



CENTRO UNIVERSITARIO DE TAXCO

ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE UNAM 8991-25 ACUERDO CIREyTG 32/13 DE FECHA 2013/2014

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

*Tratamiento para el trastorno de estrés postraumático
complejo, revisión sistemática de literatura.*

T E S I N A

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

YADIRA SUGEY CARRILLO RAMIREZ

NOMBRE DEL ASESOR

LIC. CLAUDIA NARVAEZ CASTREJON

CD. MX. Octubre, 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



CENTRO UNIVERSITARIO DE TAXCO

ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE UNAM 8991-25 ACUERDO CIREyTG 32/13 DE FECHA 2013/2014

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

*Tratamiento para el trastorno de estrés postraumático
complejo, revisión sistemática de literatura.*

T E S I N A

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

YADIRA SUGEY CARRILLO RAMIREZ

DIRIGIDO:

NOMBRE DEL ASESOR

LIC. CLAUDIA NARVAEZ CASTREJON

SINODALES

LIC. CLAUDIA NARVAEZ CASTREJON

PRESIDENTE

LIC. IRMA ELIZABETH ALCOCER ARRIAGA

SECRETARIO

DRA. KAREN ITZEL RODRIGUEZ MATA

VOCAL

Taxco, Guerrero; a noviembre 2022

**Para Annie,
Fugaz y eterna...**

AGRADECIMIENTOS

A mi mamá, Carmen Ramírez Guadarrama, gracias por ser un gran ejemplo de fuerza, resiliencia, resistencia, y persistencia ante las adversidades y por siempre brindarme amor incondicional. Este logro más es gracias a ti.

A mi papá, Antonio Carrillo Castañeda, por darme siempre el apoyo y amor incondicional, cariño y consejos.

A mis hermanas, Yuliana y Zayra Stephanie Carrillo Ramírez, infinitamente gracias por el apoyo, las quiero.

A mi mejor amiga, Valeria Arce Figueroa, por brindarme su amistad y apoyo a través de todo este crecimiento mutuo, me enorgullece considerarme su amiga y ahora colega.

A Karen Itzel Rodríguez Mata, por ser de las primeras personas en creer en mí durante la carrera y por fomentar mis capacidades personales y académicas.

A Irma Elizabeth Alcocer Arriaga, por acompañarme académicamente durante todas las materias de la carrera y porque esas clases despertaron mi interés en muchos temas.

Berenice Rangel Jiménez, por la amistad y el cariño que han sido determinantes para hacerme crecer exponencialmente como persona durante tiempos difíciles en estos últimos años, y por presentarme a mi abuela académica:

Miriam Camacho Valladares, por ofrecer el apoyo inicial para realizar mi contribución académica del tema original, fue muy significativo para mí, gracias.

Claudia Narváez Castrejón, mi asesora y persona muy importante que admiro por todas sus capacidades, cualidades y su calidad humana, estoy más que agradecida por el apoyo y cariño que me ha brindado en muchos aspectos más allá de lo académico, por los consejos y por impulsarme a dar lo mejor de mí.

Por último, Alma Rosa Flores por brindarme el espacio y aprendizaje que me permitieron crecimiento. Y, la Dra. Maria Guadalupe Gutiérrez Guerra, por su ayuda profesional, calidez humana y profesional durante etapas difíciles. Sin ustedes esto no hubiera sido posible.

RESÚMEN

La presente tesina que lleva por nombre “Tratamiento para el trastorno de estrés postraumático complejo, revisión sistemática de literatura”, para obtener el título de Licenciada en Psicología, está constituida por tres capítulos, los cuales son:

El primero capítulo, que está constituido por los antecedentes del trauma complejo, o trastorno de estrés postraumático complejo (TEPT-C). Se hace una breve introducción sobre el desarrollo del estudio del trauma que llevó a la consolidación del trauma complejo. Se explican los fundamentos teóricos del trauma y se explicaron las implicaciones neurobiológicas asociadas al trauma complejo.

Posteriormente, en el segundo capítulo, se dieron a conocer los criterios diagnósticos del trauma complejo, según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) y del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 5a edición (DSM-V), haciendo mención de otros trastornos relacionados con el trauma y el estrés. Se dan a conocer los conocimientos principales sobre el estado actual de los instrumentos y los enfoques de tratamiento para este trastorno.

Finalmente, en el tercer capítulo, se procede a exponer los resultados de la revisión sistemática de literatura de los tratamientos del trastorno de estrés postraumático complejo con base a las investigaciones clínicas realizadas en los últimos cinco años. Los resultados preliminares obtenidos indican que, de los tratamientos implementados, el enfoque centrado en trauma muestra resultados más significativos que el propuesto y recomendado enfoque basado en evidencias para este trastorno. Como conclusión, se comparte una recapitulación y reflexión general de los hallazgos de esta investigación.

ÍNDICE

ÍNDICE

Dedicatorias

Agradecimientos

Resumen

Introducción.....	1
Planteamiento del problema.....	5
Marco teórico.....	10
CAPÍTULO I. TRAUMA COMPLEJO	11
1.1 Antecedentes del trauma complejo	11
1.2 Abuso infantil.....	14
1.3 Trauma complejo	16
1.4 Teoría del apego	21
1.5 Apego desorganizado	23
1.6 Teoría de la disociación estructural de la personalidad	25
1.7 Bases neurobiológicas del estrés postraumático complejo	30
CAPITULO 2. TRATAMIENTO DEL TRAUMA COMPLEJO	34
2.1 Trastorno de estrés postraumático complejo.....	35
2.2 Trastornos relacionados al trauma y estrés en el DSM-V	36
2.3 Trastorno de estrés postraumático en el DSM-V.....	38
2.4 Subtipo disociativo del trastorno de estrés postraumático	41
2. 5 Comorbilidad con otros trastornos.....	41
2.6 Trastorno limítrofe de la personalidad	43
2.7 Instrumentos de evaluación del TEPT-C	45
2.8 Tratamiento de enfoque centrado en trauma	46
2.9 Tratamiento de enfoque basado en fases	48
CAPITULO 3. REVISIÓN SISTEMÁTICO DE LITERATURA.....	51
3.1 Método	52
3.2 Muestra.....	52

3.3 Criterios de inclusión...	53
3.4 Proceso de selección	53
3.5 Síntesis	53
3.6 Resultados	63
3.3 Limitaciones	69
Conclusión	70
Esquema	74
Bibliografía	77

Índice de Tablas

Tabla 1. Tipos de maltrato infantil	15
Tabla 2. Trastornos mentales inducidos por sustancias	18
Tabla 3. Respuestas de apego	22
Tabla 4. Partes disociativas de la personalidad	28
Tabla 5. Principales hallazgos de estudios relacionados al TEPT-C	31
Tabla 6. Correlatos neurobiológicos asociados al TEPT y al TEPT complejo	33
Tabla 7. Criterios diagnósticos	36
Tabla 8. Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés	37
Tabla 9. DSM-5: Trastornos disociativos	37
Tabla 10. Criterios diagnósticos	38
Tabla 11. Comorbilidad del TEPT-C y TEPT con otras enfermedades	43
Tabla 12. Trastorno de la personalidad límite, según el DSM-V	44
Tabla 13. Diferencias entre TLP T TEPT-C	45
Tabla 14. Tratamientos hallados en la revisión, según su enfoque	47
Tabla 15. Tratamiento individual apoyado por la evidencia y modelos	49
Tabla 16. Modelos de terapia grupo/conjunta	50
Tabla 17. Modelos emergentes de psicoterapia	50

Tabla 18. Síntesis de la información	55
Tabla 19. Resultado de los estudios	61
Tabla 20. Porcentaje de eficacia de los enfoques.....	62

Índice de figuras

Figura. 1. Disociación estructural de la personalidad.....	29
Figura 2. Proceso de selección de estudios.....	54

INTRODUCCIÓN

Introducción

El trauma es una experiencia universal e inevitable de la existencia humana. El estudio del trauma del desarrollo que también se le conoce como trauma infantil, es algo que, como lo dijo Herman (1992), históricamente se ha ignorado y en muchas situaciones encubierto. Para la sociedad, el hecho de que humanos sean capaces de cometer las peores atrocidades a las personas o a las personas indefensas o vulnerables es algo que causa el suficiente malestar para querer negarlo y olvidarlo, borrándolo de la memoria colectiva. La literatura ha evidenciado que la salud mental de niños/as y adolescentes está fuertemente asociada y vinculada con la salud física y enfermedades crónicas, los comportamientos de riesgo para la salud, las relaciones sociales e interpersonales no sanas, bajos índices de desempeño educativo y laboral. Estudios importantes han demostrado que la mayoría de las personas con enfermedades y trastornos mentales sufrieron mayores índices de sucesos traumáticos en la infancia.

El trauma infantil abarca sucesos traumáticos por los que un menor de edad puede pasar y el trauma prolongado, repetido y crónico. Este tipo de trauma comúnmente abarca desde el abuso físico, abuso sexual, abuso psicológico, violencia doméstica, y negligencia, entre otros. Es una verdad cruda, pero real, cuando decimos que para algunos niños/as sus hogares no son un lugar seguro en donde puedan llevar a cabo un desarrollo pleno de su vida y personalidad, y, por lo contrario, son abusados por las personas que se supone deberían de protegerlos y en los lugares donde se supone deberían estar seguros, afectando de esta forma las diferentes áreas de su vida, su salud, y bienestar en general. En otros estudios de salud mental sobre el trauma infantil en las últimas décadas, se ha reconocido la relación que existe entre el trauma crónico en la infancia con un conjunto de síntomas particulares que suelen ser recurrentes en personas, niños/as, adolescentes y adultos, que han pasado por trauma crónica e interpersonal en su infancia. A partir de esto se comenzó a realizar una distinción entre los síntomas que ocurren después del trauma repetido en comparación al tipo de trauma ocasionado por un solo evento traumático. A esto y el subgrupo de síntomas que se identificaron se le dio el término de trauma complejo.

El trauma complejo surge después de la exposición de una persona, principalmente en la infancia o primeros años de vida, a múltiples eventos traumáticos o traumas múltiples. Aunque cualquiera puede llegar a ser un agresor, la naturaleza de este trauma suele ser de carácter interpersonal e intrusivo, y en situaciones o ambientes en donde los niños/as no tienen forma de escapar de los perpetradores de la violencia que se ejerce. Esto llega a impactar al desarrollo de las víctimas porque perturba su sentido primario de seguridad y de estabilidad debido a que el apego con las figuras primarias o cuidadoras no se consolidan de forma sana. Esto provocará consecuencias a lo largo de su vida que involucrarán secuelas similares al trauma simple en las diferentes áreas de la experiencia humana, afectando la mente y el cuerpo en aspectos como: la autorregulación emocional, autopercepción, y las relaciones interpersonales con los demás, y síntomas de somatización y disociativos.

El término fue propuesto por primera vez en 1992 por Judith Herman después de décadas de lucha y estudio con respecto al tema, por parte de activistas, grupos vulnerables, y profesionistas de la salud mental. Las décadas anteriores marcaron un cambio en el estudio del trauma como se había estado llevando a cabo antes, para poder dar mejor entendimiento e intervención a la variedad compleja de síntomas que los pacientes con trastorno de estrés postraumático experimentan. Hoy en día es ampliamente aceptado en el área clínica de la psicología y del estudio del desarrollo humano y trauma del desarrollo. Mas de dos décadas después, el trauma complejo fue aceptado como diagnóstico y se le acuñó el término de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo en el CIE-11. Tiene elementos en común pero diferentes a otros trastornos como: trastorno de estrés postraumático, trastorno límite de personalidad, los trastornos disociativos, y los trastornos psicómicos, ya que todos están relacionados a factores de trauma y estrés.

Como es un trastorno relativamente nuevo, aún falta mucha investigación para su detección, diagnóstico y tratamiento. En las investigaciones actuales se debate que tipo de intervención sería la más útil, puesto que algunos autores comparten la noción de que los pacientes con trauma complejo, por padecer de una amplia variedad de síntomas adicionales a los del TEPT, no pueden beneficiarse de los tratamientos que actualmente tienen evidencia de ser efectivos para el tratamiento del trauma. Muchos de estos siendo tratamientos con un enfoque

centrado en el trauma, como la desensibilización y reprocesamiento por medio de movimientos oculares (EMDR), la terapia cognitivo conductual (TCC), o exposición prolongada (EP), entre otras. Estos autores proponen intervenciones que estén basadas en fases, para la estabilización del paciente antes de que sea expuesto al procesamiento del trauma en terapia. Siendo la primera fase la importante de implementar antes pasar a la segunda que sea centrado en el trauma.

Es relevante continuar estudiándolo en la actualidad porque las condiciones actuales lo ameritan. La pandemia del COVID-19 ha marcado otra huella traumática más que se grabará en la historia y memoria colectiva de la humanidad. La pandemia trajo consigo muchos factores estresantes nivel mundial como pérdidas, miedos, frustración, enfermedades, desempleo, pérdidas financieras, y crisis financiera en algunos países. Alrededor de todo el mundo, las cifras de las estadísticas de los reportes de abuso infantil indicaron aumentos repentinos y alarmantes, tanto de abuso sexual, violencia doméstica, aumentos en las llamadas a servicios de ayuda por incidentes de maltrato infantil, y aumentos en los daños reales y potenciales de explotación infantil, tráfico sexual y acoso cibernético por el incremento del uso de internet de la población infantil durante la pandemia.

México, sobre todo, fue uno de los países con mayores cifras de abuso sexual infantil, de violencia doméstica y feminicidios. No resulta difícil deducir que uno de los factores principales del aumento en reportes de violencia doméstica se hizo tras la convivencia forzosa entre menores y cuidadores. Dejando a los niños/as vulnerables ante violencia y abuso, argumento que se puede respaldar por los datos estadísticos del incremento en la violencia familiar, en homicidios y embarazos en menores de edad en México. Estos datos los expone el subsecretario de Derechos Humanos y Migración, Alejandro Encinas, (2021, 51:36), durante el primer semestre del año 2021, hubo un aumento del 24% respecto al año anterior en carpetas que se registraron de investigación por violencia familiar, siendo 129, 020 carpetas. De estas, menciona que el 81.6% de las víctimas fueron niños/as, adolescentes, y de esta última población las mujeres conformaban el 92.81%. Sobre los datos de lesiones por violencia, el 75.8 ocurrieron dentro del hogar, y en el 73% de los casos, la persona agresora tenía algún parentesco con la víctima.

Planteamiento del problema

Planteamiento Del Problema

El presente trabajo pretende analizar la literatura empírica que existe para conocer los tipos de intervenciones que demuestren ser eficaces para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático complejo, con base en la literatura existente que proporcione datos recientes con respecto a este planteamiento, específicamente centralizada en la población con abuso infantil. Como se mencionó anteriormente, es un diagnóstico relativamente nuevo que por lo que el uso del diagnóstico de TEPT-C es controversial, polémico, muchos son escépticos a utilizarlo y aún está en debate su uso dentro del área clínica de la psicología

Hasta la fecha, el TEPT-C ha sido reconocido por múltiples organizaciones, incluyendo la Organización Mundial de la Salud (OMS), quienes lo incluyeron en el último manual diagnóstico de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11 fecha; Organización Mundial de la Salud, 2018). Sin embargo, la Asociación Psicológica Americana (APA) no lo ha reconocido en la quinta edición de su manual diagnóstico, Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM), tampoco en la nueva versión lanzada en marzo del 2022, el DSM-5 TR. En su lugar, se agregó el subtipo disociativo al Trastorno de Estrés Postraumático (PTSD) para dar más ampliación y una relativa aceptación al perfil distinto que entabla el TEPT-C en diferencia de los pacientes con TEPT simple.

El debate no se debe a que no haya suficientes pacientes que puedan clasificarse dentro de la categoría diagnóstica, ni porque los criterios diagnósticos no sean claros. El TEPT-C, se podría decir, no se ha incluido porque hace falta más evidencia empírica que respalde la validez y eficacia de los tratamientos para intervenir adecuadamente en los pacientes. Igualmente, la creación, validación y confiabilidad de más instrumentos que midan las características de los pacientes directamente.

Instituciones importantes recomiendan que en las intervenciones del TEPT-C no sean centradas en el trauma inmediatamente, por seguridad de los pacientes, para evitar riesgos, y evitar el empeoramiento de sus síntomas. Proponen un enfoque centrado en fases cuyo objetivo

principal es que el tratamiento consista en tres fases: el de estabilización, procesamiento, y consolidación. Sin embargo, el debate actual entre profesionistas de la salud mental, consiste en determinar si la eficacia del enfoque basado en fases realmente es útil y confiable, ya que, algunos argumentan, en realidad no hay suficiente literatura que exponga la evidencia de esta intervención. Por otro lado, investigadores se han puesto a la tarea de realizar estudios y ensayos clínicos para averiguar si el supuesto de que las intervenciones centradas en el trauma realmente podrían ser peligrosas para los pacientes con características del TEPT-C. Por lo que en esta revisión se propone averiguar si existen diferencias entre lo eficaz que pueden llegar a ser ambos enfoques y si alguno es más favorable que el otro. Otros objetivos complementarios son dar a conocer la teoría, evolución y estado actual de la información con respecto a la teoría, desarrollo, y estado actual sobre el TEPT-C.

Pregunta Central de Investigación

Por lo mencionado anteriormente nuestra pregunta central es conocer ¿qué tratamientos se están implementando en la actualidad para dar tratamiento al estrés postraumático y cuál es la eficacia que presentan?

Objetivo general

El objetivo general de este estudio es realizar una revisión sistemática de literatura sobre qué tipo de tratamientos o intervenciones se están implementado y documentado en la literatura del ámbito clínico para el tratamiento del estrés postraumático complejo de población con abuso infantil para determinar la eficacia de los enfoques que se estén utilizando.

Justificación

Medidas que se impusieron por la pandemia de COVID-19, han influido sobre todas las áreas de la vida de las personas. Estas medidas, el aislamiento, la restricción de circulación, pérdidas habituales de ingresos, pérdidas familiares, han generado niveles de estrés y ansiedad en los padres y cuidadores de niños/as. El cierre de escuelas afectó a 1,5 mil millones de niños/as. Las consecuencias de esto han alterado la prevalencia de la violencia interpersonal y las formas en las que se manifiesta la violencia. Una encuesta del 2020, realizada por LS la APA, reportó que los niveles de estrés subieron de forma significativa en el 2020 en comparación a años anteriores, y que, sobre todo, los niveles de estrés más altos se reportaban en los padres hispanos con hijos/as menores de 18 años (APA, 2020). La mayoría de los efectos psicológicos negativos que se han reportado en la pandemia incluyen síntomas de estrés postraumático, confusión y enojo (Brooks et. al, 2020).

También implicó para muchos niños/as y adolescentes, de cualquier lado, el confinamiento en su hogar por el cierre de escuelas y la apertura de la modalidad de escuelas remota, y para muchos adultos la modalidad de trabajo remoto. Los eventos pandémicos y los intentos de contingencia como el aislamiento y cuarentenas han mostrado crear condiciones que las familias y los niños/as perciben como experiencias traumáticas. En un estudio, se encontró que puntajes de estrés postraumático eran cuatro veces mayores en niños/as que han sido puestos en cuarentena que en aquellos sin haber pasado por una cuarentena. Esto tuvo resultados similares para los padres: criterios diagnósticos para TEPT se cumplían en el 30% de niños/as y 25% en padres (Sprang y Silman, 2013). Esto se puede ver reflejado en el alza histórica de datos que se han registrado para el año 2020.

En un boletín de prensa, la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México (CDHCM) comunicó los resultados de una encuesta nacional donde 7 de cada 10 niñas, niños y adolescentes afirmó querer regresar a la escuela, y aproximadamente la mitad de ellos lo deseaba para salirse de casa entre otros motivos. (CDHCM, 2021).

Es muy probable que como resultado del COVID-19 surja una pandemia de la salud mental, por lo que se debería tomar acción inmediata urgente y preventiva de secuelas en la salud mental (Evans y Bufka, 2020). En el 2020, hubo un total de 2,299 casos de suicidios entre niños, niñas y adolescentes menores de 15 años y de 15-24 años. Los suicidios de niños/as de entre 10 y 14 años aumentaron un 37%, convirtiéndolo en un máximo histórico y fueron la tercera causa de muerte de en ese grupo de edad (INEGI, 2021). Es importante tratar el tema del abuso infantil como una epidemia.

Con los índices de maltrato infantil al alza en estos últimos años y sobre todo durante la pandemia, es necesario replantear qué se está haciendo para proteger a los niños/as y los grupos vulnerables que son víctimas de trauma interpersonal y todo tipo de trauma. En la población infantil es importante para evitar que, en el futuro siendo adultos, afronten las consecuencias del abuso o maltrato. También para que los adultos en la actualidad reciban una intervención apropiada y eficiente.

Marco Teórico

Marco Teórico

Capítulo 1.

1.1 Antecedentes del trauma complejo

Los antecedentes del estudio del trauma complejo comienzan con el estudio del trauma. La palabra trauma proviene del griego y se refiere a una “herida”. En el último par de siglos, el estrés traumático ha tenido varias definiciones y principalmente hace connotación a una herida física o psíquica tras un evento traumático que supone una amenaza de muerte o daños psicofisiológicos al organismo que resulten en la alteración o equilibrio del ser humano. Se usa la palabra trauma de forma intercambiable para referirse a: 1. Los eventos estresores traumáticos y la experiencia individual a esta exposición; 2. La respuesta peritraumática del individuo, que sucede durante o inmediatamente después, o la respuesta postraumática, que ocurre semanas, meses o años después del evento (Courtois y Ford 2009; Courtois, Ford, Herman, 2020; & van der Kolk, 2020)

Estudiar el trauma psicológico, sobre todo en poblaciones vulnerables, es algo que históricamente se ha dejado a un lado. Herman (2015), en sus palabras, menciona que no es fácil porque la gente por naturaleza no quiere escuchar las atrocidades de las que un ser humano es capaz de hacerle a otro. Cuando los eventos traumáticos son hechos por el humano, los testigos se quedan entre dos posiciones: aliarse con la víctima o el victimario, el victimario no pide más que la inacción. El perpetrador haría todo en su poder para que el suceso se olvide, y silenciar a la víctima sería su mejor forma de defenderse. Apoyar a la víctima implica que el testigo se convierta en protector. Es tentador para los testigos, quienes son los miembros de la sociedad que pueden hacer algo con respecto a los abusos, tomar el lado del victimario, dejando el trauma de la víctima en la negación, represión o disociación, tanto a nivel individual y/o nivel social.

El contexto social es quién puede proporcionar protección a la víctima, y esta es conformada por su grupo social más cercano: familiares, amigos, parejas, etc. Para la protección de grupos mayores, el contexto social protector lo crean los movimientos políticos, como lo explica Herman (2015). Ella señala tres movimientos políticos importantes para el desarrollo del diagnóstico del trauma complejo: el estudio de la histeria, de la antiguerra y la guerra de los sexos. El movimiento que nació en contra de la guerra de Vietnam llevado a cabo por la sociedad y la comunidad de psiquiatras cuando las secuelas del trauma comenzaron a estudiarse a advertirse en la población veterana que mostraba sintomatología preocupante, por ese motivo hubo influencia política para estudiar y darle atención a la población veterana. El resultado fue la creación del diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático que fue agregado al APA-III en 1980, junto con los Trastornos Disociativos, ambos diagnósticos se agregaron como respuesta a la sintomatología de reacciones adversas que tenían los sobrevivientes de los veteranos de Vietnam.

Después de establecer el diagnóstico del TEPT, la comunidad de la salud mental se dio cuenta de que la sintomatología postraumática no era exclusiva de los veteranos de guerra, ni personas que habían pasado por un único suceso traumático sino también, se encuentra en otros contextos donde el trauma es crónico o repetitivo, implicando el cautiverio y la privación de libertad de una persona: podía distinguirse en prisioneros, sobrevivientes de genocidios, campos de concentración, campos de esclavitud, cultos religiosos, organizaciones criminales de explotación sexual, familias, o el ambiente doméstico.

Esto lleva a que se replanteara, todo lo que Charcot, Freud, Breur y Pierre Janet habían contribuido con respecto al trauma, aportaciones gracias al estudio de la *histeria* en las mujeres. A lo que antes le llamaban *histéricas*, eran mujeres violentadas, reprimidas por el patriarcado o con historial infantil de abuso infantil, incluyendo el sexual principalmente. Ese fue el primer movimiento histórico que dio paso al estudio del trauma, pero no fue hasta la guerra de los sexos que retomaron la relevancia del tema. Tuvo un auge importante en la década de los 70's y los 80's, cuando se llegó a incrementar la conciencia del problema que había en torno a las violaciones frecuentes hacia mujeres y las secuelas que esto dejaba en sus vidas, datos sacados

de estudios realizados por las profesionistas de la salud mental: Diana Russell, Ann Burgess y Lynda Holmstrom. Esto poco a poco abrió paso para deslumbrar que la problemática no solo era que las mujeres eran violadas en las calles por desconocidos, sino, también en sus hogares, por sus parejas, cónyuges, o familiares. Como resultado, este movimiento feminista logró que se tomara importancia a algo que siempre ha existido pero que no se le daba la atención necesaria: la problemática de la violencia doméstica y del abuso sexual infantil. (Herman, 1997). Un problema que todavía existe en medidas desproporcionadas; actualmente las estadísticas indican que 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres declaran haber sufrido abusos sexuales en la infancia, y 1 de cada 3 mujeres sufrirá de violencia física o sexual durante su vida. (OMS, 2020).

Van der Kolk (2014), fue uno otro de los pioneros del estudio del efecto del trauma en la infancia en pacientes psiquiátricos. En sus estudios observaba que una gran parte de la población psiquiátrica compartía muchos de los mismos síntomas que tenían los supervivientes de combate, y en su mayoría era población femenina, cuya historia de vida incluía maltrato, abuso infantil, violencia doméstica y, sobre todo: sobrevivientes de violaciones, abuso sexual o incesto (Van der Kolk, 2014). Aunque los síntomas eran similares, más estudios comenzaron a mostrar un patrón de sintomatología adicional y diferente en aquellas víctimas que habían sufrido de trauma de forma crónica, es decir, de forma repetida, o prolongado, y sobre todo de trauma sostenido por parte de figuras con quienes se supone hay vínculos interpersonales, y que eran los cuidadores o figuras parentales de los menores. (Herman, 1997; Van der Kolk, 2014).

Se puede considerar, por lo tanto, que la formulación del TEPT-C se concretó por la opresión sistémica, maltratos y violaciones que se han ejercido históricamente en contra de las personas en general y, sobre todo, en los grupos más vulnerables. Aun así, desde los inicios del estudio de la histeria, y a pesar de la cantidad enorme de literatura que se ha desarrollado en las últimas décadas, el estudio del trauma continuamente se ha visto interrumpido por actos o cuestionamientos de incredulidad hacia la víctima, buscando desacreditar la credibilidad de la persona en cuestión, o buscando refutar los testimonios como recuerdos o memorias falsas o inventadas, haciendo una revictimización constante que en nuestra actualidad persiste.

1. 2 Abuso infantil

Para su simplicidad, el maltrato infantil o experiencias adversas durante la infancia se pueden dividir en cuatro categorías: abuso sexual, abuso físico, abuso psicológico y emocional, y negligencia, en la Tabla 1 se dan ejemplos de cada uno. Adicional o simultáneamente, un tipo de abuso siempre se puede recibir en combinación con otros tipos al mismo tiempo, y también padecer de otras situaciones traumáticas de carácter no interpersonal como: procedimientos médicos difíciles o negligencia médica, accidentes, desastres ambientales, atestiguar violencia comunitaria, pobreza extrema, secuestros, guerras civiles, cambios difíciles en el estilo de vida o cambios de residencia, pérdidas significativas y pérdidas de seres queridos. Estos abusos se producen por factores biopsicosociales y de disfunción familiar negativa, patología parental, abuso de sustancias o apegos desorganizados. Pueden variar en diferentes dimensiones: por ejemplo, edad de inicio, frecuencia, severidad, duración (Briere, y Jordan, 2009).

Uno de los estudios pioneros más grandes sobre las consecuencias del trauma en la infancia hecho por Kaiser Permanente (Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards, Koss, y Marks, 1998), comparte datos estadísticos masivos que comprueban la correlación entre los efectos adversos de ciertas experiencias traumáticas en la infancia sobre la salud de los adultos a través del tiempo, permitiendo de esta manera ampliar la perspectiva epidemiológica del grande impacto que existe cuando ocurre trauma en un cerebro que apenas está en desarrollo. El estudio se hizo por medio de un cuestionario de 10 preguntas que se llama “Experiencias Adversas de la Infancia” (ACE, por sus siglas en inglés). Las preguntas son sobre la experiencia de situaciones adversas específica, por ejemplo: la disfunción familiar durante la infancia, abuso físico, sexual, psicológico, violencia doméstica, convivencia familiar, abuso de sustancias, enfermedades mentales en la familia o suicidio, y encarcelamientos en la familia. Se encontró que entre más alta sea la calificación, mayor riesgo tendrá la persona de padecer experiencias de salud negativas a lo largo de la adultez. Y había una correlación significativa entre las principales enfermedades mortales y las experiencias adversas en la infancia.

Tabla 1.*Tipos de Maltrato Infantil*

Abuso sexual	Abuso físico	Abuso emocional y psicológico	Negligencia
- El que se hace en contexto de desigualdad o asimetría de poder, habitualmente a través del engaño, la fuerza, la mentira o la manipulación	- Actos físicos que normalmente se hacen por parte de un cuidador.	- Críticas constantes	- Fracaso de proveer cuidados significativos o básicos
- Acoso sexual	- Golpes, patadas, zarandeos, mordiscos,	- Rechazos	- No dar apoyo
- Tocamientos inapropiados	- Quemaduras, envenenamientos, asfixias, o estrangulamiento, o	- Humillaciones	- No proveer desarrollo/estimulación emocional
- Violación o penetración	- Palizas, que lleven a:	- Devaluación	- Falta de armonía con el niño o niña
- Abuso sexual,	- Lesiones de tejido	- Denigración	- Aislamiento de otros
- Abuso por exposición visual, verbal o psicológica	- Moretones	- Menosprecios	- Abandono
- Incesto	- Laceraciones o abrasamientos	- Amenazas	- Negligencia de la salud
- Explotación sexual	- Fractura de huesos	- Chivo expiatorio	- Deprivación alimenticia
- Tráfico sexual	- Dientes rotos	- Ridiculizaciones	- Deprivación económica
	- Perdida de la conciencia	- Abuso emocional	- Negligencia escolar
	- Discapacidades	- Manipulaciones	- Hogar y condiciones de vida inseguros
	- Enfermedades	- Hostilidad	- Fracaso en proveer protección de otros o desprotección
	- Muerte	- Pasividad/agresividad	- Abuso de autoridad
		- Tratamiento silencioso o “ley de hielo”	- Atestiguar violencia o violencia domestica
		- Cuestionar su valor	
		- Hacer acusaciones falsas o engañar	
		- Menosprecios	
		- Restricciones	
		- Discriminación	
		- Culpabilización	
		- Actos de terror	
		- Codependencia	
		- Indoctrinación	

Nota. Adaptado con datos de: Briere,y Jordan (2009); Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, (2020); Organización Mundial de la Salud, (2009).

1.2 Trauma Complejo

El término de trauma complejo se utiliza para describir el trauma crónica, las experiencias múltiples, repetidas, y prolongadas en el tiempo, de eventos adversos y traumáticos durante el desarrollo y que suelen ser en su mayoría de naturaleza interpersonal, es decir, que las figuras cercanas al niño/a, como cuidadores o figuras parentales o familiares son los perpetuadores del abuso, los ejemplos más representativos de este abuso son el maltrato infantil, abuso sexual, negligencia o violencia doméstica. (Brown, 2021).

Herman (1992), propuso el TEPT-C para denotar al trauma complejo como una forma más severa de TEPT como resultado de que el trauma no solo ha sido un evento aislado y por factores externos a la persona, si no que el trauma complejo consiste en que ha sido diverso, repetido y sostenido por determinados periodos de tiempo, de forma deliberada por personas que debían ser de confianza para las o los niños/as durante una etapa de desarrollo temprana o no temprana. En un inicio se consideraba que el trauma complejo se originaba en la infancia y la niñez, sin embargo, en reciente literatura se ha mostrado que el TEPT-C también puede comenzar en otras etapas de desarrollo como la adolescencia y la adultez, por diferentes tipos de trauma que pueden ocurrir de forma repetida en esas etapas, como la violencia doméstica, secuestro, cautiverio, explotación sexual, etc.

Como no hay forma de determinar quién puede llegar a sufrir secuelas por experiencias adversas, y quién no, Vogt, King, & King en 2015, (como se citó en Ford y Courtois, 2020) en una exploración de la literatura encontraron que los factores de vulnerabilidad que llevan o empeoran el trauma complejo son pertenecer a áreas económicamente empobrecidas y en grupos étnico o raciales minoritarios. (Por ejemplo: personas encarceladas y sus familias, personas sin hogar y sus familias, niños o adultos revictimizados sexual y físicamente, víctimas de represión política, genocidio, "limpiezas étnicas", tortura o desplazamiento forzado, personas con problemas de desarrollo, intelectuales o psiquiátricos, trabajadores civiles y soldados acosados y agredidos en el trabajo, y personal de emergencias expuestos repetidamente a muertes y

sufrimientos grotescos). Sin embargo, lo que si ha dejado claro la literatura es que entre más temprano sea el trauma en la infancia, dejará secuelas más severas que se manifestarán a lo largo de la vida de los niños y las niñas sobrevivientes, porque la infancia es un periodo de desarrollo crítico y vulnerable. Cuando una persona es adulta, ya cuenta con -más recursos, madurez biológica, madurez de personalidad e identidad estructurada y desarrollada, por lo que el trauma puede llegar a ser menos impactante.

Los síntomas patológicos que Herman menciona (como se citó en Brown, 2021) que forman parte del TEPT-C incluyen los síntomas cardinales del TEPT, como la reexperimentación, evitación e hipervigilancia, pero adicionalmente encontró unos que no están presentes en el TEPT y estos síntomas están principalmente relacionados a: la desregulación emocional, autoconceptos o autopercepción negativa, dificultades para establecer y mantener relaciones interpersonales sanas y de confianza, y síntomas somáticos y disociativos. Por estos motivos los criterios de diagnóstico cumplen con los del TEPT, pero se extienden a criterios más amplios que no abarca el TEPT. (Brown, 2021; Herman, 1992; Courtois y Ford, 2006). Courtois y Ford (2020) identifican cinco características principales que definen al TEPT-C:

(1) experiencias y sucesos interpersonales que a menudo implican traición relacional; (2) sucesos repetitivos, prolongados, omnipresentes y, en algunos casos, continuos; (3) implicación de ataque directo, daño y/o negligencia y abandono por parte de los cuidadores u otros adultos responsables de responder o proteger a los niños y adolescentes, esto puede extenderse a organizaciones y culturas que no le creen a la víctima y niegan la ocurrencia de la circunstancia traumática y, por lo tanto, no responden o que apoyan o proporcionan un refugio seguro a los perpetradores; (4) ocurren en momentos vulnerables para el desarrollo de la víctima, a menudo comenzando en la primera infancia (y a veces en el útero y en la infancia); y (5) tienen un gran potencial para comprometer gravemente la maduración y el desarrollo físico y psicológico del menor, y

para socavar o incluso revertir importantes logros de desarrollo en cualquier momento de la vida. (cap. 1, párr. 3).

Los mismos autores anteriormente citados (2009), definen al trauma complejo como una forma extrema de estrés debido a dos factores: la naturaleza del trauma; que involucra el daño deliberado, negligencia y abandono por parte de cuidadores, familia, adultos o grupos en supuesta responsabilidad de cuidar o proteger, implicando así una traición hacia al niño. El otro factor es el momento del trauma; ocurre durante un momento de desarrollo vulnerable como la infancia, niñez o adolescencia, cuando el desarrollo del cerebro está en activo crecimiento y consolidación. Además de ser sucesos amenazantes a la vida de los menores, son repetitivos, continuos o prolongados, no de una sola ocasión; suelen ser horribles por los límites que se llegan a violentar. Comprometen de esta forma el desarrollo individual del yo, y la personalidad.

Tabla 2

Trastornos mentales inducidos por sustancias, según el DSM-IV-TR

catgoría	Síntomas/ ejemplos
1. Historial de abuso y sometimiento a un control totalitario	- Durante un periodo prolongado (de meses a años). Ejemplos: rehenes, prisioneros de guerra, sobrevivientes de campos de concentración y de cultos religiosos, personas sometidas a sistemas totalitarios en la vida sexual y doméstica, sobrevivientes de maltrato infantil en el hogar, abusos físicos o sexuales y la explotación sexual organizada.
2. Alteraciones en la regulación de emociones o afectos	- Disforia persistente, conductas autodestructivas, conductas autolesivas, impulsos y/o preocupaciones suicidas crónicas, ira explosiva o inhibida con dificultades para autorregular, sexualidad compulsiva o extremadamente inhibida
3. Alteraciones de la conciencia	- Amnesia o hiperamnesia de los eventos traumáticos - Episodios disociativos transitorios de

- despersonalización/desrealización
- Revivir experiencias, en forma de síntomas intrusivos (como en el TEPT) o en forma de pensamientos rumiativos
4. Alteraciones en la autopercepción:
- Sensación de impotencia o parálisis de iniciativa
 - vergüenza, culpa y autoculpabilidad, por ejemplo, la tendencia a acunarse responsabilidad por las cosas que pasan o de las reacciones de los demás.
 - sensación de ineficiencia, desprestigio, deshonra o minimización
 - sensación de ser distinto o diferente a los demás. Ejemplo: de sentir una soledad absoluta, tener la creencia de que ninguna otra persona puede o podrá entenderlos, la sensación de ser especial o no tener identidad definida.
 - sensación de indefensión, o de estar dañado permanentemente
5. Alteraciones en la percepción del agresor
- Adoptar creencias distorsionadas sobre el perpetrador, idealización o gratitud paradójica, por ejemplo:
 - Aceptación del sistema de valores y racionalizaciones del perpetrador
 - Preocupación por el perpetrador o por vengarse de él/ella, preocupación por hacerle daño.
 - Atribución irreal del poder total que tiene el agresor (aunque debe tenerse precaución y no subestimar la percepción de poder atribuye la víctima)
 - sensación de relación especial o sobrenatural
6. Alteraciones en las relaciones con los demás
- Aislamiento, retraimiento, y distanciamiento
 - Incapacidad para confiar, desconfianza persistente
 - Revictimización, o victimización de otros
 - Perturbaciones en las relaciones íntimas
 - Búsqueda repetitiva de salvador/a o ser rescatada/o (puede alternar con aislamiento y retraimiento)
 - Fracasos constantes en la autoprotección
7. Alteraciones en los sistemas de significado
- Pérdida de la fe que los sustenta, de creencias previamente arraigadas.
 - sentido de desesperanza, desesperación, e indefensión.

Nota. Elaborada con datos de Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence from Domestic Abuse to Political Terror, por J. L. Herman, 2015, p. 146. Copyright 1992, 1997, Epilogue 2015, por Basic Books

Cuando las personas son abusadas dentro de su círculo familiar, hay mayor probabilidad de que el abuso se repita en otros círculos sociales a lo largo de su vida, como en la escuela, grupos, congregaciones religiosas, el trabajo, etc. Para no ser descubiertos, los perpetradores de

abuso suelen aislar a las víctimas de los sistemas de apoyo, con amenazas o intimidación, impidiendo que salgan del ciclo de abuso y la consecuencia psicológica de esto lleva a un posterior autoaislamiento. Cuando el abuso es acumulado y no hay nadie que pueda detener o rescatar al individuo, les llega a robar a las personas su sentido de seguridad, llevándolos luego a perder la esperanza y confianza en los sistemas de apoyo o la comunidad, perdiendo así conexión con la sociedad y con su propio sentido de identidad. Así mismo lo describen Ford y Courtois (2020):

Cuando el abuso se produce en una familia u otro contexto o sistema cerrado... la huida suele ser difícil, si no imposible. Tal circunstancia crea una condición de accesibilidad y cautiverio.... junto con tácticas de intimidación, amenazas de abandono o violencia u otras coacciones que se utilizan para presionar a las víctimas para que guarden silencio y no revelen nada, un proceso que, cuando tiene éxito, las atrapa aún más y las hace susceptibles de sufrir más abusos. (cap. 1, párr. 4).

Estos ataques y la incapacidad de escapar hacen que el individuo distorsione su concepto de sí mismo de forma negativa llegando hasta perder la capacidad de autoconfianza y esto los hace adoptar creencias irracionales sobre sí mismo y los demás. La desconfianza en los demás y el sentido individual de integración distorsionado causan la desregulación emocional de los estados internos, incluyendo también los pensamientos y percepciones, las reacciones emocionales. Abarcan desde las más exacerbantes hasta la disociación. (Courtois y Ford, 2013). La disociación es uno de los primeros mecanismos y de los más primitivos que el humano llega a tener en respuesta a un estrés extremo. En este sentido se ha dicho que el TEPT-C tiene mucha similitud con el Trastorno Limite de la Personalidad (TLP).

La naturaleza de la autorregulación y la autointegración se formula y consolida por medio del apego seguro que brindan las figuras parentales. Pero en el caso del trauma complejo, el apego se ve envuelto en una desorganización constante que involucra el trauma relacional, la traición y violación de la seguridad y desconfianza del niño o niña. Por lo tanto, en niños y niñas

vulnerables, el trauma complejo compromete sus capacidades de autorregulación, la integración del yo y su apego seguro. Esto hace que el trauma complejo se distinga de los demás trastornos traumáticos, porque amenaza no solo la integridad física del niño, sino que constituye también una amenaza constante a la sobrevivencia psicológica del menor durante su desarrollo del yo. (Courtois y Ford, 2013).

"Muchos niños/as maltratados se aferran a la esperanza de que crecer les dará escapatoria y libertad... Pero la personalidad que se desarrolla en un entorno de control coercitivo no termina bien adaptada para la vida adulta. El sobreviviente queda con problemas fundamentales de confianza básica, autonomía e iniciativa... (Como adulto, el sobreviviente está) abrumado por grandes deficiencias en el autocuidado, en la cognición, en la memoria, la identidad y en la capacidad de formar relaciones estables. (Siguen siendo) un prisionero de su infancia, intentando crear una nueva vida, pero aun reencontrándose con el trauma" (Herman, 1992, p. 80).

1.3 Teoría del apego

John Bowlby es conocido por desarrollar la teoría del apego, cuyas aplicaciones e implicaciones han continuado hasta la fecha de hoy. La teoría se centra en el vínculo que los niños desarrollan con sus cuidadores primarios durante los primeros años de vida, dando a conocer que esta relación de apego y las experiencias tempranas son determinantes para un desarrollo sano del individuo, y una base segura para que el niño crezca, se desenvuelva y forme interacciones sanas en el mundo. Sin embargo, cuando estas figuras de apego son inestables, impredecibles, negligentes, insensibles, abusivos o poco fiables se produce un apego inseguro. Bowlby también mencionaba al trauma como el factor más destructivo para esta relación y que minimizaba el potencial del niño para afrontar el trauma a largo plazo.

Mary Ainsworth, citado en (Brown, 2021) elaboró un estudio importante llamado “la situación extraña” que contribuyó a la teoría, en este estudio se clasificaron los estilos de apego que partían del reconocimiento de diferentes reacciones dentro del apego inseguro para explicar de mejor forma la reacción de los niños con base a su interacción con las figuras primarias. En la tabla 5 se explica brevemente la conducta de cuidadores e infantes de acuerdo con el estilo de apego. Esta teoría explica que para la sobrevivencia de un individuo es crucial que este sea capaz de reconocer y responder a las situaciones y señales de peligro de forma automática. El apego inseguro, por lo tanto, impide que el individuo pueda hacerlo asertivamente.

Tabla 3.

Respuestas de apego, según experimento

Patrón de apego	Seguro	Ambivalente (inseguro)	Evitativo (Inseguro)
Exploración/ orientación hacia la madre	Explora la habitación desconocida con una orientación hacia la madre	No hay orientación hacia la madre cuando exploran la habitación	Despreocupado sobre explorar la habitación
Comportamiento cuando la madre sale de la habitación	Algo de malestar, ansiedad de separación	Angustiado por la ausencia de la madre	Angustia intensa (internalizada)
Ansiedad ante los extraños	Cómodo con un extraño cuando la madre está presente	Cómodo con un extraño	Incómodo con un extraño
Comportamiento en respuesta a la reunión con la madre	Sensible, solidario y en sintonía	Desinteresado en el regreso de la madre, desconfiados y algo enfadados	Rechazo a la madre

Comportamiento de las madres	Falta de sintonía, rechazo (ignorar al niño/niña)	Inconsistente
Implicaciones a futura conducta y relaciones		

Nota: Tomada de “Healing Complex Posttraumatic Stress Disorder”, por G. O. Brown, 2021, Springer Cham, 6, (<https://doi.org/10.1007/978-3-030-61416-4>). Copyright 2021 por Gillian O’Shea Brown, Springer Nature Switzerland AG.

1.3.2 Apego desorganizado

Mary Main y sus colegas (1986), luego integraron el apego desorganizado, apego que en otros estudios (Carlson et al., 1989) fue detectado en el 80% de niños maltratados. El apego permite la construcción temprana de representaciones mentales del sí mismo, y en el apego desorganizado estas representaciones son incoherentes e incompatibles, la conducta del niño carece de coordinación clara en comparación a los otros estilos, los autores notaron que en lugar de que los niños encontraran un espacio seguro en la relación con sus padres se sentían alarmados, confundidos, temerosos o desorientados por ellos. Estos niños encontraban que su figura de apego era tanto una fuente necesaria para sobrevivir y una fuente de miedo sin solución. Lyons-Ruth y sus colegas (como se citó en Ford y Courtois, 2013) codificaron cinco comportamientos maternos atípicos que son predictivos de un apego desorganizado en el niño: errores en la comunicación afectiva, confusión de roles, intrusividad/negatividad, desorientación y retraimiento.

Aunque la negligencia y el abuso son predeterminantes para este estilo de apego, también se puede desarrollar cuando los padres están ocupados con sus propios traumas, por ejemplo, violencia doméstica, abuso sexual, pérdidas, o inestabilidad emocional, y cuando el cuidador es o

ha sido el objeto de trauma, no es capaz de afrontar la angustia del infante, no pueden ofrecer la protección necesaria que necesita el infante y tienen mayores dificultades para estar en sintonía con ellos. Las medidas desadaptadas que en estos casos el infante suele adoptar para mantener coherencia interna son: escisión, disociación, inversión de roles, y tendencia al control. Causando que de adultos tengan conductas impulsivas, agresividad, dificultades para relacionarse, y desregulación emocional entre otras más. (Brown, 2021; van der Kolk, 2014; Morales, 2018).

La calidad del apego temprano afecta las relaciones sociales más adelante en la vida, por lo tanto, cuando hay trauma relacional en el desarrollo del infante, esto puede afectar su capacidad para involucrarse en buscar relaciones sanas y de apoyo para su vida por falta de confianza en las relaciones humanas y la falta de desarrollo de estrategias de afrontamiento saludables. Esto los deja vulnerables a ser víctimas de otros traumas. Se argumenta que los apegos desorganizados son el factor de riesgo principal para el desarrollo de los trastornos mentales, y los individuos que terminan formando parte de una proporción sustancial de los pacientes en clínicas psiquiátricas. (Schoore, 2001).

El maltrato infantil aumenta significativamente el riesgo de padecer de un apego inseguro que tenga efectos duraderos en las relaciones íntimas en la adultez. Adicionalmente, llega a alterar la capacidad de mentalización. La mentalización es la capacidad de pensar e interpretar las acciones de uno mismo y de los demás. Es decir, darle sentido a lo que se desarrolla en la propia mente y la de otros. Cuando el ser humano nace, no lo hace con esta capacidad, sino que se desarrolla con la maduración biológica y en el contexto social. El infante toma conciencia de su mente primero al relacionarse con los demás (principalmente la figura de apego primaria) y gradualmente comienza a reconocer la propia mente a través de los otros mediante el proceso en el que los cuidadores conciben y comunican las experiencias emocionales subjetivas del infante de vuelta al infante y así este aprende a representar mentalmente su propio estado mental y afecto (Kim, 2015; Huang et al., 2020).

El desarrollo de esta capacidad se da de forma óptima cuando el cuidador logra establecer un apego seguro, y la propia capacidad para comprender los estados internos del niño o niña.

Que el cuidador falle en la mentalización con el infante cuando este experimenta angustia, conlleva a trauma de apego. El trauma en la infancia, por lo tanto, impacta la mentalización y esto compromete la resiliencia, que es la capacidad de la persona para afrontar las adversidades, y la regulación afectiva de los estados internos. Estos infantes serán vulnerables a tener más dificultades de adaptación cuando se confronten con adversidades y estrés postraumático en comparación a personas con estrés postraumático sin trauma de apego. Huang et al. (2020), concluyen que la mentalización y el apego inseguro que se dan a causa del abuso y abandono infantil actúan como mediadores para el posterior desarrollo de sintomatología post traumática y síntomas disociativos.

1.3. 3. Teoría de la disociación estructural de la personalidad

Pierre Janet fue uno de los pioneros del estudio de la disociación. Con sus estudios de la histeria, demostró que la disociación es uno de los mecanismos de defensas principales y más directos ante alguna situación traumática abrumadora, convirtiéndose en una respuesta postraumática común en sobrevivientes de trauma (van der Hart y Horst, 1989). Janet en sus observaciones relató (como se citó en van der Kolk, 2015): “Al no poder integrar sus recuerdos traumáticos, parecen perder también su capacidad de asimilar nuevas experiencias ... como si su personalidad se hubiera detenido definitivamente en un punto determinado, y no pudiera ampliarse más mediante la adición o asimilación de nuevos elementos.”

La disociación es una experiencia universal que todos lo llegan a experimentar, puede considerarse que está dentro de un espectro, por lo que ocurre desde una simple absorción en la mente hasta la disociación patológica. Esta última llega a ser producto de traumas consecutivos que se convierten en un patrón de respuesta desadaptada ante varios tipos de situaciones y emociones. (Morales, 2018). En el TEPT, los síntomas disociativos pueden ocurrir como dos tipos de manifestaciones. La primera es la disociación psicofórmica, que principalmente engloba alteraciones de la memoria, de la percepción del entorno, de la identidad, emocionales,

cognitivas, o alteraciones sensoriales. Estos son los síntomas clásicos de la disociación que están presentes en la despersonalización, desrealización y la amnesia. La segunda es la disociación somatoforme, que incluye la anestesia corporal, analgesia, o dolor intolerable, acompañados de síntomas de disociación como alteración perceptiva del tiempo, espacio y cognición; la realidad, identidad, confusión, déficit de atención, y deterioro de la memoria y del sueño. Estos síntomas se presentan comúnmente en los trastornos conversivos o somáticos, en donde también pueden aparecer síntomas como pseudocrisis convulsivas, alucinaciones o flashbacks. (Serrano et al., 2017; Zambrano et al., 2017).

Se ha encontrado que pasar por algún trauma, particularmente trauma infantil, trauma interpersonal o trauma crónico, en las etapas tempranas de desarrollo, es determinante para que un individuo llegue a desarrollar sintomatología disociativa en otras etapas de su vida y es un fuerte predictor de trastornos de la salud mental. En un estudio por Lewis et al. (2019), identificaron que la desregulación emocional materna tiene una correlación significativa con la disociación infantil. Siendo que la desregulación emocional es una secuela de trauma, esto nos hace entender como el trauma es compartido de manera intergeneracional. La disociación al momento de algún suceso traumático es el predictor más importante para que se establezca un TEPT crónico (Lewis et al., 2020; van der Kolk et al., 2007).

Van der Hart et al. (2006), cita a Janet en cuanto a la consideración de la disociación como una división de la personalidad: consideraba que los sistemas de ideas y funciones que constituyen la personalidad se dividen, por “ideas” se refiere a pensamientos y los demás sistemas complejos psicobiológicos que incluyen los afectos, sensaciones, conductas y recuerdos. Para Janet, aunque estén infradesarrollados, estos sistemas de ideas y funciones tienen su propio sentido de identidad

“Aunque las partes disociativas incluyan un sentido de la identidad [*sense of self*], por rudimentario que pueda ser, no constituyen entidades separadas, sino que más bien son sistemas psicobiológicos diferentes y más o menos divididos, que no están suficientemente unidos o coordinados dentro del contexto de la personalidad de un individuo.” p. 64. (van der Halt et al., 2006)

Estas observaciones han llevado a la elaboración de la teoría de la disociación estructural. Ocurre una disociación estructural de la personalidad para separar las funciones de las actividades cotidianas necesarias para la sobrevivencia de las memorias traumáticas, para evitar que estas últimas sean incapacitantes en la vida de la persona traumatizada. La disociación transforma o fragmenta la personalidad al evitar la integración de la experiencia traumática a través de todos los aspectos de la identidad del niño que luego será adultos. Como las explican Ford y Courtois (2009), estas partes disociadas se clasifican en dos que pueden funcionar con ciertos grados de autonomía: la "parte aparentemente normal" (PAN) que mantiene cierta fachada al estar no consciente del trauma o insensibilizada a el trauma, esto le permite ser funcional; y la "parte emocional" (PE), que resguarda los fragmentos del trauma y esta incapacitada psico-socialmente por su conocimiento del trauma. En la tabla 6 se describe en más detalles sus funciones. Considerando que la disociación es un continuo, la disociación estructural de la personalidad puede ocurrir en diferentes niveles (véase figura 1 y 2):

- Primaria: en donde puede existir una PE y una PAN;
- Secundaria, donde existe una PAN con múltiples PE; y,
- Terciaria, donde existen múltiples PAN y PE.

Tabla 4

Partes disociativas de la personalidad

Parte emocional de la personalidad (PE)	Parte aparentemente normal de la personalidad (PAN)
<p>- Fijada en el sistema o subsistemas de acción que se activaron en el momento del trauma. (ej: defensa, hipervigilancia, huida, lucha, sumisión, catalepsia, congelamiento etc.)</p>	<p>- Fijada en tratar de seguir adelante con su vida normal y, por tanto, dirigida por los sistemas de acción asociados a la vida cotidiana (ej.: exploración, cuidados, apego, socializar, jugar, descansar, comer, sexualidad etc.)</p>
<p>- Centradas en la defensa frente al peligro.</p>	<p>- Centradas en funcionar día a día, mantener relaciones con otros y trabajar.</p>

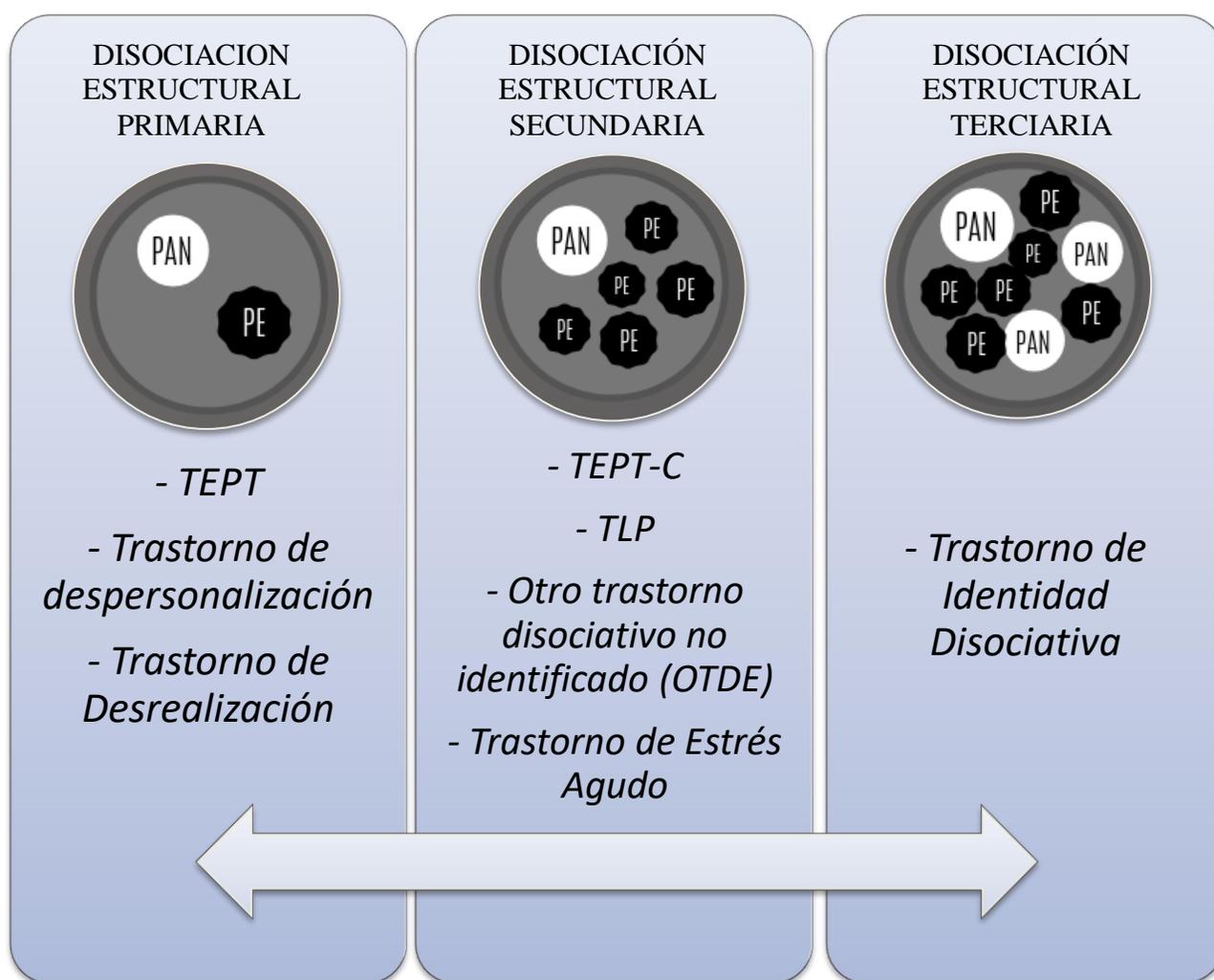
- Se revive lo ocurrido como si estuviera viviéndose otra vez, involuntariamente.

- Evita consciente e inconscientemente los estímulos relacionados con los recuerdos.

Nota: Elaborado con datos de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo, Patricia Hervías et al., 2017 (https://psiquiatria.com/trabajos/usr_1021907375208.pdf)

Figura. 1

Disociación estructural de la personalidad.



Leyenda: Trastornos en relación al nivel de disociación estructural.

Nota. Adaptado de *Disociación estructural de la personalidad* (Imagen), de Long Soul System, sf, (<https://longsoulsystem.com/tid/causas/teoria-de-disociacion-estructural/>). Creative Commons 4.0

1.3. Bases neurobiológicas del estrés postraumático complejo

Como lo expuso Whaley (2018), el abuso infantil puede llegar a alterar la expresión genética y esto en consecuencia producirá una psicobiología anormal y alteraciones psicológicas, porque independientemente de tener una predisposición genética que pueda causar trastornos mentales, se sabe que es indispensable el desarrollo sano de los vínculos en los primeros años o meses de la infancia para evitar los trastornos de la salud mental. Se ha estudiado ampliamente los mecanismos biológicos y neurobiológicos de la respuesta del estrés en el cuerpo y el cerebro, sin embargo, son poco conocidas las consecuencias que esto conlleva para la mente y la funcionalidad de las personas que han sufrido trauma y padecen de algún trastorno relacionado al estrés. Por ese motivo se comparte la información de los efectos del trauma complejo y abuso infantil sobre el cerebro, por medio de datos tomados de los estudios recientes que han investigado el tema con técnicas de neuroimagen. Esto comprueba no solo el efecto del abuso en el cerebro, sino le da validez al diagnóstico como un perfil distinto al TEPT. Esto es importante para el diseño de estrategias futuras para la intervención. Estos estudios se muestran en la tabla 5.

En estudios de las últimas décadas se han podido comprobar las alteraciones neurobiológicas y neuroanatómicas que existen en los pacientes con TEPT en contraste a otro tipo de población (en la Tabla 6 se presentan resultados en cuanto a las diferencias entre el TEPT y TEPT-C) Sin embargo, los datos con respecto al TEPT-C aún son escasos, por lo que se necesitan realizar más estudios para encontrar las bases biológicas alteradas en el TEPT-C para mejorar las estrategias de tratamiento. Mucha de la información disponible es con base al análisis de síntomas de TEPT consistentes con la conceptualización de los síntomas complejos relacionados al TEPT-C y el abuso infantil, y no con los criterios o diagnóstico de TEPT-C de la CIE-11 directamente (Marinova y Maercker, 2015). Muestran que los correlatos neuronales son más severos en estos pacientes que aquellos con TEPT clásico.

Tabla 5

Principales hallazgos de estudios relacionados al TEPT-C.

Estudio	Población	Hallazgos
Thomaes et al. (2009)	TEPT-C	Activación en el: - hipocampo izquierdo y en el - giro parahipocampal durante el recuerdo selectivo de palabras negativas.
Thomaes et al. (2010)	TEPT-C y TEPT	Disminución en el volumen de sustancia gris en el - hipocampo derecho - corteza cingular anterior dorsal derecha - corteza orbitofrontal derecha.
Thomaes et al. (2012)	TEPT-C	Activación de - ínsula anterior izquierda - corteza cingular anterior dorsal Disminución de la activación de las mismas estructuras después de terapia.
Thomaes et al. (2013)	TEPT-C	Respuesta de activación en la: - corteza anterior cingulada ventral izquierdo, y en la - corteza anterior cingulada dorsal extendiéndose hasta la corteza prefrontal dorsomedial Activación del: - hipocampo izquierdo
De Bellis et al. (2015)	TEPT (crónico)	- Menor volumen de materia gris en la corteza posterior y cerebelo - diferencias en el esplenio del cuerpo calloso.
Gold et al. (2016).	Abuso infantil	- Grosor cortical reducido en la corteza prefrontal ventromedial y ventrolateral, y - en la corteza temporal medial y lateral.
Morey et al. (2016)	TEPT (crónico)	Disminución: - corteza prefrontal ventromedial derecha - sustancia gris de la corteza orbitofrontal izquierda Menor volumen en: - hipocampo derecho, - amígdala izquierda, y

Teicher et al. (2016)	Abuso Infantil	- sustancia gris de la corteza orbitofrontal medial Alteraciones morfológicas en el: - cíngulo anterior - corteza prefrontal lateral dorsal y orbitofrontal - cuerpo calloso, - hipocampo adulto. Diferencias en las respuestas: - amígdala y núcleo estriado
Busso et al. (2017)	Abuso infantil	Reducción del grosor cortical en las regiones medial y lateral del lóbulo prefrontal y temporal.
Lim et al. (2018)	Abuso infantil	Anomalías estructurales en las regiones corteza orbitofrontal-insular, cerebelo, occipital, parietal y temporal.
Bryant et al. (2021)	TEPT-C y TEPT	Aumento de la activación de la ínsula y la amígdala derecha en el TEPC

Nota. Recopilación de estudios sobre la neurobiología del TEPT-C y sus principales hallazgos

Tabla 6.

Correlatos neurobiológicos asociados al TEPT y al TEPT complejo

	TEPT	TEPT complejo (datos piloto que necesitan ser replicados)
Estudios de imagen estructural	- ↓ volumen del hipocampo - ↓ volumen de la CCA	- ↓ volumen del hipocampo - ↓ volumen de la CCA - ↓ volumen de COF derecho
Estudios de imagen funcional (áreas implicadas)	- hipocampo y giro parahipocampal - amígdala - corteza prefrontal	- hipocampo y giro parahipocampal - CCA ventral y dorsal

	<ul style="list-style-type: none"> - CCA medio y dorsal - amígdala - corteza prefrontal ventromedial - giro frontal inferior 	<ul style="list-style-type: none"> - corteza prefrontal dorsomedial - corteza prefrontal ventrolateral - corteza orbitofrontal
Medidas autonómicas y neuroquímicas	<ul style="list-style-type: none"> - ritmo cardíaco - presión sanguínea - conductancia de la piel - norepinefrina - serotonina - ácido gamma-aminobutírico (GABA) - glutamato - neuropéptido Y - péptidos opioides endógenos - cortisol 	
Predisposición genética	<ul style="list-style-type: none"> - poliformismos en: <ul style="list-style-type: none"> - genes dopaminérgicos, serotoninérgicos y norepinefrínicos - genes relacionados con el eje HPA - factores neurotróficos - el gen del receptor huérfano alfa relacionada con los retinoides 	
Factores epigenéticos	<ul style="list-style-type: none"> - metilación del ADN de los genes asociados a las funciones inmunitarias - metilación del ADN de los elementos repetitivos 	

Nota. ACC= corteza cingulada anterior; COF= corteza orbitofrontal; HPA= hipotálamo-pituitario-adrenal; ADN= ácido desoxirribonucleico. Tomada de “Biological correlates of complex posttraumatic stress disorder-state of research and future directions”, por Z. Marinova y A. Maercker, 2015, European Journal of Psychotraumatology, 6, (<https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.25913>). Copyright 2015 por Zoya Marinova y Andreas Maercker

CAPÍTULO II

TRATAMIENTO DEL

TRAUMA COMPLEJO

Capítulo II. Tratamiento del trauma complejo

Capítulo 2.

2.1 Trastorno de estrés postraumático complejo

Como se ha mencionado anteriormente en el primer capítulo, el TEPT-C está compuesto por una variedad más amplia de síntomas que en el caso del TEPT, sin embargo, para su diagnóstico, las personas también deben cubrir criterios del TEPT. Los criterios diagnósticos del CIE-11 (tabla x) requiere que el individuo cumpla con todos los criterios diagnósticos del TEPT y adicionalmente, los que tienen relación a los trastornos en la autoorganización del *self* de los individuos. Los más característicos siendo la desregulación afectiva, el sentido de la identidad distorsionada, y dificultades en las relaciones interpersonales.

Tabla 7*Criterios diagnósticos según el CIE-11***Trastorno de estrés postraumático complejo**

Definición: El trastorno de estrés postraumático complejo (TEPT complejo) es un trastorno que puede desarrollarse después de la exposición a un evento o una serie de eventos de naturaleza extremadamente amenazadora u horrible, eventos frecuentemente prolongados o repetitivos de los que resulta difícil o imposible escapar (por ejemplo, tortura, esclavitud, campañas de genocidio, violencia doméstica prolongada, abuso sexual o físico repetido en la infancia).

Se cumplen todos los criterios de diagnóstico del trastorno de estrés postraumático. Además, el TEPT complejo se caracteriza por la gravedad y la persistencia de:

- 1) los problemas en la regulación del afecto;
- 2) las creencias respecto de sentirse uno mismo disminuido, derrotado o sin valor, así como sentimientos de vergüenza, culpa o fracaso relacionados con el evento traumático; y
- 3) las dificultades para mantener relaciones y sentirse cerca de los demás. Estos síntomas causan un deterioro significativo en la esfera personal, familiar, social, educativa, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.

Fuente: (CIE-11)

2.2. Trastornos relacionados al trauma y estrés en el DSM-V

Los trastornos relacionados al trauma y el estrés son un capítulo que fue agregado al DSM-5 para incluir todos los trastornos mentales que están relacionados a la exposición a un evento traumático o estresante como criterio principal de diagnóstico. En la tabla x se muestra un resumen de los trastornos mentales incluidos. Anteriormente el TEPT se encontraba bajo los trastornos de ansiedad, ahora se encuentra después de ese capítulo y antes del capítulo de trastornos disociativos para indicar la relación conceptual entre ambos trastornos. Puesto que, como hemos examinado, ambos tienen raíz de origen traumático. Los trastornos relacionados al

trauma y el estrés son prevalentes y debilitantes con presentaciones clínicas complejas, por lo que presentan desafíos para su evaluación y tratamiento en el ámbito clínico.

Tabla 8

Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés (versión simplificada, según el DSM-5)

Trastorno de apego reactivo
Trastorno de relación social desinhibida
Trastorno de estrés postraumático y “” en niños menores de 6 años
Trastorno de estrés agudo
Trastornos de adaptación
Otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado
Trastorno relacionado con traumas y factores de estrés no especificado
Trastorno de apego reactivo
Trastorno de relación social desinhibida

Fuente: DSM-V

Tabla 9

DSM-5: Trastornos disociativos (versión simplificada)

Trastorno de apego reactivo
Trastorno de relación social desinhibida
Trastorno de estrés postraumático y “” en niños menores de 6 años
Trastorno de estrés agudo
Trastornos de adaptación
Otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado
Trastorno relacionado con traumas y factores de estrés no especificado
Trastorno de apego reactivo

Trastorno de relación social desinhibida

Fuente: DSM-V

Elaboración propia

2.2.1 Trastorno de estrés postraumático en el DSM-V

En la tabla x se puede visualizar los criterios diagnósticos del TEPT. Los cambios principales que aparecen en el DSM V en comparación a su predecesor, señalados por Lee et al. (2019):

- a) cambiar el TEPT de la sección de trastornos de ansiedad hacia el nuevo capítulo de trastornos relacionados al trauma y el estrés;
- b) eliminar el criterio A2, en relación a la experimentación de miedo intenso, impotencia, u horror en el momento del trauma;
- c) la división del grupo de evitación y adormecimiento en grupos separados de evitación y alteraciones negativas de la cognición y el estado de ánimo;
- d) agregación de tres nuevos síntomas y la revisión sustancial de los otros;
- e) agregación de un subtipo disociativo; (según lee et al., se hizo en parte para reconocer e integrar el cuadro clínico del TEPT-C);
- f) la creación de criterios separados para niños/as de edad preescolar.

Tabla 10

Criterios diagnósticos

Trastorno de Estrés Postraumático, según el DMS-V

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de

un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.

4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

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

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s). Nota: En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s). Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.
3. 3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.) Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.
4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

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

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

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

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
 2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie,” “El
-

mundo es muy peligroso,” “Tengo los nervios destrozados”).

3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

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

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

Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la

intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

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

Fuente: DSM-V
Elaboración propia

2.2.2 Subtipo disociativo del trastorno de estrés postraumático

A pesar de que el TEPT-C no se agregó al DSM V, si fue incluido el subtipo disociativo del TEPT, por motivo de las crecientes investigaciones que han demostrado diferencias biológicas, estructurales y psicológicas implicadas en el TEPT cuando existe comorbilidad disociativa severa. Como los estudios han indicado, mayormente implicados cuando existe historial de abuso infantil. Este subtipo se caracteriza por síntomas de hipoactivación, despersonalización, o desrealización disociativos. Las investigaciones recientes están explorando la efectividad de los tratamientos del TEPT en aquellos pacientes que presentan los criterios de este subtipo. Aunque no se ha llegado a un consenso claro, algunos autores como Burton et al. (2018) señalan tras una exploración, que este subtipo no representa distinciones clínicas en cuanto a la presunción de que este subtipo responde peor ante los tratamientos de exposición al trauma que son efectivos en el TEPT.

2.2.3 Comorbilidad con otros trastornos

Datos recolectados por un programa de vigilancia mostraron que los trastornos mentales comienzan en la primera infancia y afectan a niños/as de todo tipo de características sociodemográficas (Bitsko et. al, 2022). La mayoría de los pacientes psiquiátricos tienen un historial de abuso o trauma intrafamiliar, y 15% de pacientes cumplen todos los criterios del TEPT (van der Kolk, 2015). En un estudio realizado por Ackerman, Newton, McPherson, Jones, & Dykman (1998) encontraron que los diagnósticos más comunes en una población de 204

niños/as, que han sufrido abuso y maltrato en la infancia, son: trastorno de ansiedad por separación, trastorno oposicionista desafiante, trastornos fóbicos. TEPT, y TDAH. Un tercio de las víctimas sufren de TEPT y hay una comorbilidad alta con otros trastornos afectivos. Entre el 25% y 55% de estos niños/as con historial de abuso físico y sexual alcanzaron los criterios de TEPT. La mayoría de los niños/as reportaban abuso físico, y la mayoría de las niñas el abuso sexual. Ellos indican:

“Nuestro estudio muestra claramente que los niños que han sufrido conjuntamente abusos físicos y sexuales corren el mayor riesgo de sufrir trastornos psiquiátricos. El riesgo parece ser mayor si el abuso comienza cuando el infante es bastante pequeño y si ha habido coerción para mantener el secreto.”
(p. 771)

Se encontraron asociaciones entre trauma infantil y enfermedades crónicas mortales como: depresión, abuso de sustancias, cáncer, enfermedades cardiovasculares, inmunológicas, gastrointestinales, metabólicas, hepáticas, diabetes, fracturas óseas, obesidad severa, sedentarismo y salud deficiente en la edad adulta. (Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards, Koss, y Marks, 1998) Entre otros estudios similares se ha mostrado la relación muy grande entre el ser víctima de trauma interpersonal acumulado y complejo y especialmente de abuso sexual, con la salud física deficiente. Entre los trastornos psiquiátricos más prevalentes que han encontrado tener relación se encuentran: TEPT, trastornos de ansiedad, depresión, abuso de sustancias, trastornos de personalidad, trastornos sexuales, conducta agresiva o antisocial, y suicidio o intentos de suicidio. (Lanius, Bluhm, y Frewen, 2013; López-Martínez, Serrano-Ibáñez, Ruiz-Párraga, Gómez-Pérez, Ramírez-Maestre y Esteve 2018; Talbot, 2020)

Las personas con TEPT-C tienen más probabilidades que las personas con TEPT principalmente tienen el riesgo de padecer los trastornos de ánimo y de ansiedad generalizada. A continuación se muestra una tabla con los riesgos de comorbilidad en el TEPT-C y el TEPT.

Tabla 11*Comorbilidad del TEPT-C y TEPT con otras enfermedades*

	% con MDD OR 95%(CI)	% con GAD OR (95% CI)	% con AUD OR (95%CI)	% con suicidio OR (95% CI)	% con enfermedad cronica OR (95% CI)
Trastorno de estrés postraumático	48.2	30.4	60.0	57.1	44.6
	1.79(1.04- 3.07) *	1.10(0.61- 1.97)	2.04(1.02- 4.08) *	3.13 (1.81- 5.41) *	1.90 (1.10-3.27) *
Estrés postraumático complejo	89.0	86.0	58.8	56.6	45.6
	21.82(12.51- 38.04) ***	24.63(14.77- 41.07) ***	2.070' (1.36- 3.15) **	3.43(2.37- 4.70) ***	2.11 (1.46-3.05) ***

Nota: AUD, trastorno por consumo de alcohol; GAD, trastorno de ansiedad generalizada; MDD, trastorno depresivo mayor; OR, cociente de probabilidades. Tomada de "Risk factors and comorbidity of ICD-11 PTSD and complex PTSD: Findings from a trauma-exposed population based sample of adults in the United Kingdom" por Karatzias, T., Hyland, P., Bradley, A., Cloitre, M., Roberts, N. P., Bisson, J. I., & Shevlin, M., 2019. *Depression and Anxiety*, 36(9), 887–894, 2019. Copyright Wiley Periodicals, Inc.

2.4.1. Trastorno limítrofe de la personalidad

En los últimos años se ha estudiado bastante la relación que existe entre el TLP y TEPT-C por la similitud en síntomas de la autoregulación afectiva, sentido de identidad y problemas interpersonales. A pesar de las similitudes en ambos trastornos, hay mucha evidencia que refuta la hipótesis de que alguno de los dos es una variante del otro. Se ha comprobado extensamente la diferencia entre ambos perfiles e incluso los resultados entre las intervenciones terapéuticas que son efectivas en el TLP no lo son para el TEPT-C. En la siguiente tabla se muestran los criterios diagnósticos del TLP y posteriormente en otra tabla se señalan las diferencias que tienen los tres síntomas principales, antes mencionados, con los del TEPT-C.

Tabla 12*Trastorno de la Personalidad límite, según el DMS-V*

A. Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
 2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
 3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
 4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
 5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
 6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
 7. Sensación crónica de vacío.
 8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
 9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.
-

Fuente: DSM-V
Elaboración propia

Tabla 13*Diferencias entre TLP y TEPT-C*

	TLP	TEPT-C
Regulación emocional	-impulsividad -intentos de suicidio, gestos suicidas, o conductas autolesivas -labilidad emocional	- habilidades de afrontamiento ineficaces - enojo reactivo
Autoimagen	-sentido de identidad inestable -sentido de identidad cambiante	-autoimagen negativa persistente
Problemas interpersonales	-miedo al abandono -relaciones inestables que alternan entre idealización y devaluación de los demás	-evitación crónica de las relaciones -sentimiento de alienación

Fuente: DSM-V
Elaboración propia

2.6. Instrumentos de evaluación del TEPT-C

Desde la inclusión del TEPT-C al CIE 11, se han estado elaborando instrumentos y entrevistas clínicas para que se cumplan con los criterios diagnósticos. Actualmente se utilizan muchos instrumentos de evaluación que fueron originalmente diseñados para la evaluación del TEPT e instrumentos complementarios para evaluar la presencia de la sintomatología adicional presente en el TEPT-C. Aún falta desarrollar los instrumentos necesarios para medir las variables presentes en el TEPT-C. No obstante, algunos instrumentos, como el Cuestionario Internacional

de Trauma (ITQ, por sus siglas en inglés) y la Entrevista Internacional del Trauma (ITI, por sus siglas en inglés) y la Entrevista Estructurada del Trastorno de Estrés Extremo (SIDES, por sus siglas en inglés) son de los más eficaces para evaluar el TEPT-C.

En un estudio reciente, Cloitre et al. (2021) evaluaron las propiedades psicométricas del ITQ dentro de un contexto de terapéutico, los resultados demostraron que era una herramienta confiable para su uso con el TEPT y TEPT-C del CIE 11. En otro estudio de Rod y Smith (2021), encontraron que con los instrumentos de ITQ y Entrevista Internacional del Trauma (ITI, por sus siglas en inglés) se pueden distinguir el TEPT-C del TEPT y TLP. Esto comparte más evidencia de su utilidad y validez clínica para el diagnóstico de TEPT-C y el uso de estos instrumentos en el campo clínico para continuar realizando investigaciones sobre las intervenciones para el tratamiento del TEPT-C y los trastornos relacionados al trauma.

2.6. Tratamiento de enfoque centrado en trauma

El consenso entre los terapeutas que tratan a personas gravemente traumatizadas es que tanto la técnica como la relación son importantes influencias en los resultados. En los lineamientos clínicos actuales, la terapia centrada en trauma es considerada la primera opción de intervención. Tras la aceptación del TEPT-C como diagnóstico, se comenzó a proponer como tratamiento las mismas intervenciones que son eficientes para el TEPT, por ende, comenzaron a proponer los enfoques centrados en trauma. Estas terapias unimodales cuyo enfoque es el procesamiento del trauma abarcan las terapias basadas en evidencia en donde se trabaja directamente con los eventos traumáticos, por ejemplo: EMDR, de exposición prolongada, narrativas, reestructuración cognitiva, etc. En la tabla x se muestran algunas terapias basadas en evidencia que pertenecen al enfoque centrado en trauma, diseñados originalmente para el tratamiento de TEPT, que se implementaron en los estudios revisados de esta revisión sistemática

Tabla 14

Tratamientos hallados en la revisión de literatura, según su enfoque

Centrado en trauma	Basado en fases
EMDR	Entrenamiento de habilidades en regulación afectiva e interpersonal (STAIR)
EP (Exposición Prolongada)	Terapia de grupo diseñada para estabilización
Terapia narrativa	Terapia narrativa (SNT) de Entrenamiento de habilidades en regulación afectiva e interpersonal (STAIR)
Terapia de Procesamiento Cognitivo	Terapia de Procesamiento Cognitivo adaptada según el desarrollo (TPC-D)
Terapia cognitivo-narrativa	Psicoterapia sensoriomotriz
Terapia de exposición narrativa (NET)	Terapia Dialéctico Conductual para personas con TEPT. (DBT-TEPT)
Terapia Cognitivo Conductual Centrada en el Trauma. (TF-CBT)	Intervención psicoeducativa de grupo
Exposición prolongada intensa (EPi)	Procesamiento en Emoción y Memoria

Fuente: Elaboración propia

2.6. Enfoque basado en fases

Sin embargo, otros profesionistas comenzaron a proponer un enfoque basado en fases que lleva un ritmo gradual y que las fases se implementan de la siguiente forma:

1) primera fase, en donde los pacientes experimentan con la adquisición de herramientas para la autorregulación emocional y de habilidades para mejorar las competencias interpersonales.

2) segunda fase, se proporciona un tratamiento centrado en el trauma donde el propósito es procesar los recuerdos traumáticos;

3) tercera fase en donde el enfoque es la consolidación de los logros obtenidos con el tratamiento y una inserción, reanudación o adaptación a las actividades cotidianas.

De acuerdo con los lineamientos generales para el tratamiento del TEPT-C este enfoque es el recomendado, con el propósito de que los adultos con TEPT-C comiencen con una fase estabilizante enfocada en el aprendizaje de estrategias de afrontamiento para poder tolerar de mejor forma la segunda fase centrada en el trauma, ya que puede llegar a ser desestabilizante o riesgosa, y como consecuencia, menos eficaz. De Jongh et al. (2016), mencionan los supuestos por los que se considera este enfoque como el más seguro: 1) el TEPT y el TEPT-C son distintos; 2) los tratamientos basados en evidencia para tratar el TEPT no son eficaces para el TEPT-C; 3) los pacientes no cuentan con estabilidad al iniciar el tratamiento, por lo que podrían no tolerar una intervención centrada en trauma.

El consenso entre los terapeutas que tratan a personas gravemente traumatizadas es que, tanto la técnica, como la relación son importantes influencias en los resultados. Esto debido a la naturaleza del trastorno y los problemas que tienen estos sujetos para consolidar la confianza en otras personas, y las dificultades en su regulación emocional. Por lo que se enfatiza que el terapeuta debe tener paciencia, y las habilidades para ir personalizando la técnica necesaria con base en las características complejas de los pacientes. (Courtois y Ford, 2020). A continuación, se muestran los tratamientos que Courtois y Ford clasifican como tratamientos que pudieran ser implementados y de los que es de utilidad que se siga obteniendo más evidencia de su eficiencia.

Tabla 15

Tratamiento individual apoyado por la evidencia modalidades y modelos (versión simplificada)

- Terapia de exposición prolongada
 - Terapia cognitiva
 - Terapia de procesamiento cognitivo
 - Terapia contextual
-

-
- Terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares
 - Terapia de exposición narrativa
 - Psicoterapia interpersonal
 - Terapia cognitivo-conductual
 - Psicoterapia Ecléctica Breve
 - Terapia conductual contextual centrada en el trauma
 - Terapia centrada en las emociones
 - Regulación del Afecto en el Trauma: Guía para la educación y la terapia
-

Fuente: Courtois y Ford, 2020

Tabla 16

Modelos de terapia grupo/conjunta (versión simplificada)

- Terapia de grupo
 - Terapia de grupo basada en el trauma dual
 - Terapia de sistemas familiares
 - Terapia de trauma complejo y adicciones
-

Fuente: Courtois y Ford, 2020

Tabla 17

Modelos emergentes de psicoterapia (versión simplificada)

- Psicoterapia sensoriomotriz
 - Psicología experimental
 - Enfoques de Mindfulness
 - Terapias complementarias
-

Fuente: Courtois y Ford, 2020

CAPÍTULO III

REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LITERATURA

Capítulo III. Revisión Sistemática de Literatura

Capítulo 3.

3.1. Metodo

En este capítulo se expondrán los resultados de la revisión sistemática de literatura que se realizó para cumplir con los objetivos de la presente tesina sobre el tratamiento actual para el TEPT-C. La revisión se llevo a cabo siguiendo las reomendaciones propuestos para la realización de revisiones sistematicas del método PRISMA (2020). Para realizar la revisión sistemática los estudios que se buscaron fueron específicamente en relación al tema del tratamiento para el TEPT-C, con el objetivo de que sea información científica que haya pasado por un proceso de validez en sus resultados.

3.2 Muestra

La población de la que se pretende tomar estudio es cualquier persona o rango de edad diagnosticada con TEPT-C según estándares de la CIE-11, o TEPT y sus variaciones bajo estándares del DSM-V, este último solo si la población cumplía con los criterios distintivos del TEPT-C, con un historial de trauma o abuso infantil, trauma repetido o crónico, trauma de origen interpersonal, síntomas disociativos, de desregulación emocional, de problemas interpersonales, y/o autoconcepto negativo.

3.3 Criterios de inclusión

Se tomaron en cuenta solamente los estudios realizados desde hace 5 años. Se excluyeron los estudios cuya intervención sea un programa y no una intervención psicoterapéutica. La comorbilidad con otros trastornos disociativos, trastornos del estado de ánimo, trastornos de

abuso de sustancia, trastorno de la personalidad limítrofe, o de TEPT clásico, no fueron motivo de exclusión. Se tomaron en cuenta estudios que no fueran ensayos controlados aleatorios con base al motivo de que el TEPT-C sigue siendo un diagnóstico relativamente nuevo y poco estudiado. En la figura 5 que contiene el proceso de la búsqueda realizada y los estudios elegidos y rechazados. También, se muestra la síntesis de la información de los estudios obtenidos.

3.4 Proceso de selección

Las bases de datos utilizadas estuvieron limitadas a dos: Pubmed y Proquest. Se utilizaron las siguientes palabras para hacer la búsqueda de los estudios: (complex trauma OR CPTSD) AND (treatment OR intervention OR psychological intervention OR psychological treatment OR therapy OR psychological therapy OR psychotherapy). La figura 5 contiene el proceso de la búsqueda realizada en la base de datos y su proceso de estudios elegidos y rechazados.

3.5 Síntesis

La síntesis de la información basada en los estudios elegidos para la revisión sistemática se realizó de forma manual, y se elaboraron tablas para visualizar sus resultados. La tabla X antes mostrada, contiene todos los estudios que se eligieron y la síntesis de los datos más importantes con respecto a las variables, los objetivos, y los resultados principales de cada investigación. A continuación, se muestra la tabla 15, que muestran la cantidad de estudios que resultaron ser de un enfoque centrado en trauma y los que son basados en evidencia, se indica si los resultados fueron favorables o no, y una tabla de los porcentajes.

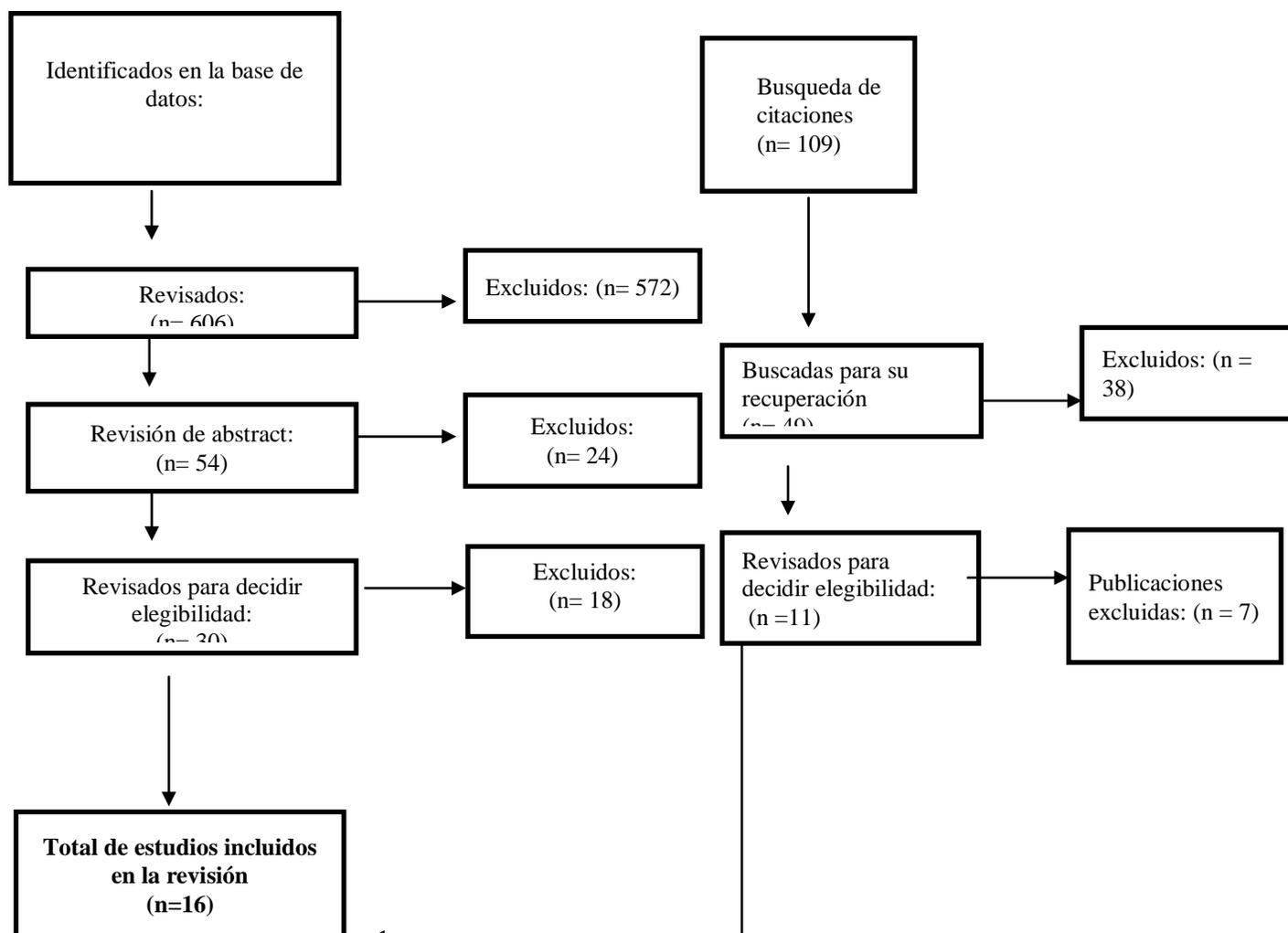
Figura 2. *Proceso de selección de estudios*

Tabla 18*Síntesis de la información*

Estudio	Enfoque	Diseño	Objetivo	Población	Instrumentos	Tipo de tratamiento o intervención	Muestras	Sesiones	Abandono o retirada	Resultados
van Vliet et al. (2021)	Basado en fases vs. centrado en trauma	Ensayo controlado aleatorio	Determinar si un enfoque basado en fases es más eficaz que un enfoque centrado en el trauma inmediato	Adultos con TEPT tras abuso infantil	-(IIP) -(DERS) -(ICPT) -(DES-II)	STAIR+EMDR EMDR	n= 57 n= 64	8 =STA 16 = EMDR 16 = EMDR R	22.80% 17.20%	La terapia EMDR, sin necesidad de intervención previa basada en fases, es más eficaz.
Hendriks et al. (2017)	Centrada en trauma	Ensayo clínico único	Eficacia y seguridad de la exposición prolongada intensiva (EP)	Adolescentes con TEPT-C	-(CTQ-SF) -(K-SADS-PL) PTSD	Exposición Prolongada (EP)	n= 10	5 semanas	0%	La EP intensiva puede ser eficaz y segura en población adolescente con TEPT complejo, los síntomas redujeron significativamente
Bækkelund et al. (2021)	Basada en fases	Ensayo controlado aleatorio	Evaluar la eficacia de la terapia de estabilización en grupo centrada en la regulación de las emociones y el entrenamiento de	Adultos con TEPT e historial de abuso infantil	-(ITQ)	Terapia de Grupo. Fase: estabilización.	n =77	20 semanas	18%	No influyó significativamente sobre los resultados, no es recomendada como tratamiento de primera línea para este grupo de pacientes.

Tabla 18*Síntesis de la información*

Estudio	Enfoque	Diseño	Objetivo	Población	Instrumentos	Tipo de tratamiento o intervención	Muestras	Sesiones	Abandono o retirada	Resultados
Niwa et al. (2022)	Basada en fases	Estudio piloto	Examinar la viabilidad, la seguridad y los resultados del SNT para el CPTSD	Mujeres adultas con TEPT_C (CIE-11) relacionado con abuso infantil	-(ITI) -(ITQ)	Terapia narrativa (SNT) de Entrenamiento de habilidades en regulación afectiva e interpersonal (STAIR)	N= 10	16 sesiones	30%	A excepción de un paciente, todos ya no cumplían criterios de TEPT-C postratamiento, ninguno lo cumplía en el seguimiento; mostrando efectividad y seguridad de la SNT.
Rosner. (2019)	Basada en fases	Ensayo controlado aleatorio	Examinar si la terapia de procesamiento cognitivo adaptada al desarrollo es más eficaz que la lista de espera con asesoramiento de tratamiento (LA/T).	Adolescentes y adultos jóvenes (de 14 a 21 años) con TEPT relacionado a abuso infantil	-(CAPS-CA)	Terapia de Procesamiento Cognitivo adaptada según el desarrollo (TPC-D)	n = 88	20 sesiones	27%	Efectiva y mostraron una mejora mayor durante la fase centrada en el trauma de la intervención. Y estabilidad en todos los resultados secundarios en la evaluación postratamiento.
Moreira et al. (2020)	Centrada en trauma	Ensayo controlado aleatorio	Eficacia de la terapia cognitivo-narrativa	Mujeres adultas víctimas de violencia	-ITQ - Programa de entrevista	Terapia cognitivo-narrativa	n= 23	4 semanas	26%	No hay diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 18*Síntesis de la información*

Estudio	Enfoque	Diseño	Objetivo	Población	Instrumentos	Tipo de tratamiento o intervención	Muestras	Sesiones	Abandono o retirada	Resultados
Classen et al. (2020)	Basada en fases	Ensayo controlado aleatorio piloto	en el tratamiento de la depresión, el TEPT, el TEP-C y los síntomas TLP	intima por parte de una pareja	diagnóstica para el TEPT y el TEPC	Psicoterapia sensoriomotriz	n= 32	20 sesiones	NA	Los efectos sobre el TEPT-C, en general, no fueron favorables. Se encontraron mejoras significativas en la conciencia corporal, la ansiedad y la receptividad a la calma.
Bohus et al. (2020)	Basado en fases vs. centrado en trauma	Ensayo controlado aleatorio	Eficacia de la terapia conductual dialéctica para el TEPT (DBT-PTSD) frente a la de la terapia de procesamiento cognitivo (TPC)	Mujeres con historial de abuso infantil, con criterios de TEPT-C y TLP en refugios de protección para las víctimas de la violencia de género	- (SCID-I) - IPDE	Terapia Dialéctica Conductual para personas con TEPT. (DBT-TEPT) Terapia de Procesamiento Cognitivo	n= 103	45 semanas	32.10%	Eficacia de las dos, DBT-TEPT y CPT, en el tratamiento de TEPT-C. Los resultados iniciales favorecieron el DBT-TEPT.
Mahoney et al. (2020)	Basada en fases	Ensayo controlado aleatorio	La eficacia de una	Mujeres en prisión con	- PCL-C - DERS - DES	Intervención psicoeducativa	n= 44	10 semanas	38.37%	La modalidad de psicoeducación

Tabla 18*Síntesis de la información*

Estudio	Enfoque	Diseño	Objetivo	Población	Instrumentos	Tipo de tratamiento o intervención	Muestras	Sesiones	Abandono o retirada	Resultados
		piloto	intervención psicoeducativa para el trauma complejo	sentencia corta		tiva de grupo				ón sólo alcanza tamaños de efecto pequeños y no significativos en comparación con la atención habitual.
Peltonen y Kangaslampi. (2019)	Centrada en trauma	Estudio multicéntrico, paralelo, no ciego, pragmático o aleatoriamente controlado	Encontrar si la NET puede ser factible y si puede reducir los problemas de salud mental, y aumentar la resiliencia en niños y adolescentes.	En niños y adolescentes traumatizados, con condiciones traumáticas prolongadas y síntomas de TEPT	-CRIES	Terapia de exposición narrativa (NET)	n= 50	10 semanas	14%	Apoyo preliminar a la seguridad, la eficacia y la utilidad de NET entre los niños y adolescentes politraumatizados.
Hébert y Amédée. (2020)	Centrada en trauma	Análisis de clase latente en la respuesta a terapia de un estudio aleatorio.	Explorar la efectividad del TF-CBT y las respuestas asociadas a los perfiles.	Niños o niñas víctimas de abuso infantil	-CITES II	Terapia Cognitivo Conductual Centrada en el Trauma. (TF-CBT)	n= 384	NA	9.30%	Se asoció con la mejora entre los niños de la clase de TEPT complejo, mostrando cambios positivos.

Tabla 18*Síntesis de la información*

Estudio	Enfoque	Diseño	Objetivo	Población	Instrumentos	Tipo de tratamiento o intervención	Muestra	Sesiones	Abandono o retirada	Resultados
Ross et al. (2020)	Centrado en trauma	Modelización multinivel	Resultados de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma	Adolescentes con TEPT-C	-CPSS	Terapia Cognitivo Conductual Centrada en Trauma. (TF-CBT)	n=176	30 semanas	NA	Eficacia de la TF-CBT para el TEPT simple y complejo en jóvenes que han sufrido un trauma agudo y crónico
Bongaerts et al. (2021)	Centrado en trauma	Ensayo clínico único	Examinar la seguridad y efectividad de un tratamiento intensivo entregado por medio de telesalud	Adultos con TEPT-C	-CAPS-5, -PCL-5, -ITQ	PE y EMDR	N=6	4 días	0%	El tratamiento de telesalud desde la casa es factible, seguro y efectivo, y puede ser una alternativa viable al entregado en persona
Clifford et al. (2018)	Basado en fases	Ensayo clínico único	la eficacia de la intervención basada en grupos	Mujeres con una historia de trauma interpersonal repetido y TEPT con características complejas	Complex Trauma Symptom Questionnaire (CTSQ)- aun no publicado - CAPS	Programa de Grupo de Procesamiento en Emoción y Memoria adaptado de STAIR	N=15	12 semanas	8.3%	Reducciones significativas en: TEPT, características complejas del TEPT, y depresión, junto con mejoras en medidas de procesos de cogniciones desadaptativas y procesamiento de emociones.

Tabla 18*Síntesis de la información*

Estudio	Enfoque	Diseño	Objetivo	Población	Instrumentos	Tipo de tratamiento o intervención	Muestras	Sesiones	Abandono o retirada	Resultados
Oprel et al. (2020)	Basado en fases vs. centrado en trauma Centrado en trauma	Ensayo controlado aleatorio	investigar la efectividad de tres variantes de la terapia de exposición prolongada.	Adultos con TEPT-C y TEPT relacionado a abuso infantil	-CAPS -5 P-CL-5	Intense EP STAIR+EP EP	n= 51 n=50 n= 48	16	25%	STAIR+PE STAIR+EP no dio como resultado una mejora significativa mayor. Intensificación del EP conduce a una mejora más rápida, pero no a mejores resultados en general.
Voorendok et al. (2020)	Centrado en trauma	Ensayo clínico único	determinar si las personas clasificadas como con TEPT-C pueden beneficiarse de un tratamiento o intensivo centrado en el trauma	Adultos con TEPT-C	ITQ -CAPS-5	EP y EMDR	N=308	8 días	14.9%	Los síntomas de TEPT y TEPT-C disminuyeron significativamente, por lo que TEPT-C se beneficiaría de terapia centrada en trauma

Nota. (STAIR) = Entrenamiento de habilidades en regulación afectiva e interpersonal, (IIP) = Inventario de Problemas Interpersonales, (DERS) = Escala de Dificultades en la Regulación Emocional, (ICPT)=Inventario de Cogniciones Posttraumáticas, (DES-II) = Escala de Experiencias Disociativas, (K-SADS) = Escala para la evaluación de la depresión y la esquizofrenia en niños, (CTQ-SF) = Cuestionario de Trauma Infantil-Versión corta, ((K-SADS-PL)) = Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version, (ITQ) = Cuestionario Internacional de Trauma, (SNT-STAIR) = Terapia narrativa de Entrenamiento de habilidades en regulación afectiva e interpersonal, (CAPS-CA)= Escala para el TEPT Administrada por el Clínico para Niños y Adolescentes del DSM-IV, (TPC-D)= Terapia de Procesamiento Cognitivo adaptada según el desarrollo, (SIDES)= Structured Interview for Disorders of Extreme Stress, Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV, (IPDE) = Examen Internacional De Los Trastornos de La Personalidad, (PCL) PTSD Checklist-Civilian Version, DERS = Escala de

Dificultades de Regulación Emocional, (CRIES) Escala de impacto de eventos revisada para niños, (CITES II) Escala de Impacto de Eventos Traumáticos en Niños

Tabla 19
Resultado de los estudios

Estudio	Basado en fases	Centrado en trauma	Resultado favorable	Resultado no favorable
Van Vliet et al. (2021)	X	X	X	X
Hendriks et al. (2017)		X	X	
Bækkelund et al. (2021)	X			X
Niwa et al. (2022)	X		X	
Rosner et al. (2019)	X		X	
Moreira et al. (2020)		X		X
Classen et al. (2020)	X		X	
Bohus et al. (2020)	X		X	
Mahoney et al. (2020)	X			X
Peltonen Y Kangaslampi (2019)		X	X	
Hébert y Amédée (2020)		X	X	
Ross et al. (2020)		X	X	
Bongaerts et al. (2021)		X	X	
Clifford et al. (2018)	X		X	
Oprel et al. (2020)		X	X	
Voorendok et al. (2020)	X			X
		X	X	
Total	9	10	13	6

Nota. Los estudios que estudios que no usaron ambos enfoques usaron grupos de control o ningún grupo de control.

Tabla 20*Porcentaje de eficacia de los estudios con base en el enfoque.*

Enfoque	Estudio	Favorable	Porcentaje
Basado en fases	Van Vliet et al. (2021)	No	
	Bækkelund et al. (2021)	No	
	Niwa et al. (2022)	Si	
	Rosner et al., (2019)	Si	
	Classen et al. (2020)	Si	
	Bohus et al., (2020)	Si	55.5%
	Mahoney et al. (2020)	No	
	Clifford et al. (2018)	Si	
	Oprel et al. (2020)	No	
Centrado en trauma	Van Vliet et al. (2021)	Si	
	Hendriks et al. (2017)	Si	
	Moreira et al. (2020)	No	
	Bohus et al., (2020)	No	
	Peltonen y Kangaslampi (2019)	Si	
	Hébert y Amédée (2020)	Si	80%
	Ross et al. (2020)	Si	
	Bongaerts et al. (2021)	Si	
	Oprel et al. (2020)	Si	
Voorendok et al. (2020)	Si		

3. 6 Resultados

Como se puede visualizar, en la tabla 5, de los dieciséis estudios analizados, nueve buscaban encontrar la eficacia de una intervención basada en fases como tratamiento inicial. Diez se enfocaban en comprobar la eficacia con un enfoque centrado en trauma. En total, fueron diecinueve porque tres de los estudios buscaban comparar ambos enfoques. Ocho estudios se podían considerar como ensayos controlados aleatorizados y dos de estos eran pilotos. Por el motivo antes expresado de escasos de estudios, se incluyó un estudio piloto, un ensayo clínico y un análisis de clase latente que abordaba los resultados de una intervención. Se muestran más detalles en tabla x

Las características de la población abarcaban cualquier rango de edad, niños/as, adolescentes y adultos. Expresamente se indicaba que las personas que conformaban las muestras estuvieran diagnosticadas con TEPT-C, o padecerían de TEPT con síntomas que cumplieran con los criterios diagnósticos de TEPT-C, o padecían de TEPT con un historial de abuso infantil que abarque cualquier tipo de abuso. En cuanto a la variable de grupo de edades, once estudios se enfocaban en adultos; cuatro estudios en población adolescente, dos de estos era puramente sobre adolescentes, otro de adolescentes y adultos jóvenes, y otro de adolescentes y niños. Solo un estudio era sobre niños/as. Cinco de los estudios totales eran únicamente sobre mujeres en población adulta, y el resto de los estudios incluía ambos géneros. Es relevante mencionar que la literatura indica que los índices de TEPT-C son mayores en mujeres.

Los instrumentos utilizados para valorar los criterios de TEPT-C fueron diversos, de los estudios que directamente evaluaban a población diagnosticada o con criterios de TEPT-C se hacía uso del Cuestionario Internacional de Trauma ITQ, a excepción de población adolescente o infantil. Todos los estudios cumplían con seguimiento de seis meses postratamiento para evaluación a excepción de uno.

van Vliet, et al. (2021) en su estudio, dirigen la atención hacia la necesidad de evidencia para usar la EMDR en los casos de TEPT-C, siendo que la evidencia existente indica que si es

favorable para el uso con el TEPT. En las evaluaciones posteriores de seis meses, el 68.8% ya no cumplía criterios de TEPT. Con su estudio mostraron que la EMDR es favorable y que no había ninguna diferencia significativa entre usar un enfoque basado en fases para mejorar los pronósticos del tratamiento, por lo que concluyeron que es seguro usar EMDR directamente.

Hendriks, et al. (2017) siendo un ensayo clínico de pequeña muestra de diez adolescentes, en el estudio realizado por Hendriks, L. et al. (2017) ningún paciente abandono o fue retirado del estudio. Tras un seguimiento de seis meses, el 80% de los adolescentes habían alcanzado la remisión del TEPT. El ensayo sugiere que es eficaz y seguro el uso del PE en el tratamiento de trauma complejo en adolescentes. Un ensayo controlado aleatorio con mayor muestra de estudio sería necesario para seguir confirmando la validez de su utilidad

Los resultados del estudio de Bækkelund et al. (2021) indicaron que no hay resultado significativo al participar en una terapia de grupo de estabilización (que incluía psicoeducación y adquisición de herramientas) para el ejercicio del enfoque basado en fases y que no reducía los síntomas de TEPT en grandes medidas. Sin embargo, encontraron que podía ser efectivo para mejorar el funcionamiento psicosocial. Por lo que observa que, aunque no ayuda a reducir síntomas, si ayuda a hacer frente al estrés, por lo que posteriormente aumenta el funcionamiento de la persona.

El otro ensayo clínico fue un estudio piloto realizado por Niwa et al. (2022) en donde participaron diez pacientes y concluyeron solo siete. Tras un análisis exploratorio y el seguimiento de tres meses, encontraron que casi todas las variables estudiadas (depresión, ansiedad, regulación emocional, relaciones interpersonales, calidad de vida y cognición negativa) mejoraron significativamente. Seis de los participantes ya no cumplían con el diagnóstico de TEPT-C tras el seguimiento de los tres meses cumplidos postratamiento. Los autores mencionan que este es uno de los primeros estudios en donde los individuos fueron diagnosticados con TEPT-C usando medidas confiables. Por lo que proporciona datos preliminares importantes para el estudio futuro.

En el estudio de Rosner et al. (2019), los resultados demostraron ser positivos para aportar evidencia en el uso de TPC-D como enfoque basado en fases, y, sobre todo, para el enfoque centrado en trauma, puesto que mostraron mayor mejoría durante la fase centrada en el trauma que ocurre durante la mitad del proceso terapéutico. Con esto se entiende que se pueden potenciar los resultados de la fase centrada en el trauma resultados buenos. Aportando la evidencia de que este tratamiento sería efectivo para la intervención en adolescentes y adultos jóvenes.

Moreira et al. (2020) en el estudio implementando la terapia cognitivo-narrativa mostraron la efectividad de esta terapia para el tratamiento de la depresión, el TEPT, y el TLP. Sin embargo, en cuanto al TEPT-C, solo ciertas variables (relacionadas a las emociones) tuvieron un efecto positivo. Mientras que en general, el efecto de las demás variables fue negativa (-0.28). Los autores hipotetizan que esto puede deberse a la activación de la memoria, impidiendo la atención al presente. Sin embargo, esto puede ocurrir por un periodo de tiempo y luego estabilizarse. Argumentan que esta intervención puede ser eficaz para determinadas circunstancias como momentos de crisis o contextos complejos. Concluyen que es útil para la población estudiada.

La hipótesis principal del estudio de Classen et al. (2020) era que la psicoterapia sensomotriz de grupo llevaría a una mayor conciencia corporal y como resultado menor disociación corporal. El primer objetivo se cumplió, mientras que la disociación no mostró ningún cambio significativo. A pesar de esto, se proporciona la evidencia preliminar de que esta intervención puede ser útil para los pacientes con trauma complejo para mejorar ciertas áreas como la percepción y conciencia corporal. Disminuyendo la ansiedad en torno al cuerpo puede ayudar a los pacientes para relacionarse con mayor receptividad consigo mismo e interpersonalmente.

Bohus et al., (2020), con su estudio comparativo entre las terapias DBT-TEPT y CPT, comparten datos importantes con respecto a la efectividad de ambas, con una inclinación de resultados más favorables con la terapia de DBT-TEPT. Se hipotetiza que el CPT no rindió similar por la tasa alta de abandono. Este grupo tenía mayores índices de remisión sintomática y

menor probabilidad de abandono. Los autores concluyen que el diseño del DBT-TEPT basado en fases se hizo especialmente para pacientes con síntomas de TEPT asociados al abuso infantil, desregulación emocional, y otros criterios del TLP. Lo anterior puede explicar la efectividad alta que tuvo esta intervención en el tratamiento de trauma complejo en esta muestra y la necesidad de replicarse sería importante.

El estudio basado en fases sobre la intervención psicoeducativa en grupo, de Mahoney et al. (2020), comparte la información sobre la poca efectividad que tiene esta intervención en el uso. Los datos que obtuvieron mostraron solo tamaños de efectos pequeños en contraste a la atención habitual. Por lo que no recomiendan el uso como único medio de tratamiento, y sugieren que se realicen protocolos de tratamiento que puedan tratar los síntomas asociados al trauma interpersonal. Adicionalmente, no desaniman el estudio de este tipo de intervención, puesto que tendría beneficios importantes para la salud pública si se lograra la eficacia necesaria.

El estudio de Peltonen y Kangaslampi (2019) sobre la NET, demostró solo poca, pero significativa, evidencia de la utilidad de la NET en el entorno clínico para el tratamiento de niños/as y adolescentes con TEPT y antecedentes de traumatización prolongada, incluyendo un incremento en la resiliencia. Los autores recalcan la importancia del estudio de este método, al igual que el entrenamiento, para así eliminar los prejuicios que existen en torno a la seguridad y riesgos que conllevan los métodos de exposición, argumentando que este enfoque, y otros, pueden ser igual o más efectivos que los que no incluyen exposición al trauma.

Hébert y Amédée (2020), en el análisis de clase latente realizado, los autores identificaron tres perfiles de niños/as y los categorizaron como: grupo de TEPT clásico, representando el 51%; TEPT-C, 23%; y un grupo resiliente 25%. En el grupo de niños/as con trauma complejo, hubo una reducción de síntomas de TEPT, y áreas como: disociación, problemas de conducta, regulación afectiva, autoconcepto y relaciones interpersonales. Adicionalmente a la confirmación de la eficacia, los autores subrayan la importancia de un enfoque orientado a la persona debido a la diversidad de los perfiles en niños/as y la relevancia de diagnosticar el trauma complejo (que fue demostrado como empíricamente distinto al TEPT

en este estudio) para mejorar el pronóstico de las dificultades que estos síntomas pueden llegar a causar.

Ross et al. (2020) en un estudio de análisis de multinivel, usaron los datos de una clínica comunitaria que implementaba la terapia.... Al inicio, los pacientes con TEPT-C tenían peores puntuaciones en su funcionamiento que los de TEPT. Se pudo encontrar mejorías en la mayoría de los componentes del TEPT-C tras la intervención. Este estudio se agrega a la cantidad de otros que han logrado comprobar la eficacia de la TF-CBT, una intervención basada en evidencia, en población con TEPT-C, y en este caso, la de adolescente.

Bongaerts et al. (2021), por otro lado, realizaron un ensayo clínico para una intervención de modalidad remota. Por motivo de la pandemia COVID-19. Se tuvo que pasar una confinación, lo que se presentó como un desafío para muchas personas con necesidad de intervenciones. El propósito de los autores era comprobar qué tan seguro podía ser la intervención remota para los pacientes con TEPT-C y si los resultados podían ser considerados igual de efectivos que intervención presencial. Usando un enfoque centrado en trauma intensivo, llevaron a cabo una serie de cuatro sesiones que resultaron tener resultados significantes. Aunque, los autores mencionan riesgos de sesgos por ser un ensayo de corta duración, pocas participantes, y porque hubo rotación de terapeutas.

Los autores, Clifford et al. (2018), adaptaron un programa de intervención grupal de procesamiento de emoción con el STAIR, para evaluar su efectividad como intervención basada en fases. Los resultados mostraron reducciones significativas en tanto el TEPT, características del TEPT-C, depresión en los pacientes, en los procesos de cognición desadaptativa y procesamiento de emociones. Los autores animan a la realización de ensayos de viabilidad sobre esta intervención en muestras más grandes para continuar obteniendo evidencia puesto que los resultados fueron prometedores.

Oprel et al. (2020) realizaron en su estudio una comparación entre tres modalidades de una intervención para determinar cuál es más efectiva. Encontraron que todas dieron buenos resultados en cuanto a los síntomas de TEPT. Sin embargo, la intervención basada en fases

utilizando STAIR+EP, no dieron mejoras significativas en ninguna evaluación en comparación a la EP o IEP en las variables de regulación emocional, problemas interpersonales y autoestima, los cuales son característicos del TEPT-C. A pesar de que la IEP mostró los resultados de mejoría más rápidos, esto no se mantuvo hasta el último seguimiento. Por lo que concluyen que en general la intensificación de la terapia no da mejores resultados.

Voorendok et al. (2020) en un estudio que también evaluó el uso de una terapia centrada en trauma intensiva, mostraron resultados optimistas sobre la aplicación de el en pacientes con TEPT-C. El 87.7% de estos pacientes perdieron su diagnóstico del TEPT-C al final de las evaluaciones, lo que fue estadísticamente más alto que los pacientes con TEPT que perdieron su diagnóstico con un 84%. En conclusión, pudieron determinar que la intervención intensiva ambo grupos de pacientes fue significativamente benéfica la intervención intensiva, y en conclusión pudieron determinar que es incorrecta la noción de que las mismas terapias efectivas para el TEPT no lo son para el TEPT-C.

La tabla x muestra un análisis general de los resultados de los estudios en cuanto a la eficacia de cada enfoque para la comparación de los resultados según el enfoque. De los dieciséis estudios, nueve estudiaban un enfoque basado en fases, y diez estudiaban un enfoque centrado en trauma. Tres investigaciones estudiaban ambos enfoques, por ese motivo en total se analizó que porcentaje de resultados favorables demostraba cada enfoque. Según la tabla x, de los estudios basados en fases, cinco de nueve dieron resultados favorables, siendo el 55% de la totalidad, mientras que de los diez centrados en trauma, ocho fueron favorables, siendo el 80%. En general, se puede deducir que el enfoque centrado en trauma tuvo más resultados positivos. Cabe señalar, que, en algunos estudios de comparación, ambos daban resultados significativos. Sin embargo, se tomó en cuenta el que tuviera mayor poder como resultado final.

3.3 Limitaciones

La presente revisión sistemática puede estar sujeta a limitaciones debido a la falta de diversidad en las variables estudiadas. En esta revisión, se eligieron estudios en donde la población cumple criterios de TEPT-C con historiales de abuso infantil o por violencia interpersonal, por objetivos de la presente tesina. Otras poblaciones que pueden tener TEPT-C, como víctimas de trata de personas, rituales, refugiados, víctimas de persecución, desplazados, víctimas de violencia sistémica, o víctimas de cautiverio en guerras, u otros tipos de trauma prolongado o de traumas múltiples que no fueron incluidos. Por lo que se recomienda una revisión sistemática que abarque a estos sujetos y más metaanálisis. Se recomiendan otros estudios que tomen en cuenta mayores variables en los perfiles de los pacientes para que otros factores externos o internos de la población. Imprecisión, sesgo o inconsistencia en la revisión puede estar sujeto a la interpretación del autor.

Conclusión

Conclusión

En conclusión, se puede decir que los resultados de esta revisión sistemática de literatura comparten el conocimiento de que el enfoque centrado en trauma, contrario a lo que se cree, si es eficaz para tratar el TEPT-C. Estos hallazgos ya han sido estudiados y respaldados por otros autores, entre los que han realizado ensayos clínicos y los que no. Estos sustentan la teoría de que una intervención en fases con la intención de estabilizar o brindar herramientas para que logren adquirir resistencia ante el procesamiento, puede no ser necesario y pueden restar tiempo valioso a la intervención de procesamiento de traumas que es necesaria. Además de que mencionan que realmente no hay evidencia de que la exposición al trauma, sea riesgosa para la seguridad del paciente.

Sin embargo, se debe mencionar que los fundamentos con los que es respaldado el enfoque basado en fases son argumentos importantes que respaldan su implementación. Muchos de los síntomas de los que padecen en el TEPT-C, tienen relación a la desregulación emocional, disociación que les impide estar en el presente, y conflictos interpersonales. Muchas intervenciones propuestas para la primera fase trabajan directamente con estos aspectos y tienen evidencia de ser eficaces. Por lo que muchos pacientes se podrían beneficiar de este enfoque también. En este enfoque igualmente se han presentado muchas propuestas de intervenciones en grupo, dada la naturaleza de los síntomas interpersonales, esto puede ser benéfico o no para el paciente. Se recomienda analizar con anterioridad si el sujeto soportaría una intervención de este estilo para evitar el empeoramiento de los síntomas o trauma vicario.

Es importante mencionar que cada paciente tendrá una representación de síntomas de TEPT-C diferente a la de otros, por la variedad y complejidad, como su nombre lo indica. Dicho

esto, es importante usar un enfoque centrado en el paciente para determinar las necesidades que tiene el paciente en ese momento presente y así personalizar el enfoque e intervenciones que prometan ser las más eficientes para la recuperación. Este es uno de los motivos por los cuales la experimentación con diferentes combinaciones se está realizando, para crear programas de intervención y la implementación de ellos para conocer su utilidad.

Las diferencias en los resultados en general y la de los pacientes con TEPT y TEPT-C ante la misma intervención no descartan la validez del diagnóstico del trastorno, ni le quitan valor a la técnica implementada, sino lo contrario, nos da a entender que se requiere ahondar en el análisis de la información para determinar estrategias que mejoren el pronóstico de los pacientes. Para esto y para comprender la diversidad de la presentación de síntomas en los pacientes, cabe mencionar la importancia de seguir creando y validando instrumentos diagnósticos que estén específicamente dirigidos hacia esta población. Se propone esto con el objetivo de continuar la investigación en relación con el tema y crear perfiles del TEPT-C para identificar qué pacientes se beneficiarían significativamente de determinados enfoques.

El desafío en el tratamiento del TEPT-C que se debe mencionar radica en que el objetivo es ayudar a personas cuyos cuerpos y mente están atrapados en modo de sobrevivencia para salir de ahí y lograr cambios que les permita recuperar la homeostasis biológica y psicológica del cuerpo y la mente. Para estas personas, esto resulta difícil cuando el origen de los abusos que han vivido fue a mano de otros en quienes debían confiar, por lo que tener que confiar en las demás personas se presenta como un desafío difícil y una contradicción para la mente traumatizada. El establecimiento de una alianza terapéutica es uno de los factores más importantes que los autores, en consenso, mencionan, es la base fundamental para asegurar el éxito de la terapia con los pacientes sufriendo de trauma complejo, sin importar qué enfoque o terapia se implementa.

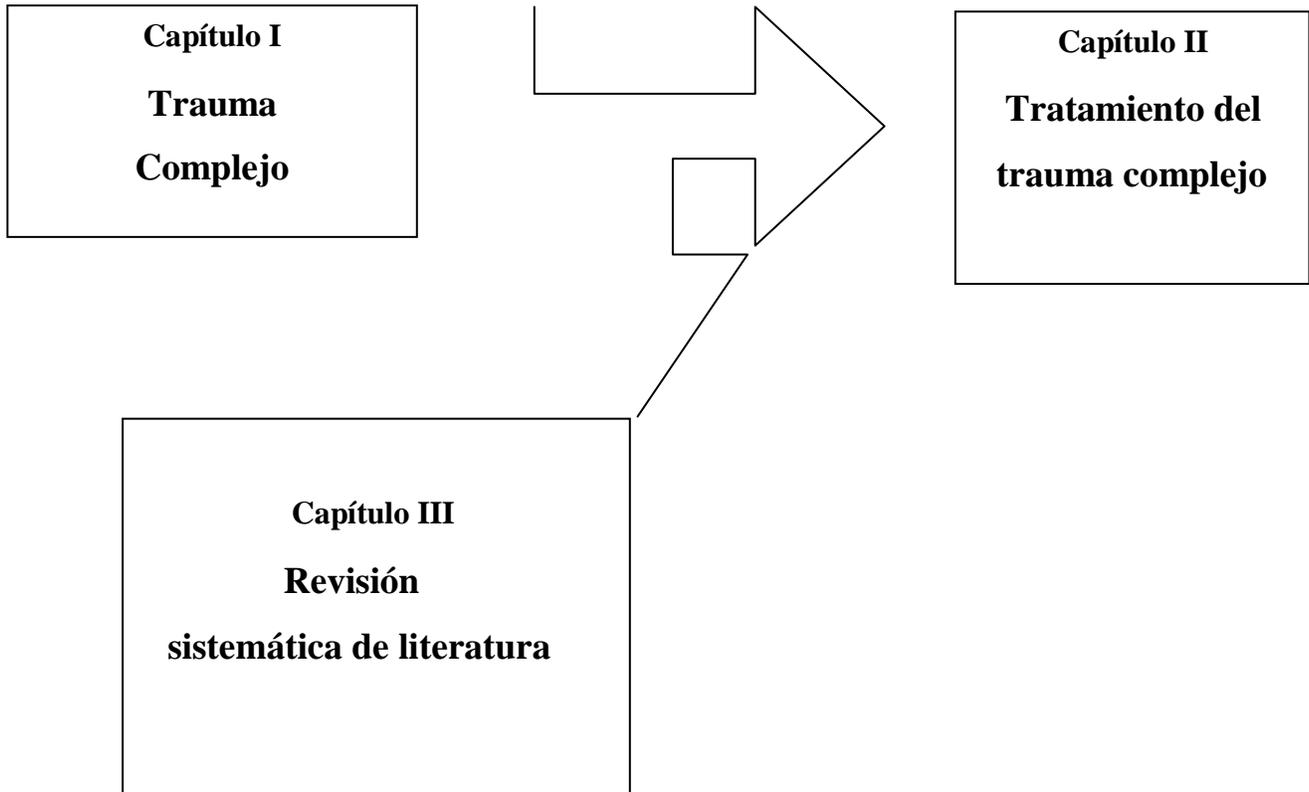
Siendo lo último mencionado uno de los fundamentos que con anterioridad ya se ha postulado en la literatura sobre los procesos terapéuticos para lograr resultados óptimos en todo

tratamiento, la naturaleza interpersonal del origen del trauma complejo demuestra ser un desafío en la clínica. Y para estas personas.

En consecuencia, los terapeutas necesitan contar con las herramientas y la paciencia necesaria para lograr que la persona con trauma complejo establezca la confianza sobre el terapeuta y como resultado en el proceso terapéutico. Otro punto importante que se debe tener en cuenta para el tratamiento de estos pacientes es el hecho evidente de su historial traumático, por tanto, los terapeutas al brindar la intervención deben tener constantemente presente la postulación de no hacerle más daño al paciente del que ya ha experimentado. Por último, se recalca la importancia de que los profesionistas de la salud mental reciban el entrenamiento integral y necesario sobre el trauma y el tratamiento del trauma en todas sus manifestaciones.

Al continuar las investigaciones del trauma complejo, damos paso a que la evidencia recolectada permita la enseñanza necesaria y la creación de políticas que atiendan a los problemas políticos, sociales, económicos, ambientales y sistemáticos que causan las condiciones en las que se pueda seguir propagando el abuso infantil en toda sociedad, con el objetivo de intervención temprana y de prevención.

Esquema



Bibliografía

- Ackerman, P. T., Newton, J. E., McPherson, W. B., Jones, J. G., & Dykman, R. A. (1998). Prevalence of post-traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse & Neglect*, 22(8), 759–774. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(98\)00062-3](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(98)00062-3)
- Bækkelund, H., Karlsrud, I., Hoffart, A., & Arnevik, E. A. (2021). Stabilizing group treatment for childhood-abuse related PTSD: a randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1859079. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1859079>
- Burton, M. S., Feeny, N. C., Connell, A. M., & Zoellner, L. A. (2018). Exploring evidence of a dissociative subtype in PTSD: Baseline symptom structure, etiology, and treatment efficacy for those who dissociate. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(5), 439–451. doi:10.1037/ccp0000297
- Bitsko, R. H., Claussen, A. H., Lichstein, J., Black, L. I., Jones, S. E., Danielson, M. L., Hoenig, J. M., Davis Jack, S. P., Brody, D. J., Gyawali, S., Maenner, M. J., Warner, M., Holland, K. M., Perou, R., Crosby, A. E., Blumberg, S. J., Avenevoli, S., Kaminski, J. W., Ghandour, R. M., ... Contributor. (2022). Mental health surveillance among children — United States, 2013–2019. *MMWR supplements*, 71(2), 1–42. <https://doi.org/10.15585/mmwr.su7102a1>
- Blackman, J. S. (2016). Review of diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.), clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual, 5th edition, and essentials of psychiatric diagnosis: Responding to the challenges of DSM-V. *Psychoanalytic psychology: the official journal of the Division of Psychoanalysis, American Psychological Association, Division 39*, 33(4), 651–663. <https://doi.org/10.1037/pap0000054>

- Bohus, M., Kleindienst, N., Hahn, C., Müller-Engelmann, M., Ludäscher, P., Steil, R., Fydrich, T., Kuehner, C., Resick, P. A., Stiglmayr, C., Schmahl, C., & Priebe, K. (2020). Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder (DBT-PTSD) compared with cognitive processing therapy (CPT) in complex presentations of PTSD in women survivors of childhood abuse: A randomized clinical trial: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry (Chicago, Ill.)*, *77*(12), 1235–1245. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.2148>
- Bongaerts, H., Voorendonk, E. M., van Minnen, A., & de Jongh, A. (2021). Safety and effectiveness of intensive treatment for complex PTSD delivered via home-based telehealth. *European Journal of Psychotraumatology*, *12*(1), 1860346. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1860346>
- Briere, J., & Jordan, C. E. (2009). Childhood maltreatment, intervening variables, and adult psychological difficulties in women: an overview: An overview. *Trauma, Violence & Abuse*, *10*(4), 375–388. <https://doi.org/10.1177/1524838009339757>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, *395*(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Brown, G. O. (2021). *Healing complex posttraumatic stress disorder: A clinician's guide* (1a ed.). Springer Nature.
- Bryant, R. A., Felmingham, K. L., Malhi, G., Andrew, E., & Korgaonkar, M. S. (2021). The distinctive neural circuitry of complex posttraumatic stress disorder during threat processing. *Psychological Medicine*, *51*(7), 1121–1128. <https://doi.org/10.1017/S0033291719003921>
- Busso, D. S., McLaughlin, K. A., Brueck, S., Peverill, M., Gold, A. L., & Sheridan, M. A. (2017). Child abuse, neural structure, and adolescent psychopathology: A longitudinal

- study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(4), 321-328.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.01.013>
- Classen, C. C., Hughes, L., Clark, C., Hill Mohammed, B., Woods, P., & Beckett, B. (2021). A pilot RCT of A body-oriented group therapy for complex trauma survivors: An adaptation of sensorimotor psychotherapy. *Journal of Trauma & Dissociation: The Official Journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, 22(1), 52–68. <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1760173>
- Clifford, G., Meiser-Stedman, R., Johnson, R. D., Hitchcock, C., & Dalgleish, T. (2018). Developing an Emotion- and Memory-Processing Group Intervention for PTSD with complex features: a group case series with survivors of repeated interpersonal trauma. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1495980. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1495980>
- Cloitre, M., Hyland, P., Prins, A., & Shevlin, M. (2021). The international trauma questionnaire (ITQ) measures reliable and clinically significant treatment-related change in PTSD and complex PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1930961. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1930961>
- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2009). *Treating complex traumatic stress disorders: an evidence-based guide*. The Guilford Press.
- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2013a). *Treating Complex Traumatic Stress Disorders in Children and Adolescents: Scientific Foundations and Therapeutic Models* (C. A. Courtois & J. D. Ford, Eds.). The Guilford Press.
- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2013b). *Treatment of Complex Trauma: A Sequenced, Relationship-Based Approach*. The Guilford Press.
- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2020). *Treating complex traumatic stress disorders in adults: scientific foundations and therapeutic models*. The Guilford Press.

- De Bellis, M. D., Hooper, S. R., Chen, S. D., Provenzale, J. M., Boyd, B. D., Glessner, C. E., MacFall, J. R., Payne, M. E., Rybczynski, R., & Woolley, D. P. (2015). Posterior structural brain volumes differ in maltreated youth with and without chronic posttraumatic stress disorder. *Development and Psychopathology*, *27*(4 Pt 2), 1555–1576. <https://doi.org/10.1017/S0954579415000942>
- De Jongh, A., Resick, P. A., Zoellner, L. A., van Minnen, A., Lee, C. W., Monson, C. M., Foa, E. B., Wheeler, K., Broeke, E. T., Feeny, N., Rauch, S. A. M., Chard, K. M., Mueser, K. T., Sloan, D. M., van der Gaag, M., Rothbaum, B. O., Neuner, F., de Roos, C., Hehenkamp, L. M. J., ... Bicanic, I. A. E. (2016). Critical analysis of the current treatment guidelines for Complex ptsd in adults. *Depression and Anxiety*, *33*(5), 359–369. <https://doi.org/10.1002/da.22469>
- Evans, A. C., & Bufka, L. F. (2020). The critical need for a population health approach: Addressing the nation’s behavioral health during the COVID-19 pandemic and beyond. *Preventing chronic disease*, *17*(200261). <https://doi.org/10.5888/pcd17.200261>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (2019). REPRINT OF: Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, *56*(6), 774–786. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.04.001>
- Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence.* (2013). World Health Organization.
- Gold, A. L., Sheridan, M. A., Peverill, M., Busso, D. S., Lambert, H. K., Alves, S., Pine, D. S., & McLaughlin, K. A. (2016). Childhood abuse and reduced cortical thickness in brain regions involved in emotional processing. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *57*(10), 1154–1164. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12630>

- Hébert, M., & Amédée, L. M. (2020). Latent class analysis of post-traumatic stress symptoms and complex PTSD in child victims of sexual abuse and their response to Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy. *European Journal of Psychotraumatology*, *11*(1), 1807171. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1807171>
- Hendriks, L., de Kleine, R. A., Heyvaert, M., Becker, E. S., Hendriks, G.-J., & van Minnen, A. (2017). Intensive prolonged exposure treatment for adolescent complex posttraumatic stress disorder: a single-trial design. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *58*(11), 1229–1238. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12756>
- Herman, J. L. (2015). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence from Domestic Abuse to Political Terror*. Basic Books.
- Herman, Judith Lewis. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of traumatic stress*, *5*(3), 377–391. <https://doi.org/10.1007/bf00977235>
- Huang, Y. L., Fonagy, P., Feigenbaum, J., Montague, P. R., Nolte, T., & London Personality and Mood Disorder Research Consortium. (2020). Multidirectional pathways between attachment, mentalizing, and posttraumatic stress symptomatology in the context of childhood trauma. *Psychopathology*, *53*(1), 48–58. <https://doi.org/10.1159/000506406>
- Kim, S. (2015). The mind in the making: Developmental and neurobiological origins of mentalizing. *Personality Disorders*, *6*(4), 356–365. <https://doi.org/10.1037/per0000102>
- Knefel, M., & Lueger-Schuster, B. (2013). An evaluation of ICD-11 PTSD and complex PTSD criteria in a sample of adult survivors of childhood institutional abuse. *European Journal of Psychotraumatology*, *4*(1), 22608. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.22608>
- Lanius, R. A., Bluhm, R., Frewen, P. A. C. A., & Ford, J. D. (2013). Treating Complex Traumatic Stress Disorders in Children and Adolescents: Scientific Foundations and Therapeutic Models. *Brain Connectivity. En Courtois*.

- Lee, D. J., Kleiman, S. E., & Weathers, F. W. (2018). Trauma- and Stressor-Related Disorders. En *The Cambridge Handbook of Anxiety and Related Disorders* (pp. 371–393). Cambridge University Press.
- Lewis, J., Binion, G., Rogers, M., & Zalewski, M. (2020). The associations of maternal emotion dysregulation and early child dissociative behaviors. *Journal of Trauma & Dissociation: The Official Journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, 21(2), 203–216. <https://doi.org/10.1080/15299732.2019.1678211>
- Lim, L., Hart, H., Mehta, M., Worker, A., Simmons, A., Mirza, K., & Rubia, K. (2018). Grey matter volume and thickness abnormalities in young people with a history of childhood abuse. *Psychological Medicine*, 48(6), 1034–1046. <https://doi.org/10.1017/S0033291717002392>
- López-Martínez, A. E., Serrano-Ibáñez, E. R., Ruiz-Párraga, G. T., Gómez-Pérez, L., Ramírez-Maestre, C., & Esteve, R. (2018). Physical health consequences of interpersonal trauma: A systematic review of the role of psychological variables. *Trauma, Violence & Abuse*, 19(3), 305–322. <https://doi.org/10.1177/1524838016659488>
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. En T. B. Brazelton & M. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95–124). Ablex.
- Marinova, Z., & Maercker, A. (2015). Biological correlates of complex posttraumatic stress disorder-state of research and future directions. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 25913. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.25913>
- Melton, H., Meader, N., Dale, H., Wright, K., Jones-Diette, J., Temple, M., Shah, I., Lovell, K., McMillan, D., Churchill, R., Barbui, C., Gilbody, S., & Coventry, P. (2020). Interventions for adults with a history of complex traumatic events: the INCiTE mixed-methods systematic review. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 24(43), 1–312. <https://doi.org/10.3310/hta24430>

- Morales Aguilar, D. P. (2018). Desafíos en psicoterapia: trauma complejo, apego y disociación. *Avances en Psicología*, 26(2), 135–144.
<https://doi.org/10.33539/avpsicol.2018.v26n2.1186>
- Moreira, A., Moreira, A. C., & Rocha, J. C. (2022). Randomized controlled trial: Cognitive-narrative therapy for IPV victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(5–6), NP2998–NP3014. <https://doi.org/10.1177/0886260520943719>
- Morey, R. A., Haswell, C. C., Hooper, S. R., & De Bellis, M. D. (2016). Amygdala, hippocampus, and ventral medial prefrontal cortex volumes differ in maltreated youth with and without chronic posttraumatic stress disorder. *Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 41(3), 791–801. <https://doi.org/10.1038/npp.2015.205>
- Nestgaard Rød, Å., & Schmidt, C. (2021). Complex PTSD: what is the clinical utility of the diagnosis? *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 2002028.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2002028>
- Niwa, M., Kato, T., Narita-Ohtaki, R., Otomo, R., Suga, Y., Sugawara, M., Narita, Z., Hori, H., Kamo, T., & Kim, Y. (2022). Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation Narrative Therapy for women with ICD-11 complex PTSD related to childhood abuse in Japan: a pilot study. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), 2080933.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2080933>
- Oprel, D. A. C., Hoeboer, C. M., Schoorl, M., de Kleine, R. A., Cloitre, M., Wigard, I. G., van Minnen, A., & van der Does, W. (2021). Effect of Prolonged Exposure, intensified Prolonged Exposure and STAIR+Prolonged Exposure in patients with PTSD related to childhood abuse: a randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1851511. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1851511>
- Peltonen, K., & Kangaslampi, S. (2019). Treating children and adolescents with multiple traumas: a randomized clinical trial of narrative exposure therapy. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1558708. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1558708>

- Rosner, R., Rimane, E., Frick, U., Gutermann, J., Hagl, M., Renneberg, B., Schreiber, F., Vogel, A., & Steil, R. (2019). Effect of developmentally adapted cognitive processing therapy for youth with symptoms of posttraumatic stress disorder after childhood sexual and physical abuse: A randomized clinical trial: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry (Chicago, Ill.)*, *76*(5), 484–491. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4349>
- Ross, S. L., Sharma-Patel, K., Brown, E. J., Huntt, J. S., & Chaplin, W. F. (2021). Complex trauma and Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy: How do trauma chronicity and PTSD presentation affect treatment outcome? *Child Abuse & Neglect*, *111*(104734), 104734. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104734>
- Serrano Sevillano, Á., González Ordi, H., Corbí Gran, B., & Vallejo Pareja, M. Á. (2017). Psychological characteristics of dissociation in general population. *Clinica y salud*, *28*(3), 101–106. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2017.09.003>
- Sprang, G., & Silman, M. (2013). Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, *7*(1), 105–110. <https://doi.org/10.1017/dmp.2013.22>
- Stress in Americatm 2020*. (s/f). Apa.org. Recuperado el 22 de octubre de 2022, de <https://www.apa.org/news/press/releases/stress/2020/sia-mental-health-crisis.pdf>
- Talbot, M. (2020). *Understanding complex post-traumatic stress disorders in adolescents: a literature review*.
- Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *57*(3), 241–266. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12507>
- Teicher, M. H., Samson, J. A., Anderson, C. M., & Ohashi, K. (2016). The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature Reviews. Neuroscience*, *17*(10), 652–666. <https://doi.org/10.1038/nrn.2016.111>

- Thomaes, K., Dorrepaal, E., Draijer, N., de Ruiter, M. B., Elzinga, B. M., van Balkom, A. J., Smit, J. H., & Veltman, D. J. (2012). Treatment effects on insular and anterior cingulate cortex activation during classic and emotional Stroop interference in child abuse-related complex post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, *42*(11), 2337–2349. <https://doi.org/10.1017/S0033291712000499>
- Thomaes, Kathleen, Dorrepaal, E., Draijer, N., de Ruiter, M. B., Elzinga, B. M., Sjoerds, Z., van Balkom, A. J., Smit, J. H., & Veltman, D. J. (2013). Increased anterior cingulate cortex and hippocampus activation in Complex PTSD during encoding of negative words. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *8*(2), 190–200. <https://doi.org/10.1093/scan/nsr084>
- Thomaes, Kathleen, Dorrepaal, E., Draijer, N., de Ruiter, M. B., van Balkom, A. J., Smit, J. H., & Veltman, D. J. (2010). Reduced anterior cingulate and orbitofrontal volumes in child abuse-related complex PTSD. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *71*(12), 1636–1644. <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04754blu>
- Thomaes, Kathleen, Dorrepaal, E., Draijer, N. P. J., de Ruiter, M. B., Elzinga, B. M., van Balkom, A. J., Smoor, P. L. M., Smit, J., & Veltman, D. J. (2009). Increased activation of the left hippocampus region in Complex PTSD during encoding and recognition of emotional words: a pilot study. *Psychiatry Research*, *171*(1), 44–53. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2008.03.003>
- van der Hart, O., & Horst, R. (1989). The dissociation theory of Pierre Janet. *Journal of Traumatic Stress*, *2*(4), 397–412. <https://doi.org/10.1002/jts.2490020405>
- Van Der Kolk, B. A. (2014). *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*.
- Van Der Kolk, B. A., & Mcfarlane, A. C. (2007). Chapter 1: The Black Hole of Trauma en. En B. A. Van Der Kolk, A. C. Mcfarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society*. The Guilford Press.

- Van Der Kolk, B. A., Weisaeth, L., & Van Der Hart, O. (2007). Chapter 3: History of Trauma in Psychiatry en. En B. A. Van Der Kolk, A. C. Mcfarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society*. The Guilford Press.
- van Vliet, N. I., Huntjens, R. J. C., van Dijk, M. K., Bachrach, N., Meewisse, M.-L., & de Jongh, A. (2021). Phase-based treatment versus immediate trauma-focused treatment for post-traumatic stress disorder due to childhood abuse: randomised clinical trial. *BJPsych Open*, 7(6). <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1057>
- Vogt, D. S., King, D. W., & King, L. A. (2007). Risk pathways for PTSD: Making sense of the Literature. En M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and practice* (pp. 99–115). Guilford Press.
- Voorendonk, E. M., De Jongh, A., Rozendaal, L., & Van Minnen, A. (2020). Trauma-focused treatment outcome for complex PTSD patients: results of an intensive treatment programme. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1783955. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1783955>
- World Health Organization. (2009). *Prevención del maltrato infantil: qué hacer, y cómo obtener evidencias*. Organización Mundial de la Salud.
- Zambrano-Erazo, S., Guzmán-Villa, D. C., Hurtado-González, C. A., Seminec, D., Cruz-Cifuentes, D., Triviño, O., & Olayo, J. (2017). Neuropsychological abnormalities in patients diagnosed with post-traumatic stress disorder. *Biomedical Research*, 28(6), 2609–2616.