 <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.101478>
- Alhraiwil, N. J., Ali, A., Househ, M., Al-Shehri, A. M., El-Metwally, A. A. (2015). Systematic review of the epidemiology of attention deficit hyperactivity disorder in Arab countries. *Neuroscienciences (Riyadh)*, 20(2), 137-144.

- Álvarez-Garavito, C., & Acosta-González, H. N. (2021). El feminicidio en América Latina: Un enfoque económico. *Desarrollo y Sociedad*, (88), 11-42.
<https://doi.org/10.13043/DYS.88.1>
- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.
- Antony, J. W., & Schechtman, E. (2023). Reap while you sleep: Consolidation of memories differs by how they were sown. *Hippocampus*, 33(8), 922-935.
- Asociación Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki de la AMM: principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Attoe, D. E., & Climie, E. A. (2023). Miss. Diagnosis: A systematic review of ADHD in adult women. *Journal of Attention Disorders*, 27 (6), 615–627. <https://doi.org/10.1177/10870547231161533>
- Barkeley, R. A. (2022). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (5th ed.). New York: Guilford Press.
- Barrett, L. F. (2022). The theory of constructed emotion: An active interference account of interoception and categorization. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 17 (1), 1–18. <https://doi.org/10.1093/scan/nsab045>
- Barrett, L. F., & Satpute, A. B. (2022). Large-scale brain networks in affective and social neuroscience: Towards an integrative functional architecture. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 43, 89–96.
- Barha, C. K., & Galea, L. A. M. (2021). Influence of different estrogens on neuroplasticity and cognition. *Hormones and Behavior* 134, 2-7.
<https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2021.105021>

- Barth, C., Villringer, A., & Sacher, J. (2020). Sex hormones affect neurotransmitters and shape the adult female brain during hormonal transition periods. *Frontiers in Neuroscience*, 14, 1–18.
- Bartsch, T., & Deuschl, G. (2020). Transient global amnesia: Functional anatomy and clinical implications. *The Lancet Neurology*, 19 (3), 205–214. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(19\)30344-8](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(19)30344-8)
- Baskin-Sommers, A., & Phelps, E. A. (2022). The neuroscience of social perception and trauma. *Annual Review of Psychology*, 73, 719–746.
- Bender, A., Brandt, T., & Dieterich, M. (2021). Transient global amnesia: Functional anatomy and clinical implications. *The Lancet Neurology*, 20(6), 468–479. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(21\)00077-2](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00077-2)
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(12), 727–735.
- Bessel van der Kolk, B. A. (2021). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma* (Reprint ed.). Penguin Books.
- Boyer, S. M., Caplan, J. E., & (2022). Trauma-related dissociation and the dissociative disorders: Neglected symptoms with severe public health consequences. *Delaware Journal of Public Health/Frontiers in Psychiatry indexing*, (PMCID: PMC9162402). 8(2), 78–84. <https://doi.org/10.32481/djph.2022.05.010>
- Brand, B. L., Schielke, H. J., Brams, J. S., & DiComo, R. A. (2021). Assessing trauma-related dissociation in clinical settings. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 209(6), 397–403.
- Brand, B. L., Schielke, H. J., Brams, J. S., & DiComo, R. A. (2022). Assessing and treating dissociation in trauma-exposed populations: Advances and challenges. *Current Opinion in Psychology*, 48, 2-3.

- Brand, B. L., & Lanius, R. A. (2020). Chronic complex dissociative disorders and borderline personality disorders: Disorders of emotion dysregulation? *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 7 (1), 1-14.
- Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., Humayun, A., Jones, L. M., Kagee, A., Rousseau, C., Somasundaram, D., Suzuki, Y., & Reed, G. M. (2020). *Clinical Psychology Review*, 58, 1–15.
- Bryant, R. A. (2022). Post-traumatic stress disorder: A state-of-the-art review of evidence and challenges. *World Psychiatry*, 21 (1), 68–86. <https://doi.org/10.1002/wps.20962>
- Bryce, I., & Petherick, W. (Eds.). (2020). *Child sexual abuse: Forensic issues in evidence, impact, and management*, 40-300 Academic Press.
- Cagney, J., Spencer, C., Flor, L., Herbert, M., Khalil, M., O'Connell, E., Mullany, E., Bustreo, F., Singh Chandan, J., Metheny, N., Knaul, F., & Gakidou, E. (2025). Prevalence of sexual violence against children and age at first exposure: A global analysis by location, age, and sex (1990–2023). *The Lancet*, 405 (10492), 1817–1836. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)00311-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)00311-3)
- Canta Honores, J. L., & Quesada Llanto, J. (2021). El uso del enfoque del estudio de caso: Una revisión de la literatura. Horizontes. *Revista de Investigación en Ciencias de la Educación*, 5(19), 775–786. <https://doi.org/10.33996/revistahorizontes.v5i19.236>
- Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation*, 6(1), 16–27.
- Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (2022). An update on dissociative disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 45(3), 401–418.
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2020). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress*, 33(5), 645- 655.

- Cole, A. B., Montgomery, K., Bale, T. L., & Thompson, S. M. (2022). What the hippocampus tells the HPA axis: Hippocampal output attenuates acute stress responses via disynaptic inhibition of CRF+ PVN neurons. *Neuron*, 110 (19), 3185–3197. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2022.07.015>
- Cortés, J, García, Al, Jiménez, A., y Martínez, P. (2021). Prevalencia de TDAH en estudiantes universitarios mexicanos: Un estudio de cribado con ASRS y WURS. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 22(3), 110-118.
- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (Eds.). (2020). *Treatment of complex trauma: A sequenced, relationship-based approach* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA), (2023), *Plan sectorial de salud mental y adicciones 2023-2024*. Secretaria de Salud, Gobierno de México.
- Cruz, D., Ceccato, E., Frustaci, A., Cavallini, M. C., Di Blasio, P., & Viscardi, B. (2022). Childhood maltreatment and social cognition: A systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(2), 2-10 Article 2066980. <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2066980>
- Chalavi, S., Vissia, E. M., Giesen, M. E., Nijenhuis, E. R. S., Draijer, N., Cole, J. H., Reinders, A. A. T. S., & Daniels, J. K. (2020). Neurocognitive and neurostructural correlates of dissociation in dissociative identity disorder. *NeuroImage: Clinical*, 27, 102320, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2020.102320>
- Chopin, J., & Beauregard, E. (2020). Scripting extrafamilial child sexual abuse: A latent class analysis of the entire crime-commission process. *Child Abuse & Neglect*, 106, 2-3. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104521>
- D'Andrea, W., & Pole, N. (Eds.). (2023). *The dissociative mind in psychoanalysis: Understanding and working with trauma*. Routledge. 1-80.
- Dalenberg, C. J., Brand, B. L., Gleaves, D. H., Dorahy, M. J., Loewenstein, R. J., Cardeña, E., Frewen, P. A., Carlson, E. B., & Spiegel, D. (2020). Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychological Bulletin*, 146 (7), 545–573.

- Daskalakis, N. P., Bagot, R. C., Parker, K. J., Vinkers, C. H., & de Kloet, E. R. (2022). Mineralocorticoid receptor and glucocorticoid receptor signaling in stress-related disorders. *International Journal of Molecular Sciences*, 23(9), 4901. <https://doi.org/10.3390/ijms23094901>
- Daugherty, J. C., García-Navas-Menchero, M., Fernández-Fillol, C., Hidalgo-Ruzzante, N., & Pérez-García, M. (2024). Tentative Causes of Brain and Neuropsychological Alterations in Women Victims of Intimate Partner Violence. *Brain Sciences*, 14(10), 996. <https://doi.org/10.3390/brainsci14100996>
- Davachi, L. (2021). Memory consolidation and the reorganization of brain networks. *Annual Review of Psychology*, 72, 307–330.
- Dehghani Firouzabadi, F., Ramezanpour, S., Dehghani Firouzabadi, M., Yousem, I. J., Puts, N. A. J., & Yousem, D. M. (2022). Neuroimaging in attention-deficit/hyperactivity disorder: Recent advances. *AJR. American Journal of Roentgenology*, 218 (2), 321–332.
- Diamond, A. (2020). Executive functions. En J. T. Wixted y E. A. Phelps (Eds.), *Stevens' handbook of experimental psychology and cognitive neuroscience*, 4.^a ed., Vol. 1, 1–44. Wiley.
- Dorahy, M. J., Gold, S. N., & O'Neil, J. A. (Eds.). (2022). *Dissociation and the dissociative disorders: Past, present, future* (2nd ed.). New York, Routledge. 1-35. <https://doi.org/10.4324/9781003057314>
- Draheim, C., Tsukahara, J. S., Martin, J. D., Mashburn, C. A., & Engle, R. W. (2022). The role of attention control in complex real-world tasks. *Psychonomic Bulletin & Review*, 29, 1143–1197.
- Eichenbaum, H. (2021). Memory: Organization and control. *Annual Review of Psychology*, 72, 1–28.
- ECPAT International. (2025). *Terminology guidelines for the protection of children from sexual exploitation and sexual abuse* (2nd ed.).

- El País. (2025, febrero 20). Paula Aguilar, psicóloga: “La violencia sexual infantil es un problema de salud pública en México que nadie está atendiendo”. El País. <https://elpais.com/mexico/2025-02-20/paula-aguilar-psicologa-la-violencia-sexual-infantil-es-un-problema-de-salud-publica-en-mexico-que-nadie-esta-atendiendo.html>
- Esopenko, C., Jain, D., Adhikari, S. P., Dams-O'Connor, K., Ellis, M., Lin Haag, H., Hovenden, E. S., Keleher, F., Koerte, I. K., Lindsey, H. M., Marshall, A. D., Mason, K., McNally, J. S., Menefee, D. S., Merkley, T. L., Read, E. N., Rojczyk, P., Shultz, S. R., Sun, M., ... Wilde, E. A. (2024). Intimate partner violence–related brain injury: Unmasking and addressing the gaps. *Journal of Neurotrauma*, 41(19–20), 2219–2237. <https://doi.org/10.1089/neu.2023.0543>
- Esposito, R., Ruggiero, G. M., Monteleone, A. M., Monteleone, P., & Vicari, S. (2025). Exploring differential patterns of dissociation severity and neurobiological correlates. *Behavioral Sciences*, 15 (7), 2-9. <https://doi.org/10.3390/bs15070850>
- Farina, B., & Schimmenti, A. (2025). *Traumatic attachment: Clinical reasoning for attachment trauma*. In A. M. Gómez & J. Hosey (Eds.), *The handbook of complex trauma and dissociation in children: Theory, research, and clinical applications* 38–55. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003350156-5>
- Finkelhor, D. (2020). Trends in adverse childhood experiences (ACEs) in the United States. *Child Abuse & Neglect*, 108, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104641>
- Ford, J. D. (2020). Complex PTSD and developmental trauma disorder in children and adolescents. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1-7.
- Ford, J. D., & Courtois, C. A. (2021). Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8 (1), 2-12. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00155-9>
- Frewen, P. A., & Lanius, R. A. (2020). *Healing the traumatized self: Consciousness, neuroscience, treatment*. 2nd ed., 1-312. W. W. Norton & Company.

- Friedman, N. P., & Robbins, T. W. (2022). The role of prefrontal cortex in cognitive control and executive function. *Neuropsychopharmacology*, 47(1), 72–89.
<https://doi.org/10.1038/s41386-021-01132-0>
- Fung, B. J., Raine, A., & Gao, Y. (2023). Childhood maltreatment and social cognitive functioning: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 149, 4-12.
- Gaillard, A., Barrouillet, P., & Camos, V. (2021). Sex differences in executive control: A systematic review of functional neuroimaging studies. *European Journal of Neuroscience*, 54(12), 8414–8442. <https://doi.org/10.1111/ejn.15107>
- Gallagher, W. M., et al. (2022). Offender decision-making in sexual crimes: A situational and behavioral analysis. *Journal of Interpersonal Violence*, 37, 15–16. NP13456–NP13478.
- González-Rivera, J. A., & Rosario-Hernández, E. (2023). Dissociative Experiences Scale: Psychometric analysis in Puerto Rico and contributions to the discussion of the factor structure. *Interactions*, 9(1), e360, 1–13. <https://doi.org/10.24016/2023.v9n1.360>
- Goswami, U. (2021). *Cognitive development and cognitive neuroscience: The learning brain*. 2nd ed. 1-320. Psychology Press.
- Hailes, H. P., Yu, R., Danese, A., & Fazel, S. (2021). Long-term outcomes of childhood sexual abuse: An umbrella review. *The Lancet Psychiatry*, 8(10), 830–839.
- Herman, J. L. (2022). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror* (Updated ed.). Basic Books.
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. P. (2020). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. 196-435. McGraw-Hill Education.
- Herzog, J. I., & Schmahl, C. (2023). Adverse childhood experiences and the consequences on neurobiological, psychosocial, and somatic conditions across the lifespan, in Therapeutic effect of psilocybin in addiction: Asystematic review, *Frontiers in Psychiatry*, 14, 2-6.

- Hildebrandt, M., McCall, C., Engen, H. G., & Singer, T. (2021). Cognitive control and emotion regulation in dissociation: A neurofunctional perspective. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 131, 118–134.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2021 (ENDIREH): Resultados nacionales. INEGI. <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2021/>
- Institute for Economics & Peace. (2023), Global Peace Index 2023: Measuring peace in a complex world, (17th ed.). Vision of Humanity. <https://www.visionofhumanity.org/wp-content/uploads/2023/06/GPI-2023-Web.pdf>
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation, [ISSTD], (2024), *Adult treatment guidelines for dissociative disorders* (rev.2024). <https://www.isstd.org/publications-resources/resources/adult-treatment-guidelines/>
- Joëls, M., Karst, H., DeRijk, R., & de Kloet, E. R. (2020). The coming out of the brain mineralocorticoid receptor. In Harmony Lost, *Trends in Neurosciences*, 43(10), 686–699. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2020.07.002>
- Kandel, E. R., Koester, J. D., Mack, S. H., & Siegelbaum, S. A. (2021). *Principles of Neural Science* 6thed. New York, NY: McGraw-Hill Education. 1409-1518.
- Karatzias, T., Shevlin, M., Hyland, P., Brewin, C. R., Cloitre, M., Bisson, J. I., Roberts, N. P., & Ben-Ezra, M. (2023). ICD-11 complex PTSD: Clinical utility and implications for treatment, in Candidate diagnostic biomarkers for neurodevelopmental disorders in children and adolescents: a systematic review, *World Psychiatry*, 22(1), 108–109.
- Kate, M.-A., Hopwood, T., & Jamieson, G. (2020). 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>

- Kensinger, E. A., & Ford, J. H. (2020). Retrieval of emotional events from memory. *Annual Review of Psychology*, 71, 251–272. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010419-051123>
- Kondas, A., Szabó, Z., Kincses, Z. T., Perlaki, G., Orsi, G., Nagy, S. A., Bogner, P., Schwarcz, A., & Janszky, J. (2024). White matter correlates of dissociation in trauma-exposed women. *Psychiatry Research*, 342, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116231>
- Krause-Utz, A., Winter, D., Niedtfeld, I., & Schmahl, C. (2021). The impact of dissociation on emotion processing in borderline personality disorder: A functional MRI study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 309, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2021.111234>
- Krause-Utz, A. (2022). Dissociation, trauma, and borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 9 (1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s40479-022-00184-y>
- Lanius, R. A., Vermetten, E., Pain, C. (Eds.). (2023). *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic* (2nd ed.). Cambridge University Press. 1-450
- Lanius, R. A., Frewen, P. A., Tursich, M., Jetly, R., & McKinnon, M. C. (2020). Restoring large-scale brain networks in PTSD and related disorders: A proposal for neuroscientifically-informed treatment interventions. *European Journal of Psychotraumatology*, 11 (1), 1-8.
- Lebois, L. A. M., Wolff, J. D., van Rooij, S. J. H., Jovanovic, T., & Ressler, K. J. (2022). Deconstructing dissociation: A triple network model of trauma-related dissociation and its subtypes. *Neuropsychopharmacology*, 47 (13), 2261–2270. <https://doi.org/10.1038/s41386-022-01468-1>
- Leclerc, B., & Wortley, R. (2020). *Child sexual abuse: Offending, victimization and prevention*. Routledge. 1-250.
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., Bigler, E. D., & Tranel, D. (2023). *Neuropsychological assessment* (6th ed.), 350-1030, Oxford University Press.

- Leichsenring, F., Steinert, C., & Rabung, S. (2020). The efficacy of psychodynamic psychotherapy in specific mental disorders: A 2019 update of meta-analyses. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 2-11.
- Lisofsky, N., Riediger, M., Gallinat, J., Lindenberger, U., & Kühn, S. (2021). Hormonal contraceptive use is associated with neural and affective changes in healthy young women. *Psychoneuroendocrinology*, 129, 2-6.
- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badia, X., & Baró, E. (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery–Åsberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale en la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina Clínica*, 118(13), 493–499.
- Loewenstein, R. J. (2022). Dissociative identity disorder and other dissociative disorders. En J. Oldham, A. Tasman, & M. B. Riba (Eds.), *American Psychiatric Association publishing textbook of psychiatry* (7th ed., 863-900). American Psychiatric Publishing.
- Lotfinia, S., Soorgi, Z., Mertens, Y., & Daniels, J. K. (2020). Structural and functional brain alterations in dissociative disorders: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 108, 833–852. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.12.007>
- Lupien, S. J., Juster, R.-P., Raymond, C., & Marin, M.-F. (2020). The effects of chronic stress on the human brain: From neurotoxicity, to vulnerability, to opportunity. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 56, 2-9.
- Lynn, S. J., Lilienfeld, S. O., Merckelbach, H., Giesbrecht, T., & van der Kloet, D. (2020). Dissociation and dissociative disorders: Challenging conventional wisdom. *Current Directions in Psychological Science*, 29 (3), 219–225.
- Maki, P. M., & Dumas, J. (2020). Cognitive changes associated with reproductive aging, perimenopause, and menopause. En A. F. T. Arnsten, D. H. Geschwind, & H. P. Goodwin (Eds.), *The Oxford Handbook of Cognitive Neuroscience* (Vol. 2, 365–386). Oxford University Press.

- Mathews, B., Collin-Vézina, D., & Sethi, D. (2021). The systemic silencing and isolation of child sexual abuse victims. *Child Abuse & Neglect*, 120, 2-17.
- Mayes, A. R., & Burgess, N. (2020). Hippocampal contributions to memory and cognition. *Trends in Cognitive Sciences*, 24(6), 462–478.
- Mendez, J. (2024), *Salud Mental: Presupuesto y politica nacional*. Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP).
- Miyake, A., & Friedman, N. P. (2012). The nature and organization of individual differences in executive functions: Four general conclusions. *Current Directions in Psychological Science*, 29 (1), 6–13. <https://doi.org/10.1177/0963721411429458>
- Moskowitz, A. (2020). *Psychosis, trauma and dissociation: Evolving perspectives on severe psychopathology* (2nd ed. 1-350). Wiley-Blackwell.
- McElvaney, R. (2022). Disclosure of child sexual abuse: Delays, barriers and facilitators. *Child Abuse & Neglect*, 124, 2-12.
- McEwen, B. S., & Schmeelk, H. M. (2021). The brain on stress: Toward an integrative approach to brain, body, and behavior. *Annual Review of Medicine*, 72, 1–15.
- McEwen, B. S., & Akil, H. (2020). Revisiting the stress concept: Implications for affective disorders. En Multisensory Integration and the Society for Neuroscience: Then and Now, *The Journal of Neuroscience*, 40 (1), 12–21. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0733-19.2019>
- McLaughlin, K. A., Weissman, D., & Bitrán, D. (2020). Childhood adversity and neural development: A systematic review. *Annual Review of Developmental Psychology*, 2, 277–312. <https://doi.org/10.1146/annurev-devpsych-121318-084950>
- Mitra, P., & Jain, A. (2023). *Dissociative identity disorder*. En SatPearls. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568768/>

- Mier, D., Liebherr, M., Kirsch, P., & Esslinger, C. (2022). Social cognition and trauma-related disorders: Neural mechanisms of facial emotion processing. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 132, 1281–1295.
- Mychailyszyn, M. P., Brand, B. L., Webermann, A. R., Dorahy, M. J., Loewenstein, R. J., Ross, C. A., Şar, V., & Frewen, P. A. (2021). The diagnosis of dissociative disorders: Current state and future directions. *Current Opinion in Psychology*, 41, 120–126. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.05.007>
- Nicholson, A. A., Harricharan, S., Densmore, M., Neufeld, R. W. J., Ros, T., McKinnon, M. C., Frewen, P. A., & Lanius, R. A. (2020). Classifying heterogeneous presentations of PTSD via the default mode, central executive, and salience networks with machine learning. *NeuroImage: Clinical*, 27, 2-9. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2020.102262>
- Nijenhuis, E. R. S. (2023). *The trinity of trauma: Ignorance, fragility, and control* (Vol. 1–3; 1-1400). Vandenhoeck & Ruprecht.
- Nemeroff, C. B. (2021). The long-term impact of early life stress on brain and behavior. *Journal of Clinical Psychiatry*, 82(1), 1-5.
- Onno van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2022). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization* (2nd ed., 1-500). W. W. Norton & Company.
- ONU Mujeres. (2024), *Feminicidios en 2023: Estimaciones globales de los asesinatos de mujeres y niñas por razones de género*, ONU Mujeres. <https://www.unwomen.org>
- Ostrosky-Solís, F., Gómez, M. E., Matute, E. Ardila, A. y Pineda, D. (2012). *NEUROPSI: Atención y Memoria*. 3ª. Edición. Manual Moderno.
- Organización Panamericana de la Salud. (2024). *Violencia contra mujeres y niñas indígenas, afrodescendientes o pertenecientes a otros grupos étnicos: Análisis transversal de información*. Organización Panamericana de la Salud. 1-110

- Palmer, E., & Finger, S. (2001). An early description of ADHD (Inattentive Subtype): Dr Alexander Crichton and “Mental Restlessness” (1798). *Child Psychology and Psychiatry Review*, 6(2), 66 – 73.
- Pearson, J., Naselaris, T., Holmes, E. A., & Kosslyn, S. M. (2020). Mental imagery: Functional mechanisms and clinical applications. *Trends in Cognitive Sciences*, 24(3), 223–235.
- Petersen, S. E., & Posner, M. I. (2021). The attention system of the human brain: 20 years after. *Annual Review of Neuroscience*, 44, 73–89.
- Pletzer, B., Comasco, E., Hidalgo-Lopez, E., Kimmig, A.-C. S., Sundström-Poromaa, I., & Derntl, B. (2025). Menstrual cycle-related changes in the human brain. En J. H. Grafman (Ed.), *Encyclopedia of the Human Brain* (2.^a ed., pp. V3-604-V3-623). Elsevier.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-820480-1.00151-0>
- Ponte-González, A. D., Figueroa-Lara, A., Morales-Carmona, E., & Ponce-Rosas, E. R. (2023). Violencia hacia la mujer y su impacto en la salud. *Revista de la Facultad de Medicina (UNAM)*, 66 (3), 165–174.
- Preckel, K. H., Kanske, P., & Singer, T. (2021). On the interaction of social affect and cognition: Empathy, compassion and theory of mind. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 43, 171–178.
- Prince, M. (1905), *The dissociation of a personality: A biographical study in abnormal psychology*, Longmans, Gree, and Co.
- Purcell, J. B., Brand, B. L., Browne, H. A., Chefetz, R. A., Shanahan, M., Bair, Z. A., Baranowski, K. A., Davis, V., Mangones, P., Modell, R. L., Palermo, C. A., Robertson, E. C., Robinson, M. A., Ward, L., Winternitz, S. R., Kaufman, M. L., & Lebois, L. A. M. (2024). *Tratment of dissociative identity disorder: Leveraging neurobiology to optimize success. Expert Review of Neurotherapeutics*, 24(3), 273–289. <https://doi.org/10.1080/14737175.2024.2316153>
- Quaedflieg, C. W. E. M., & Schwabe, L. (2020). Memory dynamics under stress. *Memory*, 28(3), 364–376.

- Quinette, P., Guillery-Girard, B., Dayan, J., de la Sayette, V., Marquis, S., Viader, F., & Eustache, F. (2020). What does transient global amnesia really mean? Review of the literature and neurobiological hypotheses. *Neuropsychologia*, 138, 2-10.
- Raine, A. (2023). *The anatomy of violence: The biological roots of crime* (Updated ed.). Penguin Random House, 111-450.
- Rakesh, D., Elzeiny, R., Vijayakumar, N., & Whittle, S. (2023). A longitudinal study of childhood maltreatment and brain development. *Psychological Medicine*, 53(5), 1–12.
- Ranganath, C. (2022). *Why we remember: Unlocking memory's power to hold on to what matters*, 31-226, Doubleday.
- Reinders, A. A. T. S., Willemsen, A. T. M., Vos, H. P. J., den Boer, J. A., & Nijenhuis, E. R. S. (2016). Fact or factitious? A psychobiological study of authentic and simulated dissociative identity states. *PLOS ONE*, 11 (6) 2-9. e0156614.
- Reul, J. M. H. M., & de Kloet, E. R. (1985). Two receptor systems for corticosterone in rat brain: Microdistribution and differential occupation. *Endocrinology*, 117(6), 2505–2511. <https://doi.org/10.1210/endo-117-6-2505>
- Rincón-Cortés, M., Herman, J. P., Lupien, S., Maguire, J., & Shansky, R. M. (2023). Stress: Influence of sex, reproductive status and gender. *Neurobiology of Stress*, 23, 2-8.
- Robison, M. K., Miller, A. L., & Unsworth, N. (2022). Individual differences in working memory capacity, attention control, and fluid intelligence. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 48(10), 1467–1484.
- Rodríguez, I. I., & Guzmán, C. JA. (2023). La neuropsicología como herramienta para el diagnóstico y tratamiento de víctimas de violencia física de pareja. *Revista Mexicana de Ciencias Penales*, 7(21), 21–42. <https://doi.org/10.57042/rmcp.v7i21.673>
- Rohr, J., Netherton, E., & Combs, H. (2025). Pregnancy, menopause, and other hormonal factors. En E. Sullivan-Baca & R. L. Ellison (Eds.), *Neuropsychology of women: Considerations for clinical care & research* 321–349. Springer.

- Rolls, E. T. (2023). The orbitofrontal cortex, emotion, motivation, and decision-making: Clinical applications. En D. Poeppel, G. R. Mangun, & M. S. Gazzaniga (Eds.), *The cognitive neurosciences*, 6th ed., 459–468. MIT Press.
- Rolls, E. T. (2023). Emotion, motivation, decision-making, the orbitofrontal cortex, anterior cingulate cortex, and the amygdala. *Brain Structure and Function*, 228, 1201–1257. <https://doi.org/10.1007/s00429-023-02644-9>
- Ross, C. A. (2025). *Epidemiology of dissociation in children*. En A. M. Gómez & J. Hosey (Eds.), *The handbook of complex trauma and dissociation in children* (Part I). Routledge.
- Rosas-Santiago, F. J., Fresán-Orellana, A., Tovilla-Zárate, C. A., Hernández-Díaz, Y., Juárez-Rojop, I. E., López-Narváez, M. L., & Genis-Mendoza, A. D. (2020). Estructura factorial de la versión mexicana del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49 (3), 173–181.
- Stratton, S. J. (2021). Population research: Convenience sampling strategies, Prehospital And Disaster Medicine, 36 (4), 373–374. <https://doi.org/10.1017/S1049023X21000649>
- Rueda, P., Ferragut, M., Cerezo, M. V., & Ortiz-Tallo, M. (2021). Child sexual abuse in Mexican women: Type of experience, age, perpetrator, and disclosure. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 1-7.
- Ruocco, A. C., & Carcone, D. (2021). A neurobiological model of borderline personality disorder: Systematic and integrative review. *Harvard Review of Psychiatry*, 29 (1), 1–18.
- Ruge, J., Van Meurs, B., Van Harmelen, A.-L., Goodyer, I. M., Jones, P. B., & Stäb, N. (2024). *How adverse childhood experiences get under the skin: A systematic review, integration and methodological discussion on threat and reward learning mechanisms*. eLife, 13, e92700. <https://doi.org/10.7554/eLife.92700>

- Ryan, T. J., & Frankland, P. W. (2022). Forgetting as a form of adaptive engram cell plasticity. *Nature Reviews Neuroscience*, 23(3), 173–186.
- Sacher, J., Okon-Singer, H., & Villringer, A. (2020). Evidence from neuroimaging for the role of sex hormones in cognition and emotion. *Journal of Neuroscience Research*, 98 (2), 287–304.
- Salter, M., Brand, B. L., Robinson, M., Loewenstein, R., Silberg, J., & Korzekwa, M. (2025). Self-diagnosed cases of dissociative identity disorder on social media: Conceptualization, assessment, and treatment. *Harvard Review of Psychiatry*, 33 (1), 41–48.
- Sander, D., Bartsch, T., Connolly, F., Enzinger, C., Fischer, U., Nellessen, N., Poppert, H., Szabo, K., & Topka, H. (2023). Guideline “Transient global amnesia (TGA)” of the German Society of Neurology (Deutsche Gesellschaft für Neurological Society: S1-guideline. *Neurological Research and Practice*, 5, (15) 2-5.
- Sánchez Olarte, J., Tapia Mejía, E., & Méndez Espinoza, J. A. (2024). *El estudio de caso como método de investigación cualitativa*. En C. F. Domínguez Ávila & A. Arévalo (Eds.), *Métodos y técnicas de investigación en contextos de alta vulnerabilidad político – social: Validez, confiabilidad y pertinencia* (2) 215–231. CLACSO.
- Sardinha, L., Maheu-Giroux, M., Stöckl, H., Meyer, S. R., García-Moreno, C., & Kyu, H. H. (2024). Global prevalence of non-partner sexual violence against women: Estimates from 2018–2021. *The Lancet Global Health*, 12 (10), e1518–e1532. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(24\)00260-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00260-7)
- Şar, V. (2023). Dissociative disorders: A comprehensive review of epidemiology, neurobiology, and treatment. *Current Opinion in psychiatry*, 36 (5), 401–408.
- Shields, G. S., Sazma, M. A., McCullough, A. M., & Yonelinas, A. P. (2023). The effects of acute and chronic stress on memory: A meta-analysis and review. *Psychological Bulletin*, 149(1–2), 1–39.

- Shrestha, P., & Bhattarai, P. C. (2022). Application of case study methodology in the exploration of inclusion in education. *American Journal of Qualitative Research*, 6(1), 73–84. <https://doi.org/10.29333/ajqr/11461>
- Schroeder, M. A., & Schmahl, C. (2021). Dissociation, stress, and the borderline personality disorder: Current developments and future directions. *Current Psychiatry Reports*, 23(8), 1-9. <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01263-9>
- Schore, A. N. (2021). Right brain psychotherapy (2nd ed.). *W. W. Norton & Company*.
- Schmahl, C., Bohus, M., & Kleindienst, N. (2023). Neurobiological alterations in trauma-related disorders: Implications for emotion regulation and social cognition. *Current Psychiatry Reports*, 25(2), 75–86.
- Schwabe, L. (2022). Memory under stress: From single systems to network changes. *European Journal of Neuroscience*, 55(1), 220–236.
- Secretaría de Salud. (2014), Reglamento de la Ley de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Diario Oficial de la Federación. Última reforma publicada el 2 de abril de 2014. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Spiegel, D., Lewis-Fernández, R., Lanius, R., Vermetten, E., Simeon, D., & Friedman, M. (2021). Dissociative disorders in DSM-5-TR. *American Journal of Psychiatry*, 178(11), 1057–1068.
- Spiegel, D., Loewenstein, R. J., Lewis-Fernández, R., Sar, V., Simeon, D., Vermetten, E., Cardeña, E., & Dell, P. F. (2022). Dissociative disorders in DSM-5-TR: Overview and current perspectives. *American Journal of Psychiatry*, 179(9), 1–12.
- Steuwe, M., Daniels, J. K., Frewen, P. A., Densmore, M., Theberge, J., & Lanius, R. A. (2021). Effect of direct eye contact in PTSD related to childhood maltreatment: An fMRI study of face processing. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1–13.
- Suchy, Y. (2023). Disorders of executive functioning. En G. G. Brown, T. Z. King, K. Y. Haaland, & B. Crosson (Eds.), *APA handbook of neuropsychology: Vol 1*.

- Neurobehavioral disorders and conditions-Accepted science and open questions, *American Psychological Association*, 335–360.
- Taïb, S., Yron-di, A., Lemesle, B., Péran, P., & Pariente, J. (2023). What are the neural correlates of dissociative amnesia? A systematic review of the functional neuroimaging literature. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 2-7. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1092826>
- Teicher, M. H., Samson, J. A., Anderson, C. M., & Ohashi, K. (2021). The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature Reviews Neuroscience*, 22 (9), 548–563.
- United Nations Children’s Fund. (2020). *Action to end child sexual abuse and exploitation: A review of the evidence*. UNICEF, 7-80.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2022). *Global report on trafficking in persons 2022*. UNODC. <https://www.unodc.org>
- Van der Kolk, B. A. (2021). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma* (Reprint ed.). Penguin Books.
- Vancappel, A., & El Hage, W. (2025). Relationship between state/trait dissociation and cognitive performance. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2-9.
- Vissia, E. M., Dorahy, M. J., Diseth, T. H., Brand, B. L., Škodlar, B., Ploegmakers-Burg, M., & Reinders, A. A. T. S. (2022). Dissociative identity state-dependent working memory in DID: An fMRI study. *BJPsych Open*, 8 (3), e82 1-7. <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.22>
- Vossel, S., Geng, J. J., & Fink, G. R. (2023). Dorsal and ventral attention systems: Distinct neural circuits but collaborative roles. *Nature Reviews Neuroscience*, 24(2), 83–100.
- Winters, G. M., Jeglic, E. L., & Kaylor, L. E. (2020). Validation of the Sexual Grooming Model of Child Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 29 (7), 855–875.
- World Health Organization. (2021). *Violence against women prevalence estimates, 2018: Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against*

women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>

World Health Organization. (2024). Child maltreatment (fact sheet). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

Zhang, R., Li, M., Chen, X., Zhang, J., Yang, Y., & Liu, J. (2023). Different cortical connectivity in human females and males. *Communications Biology*, 6, 2-12.

VIII Apéndice

Consentimiento Informado

Evaluación Neuropsicológica en Mujeres con Antecedentes de Trastorno Disociativo de la Identidad como Secuela de Abuso Sexual Infantil

Cuernavaca, Mor. _____ de _____ de 2026

INFORMACIÓN: En esta investigación, se busca detectar personas con alteraciones asociadas a Trastorno Disociativo de Identidad (TDI), como consecuencia de Abuso Sexual Infantil (ASI)

- La investigación incluye una evaluación clínica donde se realizará una exploración rápida mediante entrevista con la Escala Hamilton para Detección de Ansiedad; Inventario de Depresión Beck (BDI-2) y Escala de Experiencias Disociativas- II (DES-II) en las participantes interesadas, en modalidad presencial e individual.
- Para la evaluación neuropsicológica se llevará a cabo una entrevista semiestructurada y se utilizarán la batería neuropsicológica NEUROPSI Atención y Memoria. Lo anterior en modalidad presencial e individual.
- De igual forma, para conocer las experiencias de vida de las participantes con respecto a ASI, se realizarán intervenciones de escucha, registro y seguimiento en afecciones psicológicas.

La participación es voluntaria, si en algún momento desea retirarse podrá hacerlo sin que ello le cause alguna repercusión.

CONFIDENCIALIDAD: Toda la información que proporcione será **estrictamente confidencial**, siendo accesible únicamente para la psicóloga y su supervisora. No se requiere grabar, fotografiar o realizar otra actividad no descrita aquí. Asimismo, al ser una investigación, los datos recabados serán utilizados para fines científicos y académicos, conservando la privacidad y el anonimato de su información.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente documento yo*, _____, en calidad de **participante**, manifiesto que he leído los lineamientos que aquí se han establecido, he expresado mis dudas y éstas han sido resueltas, por ello, otorgo mi consentimiento para ser atendida en las condiciones y con las características que aquí se detallan. Asimismo, cuento con absoluta libertad para revocar mi consentimiento en el momento que lo considere pertinente.

Nombre y firma

Responsable: Psicóloga María de Lourdes Gómez Chavira
malupsicchavira@gmail.com
Céd Profesional de la responsable: 4519035
Num. Móvil de la responsable: 777159 5240

Nombre y firma



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DRA. MARICARMEN ABARCA ORTIZ
COORDINADORA ACADÉMICA
MAESTRÍA PSICOLOGÍA
FACULTAD PSICOLOGÍA
P R E S E N T E

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Maestría en Psicología

Cuernavaca Morelos a 4 junio 2026

ASUNTO: Votos Aprobatorios

Por este medio, nos permitimos informar a Usted el dictamen de votos aprobatorios de la tesis titulada: **Caracterización Neuropsicológica de Mujeres con Abuso Sexual Infantil y Sintomatología Compatible con Trastorno Disociativo de la Identidad**. Trabajo que presenta la C. **María de Lourdes Gómez Chavira**, persona participante en el *-Acuerdo para la tramitación extemporánea de obtención de grado académico en planes de estudio de posgrados de la UAEM-* quien cursó la Maestría en Neuropsicología perteneciente a la Facultad de Psicología de la UAEM en las instalaciones de la Facultad de Psicología.

VOTOS PROBATORIOS			
COMISIÓN REVISORA	APROBADO	CONDICIONADO A QUE SE MODIFIQUEN ASPECTOS*	SE RECHAZA*
DRA. ELIZABETH AVELEYRA OJEDA	X		
DRA. BERENICE PEREZ AMEZCUA	X		
MTRA. MARIBEL DE LA CRUZ GAMA	X		
MTRA. REYNA LUNA SAAVEDRA	X		
DR. PAUL SAFT LAMA	X		

**En estos casos deberá notificar al alumno el plazo dentro del cual deberá presentar las modificaciones o la nueva investigación (no mayor a 30 días).*

Sirva lo anterior para que dicho dictamen permita realizar los trámites administrativos correspondientes para la presentación de su examen de grado. Sin más por el momento agradecemos la atención prestada y quedamos de Usted, reiterando nuestras más amplias consideraciones.

ATENTAMENTE
Comisión Revisora
(Se anexa e-firma)



UAEM
RECTORÍA
2023-2029



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento con firma electrónica UAEM, soportada por el certificado vigente a la fecha de su elaboración y con efectos plenos de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS PUBLICADOS en el ÓRGANO INFORMATIVO UNIVERSITARIO "ADOLFO MENÉNDEZ SAMARÁ" número 117 de fecha 20 de abril de 2021.

Sello electrónico

PAUL SAFT LAMA | Fecha:2026-06-04 12:48:43 | FIRMANTE

oxhtb6D6etb5Q8AWV1+eCGGWvyZ0Lln8aN+AbVNSUsg/KrNCgK2X/8OIKsPrT+mXnb+B8o2aB9+L0pxSvwX4c2Nix7mpkRznjitrP8Us8WnO+jTmZ74aObZZIR+wPu8UCxw1N
YwPF6SKNg74IRgqrwdo3dLpVOx7KOMnNb9wCdF77wIFP3pZj6ESAUXVe0T0dErMRCqyHuazFWyzDs1ya39D8QwDD+c+16xEuWpmY8TXT+Zzhio3VDvHDF2Y30rPMbtLSxtT
M7VJnzl+mGPqWbHvM0r42B6KbR583mQb+I8rLF2NgShDW46pdp/Y54H681HTH34D1MiMJzPSn2wQ==

BERENICE PEREZ AMEZCUA | Fecha:2026-06-04 14:29:06 | FIRMANTE

hfuzeVABhUbA1W+sBnhHrQE6paT2fWPmChKcKnbfbBsjGztE6Ok9VpW3yKCZkdHcKQH/vzrNuZmO+XSC7GVdHmdAzJuGcjjmZvRPNg7jOgkMUOV0JcN5Ju3RsESjCAPijHx
EKqN7P6OEz80vAWobx/430wz9Acx7hswmHNzAUGb8LEBKpQJ0s0CuBNn+k6idxYPyuV9vPgVwMXBa+sbLvMV96gVOMbb3pQX//afFdPQyMWikW8KmNgTSMEQhIOjyJ5+BN
ookGhKq0LpeZQFYL+ifKuSvxsGPCpv+ES+Omg4n0UuFn7Rqo5OqaeLU2w1eIEOsJvIRhKySx68QtDZJy==

REYNA LUNA SAAVEDRA | Fecha:2026-06-04 18:53:20 | FIRMANTE

Dsksf47GZvGX3ABDb/EsQ5ZmvtmZumtDWe10E4TLCKmxQeMwQY6BNxRGjalmqpsZHCXWkZpgFORajyne/rhTFCpsKjdX+2nb0duG7Z6rpFejHZVACHaK61bn1nxhZIOhtxNX9
ESlyZuMCE48zr2fXoF57SCwW3ujptN+IPLoK8gHUN7DWyGmGPhcm5I8VnN/mfTVr9ah/3B2vsiBvl26mKqOH+643ZUJNHVbDzJCqio3ZLlCkyWiKqAibOuFZ0WXPpC7d5p3WA
wMPC9iVNRPWmhaBylGucME10VqMw11na37JySCTnHlf/FEBKeXMKEqFgKBoB/AVMX9Chp19atg==

MARIBEL DE LA CRUZ GAMA | Fecha:2026-06-05 10:41:19 | FIRMANTE

uxgti0Cm7xJ+TqZ5iySf6+Qs7rhQjLk4C4RARPUNDJYy1nWgu7P8moZMREznEq4YZRLFOLTVbGLh5UUIlmdvUFQyrTRAeMSF2DSLRAZfQ05bmmZacFQ5aMnhNcZ9j6J3mh/
D00ChsPNJAFT+ZCyFIX++cR0MKLiXtAxAyOkmM/oTF0SiRekE2+qKKBjblAVE4Wv6anhgeXt+eoN093A9kCM5gGZD7XJAERkU+IUNUyoNtyDJqlFpBMySpTEUyEV1ftWiTdsO
Upvy81xEmXlujDVwRv3PkTJaFcC4ldkgzZWUhPzFR0SLgtAlxxPf+2HN3iilWEgl/mrrjKS9t89g==

ELIZABETH AVELEYRA OJEDA | Fecha:2026-06-08 08:46:37 | FIRMANTE

d+v6TQP91REuHeOBREcGJyJbaoy9wLN0JsCcsb4ymwVslvIN//WFeO73/82BSy2bVOIhLT6LYX9T3WAT+XnjVh66olyyz4EamrjKcAv1+dtgt0fvLNXXxKuBvU2LiLRLz+1vRd9F2ya
+r1F+qT7ptDDZQnUXoR0VJk8H2Ct+QVFsc+Fw2Tn3alJt5FGrFwq3CgAIXVbjAr+XNNL683WpfJEi3yAPH0pFo8K/2AAvDU71sbaJqvKXN/uRI0rSctICQtpKf6eylkQ7qC4S8MAhQ
pssvG4Uba3yOpo1frxiXDPu9coH1GSbvJ9KDrkCyM2+VfBVhzuU1rkNzMcHhJ3xw==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o
escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



2NeLWmP34

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/nOduDdJlU5NWm3pGHuobmzeNKibKKyMb>



UAEM
RECTORÍA
2023-2029