

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA
Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto Presidencial
del 3 de abril de 1981.



**“EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA CENTRADA EN LA COMPASIÓN EN PERSONAS CON TRASTORNO
DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMPLEJO”**

TESIS

Que para obtener el grado de

DOCTORA EN INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA

Presenta

SARA PATRICIA RÍOS MERCADO

Director

Dr. Edgar Antonio Tena Suck

Lectores:

Dra. María Emilia Lucio y Gómez Maqueo

Dra. Ana Lilia Villafuerte Montiel

Dr. Jaime Fuentes-Balderrama

Dra. Carolina Armenta Hurtarte

Dedicatoria

A Oscar García (Osito)

*Gracias por mostrarme el camino de
la compasión. Donde sea que estés, te
sigo extrañando.*

Agradecimientos

A todos los participantes que formaron parte de este proyecto, gracias por su confianza, su compromiso, su deseo genuino de ayudar a otros y la valentía para enfrentar este proceso. Ha sido un verdadero honor trabajar con ustedes.

A las y los terapeutas que, movidos por el amor al aprendizaje, decidieron sumarse a esta investigación —Ana, Daniela S., Xchel, Daniela A., Tania, Stephanie, Catalina, Miriam, Azul, Alma, Pilar, Ma. Elena, Joyce, Olivia, Mai, Bioy, Alejandra, Eduardo, Moisés y Paloma—, mi más profundo agradecimiento. Sin su apoyo, este proyecto simplemente no habría sido posible.

De manera especial, agradezco a Cynthia, quien fue mucho más allá de su papel como terapeuta y me brindó una ayuda invaluable en las entrevistas finales. Y, por supuesto, a Diana, quien no solo participó como terapeuta y entrevistadora, sino que se encargó con gran dedicación de la compleja logística que este proyecto requirió. Gracias por poner tu corazón en esto.

A Santiago: gracias por tu amor, tu presencia constante y tu profundo interés en cada etapa de este camino. A mis papás, por su escucha, sus ánimos y su cariño incondicional. A mi pequeña Emma que, aunque llegó en la recta final, ha sido una inspiración para seguir creciendo. Los amo con todo mi corazón.

A mis amigas Citlali, Nydia y Paty: ustedes han sido lo que más agradezco de este doctorado. Compartir este camino con ustedes ha sido un regalo inmenso, y que sigan presentes en mi vida más allá de esta etapa es algo que atesoro profundamente. Las adoro.

Finalmente, agradezco al Dr. Tena por su apoyo, guía, entusiasmo y cercanía: fue un verdadero gusto trabajar con usted. Al Dr. Fuentes, por su gran disposición para ayudarme a aprender y por impulsarme a dar lo mejor de mí. Y a la Dra. Villafuerte y la Dra. Lucio, por sus siempre acertados y enriquecedores comentarios, que sin duda fortalecieron este proyecto y le dieron forma.

Tabla de contenido

1. Introducción.....	1
2. Marco teórico.....	6
2.1 Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C).....	6
2.1.1 Antecedentes Históricos del TEPT-C	6
2.1.2 Características del Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C)	9
2.1.3 Predictores	12
2.1.4 Comorbilidades	19
2.1.5 Tratamientos	22
2.2 Terapia Centrada en la Compasión	24
2.2.1 Características	24
2.2.2 Evidencia	27
2.2.3 Terapia Centrada en la Compasión y Trastorno de Estrés Postraumático Complejo	30
3. Método	32
3.1 Definición Del Problema	32
3.2 Pregunta De Investigación	32
3.3 Objetivo General	33
3.4 Hipótesis.....	33
3.5 Diseño De Estudio	34
3.6 Participantes	34
3.7 Procedimiento.....	34
3.8 Alcances Y Limitaciones Del Estudio	38
3.9 Aspectos Éticos	38
4. Estudio 1: Validez de constructo y confiabilidad del Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ), la Escala de Formas de Auto-Crítica/Ataque y Auto-Tranquilizarse (FSCRS), la Escala de los otros como causantes de vergüenza (OAS) y la Escalas de Implicación y Acción Compasivas (CEAS).	40
4.1 Método	40
4.1.1 Procedimiento.....	40
4.1.2 Participantes	40
4.1.3 Instrumentos.....	41
4.2 Análisis de datos	44
4.3 Resultados.....	45
4.3.1 Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ)	45
4.3.2 Escala de Formas de Auto-Crítica/Ataque y Auto-Tranquilizarse, FSCRS.	48
4.3.3 Escala de los otros como causantes de vergüenza (OAS)	49
4.3.4 Escalas de Implicación y Acción Compasivas (CEAS).....	51
4.3.5 Diferencias en las medias entre personas sin diagnóstico, con Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), Alteraciones en la Autoorganización (AAO) y Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C).	55
4.4 Conclusiones	67

5. Estudio 2. Efectividad de la Terapia Centrada en la Compasión en personas con Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C)	69
5.1 Método	69
5.1.1 Participantes	69
5.1.2 Instrumentos	72
5.1.3 Procedimiento	73
5.1.4 Intervenciones	74
5.1.5 Terapeutas	77
5.1.6 Entrenamiento y supervisión	78
5.2 Análisis de datos	79
5.3 Resultados	80
5.3.1 Flujo de participantes	80
5.3.2 Resultados principales	82
5.3.2 Resultados secundarios	83
5.4 Conclusiones	96
6. Estudio 3. Efecto de la Terapia Centrada en la Compasión en el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo: Análisis cualitativo comparativo	97
6.1 Método	97
6.1.1 Participantes	97
6.1.2 Procedimiento	98
6.2 Resultados	98
6.3 Conclusiones	128
7. Discusión general	129
8. Conclusiones	136
Anexos	137
Anexo A	137
Anexo B	140
Anexo C	144
Anexo D	147
Anexo E	148
Anexo F	149
Anexo G	150
Anexo H	151
Anexo I	157
Referencias	159

Lista de Tablas

Tabla 1. Comparativo de síntomas del TEPT y TEPT-C.....	10
Tabla 2. Principales causas del TEPT-C según Burbach et al. (2024).....	15
Tabla 3. Descripciones de categorías de mediadoras y mediadores individuales de trauma complejo y TEPT-C (Harris, 2024).	17
Tabla 4. Características sociodemográficas de los participantes.	40
Tabla 5. Ajuste de modelo ITQ.....	46
Tabla 6. Ajuste de modelo FSCRS.....	48
Tabla 7. Ajuste de modelo OAS.	50
Tabla 8. Índices de ajuste de modelos del CEAS.....	52
Tabla 9. Evaluación del supuesto de normalidad y homogeneidad de varianzas.	56
Tabla 10. Diferencias de medias según grupo del ITQ.....	61
Tabla 11. Correlación Múltiple entre las variables	67
Tabla 12. Características sociodemográficas de los participantes.	70
Tabla 13. Eventos traumáticos reportados por los participantes.....	71
Tabla 14. Estructura de las sesiones de Exposición Prolongada.....	75
Tabla 15. Estructura de las sesiones de Terapia Centrada en la Compasión.	76
Tabla 16. Post hoc entre el pre, post y seguimiento del grupo de TEPT-C (Intención de tratar)	85
Tabla 17. Post hoc entre el pre, post y seguimiento del grupo de TEPT-C (Por protocolo).	87
Tabla 18. Post hoc entre el pre, post y seguimiento del grupo de AAO (Por protocolo).	89
Tabla 19. Percepción del modelo en el grupo de CFT	101
Tabla 20. Percepción del modelo en el grupo de EP	102
Tabla 21. Dificultades en el grupo de CFT.....	103
Tabla 22. Dificultades en el grupo de EP	106
Tabla 23. Mecanismos de cambio en el grupo de CFT	108
Tabla 24. Mecanismos de cambio en el grupo de EP	113
Tabla 25. Cambios en el grupo de CFT.....	117
Tabla 26. Cambios en el grupo de EP.....	121
Tabla 27. Gratitud en el grupo de CFT.....	125
Tabla 28. Gratitud en el grupo de EP.....	127

Lista de Figuras

Figura 1. Modelo de cascada de Maercker et al. (2021)	14
Figura 2. Modelo 1 del ITQ.	47
Figura 3. Modelo 2 del ITQ	47
Figura 4. Modelo 2 del FSCRS.	49
Figura 5. Modelo 2 del OAS	51
Figura 6. Modelo de la Escala de Autocompasión del CEAS.....	54
Figura 7. Modelo de la Escala de Compasión a otros del CEAS.....	54
Figura 8. Modelo de la Escala de Compasión de otros del CEAS.....	55
Figura 9. Diferencias en Autocrítica según el grupo del ITQ.....	56
Figura 10. Diferencias en Vergüenza según el grupo del ITQ.....	57
Figura 11. Diferencias en Autocompasión según el grupo del ITQ.....	58
Figura 12. Diferencias en Compasión a otros según el grupo del ITQ.....	59
Figura 13. Diferencias en Compasión de otros según el grupo del ITQ.....	60
Figura 14. IC para las diferencias entre grupos en el análisis post hoc de Autocrítica.....	62
Figura 15. IC para las diferencias entre grupos en el análisis post hoc de vergüenza.....	63
Figura 16. IC para las diferencias entre grupos en el análisis post hoc de Autocompasión.....	64
Figura 17. IC para las diferencias entre grupos en el análisis post hoc de Compasión a otros.....	65
Figura 18. IC para las diferencias entre grupos en el análisis post hoc de Compasión de otros.....	66
Figura 19 Frecuencias de severidad de síntomas de TEPT-C para cada grupo.....	72
Figura 20 Diagrama de flujo de los participantes.....	81
Figura 21. Comparación de síntomas de TEPT-C (ITQ) en el grupo de TEPT-C.....	83
Figura 22. Comparación de Autocrítica (FSCRS-Ac) en el grupo de TEPT-C.....	91
Figura 23. Comparación de Autotranquilización (FSCRS-At) en el grupo de TEPT-C.....	91
Figura 24. Comparación de Vergüenza (OAS) en el grupo de TEPT-C.....	92
Figura 25. Comparación de Autocompasión (CEAS-AC) en el grupo de TEPT-C.....	92
Figura 26. Comparación de Compasión a otros (CEAS-CAO) en el grupo de TEPT-C.....	93
Figura 27. Comparación de Compasión de otros (CEAS-CDO) en el grupo de TEPT-C.....	93
Figura 28. Comparación de Depresión (DASS-21[Dep]) en el grupo de TEPT-C.....	94
Figura 29. Comparación de Ansiedad (DASS-21[Ans]) en el grupo de TEPT-C.....	94
Figura 30. Comparación de Estrés (DASS-21[Est]) en el grupo de TEPT-C.....	95
Figura 31. Comparación de Disociación (DES-II) en el grupo de TEPT-C.....	95

1. Introducción.

En la más reciente edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11; World Health Organization, 2018), se introdujo el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C) para diferenciar casos severos de trauma. Para ser diagnosticado con este trastorno, se requiere la presencia de los 3 síntomas clásicos de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), así como un conjunto de 3 síntomas más denominados Alteraciones en la Autoorganización (AAO): desregulación emocional, autoconcepto negativo y dificultades interpersonales (Maercker et al., 2013).

Respecto a la prevalencia de este trastorno, se han documentado tasas que van entre el 1% y el 8% en países europeos, Israel y Estados Unidos, mientras que en algunas naciones africanas se reportan cifras entre el 13% y el 20% (Maercker et al., 2022). Hasta donde sabemos, no existen estudios en México que evalúen específicamente la prevalencia del TEPT-C. No obstante, Medina-Mora et al. (2005) encontraron que el 68% de la población mexicana había estado expuesta a al menos un evento traumático, y que el 1.45% desarrolló TEPT. Cabe destacar que dicho estudio fue realizado antes de la publicación del DSM-5 y la CIE-11, por lo que es probable que las cifras actuales difieran.

En cuanto al desarrollo del TEPT-C como diagnóstico, hay que considerar que desde su introducción en el DSM-III, en 1980, el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), ha estado vinculado a la controversia (Figley, 2017). Una particularidad del TEPT es que es de los pocos trastornos cuya etiología, la exposición a un evento traumático, es especificada en el DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Se reconoció a partir de la lucha de veteranos de guerra y algunos psiquiatras, que buscaban que se reconociera el desarrollo de una sintomatología severa tras haber estado en la guerra (Carvajal, 2018; Kleber, 2019). A partir de entonces, la definición de evento traumático se ha vuelto un eje fundamental para el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático.

En sus inicios, en el DSM-III conceptualizaba el evento traumático como una situación que evocaría los síntomas en cualquier persona expuesta. Posteriormente, en el DSM-III-R, fue descrito como una situación extraordinaria, es decir, fuera del rango de las experiencias habituales. Sin embargo, después de identificarse que eventos asociados a las reacciones postraumáticas - como el abuso sexual - eran relativamente comunes, el elemento fundamental para definir un evento traumático en el DSM-IV se convirtió en una respuesta de miedo, indefensión u horror intensos (Dalenberg, 2017).

No obstante, a lo largo de los años, diversos autores (Breslau & Kessler, 2001; Karam et al., 2010) resaltaron que las respuestas que se podían ver en las personas que habían experimentado un evento traumático, iban más allá del miedo, y es así como para el DSM-5 se retira el criterio de una respuesta de miedo intenso y se añade el criterio D: Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo. Esto dejó como consecuencia, que el diagnóstico de TEPT se volviera más inespecífico. Tomando esto en consideración, es que en la onceava edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11; World Health Organization, 2019) , se hace la distinción entre TEPT y el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C).

Según lo que señalan Dokkedah et al. (2015) *“de acuerdo con la CIE-11, el Trastorno de Estrés Postraumático es un trastorno que se desarrolla después de la exposición a un evento o serie de eventos extremadamente amenazadores u horribles, mientras que el TEPT-C es un trastorno que surge a partir de un factor estresante típicamente de naturaleza extrema o prolongada y del que es difícil o imposible escapar”*.

En cuanto a tratamientos, se ha señalado que tanto el TEPT como el TEPT-C responden a los tratamientos existentes, específicamente, la Terapia de Exposición y la Terapia Cognitivo Conductual Focalizada en el Trauma (De Jongh et al., 2016; Landy et al., 2015). A pesar de ello, se ha encontrado que la tasa de recuperación en pacientes que ingresan a un tratamiento de este tipo es sólo del 56% (Bradley

et al., 2005), y que en pacientes con síntomas consistentes al TEPT-C estos tratamientos han demostrado tener una efectividad inferior (Dorrepal et al., 2015), por lo que se considera que se requieren tratamientos que puedan ayudar al grupo de pacientes que no se han beneficiado por los tratamientos tradicionales.

Tomando en consideración las variaciones en la conceptualización de qué es un evento traumático y qué caracteriza el TEPT y el TEPT-C, surgen nuevos retos tales como la necesidad de un mayor entendimiento del impacto de haber experimentado diversos eventos traumáticos y, por otra parte, la necesidad de identificar tratamientos específicos para el TEPT-C.

Con base en lo anterior, se reconoce la necesidad de evaluar tratamientos para el TEPT-C desde una perspectiva que permita ampliar el conocimiento que tenemos sobre el trastorno. En cuanto a los posibles tratamientos, la Terapia Centrada en la Compasión (CFT, por sus siglas en inglés) se ha propuesto como un tratamiento que podría ser efectivo para este trastorno (Irons & Lad, 2017; Rushforth et al., 2022) ya que dicha terapia ha demostrado ser útil en personas con altos niveles de vergüenza y autocrítica (Beaumont et al., 2012; Beaumont & Hollins Martin, 2013; Lawrence & Lee, 2014), variables que se han asociado a una falta de mejoría en el TEPT (Harman & Lee, 2010; Lee et al., 2001) y a mayor severidad del TEPT-C (Dorahy et al., 2017; Dorahy et al., 2016). Sin embargo, tomando en cuenta las limitaciones antes descritas, se requiere la utilización de métodos que faciliten una indagación más amplia de un fenómeno que aún se está tratando de entender.

Por tanto, el objetivo de estudio ha sido evaluar la efectividad de un tratamiento mediante Terapia Centrada en la Compasión para personas con TEPT-C, así como lograr una perspectiva más amplia y profunda del impacto que el tratamiento tiene en esta población mediante un estudio mixto explicativo secuencial.

En cuanto al contenido de esta tesis, se estructura en ocho capítulos que abordan el marco teórico, el diseño metodológico y los hallazgos cuantitativos y cualitativos derivados de tres estudios orientados a evaluar la efectividad de la CFT en personas con Trastorno de Estrés Postraumático Complejo.

En el Capítulo 1 se presenta la introducción general del trabajo, incluyendo una contextualización del problema, su relevancia clínica y los objetivos generales de la investigación.

En el Capítulo 2 se desarrolla el marco teórico, dividido en dos grandes apartados. El primero se centra en el TEPT-C, revisando su evolución histórica, características clínicas, predictores, comorbilidades y enfoques terapéuticos actuales. El segundo apartado describe los fundamentos teóricos y clínicos de la CFT, su evidencia empírica y su aplicación específica en casos de trauma complejo.

El Capítulo 3 presenta el diseño metodológico general, incluyendo la definición del problema, las preguntas y objetivos de investigación, las hipótesis planteadas, el tipo de estudio, las características de los participantes, los procedimientos y consideraciones éticas, así como los alcances y limitaciones generales de la investigación.

El Capítulo 4 presenta el Estudio 1, cuyo objetivo fue evaluar la validez de constructo y la consistencia interna de los instrumentos utilizados: el Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ), la Escala de Formas de Auto-Crítica/Ataque y Auto-Tranquilizarse (FSCRS), la Escala de los Otros como Causantes de Vergüenza (OAS) y las Escalas de Implicación y Acción Compasiva (CEAS). Además, se analizan diferencias significativas entre personas sin diagnóstico, con TEPT, Alteraciones en la Autoorganización (AAO) y TEPT-C.

El Capítulo 5 corresponde al Estudio 2, el cual evalúa cuantitativamente la efectividad de la CFT en la reducción de síntomas relacionados con el TEPT-C. Se detallan las características de los

participantes, las intervenciones aplicadas, los procedimientos de entrenamiento y supervisión de los terapeutas, y los resultados obtenidos.

El Capítulo 6 aborda el Estudio 3, que complementa los hallazgos anteriores mediante un análisis cualitativo temático de la experiencia terapéutica de los participantes en ambos tratamientos. Este capítulo profundiza en los mecanismos de cambio, las percepciones sobre la relación terapéutica y las dificultades específicas experimentadas por quienes presentaban síntomas de TEPT-C.

En el Capítulo 7, se presenta la discusión general, integrando los hallazgos de los tres estudios en relación con el marco teórico y la literatura existente. Se reflexiona sobre las implicaciones clínicas y teóricas de los resultados, así como sobre los aportes de esta investigación al campo del tratamiento del trauma complejo.

Finalmente, el Capítulo 8 expone las conclusiones generales, resumiendo los aportes principales del trabajo.

2. Marco teórico.

2.1 Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C)

2.1.1 Antecedentes Históricos del TEPT-C

Aunque la historia de la psicología del trauma puede datar de alrededor del 1900 a.C., fue hasta el 2006 que la APA oficialmente reconoció la psicología del trauma como un campo de estudio por sí mismo, y con ello se formó la División 56 *“The Division of Trauma Psychology”* (Figley, 2017).

El término trauma ha sido utilizado en medicina al menos desde el siglo XVII para referirse a lesiones físicas infringidas por una fuente externa, típicamente por un arma o accidente, resultando en un shock o daño intenso al cuerpo y fue hasta mediados o finales del siglo XIX, que se expandió el concepto de trauma al impacto psicológico y emocional de eventos catastróficos.

Uno de los primeros antecedentes que encontramos en el campo de la psicología es con el concepto de histeria de Charcot, quien vio la relación con distintos eventos traumáticos, como abuso sexual, accidentes, y otros incidentes catastróficos, conectando así las características de la histeria con la historia de la persona.

Posteriormente, en su artículo “la etiología de la histeria” (1896/1962) Freud presenta su teoría temprana del trauma en donde amplía la concepción de su mentor y colega Josef Breuer de que existe una causalidad lineal entre un evento traumático y la sintomatología histérica. En este artículo Freud señalaba que cuando los síntomas no remitían al abordar la escena traumática, esto tenía que ver con que había una experiencia anterior que había sido reprimida, y que era la asociación entre estas dos experiencias, lo que hacía que los síntomas se manifestaran. Esta fue la base de la teoría de la seducción de Freud. Sin embargo, él no mantuvo esta teoría por mucho tiempo ya que al ver lo frecuente que era

la histeria, reformuló la teoría planteando que más que un abuso sexual real, eran fantasías (Dalenberg, 2017).

Después de Freud, el campo del trauma fue abandonado durante mucho tiempo, y es con el movimiento feminista de los 70s que se renovó el interés y reconocimiento de la experiencia de trauma en mujeres y niños, acompañada de una condenación de la socavación arcaica de las experiencias de abuso de las mujeres (Figley, 2017).

Asimismo, cabe la pena señalar el impacto del avance tecnológico. Con los accidentes de ferrocarril se propone el "síndrome del ferrocarril" descrito como quejas somáticas o físicas, intranquilidad y desesperanza en supervivientes de accidentes de ferrocarril que no tenían daños físicos identificables, y cuyas dificultades emocionales y psicológicas se manifestaban por semanas o meses posteriores al accidente. Algunos teóricos señalan que este fue el inicio de lo que hoy conocemos como TEPT (Kleber, 2019).

Posteriormente, se empieza a identificar el impacto de la guerra, proponiéndose síndromes como el corazón del soldado y la neurosis de guerra, para las que se dan explicaciones orgánicas que posteriormente se fueron dejando de lado. Sin embargo, en 1952 a partir de la Segunda Guerra Mundial, se añade en el DSM la "Reacción severa al estrés". Y es en el DSM-III que aparece por primera vez, como tal, el diagnóstico de TEPT. En su descripción se señalaba como un síndrome que se desprendía de haber experimentado un evento traumático, el cual se concebía como un evento más allá de la experiencia humana ordinaria que puede afectar de forma adversa (Carvajal, 2018).

Años después, en la cuarta edición del DSM, la definición de evento traumático se expandió para incluir un componente subjetivo. Este ya no es definido sólo por los componentes del evento sino por una reacción que incluye "intenso miedo, impotencia u horror" (Dalenberg, 2017). Sin embargo, para el DSM-5, la definición se amplía y deja de colocarse como eje central a la respuesta de miedo para incluir

otras reacciones emocionales, esto debido a que la investigación fue mostrando que en muchos pacientes con TEPT, el miedo no era la emoción principal. Tomando esto en consideración, en el DSM 5 se hicieron diversos cambios, como la exclusión del criterio A2: una respuesta de temor, desesperanza u horror intensos; y se añadieron síntomas como el criterio D para cogniciones y humor negativo, los síntomas pasaron de 17 a 20 (American Psychiatric Association, 2013). Desafortunadamente, lo anterior dio como consecuencia alrededor de 636,120 combinaciones de síntomas (Galatzer-Levy & Bryant, 2013), lo que dificulta un diagnóstico claro, y por ende, la demostración de la efectividad de tratamientos específicos.

Como respuesta a esto, en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) - otra de las guías fundamentales para el diagnóstico clínico-, para facilitar el efecto discriminativo del diagnóstico de TEPT, en la onceava edición se simplifican los criterios diagnósticos del TEPT manteniéndose la respuesta de temor intenso como uno de los criterios principales, así como la hiperactivación, la reexperimentación y la evitación; sin embargo, se añade el diagnóstico de TEPT-C para diferenciar manifestaciones postraumáticas más severas (Rink & Lipinska, 2020; World Health Organization, 2019).

2.1.2 Características del Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C)

La inclusión del Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C) en la CIE-11, representó un avance significativo en el reconocimiento de las consecuencias psicológicas profundas que pueden derivarse de eventos traumáticos prolongados, especialmente aquellos de naturaleza interpersonal y crónica. Esta nueva categoría diagnóstica permitió delimitar un perfil sintomático distintivo que, aunque comparte algunos elementos con el TEPT clásico, incorpora manifestaciones adicionales.

Para facilitar la comparación de estos trastornos, en la Tabla 1 se presentan los criterios diagnósticos que corresponden a cada uno. Como puede observarse, el TEPT se caracteriza por: 1) la reexperimentación de un evento o eventos traumáticos en el presente en la forma de memorias vívidas o intrusivas, “*flashbacks*”, o pesadillas. La reexperimentación puede ocurrir por una o más modalidades sensoriales y está acompañada típicamente por emociones intensas o abrumadoras, particularmente miedo u horror, y sensaciones físicas intensas; 2) evitación de pensamientos y memorias del evento o eventos o evitación de actividades, situaciones o personas asocias al evento(s); y 3) percepción de amenaza actual, acompañado de deterioro personal, familiar, social, educacional, ocupacional o de otras áreas importantes de funcionamiento (World Health Organization, 2018).

Por otra parte, para poder diagnosticar TEPT-C, se deben cumplir los criterios del TEPT, pero aunado a estos, el TEPT-C se caracteriza por tres grupos de síntomas adicionales descritos como Alteraciones en la Autoorganización (AAO): 1) desregulación emocional, 2) autoconcepto negativo, y 3) alteraciones en las relaciones. Asimismo, estos síntomas deben causar un deterioro significativo en el funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.

La desregulación emocional se entiende como una mayor reactividad emocional, explosiones violentas, comportamiento imprudente o autodestructivo, o una tendencia a experimentar estados

disociativos prolongados cuando se está bajo estrés. El autoconcepto negativo se caracterizaría por creencias persistentes de inferioridad o falta de valía personal, así como sentimientos profundos y generalizados de vergüenza o culpa relacionados. Por su parte, las dificultades interpersonales se refieren a un déficit en la capacidad mantener relaciones, lo que se podría observar en la dificultad para de intimar, así como evitar o tener poco interés en las relaciones y dificultades para mantener un compromiso emocional (Cloitre et al., 2013).

Un elemento importante que considerar es que el TEPT y el TEPT-C están organizados a partir de una estructura jerárquica que asegura que estos trastornos no se diagnostiquen simultáneamente (Rink & Lipinska, 2020). Los síntomas de TEPT pueden llevar al diagnóstico de TEPT solo cuando no hay alteraciones de la autoorganización, mientras que el TEPT-C requiere la presencia de los síntomas de TEPT y las alteraciones de la autoorganización.

Tabla 1.

Comparativo de síntomas del TEPT y TEPT-C

TEPT	TEPT-C
Reexperimentación en el aquí y el ahora	Reexperimentación en el aquí y el ahora
<ul style="list-style-type: none"> Flashbacks Pesadillas 	<ul style="list-style-type: none"> Flashbacks Pesadillas
Evitación de recordatorios traumáticos	Evitación de recordatorios traumáticos
<ul style="list-style-type: none"> Evitación de estímulos internos Evitación de estímulos externos 	<ul style="list-style-type: none"> Evitación de estímulos internos Evitación de estímulos externos
Percepción de amenaza actual	Percepción de amenaza actual
<ul style="list-style-type: none"> Hipervigilancia Respuesta de sobresalto exagerada 	<ul style="list-style-type: none"> Hipervigilancia Respuesta de sobresalto exagerada
	Desregulación afectiva
	<ul style="list-style-type: none"> Mayor reactividad emocional

-
- Disminución de la reactividad emocional

Autoconcepto negativo

- Creencia de que uno mismo es un fracaso
- Creencia de que uno mismo no vale nada

Alteraciones en las relaciones

- Desconexión de los demás
 - Dificultad para sentirse cerca de los demás
-

Aunque existen autores que señalan que la distinción entre TEPT y TEPT-C es innecesaria, una amplia cantidad de estudios respaldan esta distinción mediante distintas metodologías (Barbieri et al., 2019; Cloitre et al., 2013; Ho et al., 2020; Hyland et al., 2018; Jowett et al., 2020; Karatzias et al., 2017; Keeley et al., 2016; Knefel et al., 2015) e incluso se ha podido identificar esta distinción en distintos países y culturas, por lo que se concluye que la evidencia que respalda esta distinción es fuerte (Maercker et al., 2022).

2.1.3 Predictores

Para el desarrollo de intervenciones terapéuticas eficaces y sensibles al contexto clínico, es imprescindible contar con un conocimiento sólido sobre las condiciones que originan y mantienen la sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C). En este sentido, la literatura ha identificado que los principales predictores del TEPT-C se relacionan con las características del trauma vivido, destacando tres factores con evidencia particularmente sólida: el trauma interpersonal —es decir, aquel infligido deliberadamente por otro ser humano, como en el caso de abuso físico, sexual o negligencia—, la politraumatización —la exposición acumulada a múltiples eventos traumáticos a lo largo del tiempo—, y el trauma infantil, cuyas consecuencias son especialmente profundas debido a la etapa del desarrollo en la que ocurren (Cloitre et al., 2009; Harris et al., 2024; Leiva-Bianchi et al., 2023). Estos factores no solo están altamente correlacionados con el desarrollo del TEPT-C, sino que también influyen en la forma en que la persona interpreta el mundo, se percibe a sí misma y se relaciona con los demás.

Uno de los modelos que intenta explicar estas variables es el modelo de cascada de Maercker et al. (2021) descrito en la Figura 1. Este modelo de 4 niveles propone que el trauma y maltrato infantil, un apego disfuncional y otros factores socio-interpersonales contribuyen progresivamente a las alteraciones asociadas al TEPT-C. El trauma infantil prolongado y repetitivo - incluyendo el abuso emocional, físico y sexual y la negligencia -, funciona como un desencadenante inicial que altera las funciones emocionales, cognitivas y sociales creando una vulnerabilidad para el TEPT-C y afectando los patrones de apego, llevando a desarrollar un estilo de apego ansioso o evitativo y generando relaciones marcadas por el miedo, la desconfianza y la falta de validación emocional. Por su parte, la divulgación del trauma – específicamente, la dificultad para compartir experiencias traumáticas de manera efectiva - , el reconocimiento social - percepción de validación o invalidación por parte de la familia, amigos o la

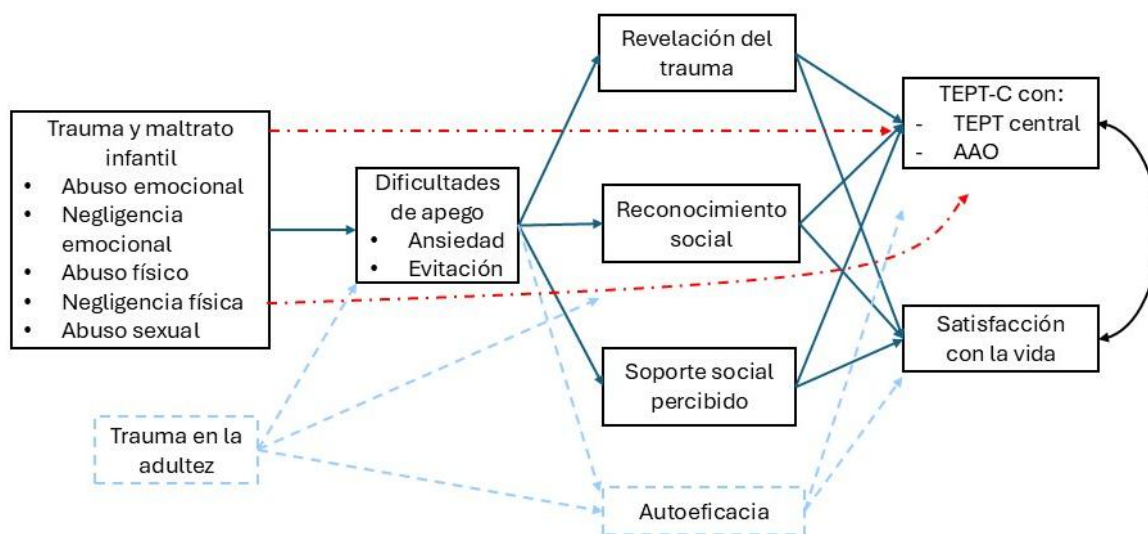
sociedad - y el apoyo social - falta de soporte emocional o práctico -, median la relación entre el apego y los síntomas de TEPT-C.

De este modo, se generan dificultades para procesar y regular las emociones, aumentado la reactividad o el entumecimiento emocional. Con el tiempo, y ante la falta de figuras de apoyo, estas dificultades se agravan. Asimismo, se desarrolla un autoconcepto negativo caracterizado por sentimientos de vergüenza, culpa y fracaso y se dañan las habilidades para formar y mantener relaciones, evitando la cercanía emocional o desarrollando relaciones disfuncionales debido al miedo al rechazo o la traición. Esta politraumatización crea un efecto acumulativo que intensifica los síntomas y dificulta el desarrollo de habilidades de afrontamiento, generando una baja satisfacción con la vida. Contrariamente, la presencia de factores protectores, como cuidadores amorosos, apoyo social, y la capacidad para divulgar el trauma en un entorno seguro pueden interrumpir la cascada y reducir el riesgo de desarrollar TEPT-C (Maercker et al., 2021; Maercker et al., 2022).

En el modelo ampliado se consideran elementos adicionales como el trauma en la adultez y la autoeficacia. Aunque el trauma en la adultez no afecta directamente los estilos de apego, contribuye a las dificultades socio-interpersonales y exacerba los síntomas de TEPT-C, así como la autoeficacia.

Figura 1.

Modelo de cascada de Maercker et al. (2021)



Nota. Traducido de *A cascade model of complex posttraumatic stress disorder centered on childhood trauma and maltreatment, attachment, and socio-interpersonal factors*, por A. Maercker, F. Bernays, S. L. Rohner y M. V. Thoma, 2021, *Journal of Traumatic Stress*, 35(2), pp. 446–460. Copyright 2021 por The International Society for Traumatic Stress Studies. Traducido con fines académicos.

Leiva-Bianchi et al. (2023) en su metaanálisis sobre predictores de trauma complejo, encontraron que el principal factor de riesgo era el abuso sexual en la infancia, seguido del abuso físico infantil, experimentar negligencia emocional en la infancia, abuso físico a lo largo de la vida y ser mujer.

Por su parte, Bachem et al. (2024) evaluaron el efecto del TEPT-C y la depresión materna en los hijos de madres solicitantes de asilo, encontrando que el TEPT-C se asociaba a síntomas internalizantes elevados en los niños, evidenciando la influencia de las experiencias traumáticas maternas.

En la revisión hecha por Burbach et al. (2024), se identifican como las principales causas del TEPT-C el trauma infantil, el trauma interpersonal, la exposición prolongada o acumulativa al trauma, las experiencias traumáticas en la adultez, la falta de apoyo social y validación, factores contextuales y

sistémicos, así como factores psicológicos y neurobiológicos. Las características de estos factores se describen en la Tabla 2.

Tabla 2.

Principales causas del TEPT-C según Burbach et al. (2024)

Factor	Variable	Descripción
Trauma infantil	Abuso físico, emocional y sexual	La exposición a abuso físico y emocional en la infancia genera dificultades en la regulación emocional y la autoorganización, contribuyendo directamente al desarrollo de TEPT-C. El abuso sexual infantil tiene un impacto particularmente severo, asociado con sentimientos de vergüenza, culpa y traición que persisten hasta la adultez.
	Negligencia	La negligencia emocional y física priva al niño de figuras de apoyo seguras, lo que interfiere con el desarrollo de un apego saludable y habilidades de regulación emocional.
Trauma interpersonal	Relaciones abusivas o de explotación	Los traumas perpetrados por figuras cercanas, como padres, parejas o cuidadores, generan un impacto profundo. Estos traumas incluyen violencia doméstica, abuso de poder o relaciones de dependencia abusiva. Este tipo de trauma genera alteraciones en las relaciones interpersonales y dificulta la capacidad de formar vínculos seguros.
	Trauma basado en traición	Cuando la persona experimenta traición por parte de alguien en quien confiaba, se refuerzan patrones de desconfianza y alienación.
Exposición prolongada o	Politraumatización	La acumulación de múltiples eventos traumáticos a lo largo del tiempo, como abusos recurrentes o exposición a

acumulativa al trauma		violencia continua, aumenta significativamente la probabilidad de desarrollar TEPT-C.
	Trauma crónico	Traumas prolongados, como el cautiverio, la tortura o el tráfico humano, donde el individuo está en una situación inescapable, son causas fundamentales del TEPT-C.
Experiencias traumáticas en la adultez	Violencia sexual o física	Experiencias de violencia interpersonal en la adultez, como asaltos o agresiones sexuales, pueden contribuir al desarrollo de TEPT-C, particularmente si hay antecedentes de trauma infantil.
	Violencia en el contexto laboral	Profesiones de alto riesgo, como personal militar, trabajadores de salud o primeros respondedores, se asocian con exposición repetida a traumas (ej., combate, atención en desastres, crisis humanitarias).
Falta de apoyo social y validación	Invalidez social o familiar	La falta de reconocimiento o validación de las experiencias traumáticas por parte de la familia o el entorno social amplifica el impacto emocional del trauma.
	Aislamiento social	La carencia de apoyo emocional durante y después del trauma puede exacerbar los síntomas de TEPT-C, dificultando la recuperación.
Factores contextuales y sistémicos	Desigualdades socioeconómicas	Las personas de bajos ingresos o que viven en contextos de pobreza enfrentan mayores riesgos debido a la falta de acceso a recursos y entornos inseguros.
	Conflictos armados y migración	Las experiencias relacionadas con el desplazamiento forzado, el refugio y la guerra incrementan el riesgo de desarrollar TEPT-C debido a la exposición acumulativa a eventos traumáticos y pérdidas significativas.
Factores psicológicos y neurobiológicos	Desregulación emocional	La incapacidad para regular emociones intensas o negativas, a menudo desarrollada como resultado de trauma temprano, se considera un precursor crítico.

Alteraciones neurobiológicas	Cambios en el eje HPA, la amígdala y la corteza prefrontal asociados con el trauma generan hiperactivación ante amenazas y dificultades en el procesamiento emocional.
------------------------------	--

Harris et al. (2024) a partir de un análisis de mediación identificaron 5 categorías de mediadores entre la exposición a trauma complejo en la infancia y el desarrollo de TEPT-C: 1) procesos disociativos, 2) relaciones con el self, 3) procesos de desarrollo emocional, 4) procesos de desarrollo social y 5) factores contextuales y sistémicos. En la Tabla 3 se presentan las categorías y sus definiciones.

Tabla 3.

Descripciones de categorías de mediadoras y mediadores individuales de trauma complejo y TEPT-C (Harris, 2024).

Variables mediadora	Definiciones
Disociación	Desintegración de aspectos de la experiencia (por ejemplo, emociones, información somatosensorial, creencias, etc.) de la conciencia.
Disociación psicoforma	Desintegración específica de fenómenos psicológicos (por ejemplo, cognición).
Disociación somatoforma	Desintegración específica de fenómenos somatosensoriales (por ejemplo, cambios fisiológicos en el cuerpo, síntomas funcionales).
Relación con uno mismo	Relación continua de un individuo consigo mismo.
Relación negativa con uno mismo	Relación negativamente valorada consigo mismo, caracterizada por autocrítica y juicio propio (alteraciones en la percepción propia, esquemas disfuncionales, etc.).

Relación positiva con uno mismo	Relación positivamente valorada consigo mismo, caracterizada por compasión y aceptación (autocompasión, amabilidad hacia uno mismo).
Sentido de coherencia	Creencia de que la vida tiene sentido y es manejable con las habilidades disponibles.
Desarrollo emocional	Desarrollo de capacidades relacionadas con la experiencia emocional, como la regulación y comprensión de las emociones.
Regulación emocional	Capacidad general para regular de forma adaptativa las trayectorias de las experiencias emocionales.
Claridad emocional	Grado en el que un individuo comprende sus emociones.
Desarrollo social	Desarrollo de capacidades sociales, incluidas las relaciones de apego y la mentalización de las mentes de los demás.
Inseguridad en el apego	Desarrollo de un estilo de apego inseguro, vinculado a creencias de que los demás no son confiables ni dependientes.
Funcionamiento de la personalidad	Modelo de personalidad que examina la intersección entre la autopercepción, el contacto interpersonal y los modelos internos de relaciones.
Miedos relacionales	Miedos derivados de expectativas negativas sobre las relaciones interpersonales (miedo al abandono o a la cercanía).
Factores sistémicos y contextuales	Factores relacionados con los sistemas en los que está incrustado un individuo traumatizado (por ejemplo, familia, cultura, etc.).
Reconocimiento social	Reconocimiento o desaprobación de la experiencia traumática por parte de la familia del individuo.
Apoyo social	Percepción de niveles de apoyo emocional y práctico hacia la persona traumatizada.

Factores que afectan la divulgación del trauma	Factores como evitar divulgar el trauma, divulgación funcional o disfuncional del trauma en entornos seguros o inseguros.
--	---

Nota. Traducido de *Tracing the paths: A systematic review of mediators of complex trauma and complex post-traumatic stress disorder*, por J. Harris, E. Loth y V. Sethna, 2024, *Frontiers in Psychiatry*, 15, pp. 01-18. Copyright 2024 por los autores. Traducido con fines académicos.

Si bien, las variables causales del TEPT-C son diversas, se puede concluir que uno de los principales predictores de una mayor complejidad de los síntomas postraumáticos es haber estado expuesto a múltiples eventos traumáticos específicamente en la infancia y en un entorno de invalidación, siendo frecuente que los cuidadores o figuras relacionales importantes, estuvieran implicados en esta experiencia de trauma prolongado.

Cabe señalar, que en esta perspectiva de lo que es un evento traumático, se considera a la negligencia, ya que tal como lo señalan Cloitre et al. (2009), *“en la infancia, los traumas comprenden no sólo actos de comisión (como el abuso sexual), sino también los actos de omisión (como la negligencia y el abandono), donde la ausencia o retirada de ciertos recursos puede crear una amenaza a la supervivencia del niño y su bienestar”*.

2.1.4 Comorbilidades

Una de las características distintivas entre el TEPT y TEPT-C, es que el TEPT-C está vinculado a una mayor comorbilidad, siendo la depresión mayor una de las comorbilidades más frecuentes (Leiva-Bianchi et al., 2023). Fung et al. (2023) analizaron la relación entre TEPT-C y síntomas depresivos, encontrando que los síntomas de las Alteraciones en la Autoorganización (AAO) (desregulación emocional, autoconcepto negativo y alteraciones en las relaciones) median significativamente la relación entre la exposición a trauma y la depresión.

Los trastornos disociativos también se presentan como una comorbilidad frecuente en TEPT-C (Bateman et al., 2024; Fung et al., 2023; Ho, Karatzias, et al., 2021), siendo un mecanismo utilizado para afrontar experiencias traumáticas severas. Estas experiencias pueden incluir sensaciones de desapego del cuerpo o lagunas en la memoria relacionadas con el evento traumático y en casos extremos, pueden llevar al desarrollo del Trastorno de Identidad Disociativa.

Otros de los mecanismos indicados como estrategias problemáticas para manejar el dolor emocional y la intrusión de recuerdos traumáticos, es el abuso de alcohol y drogas, así como la ingesta compulsiva de comida, lo cual suele empeorar la desregulación emocional propia del TEPT-C (Bellehumeur-Béchamp et al., 2024; Chong et al., 2024). Asimismo, el TEPT-C está significativamente asociado a una mayor suicidalidad en comparación con TEPT o la ausencia del diagnóstico y esto podría estar relacionado fundamentalmente al papel que juegan las Alteraciones en la Autoorganización, incrementando los sentimientos de inutilidad, desesperanza y aislamiento social. Tomando esto en consideración, Chong et al. (2024) señalan que en personas con historia de maltrato y alta suicidalidad debería priorizarse el tratamiento de los síntomas de AAO por lo que estas personas podrían necesitar un aproximación distinta a la de otras poblaciones expuestas a trauma.

Otra de las asociaciones importantes que se ha encontrado es aquella entre el trauma infantil y el desarrollo de síntomas psicóticos (Varese et al., 2012), así como entre síntomas psicóticos como alucinaciones auditivas o visuales y TEPT-C (Powers et al., 2016). Ho, Hyland, et al. (2021) analizaron la relación de este trastorno y el tipo de evento traumático, encontrando que sólo la negligencia física/emocional predice TEPT-C y psicosis, enfatizando el papel que la negligencia juega en el desarrollo de múltiples trastornos.

Por otra parte, existe una superposición considerable entre la sintomatología de TEPT-C y el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), sin embargo, la investigación ha mostrado que son trastornos

distintos (Cloitre et al., 2014; Jowett et al., 2020). Mientras que la desregulación emocional en el TEPT-C se caracteriza por el entumecimiento emocional y las dificultades para autotranquilizarse, en el TLP la desregulación se manifiesta como inestabilidad emocional e ira intensa. En cuanto autoconcepto, en el TEPT-C hay una percepción negativa constante, mientras que en el TLP la autoimagen es fluctuante y fragmentada (Bateman et al., 2024). Y en cuanto a las dificultades relacionales, en el TEPT-C, hay un distanciamiento y evitación debido al miedo a la cercanía, mientras que en el TLP hay hostilidad e inestabilidad relacional debido al temor al abandono. Asimismo, existe una mayor presencia de disociación en TEPT-C que en TLP (Hyland et al., 2020). A pesar de lo anterior, se ha encontrado que existe una comorbilidad considerable entre el TEPT-C y el TLP, con estudios que sugieren que cerca del 30% de quienes cumplen criterios para TLP o TEPT-C también cumplen criterios para el otro trastorno (Ford & Courtois, 2021).

Aunado a lo anterior, los efectos del trauma relacional incluyen cambios neurobiológicos en el cerebro, comorbilidades, riesgo de patología, vulnerabilidad a más daño y dificultades intra e interpersonales (Dorahy et al., 2009; Isobel et al., 2019; Taycan & Yildirim, 2015). En estas personas se han observado dificultades para la recuperación o modulación del estrés, evitación del conflicto, inhabilidad para formar o beneficiarse de su red de apoyo, además de que las intenciones de soporte de otros tienden a interpretarse como hostiles (Charuvastra & Cloitre, 2008).

Finalmente, también se ha identificado que el TEPT-C tiene un impacto importante en la salud física debido a su relación con la inflamación crónica, el estrés persistente y las disfunciones fisiológicas, relacionándose a enfermedades cardiovasculares, trastornos metabólicos, gastrointestinales, inmunológicos, respiratorios, dermatológicos, reproductivos y dolor crónico, entre otros (Burbach et al., 2024; Leiva-Bianchi et al., 2023; Salter & Hall, 2022).

2.1.5 Tratamientos

A pesar de que el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C) ha ido obteniendo cada vez más aceptación, aun es un diagnóstico controversial, y una de las razones de esto, es que algunos investigadores consideran que resulta innecesaria esta clasificación ya que tanto el TEPT como el TEPT-C responden a los tratamientos existentes, específicamente, la Exposición Prolongada (EP) y la Terapia Cognitivo Conductual Focalizada en el Trauma (TCC-FT; De Jongh et al., 2016; Landy et al., 2015). Sin embargo, se han identificado diversas limitaciones en relación con estos tratamientos.

Ante la ausencia de tratamientos establecidos, en una encuesta hecha a expertos en trauma por Cloitre et al. (2011), el 84% señaló que el tratamiento más adecuado es un tratamiento en fases que incluye estrategias de regulación emocional, narración de la memoria del trauma y habilidades interpersonales. Asimismo, intervenciones como mindfulness y la meditación se señalaron como estrategias de segunda línea que podrían ser útiles. A partir de lo anterior, en la guía de tratamiento de la International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) para el TEPT-C en adultos (Cloitre et al., 2012), se propone esta aproximación en fases, que en los últimos años ha sido respaldada por la evidencia (Corrigan et al., 2020).

En una posterior revisión hecha por Fernández Fillol et al. (2018), se revisaron 615 estudios que evaluaban algún tratamiento para el TEPT-C, de los cuales, solo 8 cumplieron con criterios de calidad. De estos 8 estudios, la mayoría de las intervenciones incluyeron psicoeducación, reestructuración cognitiva y terapia de exposición, sin encontrarse información concluyente sobre la efectividad de dichas intervenciones.

Uno de los primeros elementos a considerar en relación con los tratamientos para TEPT-C, es que la mayoría de los estudios aún se centran en el TEPT clásico, lo que limita la disponibilidad de datos específicos para el tratamiento en personas con este trastorno (Niemeyer et al., 2022). Sin embargo, se

posee información sobre la efectividad de los tratamientos tradicionales en personas con síntomas postraumáticos asociados a TEPT-C, tales como trauma infantil, abuso sexual, veteranos y víctimas de tortura. Estos estudios han mostrado que los tratamientos actuales son menos efectivos en personas con historias de trauma infantil severo, quienes presentan mayores dificultades en la regulación emocional, así como un autoconcepto negativo (Karatzias et al., 2019).

Asimismo, se ha encontrado que hasta un tercio de los pacientes abandonan la terapia, especialmente en tratamientos que incluyen la exposición al trauma como EMDR (Terapia de desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares) y la Terapia de Exposición Prolongada (EP) (Burback et al., 2024) y que la desregulación emocional predice el abandono de la EP (Gilmore et al., 2020). Aunado a lo anterior, en quienes finalizan el tratamiento, se ha observado que los beneficios obtenidos pueden no mantenerse en el largo plazo, especialmente en aquellos con comorbilidades como depresión y trastornos de personalidad (Coventry et al., 2020).

Finalmente, muchas personas con TEPT-C no buscan tratamiento debido a barreras económicas, sociales y de estigma. Además, los sistemas de salud no siempre están bien equipados para brindar atención especializada a esta población (Burback et al., 2024).

Keyan et al. (2024) encontraron que las terapias focalizadas en trauma son más efectivas cuando la sintomatología se asocia al circuito del miedo, sin embargo, otros factores como inicio temprano del trauma, depresión, enojo - factores altamente asociados a TEPT-C - disminuyen su efectividad. Por eso se sugiere que son necesarios tratamientos que vayan más allá del circuito del miedo.

Recientemente, otros tratamientos derivados de la Terapia Dialéctica Conductual como DBT-PTSD de Bohus et al. (2019), se han propuesto como una alternativa específica para personas que experimentaron abuso sexual en la infancia, y aunque los resultados resultan prometedores, aún se requiere más evidencia al respecto. Aunado a lo anterior, uno de los contras con este tratamiento es

que es un tratamiento que resulta costoso y requiere un alto nivel de especialización que no es fácilmente alcanzable en el entorno mexicano.

A partir de lo anterior, se puede observar que al ser el TEPT-C un diagnóstico de reciente introducción, aún no se cuenta con suficientes datos que nos permitan identificar el tratamiento óptimo para esta población.

2.2 Terapia Centrada en la Compasión

2.2.1 Características

La Terapia Centrada en la Compasión (CFT, por sus siglas en inglés) fue desarrollada por Paul Gilbert (2014) para el tratamiento de personas con problemas crónicos y complejos, así como altos niveles de vergüenza y autocrítica y que no se han visto beneficiados por otros tratamientos. Tal como el autor señala, muchos de los clientes de este tipo de modelo, presentan dificultades en sus relaciones y tienen un historial de cuidadores que han sido hostiles, críticos o abusivos.

En la CFT se considera a la compasión desde la definición budista del Dalai Lama que señala que *“es una sensibilidad al sufrimiento en uno mismo y los demás, junto a un compromiso profundo de aliviarlo y prevenirlo”* (Gilbert, 2014, p. 19). En ese sentido, considera que la compasión implica 2 elementos: una sensibilidad para la identificación del sufrimiento y un compromiso para intentar aliviar y prevenir el sufrimiento.

La CFT toma en consideración distintas teorías como la psicología evolutiva, la teoría del apego, la psicología aplicada de las neurociencias y la psicología social, entre otras (Gilbert, 2014). Este enfoque retoma que existen tres sistemas básicos de regulación de emociones:

- Sistema de Amenaza y Protección

- a. Responsable de la detección de peligros y la activación de respuestas de lucha, huida o sumisión.
 - b. Está regulado por la amígdala y mediado por hormonas como el cortisol y la adrenalina.
 - c. En personas con trauma o autocrítica severa, este sistema se activa de manera exagerada, generando ansiedad y estrés crónico
- Sistema de Búsqueda de Recursos y Logro
 - a. Relacionado con la motivación, el placer y la búsqueda de recompensas.
 - b. Mediado por la dopamina, impulsa a los individuos a alcanzar metas y obtener reconocimiento.
 - c. Si se sobreactiva, puede generar adicción al trabajo o dependencia del éxito para sentirse valioso.
- Sistema de Calma y Afiliación
 - a. Promueve la seguridad, la conexión con otros y la autorregulación emocional.
 - b. Mediado por la oxitocina y la serotonina, genera sensaciones de calidez y bienestar.
 - c. Las personas con altos niveles de autocrítica y trauma suelen tener dificultades para activar este sistema, lo que perpetúa su sufrimiento.

Esta terapia plantea que las personas tienden a quedar atrapadas entre los sistemas de amenaza y recompensa, lo que provoca altos niveles de autocrítica y vergüenza (Gilbert, 2010). Por ende, uno de sus objetivos principales es facilitar el equilibrio y uso efectivo de estos tres sistemas mediante el uso de la compasión y el sistema de calma y afiliación.

A diferencia de otros enfoques que hacen uso de la compasión, la CFT no sólo considera la autocompasión, sino que plantea que existen 3 flujos de compasión: la autocompasión, la compasión hacia los demás y la compasión que recibimos de los demás.

Por otra parte, mediante el Entrenamiento en Mente Compasiva (EMC), un componente central de la CFT, se busca desarrollar la capacidad compasiva que permita la regulación emocional, y con ello la disminución de la autocrítica hostil, la vergüenza y el uso desequilibrado de los tres sistemas. Dentro de los componentes principales se incluyen la regulación del sistema nervioso mediante ejercicios de imaginación, la construcción de una identidad compasiva, la modificación del diálogo interno y las prácticas de conexión social y afiliación.

Gilbert (2014) señala que la CFT se compone de distintas fases que no se consideran lineales:

- Psicoeducación, reducción de la vergüenza y despersonalización. Se orienta a ayudar a comprender que tenemos un *“cerebro engañoso”* y que muchas de las cosas que ocurren en nuestra mente no son nuestra culpa.
- Formulación y exploración de la historia personal. En esta fase se busca lograr un insight sobre cómo nuestras experiencias tempranas de vida han moldeado nuestras estrategias de afrontamiento basadas en la amenaza, la búsqueda de logros y la afiliación.
- Cultivar y desarrollar capacidades compasivas. En esta fase se trabaja con emociones afiliativas y se aprende a desarrollar la activación parasimpática con ejercicios de respiración y visualización, entre otros.
- Construcción de la identidad compasiva (*“yo compasivo”*). En esta fase se construye un sentido de identidad basado en la compasión mediante imágenes y acciones compasivas.

- Utilización de la mente compasiva en problemas específicos. Cuando la persona ha desarrollado una base compasiva sólida, se hace uso de esta capacidad para enfrentar los problemas del día a día.

Como puede observarse, la CFT hace énfasis en el trabajo en vergüenza y autocrítica. En este sentido, estas variables se han identificado como un factor de vulnerabilidad para diversas patologías (Rector et al., 2000; Whelton & Greenberg, 2005), se han asociado a una falta de mejoría en el TEPT (Harman & Lee, 2010; Lee et al., 2001) y se han asociado con el TEPT-C de manera consistente (Dorahy et al., 2017; Dorahy et al., 2016). Si se considera que la CFT busca trabajar precisamente con esto, se puede hipotetizar que es un tratamiento que podría ser efectivo para facilitar la mejoría en las personas que presentan malestar crónico asociado al trauma.

2.2.2 Evidencia

En cuanto a la evidencia que sustenta el uso de la Terapia Centrada en la Compasión (CFT), uno de los primeros metaanálisis que evaluaron intervenciones basadas en compasión fue el de Kirby et al. (2017). Este metaanálisis estuvo conformado por 21 Ensayos Controlados Aleatorizados (ECAs) que incluyeron un total de 1285 participantes. Este estudio incluyó 3 estudios sobre CFT, 7 estudios sobre Mindful Self-Compassion, 2 estudios sobre Compassion Cultivation Training, un estudio sobre Cognitively Based Compassion Training, 6 estudios sobre las meditaciones de Loving Kindness y Compassion Meditations y 2 sobre Compassion Mindfulness Therapy. De los 21 estudios que se incluyeron, 15 se llevaron a cabo de forma grupal y 6 de forma auto dirigida, ninguno en modalidad individual. Los resultados mostraron tamaños de efecto moderados en variables como compasión, autocompasión, mindfulness, depresión, ansiedad, malestar psicológico y bienestar, con lo que los autores concluyen que existe evidencia de los beneficios potenciales de estas intervenciones.

Posteriormente, Craig et al. (2020) realizaron una revisión sistemática específica sobre la CFT. Esta revisión incluyó 9 ECAs, 3 ensayos controlados y 17 observacionales. El tipo de población fue diversa, incluyendo trastorno límite de personalidad, trastornos de conducta alimentaria, depresión, psicosis y trastorno de estrés postraumático, entre otros. Veintidós de estos estudios se llevaron a cabo de forma grupal, 5 de forma individual y 2 en autoayuda. En esta revisión se concluye que la CFT tiene efectos positivos en un rango amplio de problemas de salud mental. Sin embargo, identifica que la modalidad grupal tiene mayor evidencia que la individual o de autoayuda, y hace hincapié en que 24 de los 29 estudios no comparan con otra forma de psicoterapia, por lo que los efectos podrían deberse a recibir psicoterapia y no precisamente al modelo específico.

Continuando con el alcance de la investigación en CFT, entre el 2020 y el 2021 se han llevado a cabo diversos estudios observacionales, cualitativos y controlados no aleatorizados para evaluar la CFT en poblaciones como TOC resistente al tratamiento, trastornos de la conducta alimentaria y muestras transdiagnósticas (Bratt et al., 2020; Carter et al., 2021; Forbes et al., 2020; Fox et al., 2021; Gooding et al., 2020; Petrocchi et al., 2020). Nuevamente, realizados en modalidad grupal y solamente 3 de ellos comparaban con algún tratamiento, específicamente, tratamiento usual no especificado.

Sin embargo, en el 2022 se llevaron a cabo más ECAs. Carvalho et al. (2022) compararon cuatro sesiones en línea de CFT con cuatro sesiones de Terapia de Aceptación y Compromiso de forma individual con 49 participantes con enfermedades crónicas. En este estudio se encontró que los dos grupos mostraron disminuciones en vergüenza, asociada a la enfermedad y autorrespuesta no compasiva, sin embargo, los resultados no se mantuvieron a los 6 meses, con lo que se concluye que se requieren intervenciones de mayor duración.

Posteriormente, Johannsen et al. (2022) evaluaron el efecto de CFT en 82 personas con síntomas de duelo prolongado, en donde compararon a aquellos que recibieron CFT con un grupo en

lista de espera. Esta investigación se llevó a cabo de forma grupal y concluyeron que CFT no es un tratamiento eficaz para duelo prolongado.

Por su parte, Asano et al. (2022) compararon el tratamiento usual en comparación con su combinación con el EMC en 16 personas con depresión resistente al tratamiento. El tratamiento se llevó a cabo de forma individual y encontraron que el grupo que recibió del tratamiento combinado presentó una mayor disminución en los síntomas depresivos y en miedo a la compasión, así como un mayor incremento en autocompasión.

Recientemente, Millard et al. (2023) llevaron a cabo un metaanálisis y revisión sistemática de la efectividad de la CFT en población clínica. Analizaron 15 ensayos clínicos aleatorizados y estudios piloto que incluyeron aplicaciones en trastornos de alimentación (n=4), depresión (n=3), TEPT (n=2), ansiedad social (n=2), trastornos asociados a esquizofrenia/psicosis (n=2), trastorno límite de la personalidad (n=1) y duelo prolongado (n=1). El formato utilizado en estos estudios fue mayormente grupal (n=10), seguido de individual (n=3) y el menos utilizado fue la modalidad de autoayuda (n=2). Se identificó que la CFT fue efectiva para aumentar la autocompasión y reducir la autocrítica y el miedo a la compasión de forma significativa. En cuanto a los síntomas clínicos, los resultados en depresión y ansiedad fueron inconsistentes, con estudios reportando reducciones significativas, mientras que otros no reportaron diferencias entre el pre y el posttest. En cuanto a los síntomas de trastornos alimentarios, los resultados mostraron una reducción significativa con tamaños de efecto variables.

Entre las limitaciones identificadas fue la elevada heterogeneidad de los estudios con la mayoría comparando con lista de espera o el tratamiento usual, lo que dificulta identificar su efectividad en relación con los tratamientos considerados de primera línea. Asimismo, menos de la mitad de los estudios incluyeron un seguimiento, y aquellos que sí lo incluyeron, fueron en su mayoría de 3 meses, por lo que se desconoce si los cambios en la sintomatología se mantienen en un tiempo mayor.

Finalmente, la mayoría de las participantes eran mujeres blancas de países occidentales, sin estudios llevados a cabo en latinoamérica.

2.2.3 Terapia Centrada en la Compasión y Trastorno de Estrés Postraumático Complejo

Con respecto a la evidencia específica sobre el uso de la CFT para el tratamiento del TEPT-C, uno de los primeros estudios realizados fue el de Beaumont et al. (2012) con 32 participantes que habían experimentado una experiencia traumática. Comparó Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y la combinación de TCC con el Entrenamiento en Mente Compasiva (EMC) - uno de los componentes principales de CFT -. Los resultados mostraron una disminución de los síntomas de trauma, pero el grupo que recibió TCC y el EMC, mostró mayores incrementos en autocompasión. Estos resultados fueron similares a los obtenidos en un estudio posterior que comparó nuevamente TCC y su combinación con el EMC en 17 bomberos con TEPT (Beaumont et al., 2016).

Posteriormente, Au et al. (2017) evaluaron la efectividad de 6 sesiones individuales de CFT en 10 personas con síntomas elevados de vergüenza y TEPT, encontrando una reducción significativa de los síntomas de TEPT y vergüenza, así como un aumento en autocompasión.

Más recientemente, Daneshvar et al. (2022) evaluaron el efecto de la CFT en modalidad grupal en 42 personas sobrevivientes de violencia intrafamiliar con un grupo control de personas en lista de espera. Quienes recibieron CFT presentaron una mayor disminución en los puntajes de ideación suicida, así como en distorsiones cognitivas.

Por su parte, McLean et al. (2022) desarrollaron un programa grupal de CFT para abuso sexual, el cual evaluaron en 30 mujeres sobrevivientes de abuso sexual infantil. Este estudio encontró diferencias importantes entre el pre y el posttest en todos los indicadores de TEPT, así como en depresión, vergüenza y autocrítica, entre otros.

Tomando en consideración el efecto que la TEPT tiene en las personas cercanas a quienes lo padecen, Romaniuk et al. (2023) evaluó una intervención grupal con 12 veteranos con TEPT y sus parejas. Los resultados mostraron una reducción en síntomas postraumáticos, ansiedad y vergüenza, así como mejoras en la satisfacción relacional y la calidad de vida.

Finalmente, en el estudio con la muestra más grande, Vrabel et al. (2024) evaluaron el efecto de un programa individual y grupal de CFT para trastornos de alimentación. Este ensayo controlado aleatorizado se llevó a cabo con 130 participantes con y sin historia de trauma infantil que fueron asignados a CFT o a TCC. Los resultados mostraron una reducción significativa en los síntomas de trastorno de conducta alimentaria en ambos tratamientos, con un mantenimiento superior al año, en el grupo que recibió CFT. Sin embargo, aunque hubo una diferencia significativa en los síntomas asociados a conducta alimentaria, en cuanto a los síntomas postraumáticos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los participantes con trauma infantil.

Si bien la investigación en Terapia Centrada en la Compasión ha demostrado eficacia clínica en los últimos años, es importante señalar que la gran mayoría de los estudios se han llevado a cabo de formato grupal y que, además son pocos los ensayos controlados aleatorizados que comparan con otro tratamiento psicológico, en particular, aquellos llevados a cabo con personas con TEPT.

Dado que la CFT fue desarrollada específicamente para personas con altos niveles de vergüenza y autocrítica, y que se fundamenta en un modelo de regulación emocional que incorpora dimensiones relacionadas con el vínculo interpersonal, se considera una intervención particularmente prometedora para abordar las áreas centrales afectadas en el TEPT-C. Por lo anterior, el presente estudio tiene como objetivo evaluar la efectividad de un protocolo de CFT aplicado en modalidad individual en personas diagnosticadas con TEPT-C.

3. Método

3.1 Definición Del Problema

El Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C) es un diagnóstico de reciente introducción por lo que existe poca información sobre los tratamientos que pueden ser efectivos para tratar esta problemática y cómo esta sintomatología impacta en la experiencia de vida de estas personas.

Tomando en consideración la correlación entre el TEPT-C, vergüenza y dificultades interpersonales, se ha propuesto que la Terapia Centrada en la Compasión (CFT) podría ser una terapia efectiva para este trastorno debido a su foco en elementos relacionales y el efecto positivo que tiene en vergüenza. Aunque la CFT ha sido probada para distintos trastornos, incluido el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), no ha sido evaluada en modalidad individual ni en personas diagnosticadas formalmente con TEPT-C.

Asimismo, existe un hueco en relación con el conocimiento que poseemos sobre el impacto y el tratamiento del TEPT-C, por lo que resulta de gran importancia explorar la efectividad de un tratamiento tomando en consideración la vivencia de aquellos que lo padecen para facilitar un conocimiento más completo que no esté limitado por la observación de sólo unos cuantos elementos. Es por ello, que se considera que un análisis mediante un diseño mixto permitiría un mayor entendimiento del fenómeno explorado.

3.2 Pregunta De Investigación

- ¿La Terapia Centrada en la Compasión es un tratamiento efectivo para pacientes con TEPT-C?

3.3 Objetivo General

- Identificar los efectos de la Terapia Centrada en la Compasión (CFT) en los signos y síntomas asociados al TEPT-C en un grupo de personas con el diagnóstico.

3.3.1 Objetivos Específicos

- Validar y medir la consistencia interna de un instrumento psicométrico para evaluar la sintomatología el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo
- Identificar si existen diferencias en la sintomatología del TEPT-C antes y después de una intervención con CFT.
- Identificar si existen diferencias en la intensidad y frecuencia de la vergüenza antes y después de una intervención con CFT.
- Identificar si existen diferencias en la intensidad y frecuencia de la autocrítica antes y después de una intervención con CFT
- Explorar cualitativamente la experiencia del TEPT-C después de haber recibido tratamiento.

3.4 Hipótesis

3.4.1 Hipótesis General

- El tratamiento mediante CFT generará una disminución de los síntomas de TEPT-C

3.4.2 Hipótesis Específicas

Cuantitativas

- H_{i1} : Los participantes que reciban el tratamiento con CFT tendrán una disminución significativa en la sintomatología postraumática.
- H_{i2} : Los participantes que reciban el tratamiento con CFT tendrán una disminución en la intensidad y frecuencia de la vergüenza.
- H_{i3} : Los participantes que reciban el tratamiento con CFT tendrán una disminución en la intensidad y frecuencia de la autocrítica.

3.5 Diseño De Estudio

Diseño mixto explicativo secuencial.

Cuantitativo: Cuasiexperimental con evaluación pre y post-test de la sintomatología

Cualitativo: Análisis temático para indagar de la experiencia de los participantes después del tratamiento

3.6 Participantes

Adultos entre 18 y 65 años que cumplen con los criterios diagnósticos para el TEPT-C según los criterios propuestos para la CIE-11. De nacionalidad mexicana, que sepan leer y escribir, que tengan acceso a internet y un correo electrónico.

Criterios de exclusión: Personas con riesgo inminente de hacer daño a sí mismos u otros o con sintomatología psicótica.

3.7 Procedimiento

El proyecto de investigación se integró de 3 fases, las cuales se describen a continuación:

Fase 1. Validación inicial de instrumentos.

El objetivo fue hacer una validación inicial de los instrumentos que se utilizaron para la investigación. Aunque estos instrumentos han sido validados en otros países de habla hispana, no se habían validado en población mexicana. Se utilizaron las traducciones oficiales otorgadas por los autores de los instrumentos, quienes también dieron su autorización vía correo electrónico para su uso. Los instrumentos que se validaron son:

1. Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ).
2. Escala de Formas de Autocrítica/Ataque y Autotranquilizarse (FSCRS)
3. Escala de los otros como causantes de vergüenza (OAS)
4. Escalas de Implicación y Acción Compasivas (CEAS)

Se llevó a cabo un muestreo accidental y por bola de nieve a partir de redes sociales. Los participantes fueron adultos entre 18 y 65 años que pudieron responder los cuestionarios en línea tras haber aceptado el consentimiento informado (Anexo 1).

Se aplicaron los instrumentos a 318 participantes y se realizó un análisis factorial confirmatorio para evaluar la validez de las pruebas. Posteriormente, se evaluó la correlación entre los síntomas postraumáticos, vergüenza, autocrítica, autocompasión, compasión a otros y compasión de otros.

Mediante esta primera fase, se identificaron aquellos participantes que cumplían con los criterios diagnósticos de TEPT-C quienes, mediante correo electrónico, recibieron una invitación para participar en la segunda fase de la investigación.

Fase 2: Intervención y análisis cuantitativo

En esta segunda fase, se seleccionaron aquellos participantes, quienes además de cumplir con los criterios de inclusión básicos, obtuvieron los puntajes necesarios en el ITQ para ser diagnosticados con TEPT-C.

Estos participantes respondieron un segundo grupo de instrumentos para evaluar depresión, ansiedad, estrés, disociación y riesgo suicida. De forma inicial, se les pidió que respondieran la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Plutchik & Van Praag, 1989) que cuenta con validación en población mexicana (Campas & Santoyo, 2018). Esta es una escala de 15 reactivos que se responden con sí o no y cada reactivo afirmativo se puntúa con 1. Una puntuación igual o superior a 6 indica la presencia de riesgo suicida. Los participantes que tuvieron un puntaje igual o superior a 6, pasaron a una evaluación a profundidad para evaluar el nivel de riesgo mediante el Protocolo de Evaluación y Manejo de Riesgo Suicida de Linehan (L-RAMP)(Linehan et al., 2012). Aquellos que presentaran un riesgo inminente, serían excluidos de la investigación, no sin antes ser referidos a una institución que pudiera dar atención al riesgo identificado. Sin embargo, ninguno de los participantes manifestó este nivel de riesgo.

Tras esta última evaluación, 41 participantes fueron asignados de forma aleatoria al grupo experimental que recibió Terapia Centrada en la Compasión (CFT) o al grupo control que recibió Terapia de Exposición Prolongada (EP).

Las intervenciones fueron realizadas mediante teleterapia, considerando que la investigación se llevó a cabo durante un periodo en el que la pandemia por COVID-19 continuaba representando un riesgo significativo. Asimismo, se tomó en cuenta que, si bien la modalidad en línea implicó la limitación de trabajar exclusivamente con personas con acceso a internet, permitió ampliar el alcance geográfico y atender a participantes de distintas regiones del país.

En cuanto a la efectividad de la teleterapia, diversas investigaciones (Hilty et al., 2013; Varker et al., 2019) han mostrado que la teleterapia es tan efectiva como la terapia presencial. Esta evidencia también es aplicable al tratamiento del TEPT, incluyendo intervenciones basadas en la Terapia de Exposición Prolongada (Acierno et al., 2017) e incluso en algunos casos, se ha visto que disminuye el abandono del tratamiento (Turgoose et al., 2018). Durante la pandemia, se encontró que no existieron

diferencias significativas en la adopción de la teleterapia entre personas con trastornos mentales graves y la población general (Miu et al., 2020).

Para evitar sesgos, la intervención fue implementada por terapeutas que no participaron en el desarrollo de la investigación. Dichos terapeutas fueron estudiantes y egresados recientes de programas de maestría – no más de 2 años - , quienes recibieron formación específica en una de las dos intervenciones consideradas. Las características particulares de los terapeutas se detallan más adelante.

La intervención consistió en un total de 12 a 15 sesiones semanales realizadas a través de la plataforma Zoom, siguiendo un manual clínico diseñado para cada tipo de tratamiento. Todas las sesiones fueron grabadas con el consentimiento informado de los participantes, y los terapeutas contaron con supervisión clínica semanal por parte de la investigadora principal. Al término del tratamiento, se aplicaron nuevamente las escalas utilizadas en la evaluación inicial, con el objetivo de identificar diferencias estadísticamente significativas.

Fase 3: Análisis cualitativo

Posterior al posttest, se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas, conducidas por la investigadora y colaboradoras. Los datos obtenidos fueron transcritos y codificados utilizando la metodología de Análisis Temático, a fin de identificar patrones recurrentes relacionados con el impacto del tratamiento.

La recolección de información cualitativa se realizó de forma individual, procurando establecer un entorno clínico que favoreciera la comodidad de los participantes y permitiera intervenir de manera oportuna en caso de que surgieran dificultades emocionales o conductuales durante la evaluación o las entrevistas.

3.8 Alcances Y Limitaciones Del Estudio

El abordaje desde un enfoque mixto sobre los efectos de una intervención basada en la Terapia Centrada en la Compasión en personas con TEPT-C permitió identificar tanto cambios en la sintomatología como temas emergentes vinculados con la experiencia de recibir el tratamiento. Estos hallazgos contribuyen a una mayor comprensión del impacto de los eventos traumáticos y al desarrollo de intervenciones más efectivas orientadas al alivio de los síntomas.

Entre las principales limitaciones del estudio destaca la transferibilidad de los resultados, ya que no es posible asegurar que los hallazgos obtenidos sean generalizables a toda la población con TEPT-C. Para fortalecer la validez externa y la replicabilidad de los resultados, se requerirían estudios adicionales utilizando diseños similares desde un enfoque fenomenológico.

3.9 Aspectos Éticos

La investigación se desarrolló conforme a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2013) y en apego al Código Ético del Psicólogo de la Sociedad Mexicana de Psicología (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010), asegurando el respeto a los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Se elaboró un consentimiento informado digital, accesible y claro, el cual fue presentado antes de iniciar la participación. Este documento incluyó información sobre los objetivos del estudio, el carácter voluntario de la participación, los criterios de inclusión, los procedimientos a seguir, los posibles riesgos y beneficios, así como las medidas adoptadas para garantizar la confidencialidad de los datos. Asimismo, se informó que los participantes podrían abandonar el estudio en cualquier momento sin consecuencia alguna.

El consentimiento también indicó que, en caso de ser seleccionadas, las personas tendrían acceso a un tratamiento psicoterapéutico sin costo como parte de la segunda fase del estudio, y que toda la información recabada sería utilizada exclusivamente con fines académicos, manteniendo el anonimato de los participantes. Finalmente, se proporcionaron los datos de contacto de la investigadora responsables, a fin de resolver cualquier duda o solicitar información adicional (Anexo A).

Entre los riesgos considerados, se encuentra que la investigación relacionada con el trauma puede generar cierta angustia psicológica inmediata, dicha reacción no suele ser extrema. No obstante, esta respuesta tiende a ser más intensa en personas con antecedentes de trauma o con diagnóstico de TEPT, especialmente en estudios que incluyen entrevistas. A pesar de ello, la mayoría de las personas reportaron haber vivido la participación en la investigación como una experiencia positiva y no manifestaron arrepentimiento por haber participado, independientemente de su historial de trauma o TEPT (Jaffe et al., 2015).

Finalmente, todas las personas que colaboraron en el estudio y que tuvieron acceso a datos sensibles firmaron una carta de compromiso de confidencialidad y no divulgación, en la que se obligaron expresamente a proteger, no reproducir ni compartir la información recabada, y a eliminar todo material digital una vez entregado a la investigadora principal. Estas medidas reforzaron el cumplimiento de los estándares éticos en la gestión de datos y aseguraron la integridad y privacidad de los participantes y terapeutas involucrados (Anexo G).

4. Estudio 1: Validez de constructo y confiabilidad del Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ), la Escala de Formas de Auto-Crítica/Ataque y Auto-Tranquilizarse (FSCRS), la Escala de los otros como causantes de vergüenza (OAS) y la Escalas de Implicación y Acción Compasivas (CEAS).

4.1 Método

4.1.1 Procedimiento

Los participantes fueron reclutados mediante redes sociales para responder una encuesta en línea. La encuesta consistió en datos sociodemográficos y 4 escalas aplicadas de forma secuencial que evalúan sintomatología asociada a trauma psicológico, vergüenza, autocrítica y compasión. El consentimiento informado se presentó en la primera página de la encuesta (Anexo A), señalando que podrían abandonar el cuestionario en el momento en que desearan.

4.1.2 Participantes

La muestra consistió en 318 participantes y sus características sociodemográficas se muestran en la Tabla 4.

Tabla 4.

Características sociodemográficas de los participantes.

Variable	Total (%)
Sexo	
Mujer	244 (71.55)
Hombre	94 (27.56)
Prefiero no decir	3 (0.87)
Edad	

M(SD)	43.11(12.19)
Rango	18-65
Nivel de estudios	
Educación básica	29 (8.6)
Educación media	108 (32.3)
Educación superior	160 (47.9)
Posgrado	37 (11)
Estado civil	
Soltero	115 (34.43)
Casado	88 (26.34)
Divorciado	32 (9.58)
Unión libre	53 (15.86)
Separado	38 (11.37)
Viudo	8 (2.39)

Nota. N=318

Los participantes provienen de todos los estados del país, siendo 92(29%) de la Ciudad de México; 43(13.5%) del Estado de México; 24(7.5%) de Jalisco; 18(5.6%) de Guanajuato; 13(4.1%) de Puebla y Veracruz; 12(3.7%) de Tamaulipas y el resto de los estados tuvieron de 1 a 9 participantes.

4.1.3 Instrumentos

- **Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ)** (Cloitre et al., 2018). En la actualidad, el ITQ es la principal escala de autoinforme para evaluar Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C) según los criterios de la CIE-11.

Para evaluar TEPT utiliza 2 reactivos para cada uno de los síntomas de TEPT: hipervigilancia, reexperimentación y evitación. Los participantes indican cuánto les ha molestado cada uno de los síntomas centrales en el último mes, considerando su evento más

traumático, utilizando una escala de cinco puntos que va desde "*nada*" (0) a "*extremadamente*" (4).

Para evaluar los síntomas del TEPT-C, se utilizan 2 reactivos para cada uno de los síntomas: desregulación afectiva, autoconcepto negativo y relaciones perturbadas. Los síntomas de TEPT-C se miden utilizando una escala de cinco puntos que va desde "*nada*" (0) a "*extremadamente*" (4). Aunado a lo anterior, se evalúa el deterioro en el funcionamiento asociado a la sintomatología.

Los criterios de diagnóstico para el TEPT requieren una puntuación de ≥ 2 ("*moderadamente*") para al menos uno de los dos síntomas de cada uno de los grupos de reexperimentación, evitación e hiperactivación, y al menos un ítem de deterioro funcional para ser aprobado (≥ 2). Los criterios de diagnóstico para TEPT-C incluyen satisfacer los criterios de TEPT además de puntuar ≥ 2 ("*moderadamente*") para al menos un síntoma de cada uno de los síntomas que componen el cluster de Alteraciones en la Autoorganización (AAO): Desregulación afectiva, Autoconcepto negativo y Relaciones perturbadas, y al menos un ítem de deterioro funcional a ser aprobado (≥ 2). Con base en las reglas de diagnóstico de la CIE-11, se puede realizar un diagnóstico de TEPT o TEPT-C, pero no ambos. En el estudio original con población estadounidense (Cloitre et al., 2018), la consistencia interna fue de $\alpha = .89$.

- **Escala de Formas de Auto-Crítica/Ataque y Auto-Tranquilizarse, FSCRS.** (Gilbert et al., 2004).

Esta escala fue desarrollada por creador de la Terapia Centrada en la Compasión para medir la autocrítica y la capacidad de para autotranquilizarse. Es una escala de 22 ítems, que mide las diferentes formas en que las personas piensan y sienten sobre sí mismas cuando las cosas les salen mal. Los ítems componen tres factores, hay dos formas de autocrítica: Yo inadecuado, que se enfoca en un sentido de insuficiencia personal, el Yo Despreciado, que mide el deseo de

lastimarse o perseguirse, y finalmente, el Yo Tranquilizador que evalúa la capacidad de autotranquilizarse. Las respuestas se presentan en una escala de 5 puntos (que van desde 0 = *"nada parecido a mí"*, a 4 = *"muy parecido a mí"*). La consistencia interna en el estudio original (Gilbert et al., 2004) fue de $\alpha = .90$ para el Yo inadecuado, $\alpha = .86$ para el Yo Despreciado y de $\alpha = .86$ para el Yo tranquilizador.

- **Escala de los otros como causantes de vergüenza (OAS)** (Goss et al., 1994). Esta es una escala desarrollada por el creador de la Terapia Centrada en la Compasión, y corresponde a una adaptación de la Escala de vergüenza internalizada de Cook (1987) que evalúa vergüenza externa. Es una escala de 18 reactivos que evalúa la vergüenza que se desprende de la interacción con otros y cómo juzgan. Las respuestas se presentan en una escala de 5 puntos (que van de 0 = *"Nunca"* a 4 = *"Casi siempre"*). En el estudio original, la escala mostró una consistencia interna de $\alpha = .92$.

- **Escalas de Implicación y Acción Compasivas (CEAS)** (Gilbert et al., 2017). Este es un conjunto de tres escalas, las cuales evalúan autocompasión, la capacidad de ser compasivo cuando otros experimentan malestar y la habilidad para recibir compasión de personas importantes para nosotros. En la primera sección de cada escala, se formulan seis reactivos para reflejar los seis atributos de compasión en el modelo de la CFT: sensibilidad al sufrimiento, simpatía, no juzgar, empatía, tolerancia a la angustia y cuidado por el bienestar. La segunda sección de la escala tiene cuatro elementos más que reflejan acciones compasivas específicas para lidiar con la angustia. Las respuestas se presentan en una escala de 10 puntos en la que se califica de acuerdo con la frecuencia de ocurrencia en una escala del 1 al 10 (1 = *"Nunca"*; 10 = *"Siempre"*). En el estudio original se encontraron adecuadas consistencias internas para evaluar compromiso (autocompasión: $\alpha = .77$; compasión a otros: $\alpha = .90$; compasión de otros: $\alpha = .89$) y acción (autocompasión: $\alpha = .90$; compasión a otros: $\alpha = .94$; compasión de otros: $\alpha = .91$).

4.2 Análisis de datos

Los análisis de datos se llevaron a cabo mediante JASP Versión 0.16 y RStudio Versión 1.4.1717.

Para obtener la validez de constructo se llevó a cabo un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) para probar distintos modelos de cada una de las escalas. El ajuste de los modelos se evaluó a partir de la chi-cuadrada ajustada (χ^2), el índice de Tucker-Lewis (TLI), el Índice de Ajuste Comparativo (CFI), el Error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) y la Raíz estandarizada residual cuadrada media (SRMR). Finalmente, para la confiabilidad de la consistencia interna, se utilizaron el omega de McDonald y el Alpha de Cronbach.

Aunque no existe un acuerdo general, Schermelleh-Engel et al. (2003) proponen una distinción entre un buen y un aceptable ajuste. Se considera que un ajuste de modelo aceptable se obtiene cuando $p(\chi^2) \geq 0.01$, $\chi^2/df \leq 3$, $CFI \geq 0.95$, $SRMR \leq 0.10$ y $RMSEA \leq 0.08$. Un ajuste bueno, implicaría $p(\chi^2) > 0.05$, $\chi^2/df \leq 2$, $CFI \geq 0.97$, $SRMR \leq 0.05$ y $RMSEA \leq 0.05$. En cuanto al TLI, se considera que un $TLI \geq 0.90$ es un ajuste aceptable y un $TLI \geq 0.95$ un ajuste bueno (Browne & Cudeck, 1992; Hu & Bentler, 1998). En cuanto a la consistencia interna, de acuerdo a los estándares aceptados, valores ≥ 0.80 reflejan una buena consistencia interna (Cicchetti, 1994).

Posterior a la validación de los instrumentos se realizó un análisis mediante ANOVA para identificar diferencias entre los grupos sin diagnóstico, TEPT, AAO y TEPT-C, así como un análisis de correlación múltiple entre las distintas variables de interés, para proporcionar evidencia de su validez predictiva.

4.3 Resultados

4.3.1 Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ)

Previo al AFC, se llevó a cabo un análisis descriptivo de los ítems (Anexo B). Posteriormente, se evaluó la correlación ítem-total corregida, encontrándose el valor más bajo para el ítem ITQ003_P1 y ITQ005_C1 ($r_{it}^c = .51$) y el mayor para el ítem ITQ005_C3 ($r_{it}^c = .76$).

Los coeficientes de Mardia fueron significativos ($M_{Kurt}=6.63$, $p<.001$; $M_{skew}=647.33$, $p<.001$), lo que sugiere que los datos no seguían una distribución multivariada normal. Considerando lo anterior y que los ítems corresponden a un nivel de medición ordinal, el estimador de Mínimos Cuadrados Ponderados Diagonalmente (DWLS) se asume como el estimador más adecuado (Li, 2021; Shi & Maydeu-Olivares, 2020).

Con base en lo reportado por los autores (Cloitre et al., 2018), se evaluaron 4 modelos. El Modelo 1 es un modelo de seis factores de primer orden correlacionados: reexperimentación (Re), evitación (Ev), hiperactivación (Hi), desregulación emocional (DE), autoconcepto negativo (AN) y alteraciones en las relaciones (AR). El Modelo 2 es un modelo de dos factores de segundo orden correlacionados: Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y Alteraciones en la Autoorganización (AAO) los cuales contienen seis factores de primer orden. Los factores de reexperimentación (RE), evitación (EV) e hiperactivación (HA) en el factor TEPT y los factores desregulación emocional (DE), autoconcepto negativo (AN) y alteraciones en las relaciones (DR) en el factor AAO. El Modelo 3 reemplaza las correlaciones de factores en el Modelo 1 con un solo factor de segundo orden que representa el TEPT-C. El Modelo 4 es un modelo de un factor en el que todos los ítems se cargan en una sola variable latente: TEPT-C.

Tabla 5.*Ajuste de modelo ITQ*

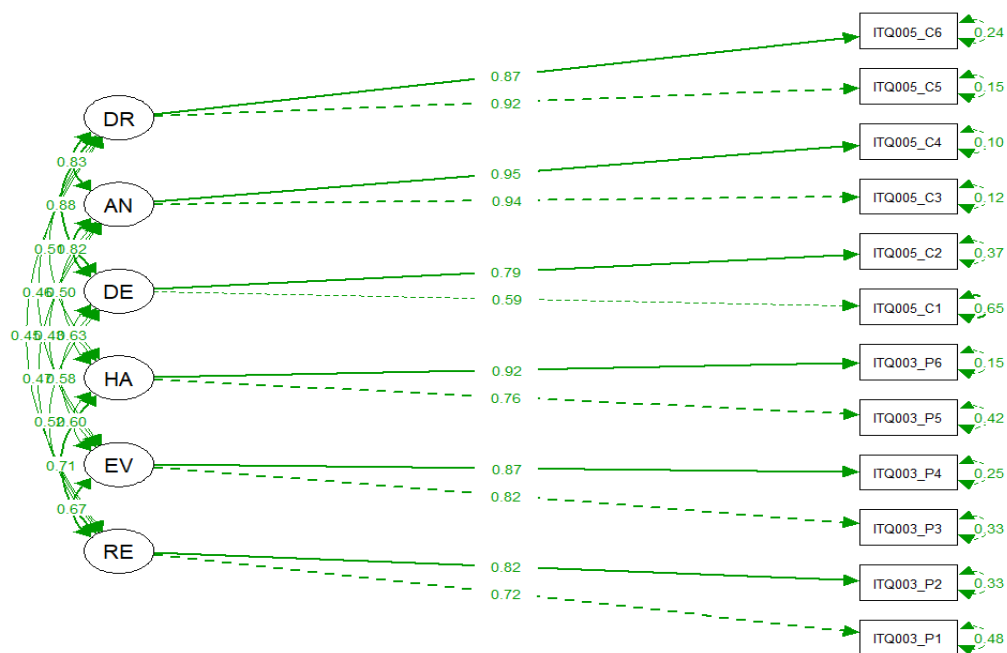
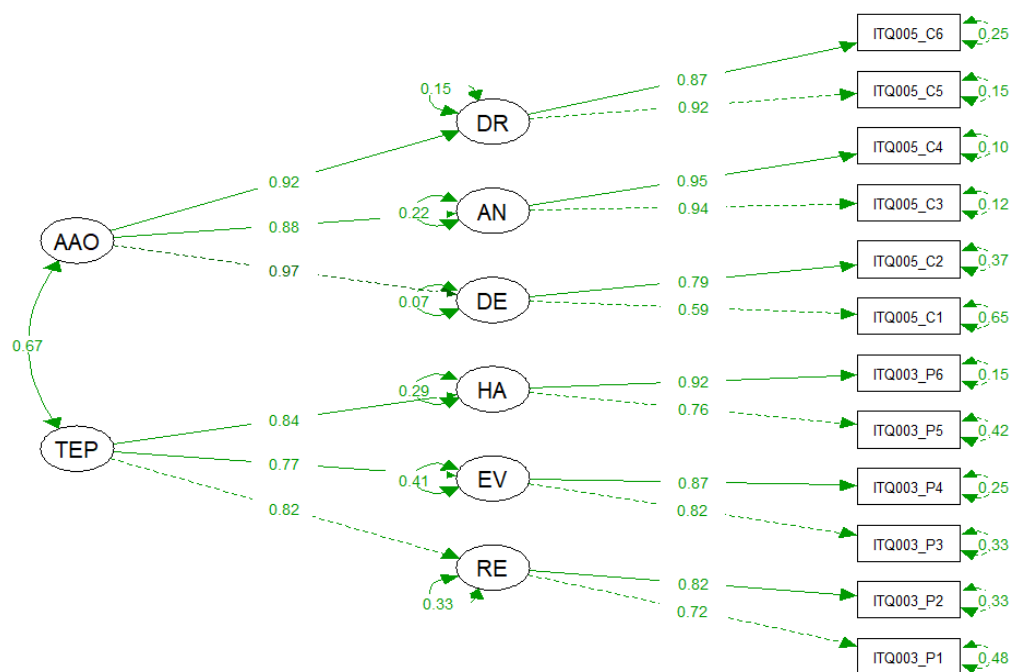
Modelo	$\chi^2(\text{gl})$	χ^2/gl	TLI	CFI	SRMR	RMSEA
1	20.76(39)	0.53	1.00	1.00	0.02	0.00
2	38.30(47)	0.81	1.00	1.00	0.03	0.00
3	214.35(48)*	4.47	0.98	0.99	0.08	0.11
4	662.52(54)*	12.27	0.67	0.96	0.13	0.95

χ^2 : Chi-cuadrada ajustada; TLI: Índice de Tucker-Lewis; CFI: Índice de Ajuste Comparativo; SRMR: Raíz estandarizada residual cuadrada media; RMSEA: Error cuadrático medio de aproximación.

* $p < 0.05$

Con base en los parámetros establecidos, se rechazan los modelos 3 y 4 (Tabla 5). En cuanto a los modelos 1 (Figura 2) y 2 (Figura 3), se puede decir que estos modelos cumplen con un buen ajuste tomando en consideración todos los indicadores.

En cuanto a la consistencia interna, se encontraron un $\alpha = 0.89$ (95% IC = 0.87-0.91) y un $\omega = 0.89$ (95% IC = 0.87-0.91), por lo que se considera que el instrumento posee una adecuada confiabilidad.

Figura 2.*Modelo 1 del ITQ.***Figura 3.***Modelo 2 del ITQ*

4.3.2 Escala de Formas de Auto-Crítica/Ataque y Auto-Tranquilizarse, FSCRS.

En el Anexo B se pueden observar los resultados del análisis descriptivo que demuestra los parámetros de distribución univariada de los ítems. En cuanto a la correlación ítem-total corregida, el valor más bajo corresponde al ítem 12 ($r_{it}^c = .59$) y el mayor para el ítem 7 ($r_{it}^c = .80$).

Los coeficientes de Mardia fueron significativos ($M_{Kurt}=15.57, p<.001$; $M_{skew}=3208.69, p<.001$), por lo que el estimador de Mínimos Cuadrados Ponderados Diagonalmente (DWLS) se asume como el estimador más adecuado (Li, 2021; Shi & Maydeu-Olivares, 2020).

Mediante el AFC se evaluaron 2 modelos. El Modelo 1, se compone de 2 factores: Autocrítica y Autotranquilizar. El Modelo 2 incluye 3 factores: Yo Despreciado, Yo Inadecuado y Yo Tranquilizador.

En la Tabla 6, se muestran los resultados del análisis del ajuste del modelo. Como puede observarse, el Modelo 2, posee un buen ajuste en el $\chi^2/(gl)$, CFI, TLI y SRMR; y un ajuste adecuado en el RMSEA, sin embargo, no se cumplen los criterios de la χ^2 . En el caso del Modelo 1 (Figura 4), no se cumplen con los criterios de la χ^2 , pero hay un buen ajuste en el resto de los indicadores, por lo que se le considera el modelo más adecuado.

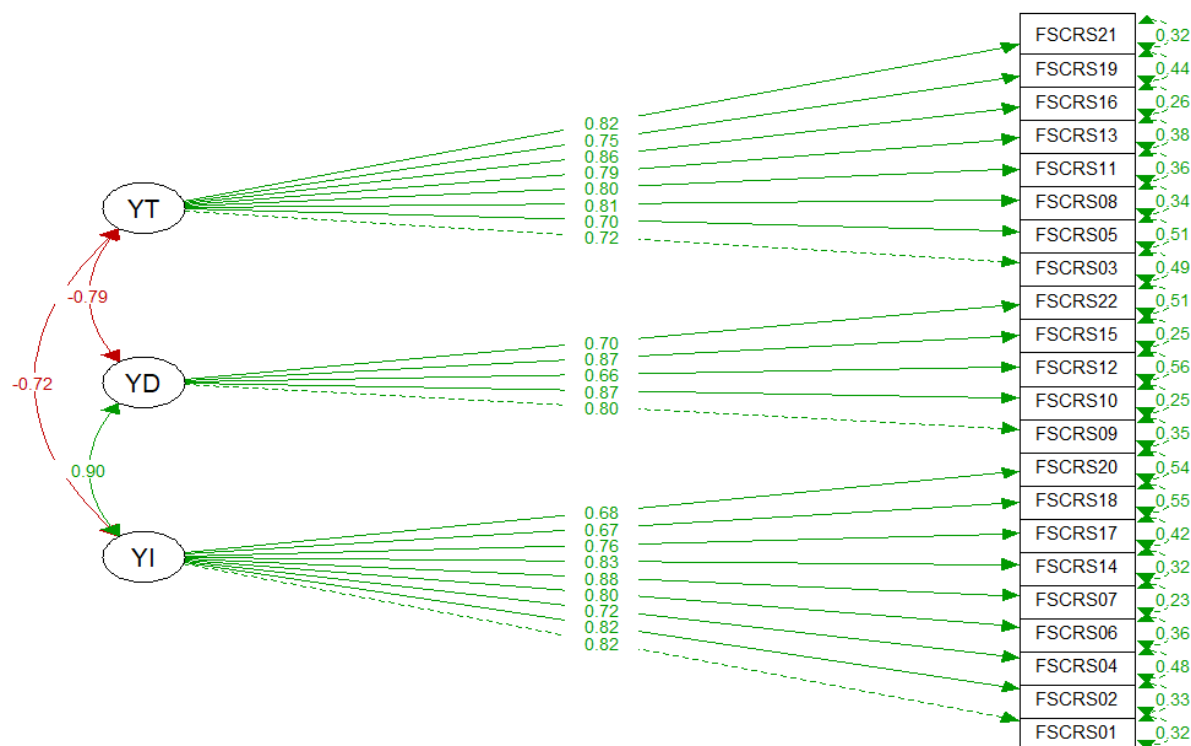
Tabla 6.

Ajuste de modelo FSCRS

Modelo	$\chi^2(gl)$	χ^2/gl	TLI	CFI	SRMR	RMSEA
1	406.82(208)*	1.96	0.99	0.99	0.05	0.06
2	314.75(206)*	1.53	1.00	1.00	0.04	0.04

χ^2 : Chi-cuadrada ajustada; TLI: Índice de Tucker-Lewis; CFI: Índice de Ajuste Comparativo; SRMR: Raíz estandarizada residual cuadrada media; RMSEA: Error cuadrático medio de aproximación.

* $p<0.01$

Figura 4.*Modelo 2 del FSCRS.*

En cuanto a la consistencia interna, tomando en cuenta los 3 factores del Modelo 3, para el factor Yo Inadecuado se encontró un $\alpha=0.92$ (95% IC = 0.90-0.93) y un $\omega=0.92$ (95% IC = 0.90-0.93); para el factor Yo Despreciado, un $\alpha=0.85$ (95% IC = 0.82-0.87) y un $\omega=0.85$ (95% IC = 0.83-0.88); y para el factor Yo Tranquilizador, un $\alpha=0.91$ (95% IC = 0.89-0.92) y un $\omega=0.91$ (95% IC = 0.89-0.92).

4.3.3 Escala de los otros como causantes de vergüenza (OAS)

El análisis descriptivo se presenta en el Anexo B, mostrándose adecuados parámetros de distribución univariada para los ítems. En relación con la correlación ítem-total corregida, el valor más bajo corresponde al ítem OAS15 ($r_{it}^c = .67$) y el mayor para el ítem OAS08 ($r_{it}^c = .88$).

Los coeficientes de Mardia fueron significativos ($M_{kurt}=24.22$, $p<.001$; $M_{skew}=2248.66$, $p<.001$), por lo que el estimador de Mínimos Cuadrados Ponderados Diagonalmente (DWLS) se asume como el estimador más adecuado (Li, 2021; Shi & Maydeu-Olivares, 2020).

Para esta escala, se evaluaron 2 modelos. El Modelo 1 incluye todos los ítems en un solo factor, mientras que el Modelo 2 se compone de 3 factores: ser visto como inferior, vacío y cometer errores.

Tabla 7.

Ajuste de modelo OAS.

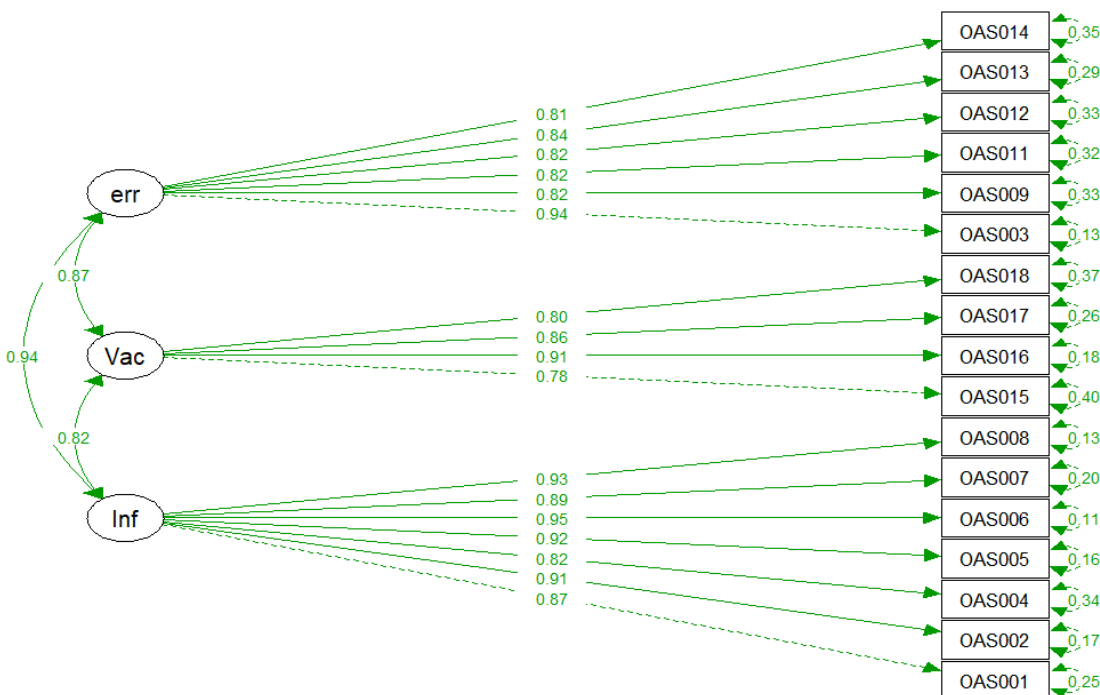
Modelo	$\chi^2(gf)$	χ^2/gf	TLI	CFI	SRMR	RMSEA
1	483.35(135)*	3.58	1.00	1.00	0.05	0.90
2	211.52(116)*	1.82	1.00	1.00	0.04	0.51

χ^2 : Chi-cuadrada ajustada; TLI: Índice de Tucker-Lewis; CFI: Índice de Ajuste Comparativo; SRMR: Raíz estandarizada residual cuadrada media; RMSEA: Error cuadrático medio de aproximación.

* $p<0.01$

Como puede observarse en la Tabla 7, en el modelo 1 (Figura 5), aunque hay un buen ajuste en TLI, CFI y SRMR, no se cumplen los criterios de la χ^2 , χ^2/gf y el RMSEA. Por su parte, el modelo 2, tiene un buen ajuste en todos los indicadores a excepción de la χ^2 , por lo que se considera el modelo más adecuado.

Por otra parte, la consistencia interna total es de un $\alpha=0.97$ (95% IC = 0.96-0.97) y un $\omega=0.97$ (95% IC = 0.96-0.97); en cuanto al factor ser visto como inferior hay $\alpha=0.95$ (95% IC = 0.94-0.96) y un $\omega=0.95$ (95% IC = 0.94-0.96); para el factor de vacío hay un $\alpha=0.87$ (95% IC = 0.85-0.89) y un $\omega=0.87$ (95% IC = 0.85-0.90) y para el factor cometer errores, hubo un $\alpha=0.91$ (95% IC = 0.90-0.93) y un $\omega=0.91$ (95% IC = 0.90-0.93).

Figura 5.*Modelo 2 del OAS*

4.3.4 Escalas de Implicación y Acción Compasivas (CEAS)

Este instrumento consta de 3 escalas que se evalúan de forma separada: Autocompasión, Compasión a otros y Compasión de otros. En las 3 escalas se excluyen los ítems 3, 7 y 11 por recomendación del autor.

En el Anexo B, se muestra que los ítems cumplen con los criterios de parámetros de distribución univariada para las 3 escalas. Por otra parte, en la correlación ítem-total corregida, se encontró que el ítem 4 (Me siento emocionalmente conmovido por mis sentimientos o situaciones de angustia) de la Escala de Autocompasión, presentaba un valor de $r_{it}^c = .18$. Se considera que una correlación menor a .3 implica que el ítem no correlaciona de forma adecuada con la escala, por lo que debe quitarse del análisis. En cuanto al resto de los ítems, el valor más bajo en la escala de Autocompasión corresponde al ítem 2 ($r_{it}^c = .51$) y el mayor para el ítem 10 ($r_{it}^c = .86$). Para la escala de Compasión a otros, el valor más

bajo se encontró en los ítems 4 y 8 ($r_{it}^c = .60$) y el más alto en los ítems 2 y 10 ($r_{it}^c = .81$). Finalmente, en la escala de Compasión de otros, el valor más bajo corresponde al ítem 8 ($r_{it}^c = .77$) y el más alto a los ítems 6 y 9 ($r_{it}^c = .89$).

En las tres escalas los coeficientes de Mardia fueron significativos: autocompasión ($M_{kurt}=25.61$, $p<.001$; $M_{skew}=726.78$, $p<.001$), compasión a otros ($M_{kurt}=28.18$, $p<.001$; $M_{skew}=991.30$, $p<.001$) y compasión de otros ($M_{kurt}=35.34$, $p<.001$; $M_{skew}=973.16$, $p<.001$), por lo que se evaluó mediante el estimador de Mínimos Cuadrados Ponderados Diagonalmente (DWLS).

En todos los casos se evaluó un modelo de dos factores: Compromiso y Acción. En el caso de Autocompasión, existe un modelo que divide Compromiso en dos factores de segundo orden: Sensibilidad al Sufrimiento (SAS) y Compromiso con el Sufrimiento (CCS), sin embargo, el factor de SAS se compone sólo de 2 ítems, uno de los cuales es el ítem 4, por lo que se decidió rechazar este modelo.

Tabla 8.

Índices de ajuste de modelos del CEAS

Escala	χ^2 (gl)	χ^2 /gl	TLI	CFI	SRMR	RMSEA
Autocompasión	38.34(26)*	1.47	1.00	1.00	0.03	0.04
Compasión a otros	121.10(34)*	3.56	1.00	0.99	0.05	0.09
Compasión de otros	71.87(34)*	2.11	1.00	1.00	0.02	0.06

χ^2 : Chi-cuadrada ajustada; TLI: Índice de Tucker-Lewis; CFI: Índice de Ajuste Comparativo; SRMR: Raíz estandarizada residual cuadrada media; RMSEA: Error cuadrático medio de aproximación.

* $p<0.01$

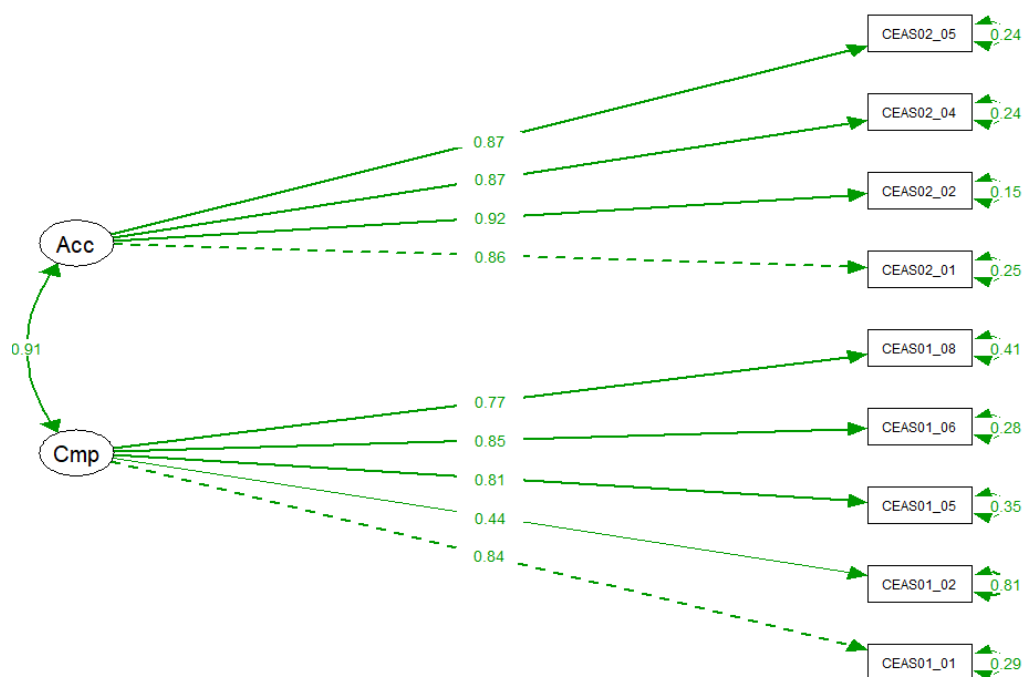
Como puede observarse en la Tabla 8, en el caso de la Escala de Autocompasión (Figura 6), no se cumplen con los criterios de la χ^2 , pero los resultados del resto de los indicadores son buenos, por lo que se considera un modelo con ajuste adecuado.

En el caso de la Escala de Compasión a otros (Figura 7), no se cumplen los criterios de la χ^2 , χ^2/df y el RMSEA. Sin embargo, los valores del CFI y SRMR son buenos y el valor del RMSEA es cercano a lo que se considera aceptable, por lo que el modelo se podría considerar marginalmente aceptable. Finalmente, en la Escala de Compasión de otros (Figura 8), aunque la χ^2 es significativa, el resto de los indicadores muestran un ajuste bueno o aceptable, por lo que se considera un modelo con ajuste aceptable.

Finalmente, la consistencia interna total es de un $\alpha=0.94$ (95% IC = 0.93-0.95) y un $\omega=0.93$ (95% IC = 0.92-0.94). En la escala de Autocompasión, se encontró un $\alpha=0.93$ (95% IC = 0.92-0.94) y un $\omega=0.93$ (95% IC = 0.92-0.94); para la escala de Compasión a otros hay un $\alpha=0.92$ (95% IC = 0.91-0.93) y un $\omega=0.92$ (95% IC = 0.91-0.93) y para la escala de Compasión de otros, hubo un $\alpha=0.96$ (95% IC = 0.95-0.97) y un $\omega=0.96$ (95% IC = 0.95-0.97).

Figura 6.

Modelo de la Escala de Autocompasión del CEAS

**Figura 7.**

Modelo de la Escala de Compasión a otros del CEAS.

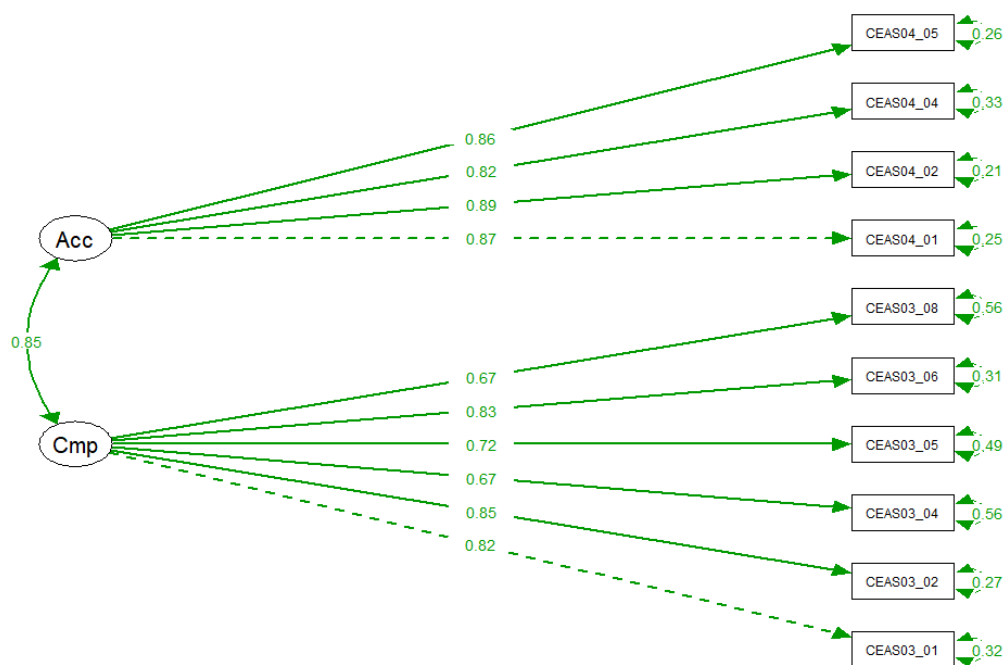
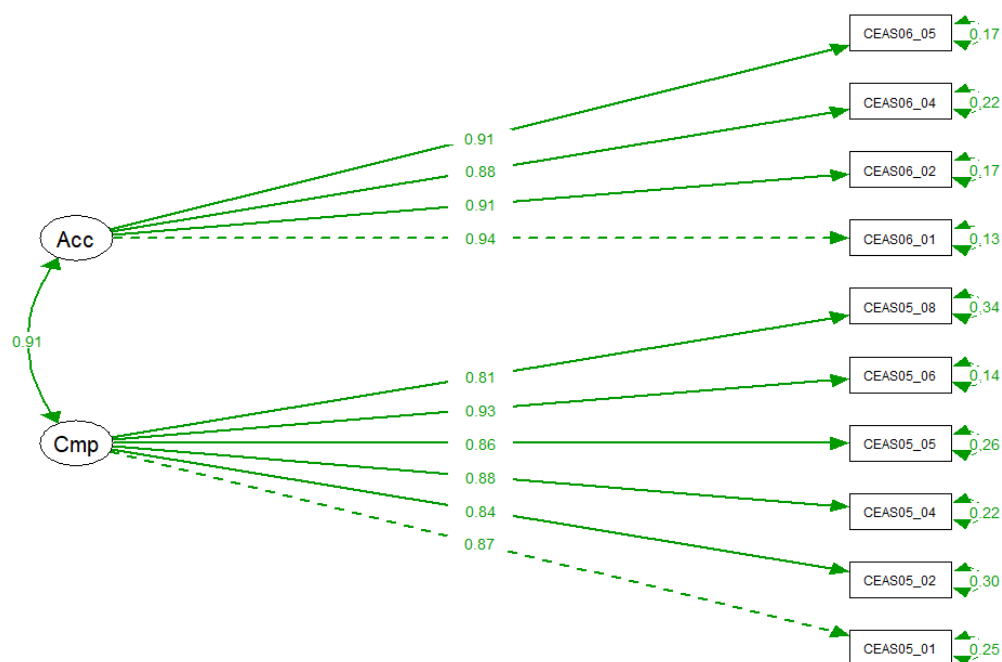


Figura 8.

Modelo de la Escala de Compasión de otros del CEAS.



4.3.5 Diferencias en las medias entre personas sin diagnóstico, con Trastorno de Estrés

Postramático (TEPT), Alteraciones en la Autoorganización (AAO) y Trastorno de Estrés

Postramático Complejo (TEPT-C).

En la Tabla 9 se puede observar que se ha comprobado el supuesto de homogeneidad de las varianzas de todos grupos mediante la prueba de Levene y el supuesto de normalidad mediante la Shapiro-Wilk. En todos los casos encontramos valores aceptables.

La Tabla 9 y las Figuras 9-13, muestran las medias de las variables de interés en cada uno de los grupos. Los resultados del análisis de la varianza (ANOVA) señalan que existen diferencias estadísticamente significativas y grandes en autocritica, vergüenza, autocompasión y compasión de otros entre las medias de los cuatro grupos. En el caso de compasión a otros, se encontraron diferencias significativas, pero pequeñas.

Tabla 9.

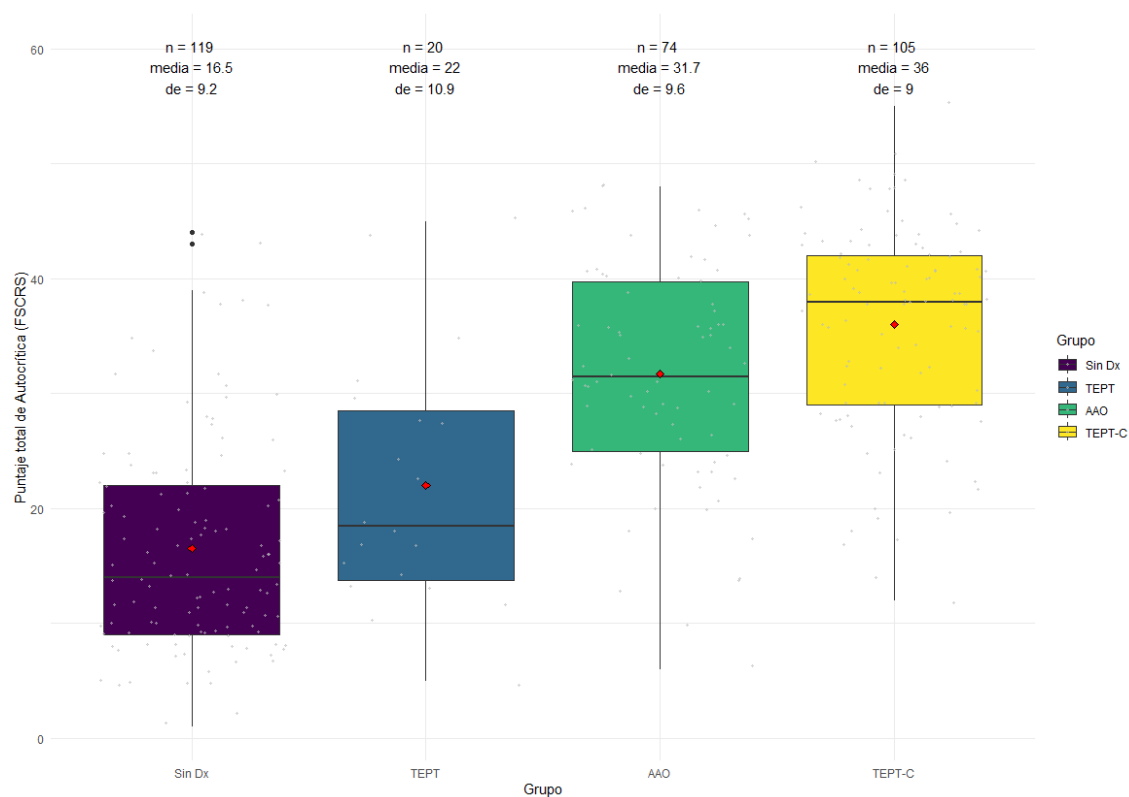
Evaluación del supuesto de normalidad y homogeneidad de varianzas.

	Levene		Shapiro-Wilk	
	F(3,314)	P	w	p
SCrit	0.49	0.68	0.99	0.26
OAS	1.60	0.19	0.99	0.20
AC	1.64	0.18	0.99	0.40
CAO	1.09	0.35	0.94	1.89e-09
CDO	1.35	0.26	0.99	0.003

SCrit: Autocrítica; OAS: Other as shamer (vergüenza); AC: Autocompasión; CAO: Compasión a otros; CDO: Compasión de otros.

Figura 9.

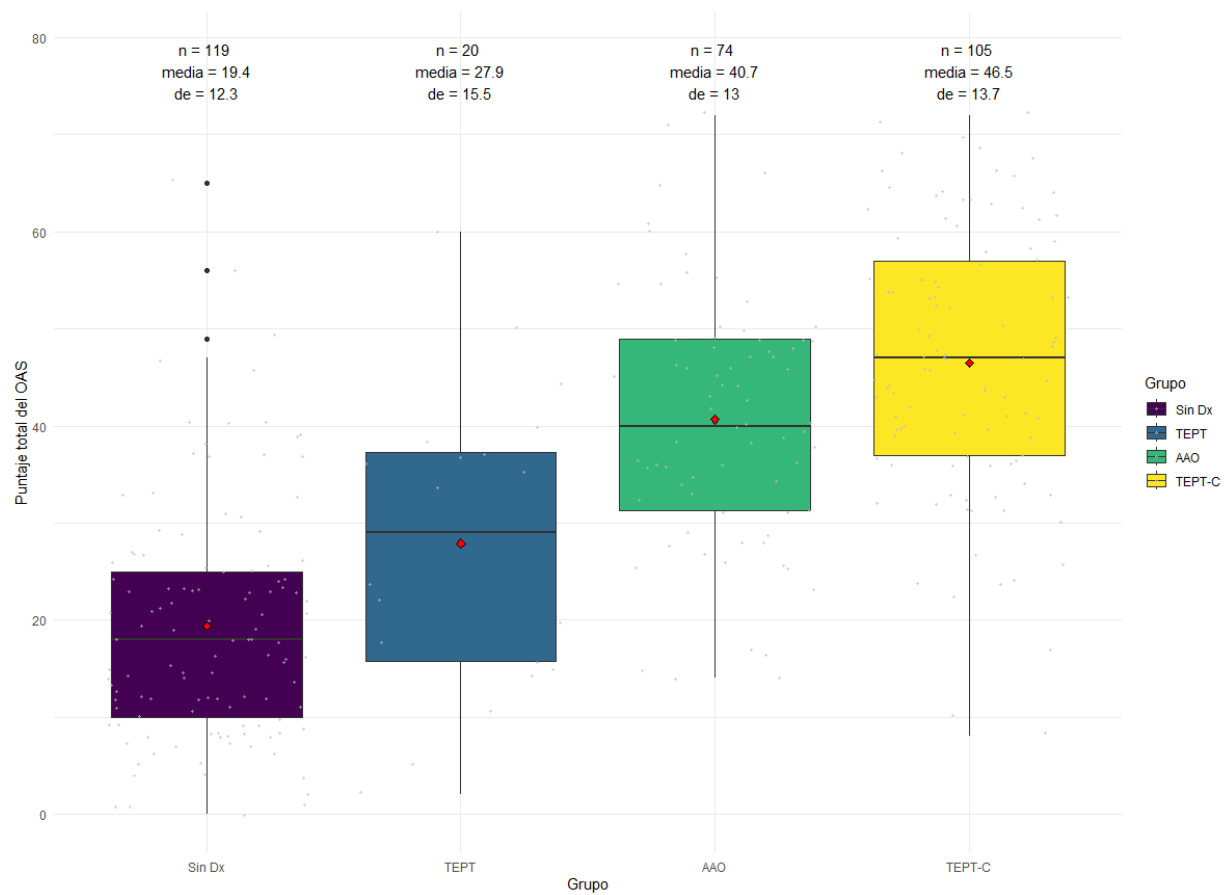
Diferencias en Autocrítica según el grupo del ITQ.



Sin Dx: Sin Diagnóstico; TEPT: Trastorno de Estrés Postraumático; AAO: Alteraciones en la Autoorganización; TEPT-C: Trastorno de Estrés Postraumático Complejo

Figura 10.

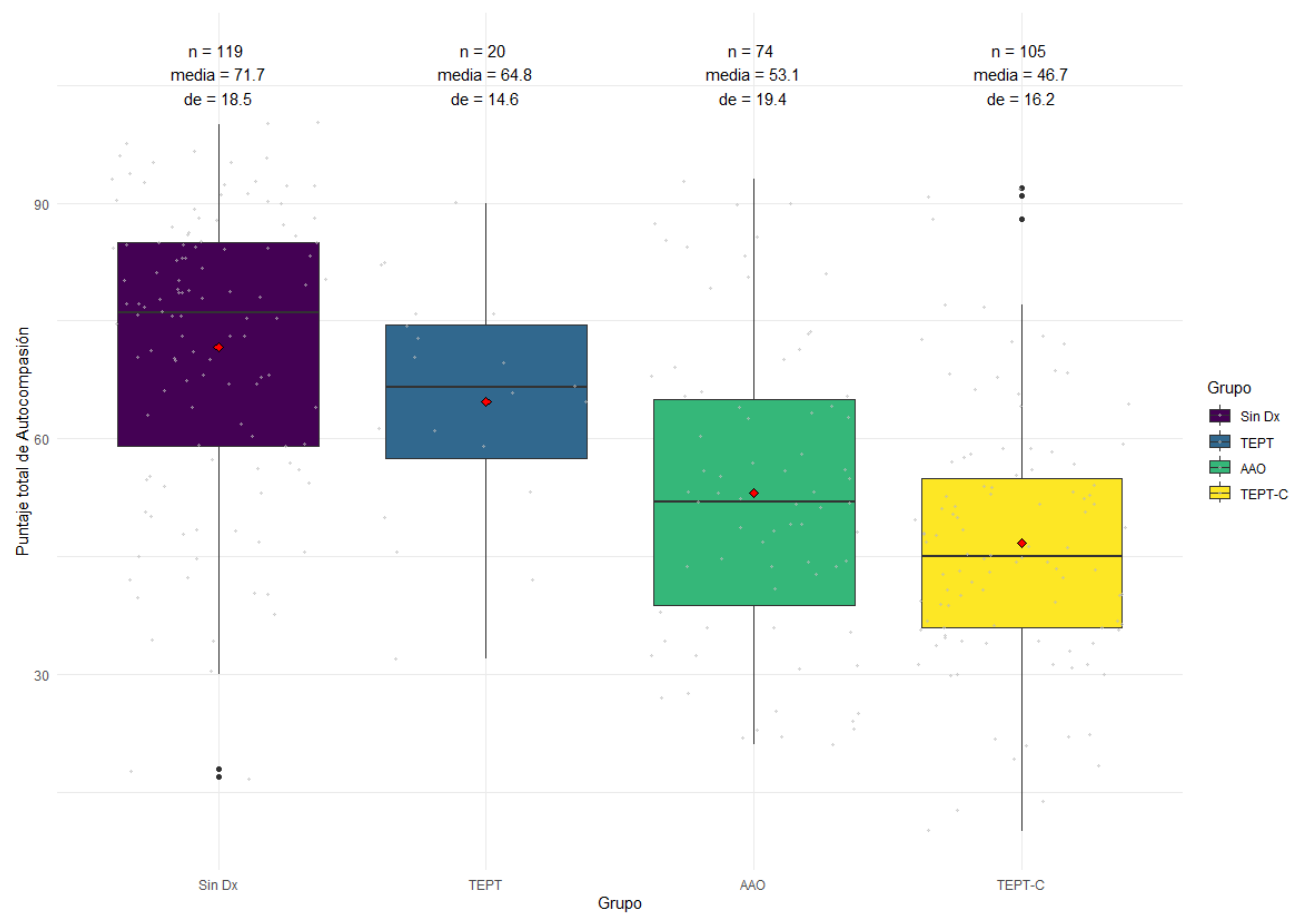
Diferencias en Vergüenza según el grupo del ITQ.



Sin Dx: Sin Diagnóstico; TEPT: Trastorno de Estrés Postraumático; AAO: Alteraciones en la Autoorganización; TEPT-C: Trastorno de Estrés Postraumático Complejo

Figura 11.

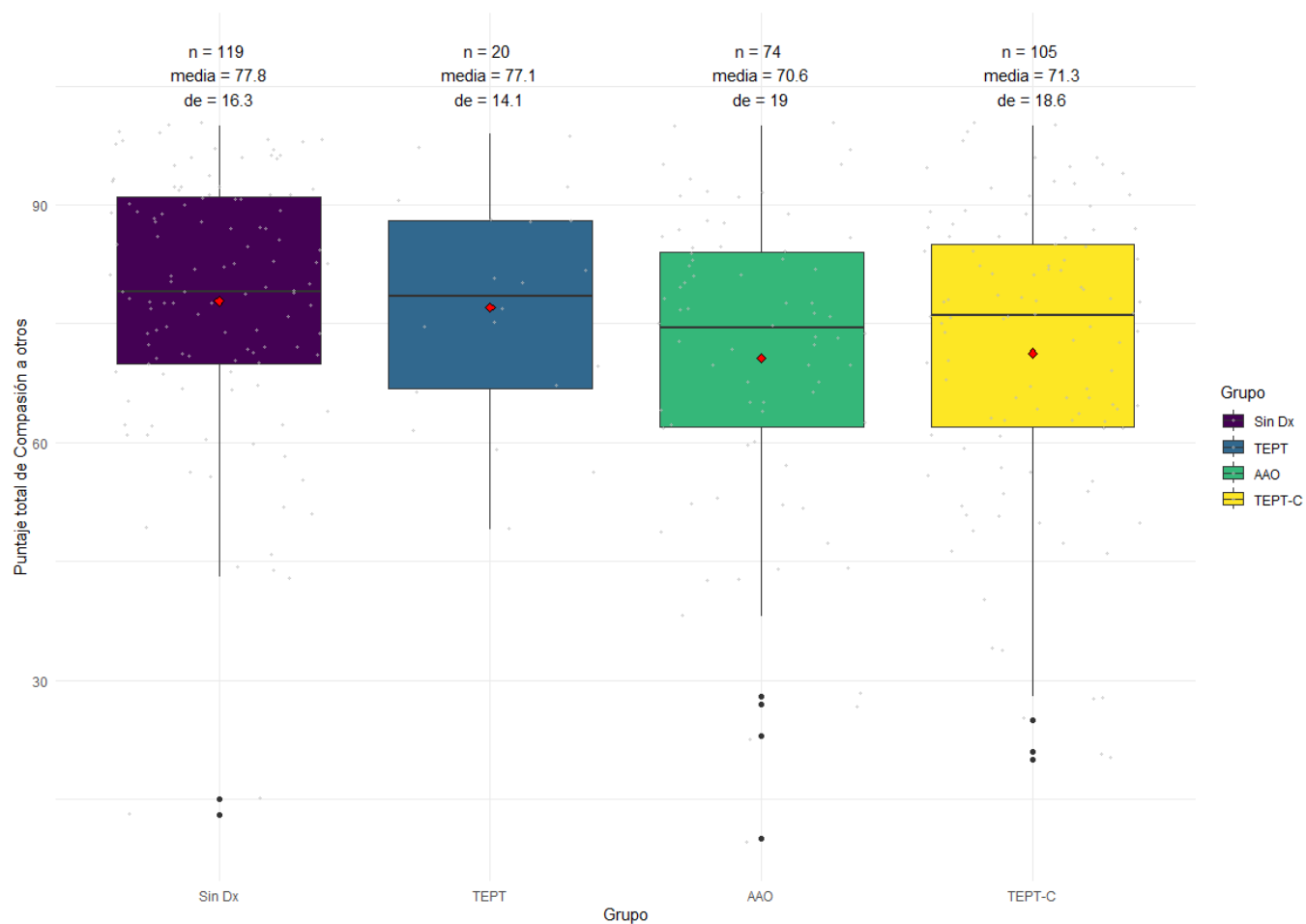
Diferencias en Autocompasión según el grupo del ITQ.



Sin Dx: Sin Diagnóstico; TEPT: Trastorno de Estrés Postraumático; AAO: Alteraciones en la Autoorganización; TEPT-C: Trastorno de Estrés Postraumático Complejo

Figura 12.

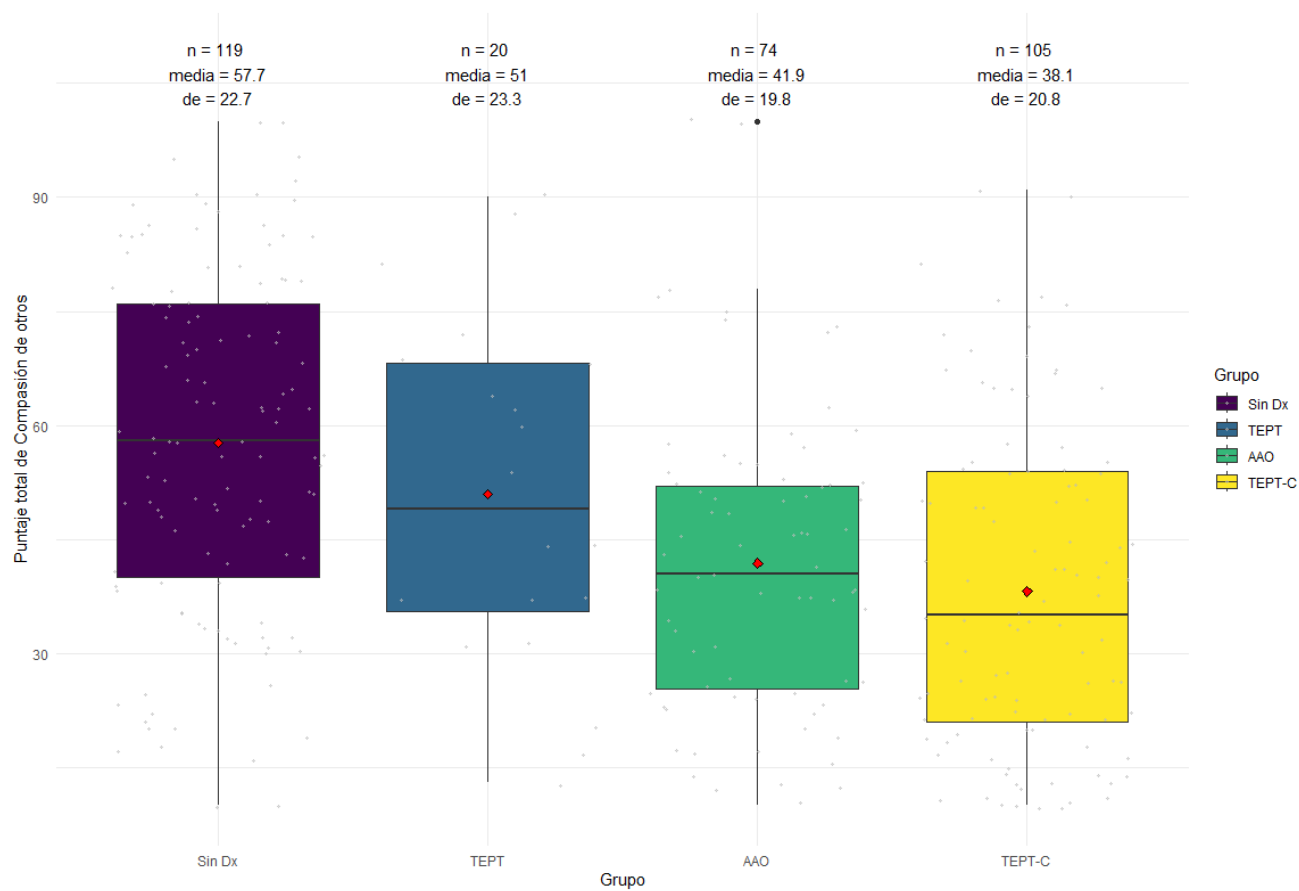
Diferencias en Compasión a otros según el grupo del ITQ.



Sin Dx: Sin Diagnóstico; TEPT: Trastorno de Estrés Postraumático; AAO: Alteraciones en la Autoorganización; TEPT-C: Trastorno de Estrés Postraumático Complejo

Figura 13.

Diferencias en Compasión de otros según el grupo del ITQ.



Sin Dx: Sin Diagnóstico; TEPT: Trastorno de Estrés Postraumático; AAO: Alteraciones en la Autoorganización; TEPT-C: Trastorno de Estrés Postraumático Complejo

Tabla 10.*Diferencias de medias según grupo del ITQ.*

	1. Sin dx	2. TEPT	3. AAO	4. TEPT-C		
	(n=119)	(n=20)	(n=74)	(n=105)		
	M(DE)	M(DE)	M(DE)	M(DE)	F(3,314)	η^2
SCrit	16.5(9.21)	22(10.9)	31.7(9.59)	36(8.95)	90.80***	0.46
OAS	19.4(12.3)	27.9(15.5)	40.7(13.0)	46.5(13.7)	88.66***	0.46
AC	71.7(18.5)	64.8(14.6)	53.1(19.4)	46.7(16.2)	40.38***	0.28
CAO	77.8(16.3)	77.1(14.1)	70.6(19.0)	71.3(18.6)	3.83*	0.04
CDO	57.7(22.7)	51(23.3)	41.9(19.8)	38.1(20.8)	17.39***	0.14

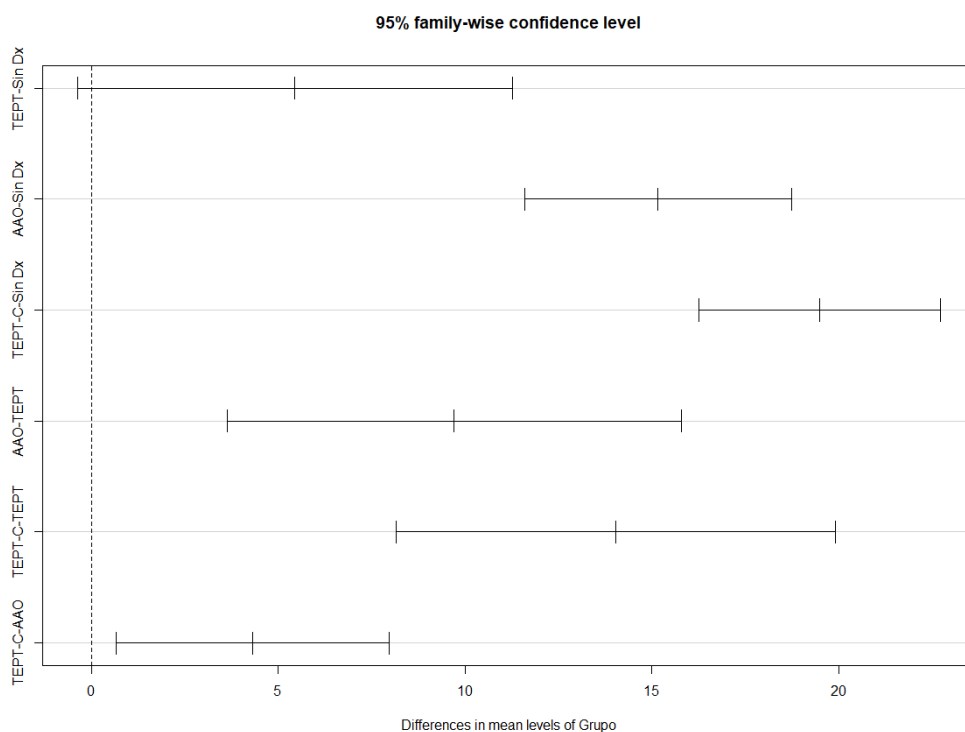
SCrit: Autocrítica; OAS: Other as shamer (vergüenza); AC: Autocompasión; CAO: Compasión a otros; CDO: Compasión de otros.

Signif.: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*'

En el análisis post hoc de Tukey para comparar las medias entre los grupos, se encontró que en el caso de la Autocrítica (Figura 14), hubo diferencias entre todos los grupos: el grupo de AAO tiene puntajes mayores que el grupo Sin diagnóstico (diferencia = 15.17, IC 95%= [11.60,18.74], $p<.001$), al igual que el grupo de TEPT-C (diferencia = 19.49, IC 95%= [16.26, 22.72], $p<.001$). Asimismo, el grupo de AAO también tuvo puntajes mayores que el grupo de TEPT (diferencia = 9.72, IC 95%= [3.64, 15.79], $p<.001$), al igual que el grupo de TEPT-C (diferencia = 14.04, IC 95%= [8.16, 19.92], $p<.001$) y el grupo de TEPT-C tuvo puntajes mayores que el grupo de AAO (diferencia = 4.32, IC 95%= [0.66, 7.98], $p<.001$). No se observaron diferencias significativas entre el grupo Sin diagnóstico y TEPT ($p=.076$).

Figura 14.

Intervalos de confianza del 95% para las diferencias entre grupos en el análisis post hoc de Tukey en Autocrítica.

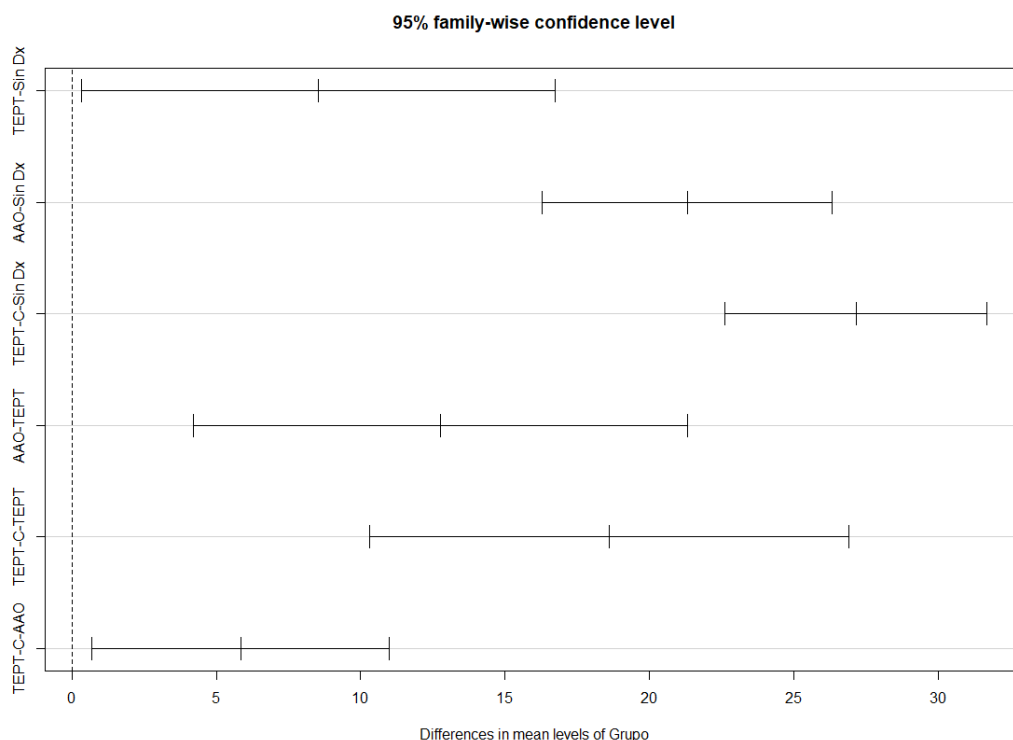


Asimismo, la prueba post hoc de Tukey para el OAS mostró diferencias estadísticamente significativas entre el grupo Sin diagnóstico y todos los demás grupos: TEPT (diferencia = 8.54, IC95% [0.34, 16.74], $p = .038$), AAO (diferencia = 21.30, IC95% [16.28, 26.33], $p < .001$), y TEPT-C (diferencia = 27.14, IC95% [22.60, 31.69], $p < .001$).

También se observaron diferencias significativas entre el grupo TEPT y los grupos AAO (diferencia = 12.76, IC95% [4.21, 21.32], $p = .001$) y TEPT-C (diferencia = 18.60, IC95% [10.32, 26.89], $p < .001$). Finalmente, el grupo TEPT-C también presentó una diferencia significativa en comparación con el grupo AAO (diferencia = 5.84, IC95% [0.69, 10.99], $p = .019$).

Figura 15.

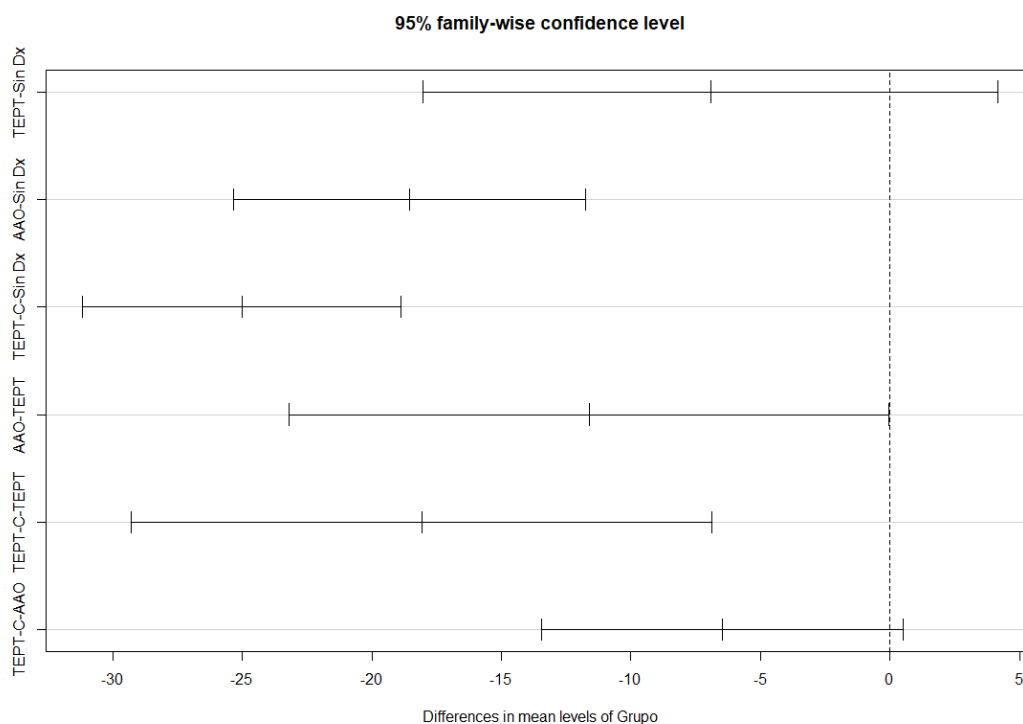
Intervalos de confianza del 95% para las diferencias entre grupos en el análisis post hoc de Tukey en vergüenza.



Los análisis post hoc para evaluar autocompasión, revelaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo Sin diagnóstico y los grupos AAO (diferencia = -18.55, IC95% [-25.34, -11.75], $p < .001$) y TEPT-C (diferencia = -25.01, IC95% [-31.16, -18.87], $p < .001$). Asimismo, se observaron diferencias significativas entre el grupo TEPT y los grupos AAO (diferencia = -11.61, IC95% [-23.19, -0.04], $p = .049$) y TEPT-C (diferencia = -18.08, IC95% [-29.29, -6.88], $p < .001$). La diferencia entre los grupos TEPT-C y AAO se aproximó al nivel de significancia estadística (diferencia = -6.47, IC95% [-13.44, 0.50], $p = .080$), mientras que no se encontraron diferencias significativas entre los grupos Sin diagnóstico y TEPT ($p = .37$).

Figura 16.

Intervalos de confianza del 95% para las diferencias entre grupos en el análisis post hoc de Tukey en Autocompasión.

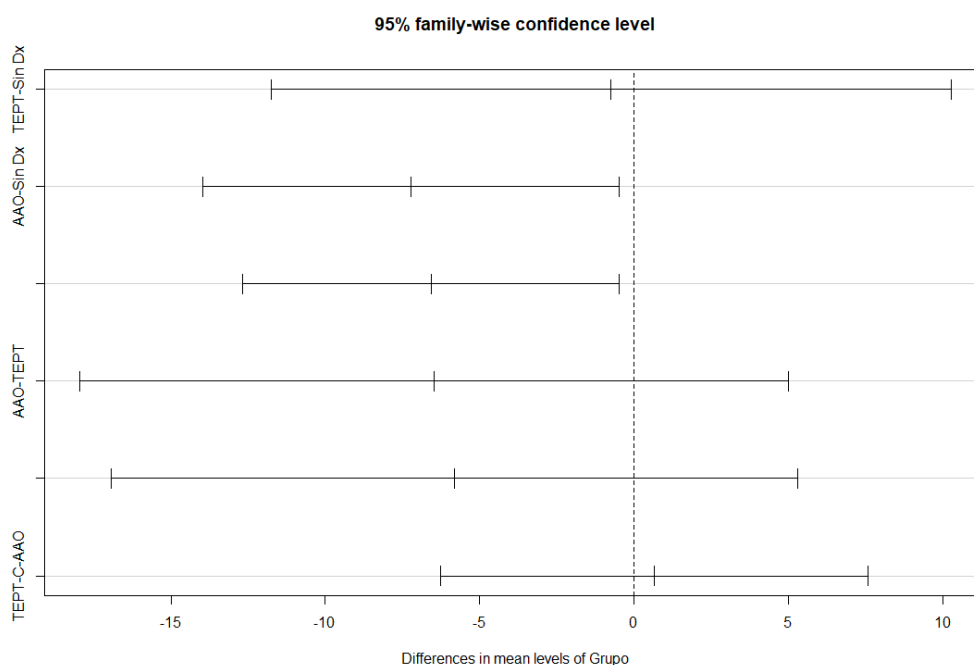


En los puntajes de compasión a otros, los resultados indicaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo Sin diagnóstico y los grupos AAO (diferencia = -7.23, IC95% [-13.97, -0.48], $p = .03$) y TEPT-C (diferencia = -6.57, IC95% [-12.67, -0.47], $p = .03$).

No se encontraron diferencias significativas entre los demás grupos: TEPT no difirió significativamente del grupo Sin diagnóstico ($p = .99$) ni de los grupos AAO ($p = .46$) o TEPT-C ($p = .530$), y tampoco se observaron diferencias entre los grupos TEPT-C y AAO ($p = .99$).

Figura 17.

Intervalos de confianza del 95% para las diferencias entre grupos en el análisis post hoc de Tukey en Compasión a otros.



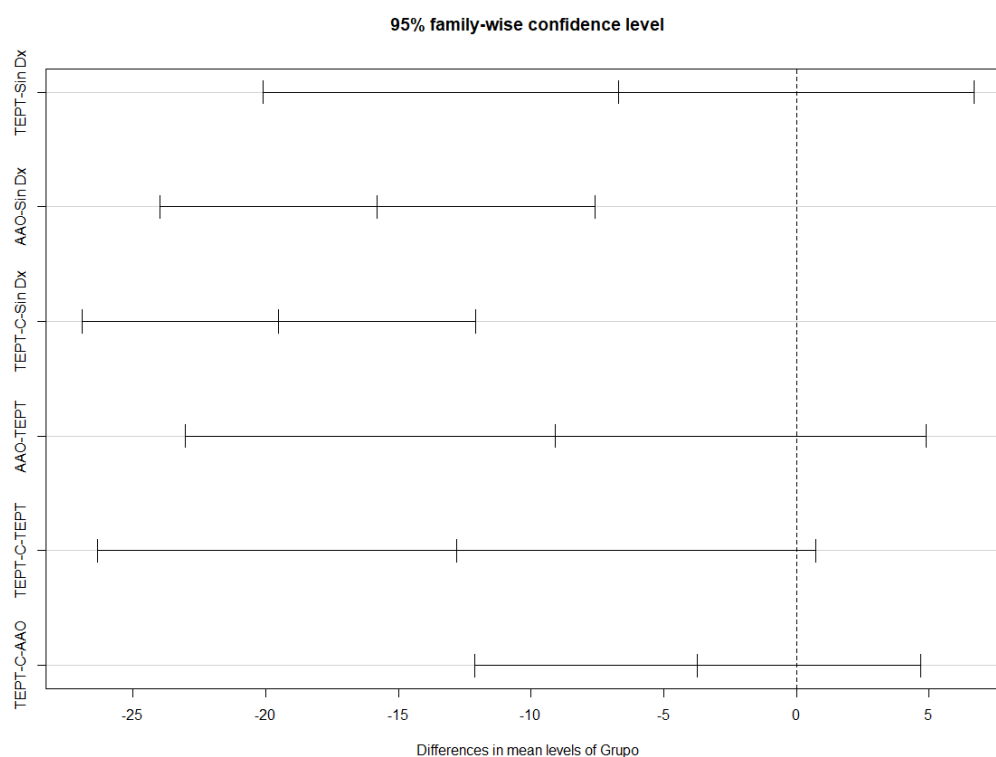
Finalmente, en comparación de otros se observaron diferencias estadísticamente significativas entre algunos de los grupos analizados. El grupo AAO presentó puntuaciones significativamente más bajas en comparación con el grupo Sin diagnóstico (diferencia = -15.79, IC 95% = [-23.99, -7.59], $p < 0.001$). De manera similar, el grupo TEPT-C mostró puntuaciones inferiores al grupo Sin diagnóstico, también con una diferencia estadísticamente significativa (diferencia = -19.51, IC 95% = [-26.93, -12.09], $p < 0.001$).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo TEPT y el grupo Sin diagnóstico (diferencia = -6.71, IC 95% = [-20.10, 6.69], $p = 0.57$). Tampoco se observaron diferencias significativas entre los grupos clínicos entre sí: AAO vs. TEPT (diferencia = -9.09, IC 95% = [-23.05, 4.88], p

= 0.34); TEPT-C vs. TEPT (diferencia = -12.81, IC 95% = [-26.33, 0.71], $p = 0.07$); y TEPT-C vs. AAO (diferencia = -3.72, IC 95% = [-12.13, 4.69], $p = 0.66$).

Figura 18.

Intervalos de confianza del 95% para las diferencias entre grupos en el análisis post hoc de Tukey en Compasión de otros.



Por último, se examinó la relación entre autocrítica, vergüenza y las tres dimensiones de compasión (autocompasión, compasión hacia otros y compasión desde otros) mediante coeficientes de correlación de Pearson (Tabla 11).

Los resultados mostraron una fuerte correlación positiva entre autocrítica y vergüenza ($r=0.72$, $p<.001$). Asimismo, tanto la autocrítica como la vergüenza se correlacionaron de manera negativa y significativa con la autocompasión ($r = -0.66$, $p < .01$ y $r=-0.57$, $p<.01$, respectivamente). La vergüenza

también mostró correlaciones negativas significativas con la compasión de otros ($r = -0.51$, $p < .01$), mientras que su relación con la compasión a otros fue negativa pero no significativa ($r = -0.27$). Por su parte, la autocrítica mostró correlaciones negativas con compasión de y a otros, aunque estas no alcanzaron significación estadística.

En cuanto a compasión, se observaron correlaciones positivas y significativas entre autocompasión y compasión a otros ($r=0.44$, $p<.05$) y entre autocompasión y compasión de otros ($r=0.42$, $p<.05$). También se encontró una correlación positiva y significativa entre compasión a otros y compasión de otros ($r=0.36$, $p<.05$).

Tabla 11.

Correlación Múltiple entre las variables

	SCrit	OAS	AC	CAO	CDO
SCrit	1	-	-	-	-
OAS	0.72***	1	-	-	-
AC	-0.66**	-0.57**	1	-	-
CAO	-0.19	-0.27	0.44*	1	-
CDO	-0.34	-0.51**	0.42*	0.36*	1

SCrit: Autocrítica; OAS: Other as shamer (vergüenza); AC: Autocompasión; CAO: Compasión a otros; CDO: Compasión de otros.

Signif.: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*'

4.4 Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos, se puede concluir que el Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ), la Escala de Formas de Autocrítica, Autoataque y Autotranquilización (FSCRS), la Escala de los Otros como Causantes de Vergüenza (OAS), así como las Escalas de Implicación y Acción Compasiva (CEAS), presentan propiedades psicométricas adecuadas y son sensibles para discriminar entre personas con y sin sintomatología postraumática. Estos hallazgos respaldan la validez de uso de dichos

instrumentos en población mexicana, y refuerzan su utilidad tanto para fines clínicos como de investigación.

5. Estudio 2. Efectividad de la Terapia Centrada en la Compasión en personas con Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C)

5.1 Método

5.1.1 Participantes

Del estudio 1 en el que participaron 318 personas, se identificaron 104 que cumplían con los criterios diagnósticos de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C) y 74 que cumplían los criterios de Alteraciones en la Autoorganización (AAO), los cuales fueron invitados a participar en esta segunda fase de la investigación. De los participantes con diagnóstico de TEPT-C, 41 aceptaron participar, mientras que del grupo de AAO, aceptaron 22.

En la tabla 12 se muestran las características socioeconómicas de los participantes, en la tabla 13, el porcentaje de los participantes que experimentó cada uno de los eventos traumáticos evaluados y en la Figural 19 se muestra la distribución de la severidad de los síntomas de TEPT-C para cada uno de los grupos diagnósticos y tratamientos.

Como criterio de exclusión se incluyó riesgo inminente de hacerse daño a sí mismos u otros, o que tuvieran diagnóstico de esquizofrenia.

Todos los participantes firmaron un consentimiento escrito (Anexo D). Asimismo, se obtuvo la aprobación de la Comisión de Ética del Departamento de Psicología la Universidad Iberoamericana (Anexo E).

Tabla 12.*Características sociodemográficas de los participantes.*

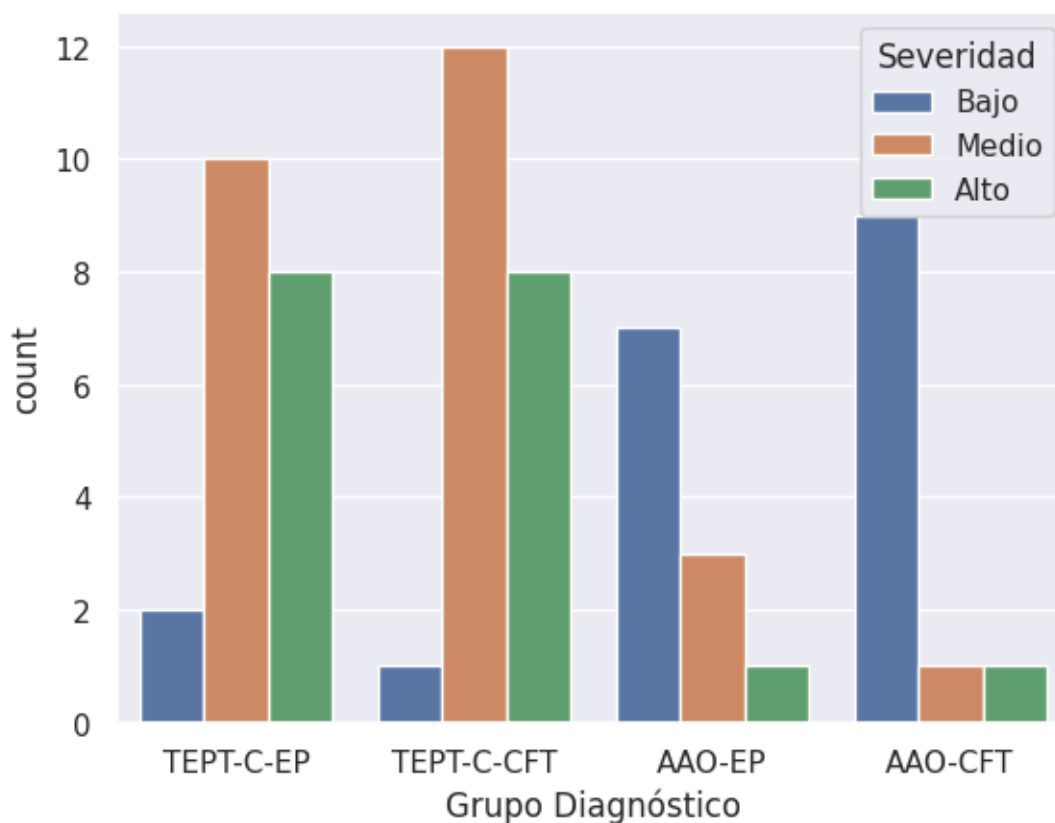
Variable	TEPT-C Total (%)	AAO Total (%)
Sexo		
Mujer	31 (75.61)	16(72.72)
Hombre	9 (21.95)	6(27.27)
Prefiero no decir	1 (2.44)	0
Edad		
M(SD)	42.10(10.64)	43.64(10.40)
Rango	18-65	25-63
Nivel de estudios		
Educación básica	1 (2.44)	1(4.54)
Educación media	19 (46.34)	5(22.72)
Educación superior	18 (43.90)	14(63.63)
Posgrado	3 (7.32)	2(9.09)
Estado civil		
Soltero	11 (27.5)	9(40.91)
Casado	9 (22.5)	6(27.27)
Divorciado	6 (15)	2(9.09)
Unión libre	9 (22.5)	1(4.54)
Separado	4 (10)	2(9.09)
Viudo	1 (2.5)	2(9.09)
Situación laboral		
Empleado	10(26.31)	9(40.90)
Negocio propio	8(21.05)	4(18.18)
Hogar	5(13.16)	1(4.54)
Desempleado	11(28.95)	8(36.36)
Empleo temporal	4(10.53)	0
Tipos de eventos traumáticos		
Antes de los 13 años	3	3.25
Entre los 13 y 18 años	5.44	4.25
Después de los 18 años	6	4.5
Total	14.44	12
Ideación suicida a lo largo de la vida		
Sí	35(85.36)	19(86.36)
No	6(14.64)	3(13.63)
Intento suicida		
Sí	19(46.34)	3(36.36)
No	22(53.66)	18(63.63)

Tabla 13.*Eventos traumáticos reportados por los participantes*

Evento	TEPT-C %	AAO %
1. Enfermedad que amenazaba su vida (o potencialmente mortal).	42.10	31.81
2. Alguien cercano falleció en una forma terrible.	63.16	68.18
3. A alguien cercano le diagnosticaron una enfermedad que amenazaba su vida o experimentó un accidente que puso en riesgo su vida.	68.42	63.13
4. Amenaza de vida con un arma.	55.26	50
5. Agresión física por un padre o un cuidador.	66.67	75
6. Agresión física por alguien distinto de un padre o cuidador.	63.16	50
7. Agresión sexual por un padre o cuidador.	23.68	18.18
8. Agresión sexual por alguien distinto de un padre o cuidador.	60.52	50
9. Acoso sexual.	78.95	68.18
10. Exposición a guerra o combate (como un soldado o como un civil).	5.26	4.54
11. Cautiverio y/o tortura	15.79	4.54
12. Causar sufrimiento extremo o la muerte a otra persona.	5.26	4.54
13. Atestiguar cómo otra persona experimentaba sufrimiento extremo o muerte.	42.10	31.81
14. Accidente donde su vida estuvo en peligro.	28.94	36.36
15. Desastre natural	28.94	36.36
16. Desastre causado por el hombre donde su vida estuvo en peligro.	7.89	4.54
17. Acoso	63.16	40.91
18. Intimidación (bullying).	63.16	45.45
19. Ser humillado/a, menospreciado/a, o insultado/a por otra persona.	97.37	86.36
20. Le hicieron sentirse no amado/a, indeseable/a, o desvalorizado/a.	84.21	95.45
21. Lo descuidaron, ignoraron, rechazaron, o aislaron	86.84	81.81
22. Algún otro evento.	36.84	27.27

Figura 19

Frecuencias de severidad de síntomas de TEPT-C para cada grupo.



TEPT-C-EP: Trastorno de Estrés Postraumático Complejo – Exposición Prolongada; TEPT-C-CFT: Trastorno de Estrés Postraumático Complejo – Terapia Centrada en la Compasión; AAO-EP: Alteraciones en Autoorganización – Exposición Prolongada; AAO-CFT: Alteraciones en Autoorganización – Terapia Centrada en la Compasión.

5.1.2 Instrumentos

Además de los instrumentos que se completaron en la Fase 1, se llevó a cabo una segunda evaluación con los siguientes instrumentos:

- Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (Depression Anxiety and Stress Scale, DASS-21) (Antony et al., 1998). Esta escala está compuesta por 21 reactivos que integran 3 subescalas de 7 reactivos, que miden depresión, ansiedad y estrés. Los participantes

indican en qué grado les ha ocurrido cada afirmación en la última semana en una escala de 4 puntos que va desde “*No me ha ocurrido*” (0) a “*Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo*” (3). En la validación con población mexicana (Gurrola-Peña et al., 2006) la consistencia interna fue de $\alpha = 0.81$ para depresión, $\alpha = 0.76$ para ansiedad y $\alpha = 0.79$ para estrés.

- Escala de Experiencias Disociativas (Dissociative Experiences Scale, DES-II) (Carlson et al., 1993). Esta escala está compuesta por 28 reactivos que evalúan amnesia, disociación, despersonalización y desrealización. Los participantes responden en qué grado las experiencias descritas se aplican a ellos, dando un porcentaje que va de 0% a 100%. La validación en población mexicana presentó una consistencia interna de $\alpha = 0.96$ (Robles García et al., 2006).
- Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Plutchik et al., 1989). Esta escala está compuesta de 15 reactivos que evalúan intentos suicidas previos, ideación suicida y otros factores asociados. Es un instrumento autoadministrado en el que cada reactivo se responde con “*Si*” (1) o “*No*” (0). Un puntaje igual o superior a 6 indica riesgo suicida. La consistencia interna en población mexicana fue de 0.61 (Páez et al., 1996).

5.1.3 Procedimiento

Todos los participantes respondieron la segunda evaluación, a partir de la cual se identificaron los participantes con puntajes mayores a 6 en la Escala Plutchik de riesgo suicida, los cuales tuvieron una sesión previa para la aplicación del Protocolo de Evaluación y Manejo de Riesgo de Linehan (L-RAMP) y el establecimiento de un plan de crisis para dar manejo al riesgo suicida. Aunque inicialmente se consideró excluir a todos los participantes que presentaran riesgo suicida, finalmente se decidió sólo excluir a aquellos con riesgo inminente, dado que las instituciones a las que se podrían referir están saturadas, y que existen investigaciones que

muestran que las intervenciones en trauma disminuyen el riesgo suicida (Cox et al., 2016; Fischer et al., 2022; Post et al., 2021), con base en lo anterior, ningún participante fue excluido.

Posterior a la segunda evaluación, los participantes elegibles fueron asignados aleatoriamente al grupo de Terapia Centrada en la Compasión (CFT) o al de Exposición Prolongada (EP), para recibir de 12 a 15 sesiones de psicoterapia. Ambas intervenciones se llevaron a cabo mediante teleterapia y fueron videograbadas.

Tanto la plataforma de videoconferencia, como el servicio de almacenamiento, cumplen con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) y la Ley de Tecnología de la Información de la Salud para la Salud Económica y Clínica (HITECH), aunado a lo anterior, para mayor seguridad, semanalmente se descargaron los videos a un disco duro externo sin conexión a internet.

En la primera sesión, a todos los participantes se les informó que si acumulaban 4 faltas o tenían 3 seguidas, quedarían fuera del estudio.

Al finalizar el tratamiento y a los 6 meses, los participantes volvieron a responder las escalas.

5.1.4 Intervenciones

Exposición Prolongada (EP). Consiste en 12 a 15 sesiones de 60 minutos de duración, a excepción de la 3er sesión que tiene una duración de 90 minutos. Las sesiones se estructuran a partir de un protocolo desarrollado por Edna Foa y cols. (2019). El protocolo original consiste en sesiones de 90 minutos, sin embargo, considerando que en el protocolo de CFT las sesiones son de 60 minutos, se hizo una adaptación para que las sesiones fueran de 60 minutos. Según lo que señala la autora, esta modificación tiene sustento en diversas investigaciones que muestran que

las sesiones de 60 minutos son tan efectivas como las de 90 minutos. La estructura por sesión del tratamiento se muestra a continuación:

Tabla 14.

Estructura de las sesiones de Exposición Prolongada

Sesión	Contenido
1	<ul style="list-style-type: none"> • Descripción general del tratamiento • Justificación de la EP • Entrevista de trauma • Identificación del trauma principal • Entrenamiento respiratorio • Asignación de tarea
2	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la tarea • Discutir reacciones al trauma • Justificación de la EP • Jerarquización de la Exposición en vivo • Asignación de tarea
3	<ul style="list-style-type: none"> • (Sesión de 90 minutos) • Revisión de la tarea • Justificación de la Exposición imaginaria • Exposición imaginaria (40-45 minutos) • Procesamiento (15-20 minutos) • Asignación de tarea
4 a 14	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la tarea • Exposición imaginaria (30-40 minutos) <ul style="list-style-type: none"> ○ A partir de la 5 o 6, identificar y trabajar en “hot spots” • Procesamiento (15-20 minutos) • Discusión de la exposición en vivo • Asignación de tarea
Final	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la tarea • Exposición imaginaria (15-25 minutos) • Discusión sobre el proceso de la terapia y los progresos alcanzados • Discutir la continuación de la aplicación de lo aprendido • Prevención de recaídas • Terminación del tratamiento

Terapia Centrada en la Compasión. Consiste en 12 a 15 sesiones de 60 minutos de duración, a excepción de una de las sesiones que tiene una duración de 90 minutos, generalmente la 8 o 9. Las sesiones se estructuran a partir de un protocolo desarrollado por la investigadora de forma específica para esta investigación y para esta población. Para el desarrollo de este protocolo, se tomaron en cuenta elementos del Entrenamiento de la Mente Compasiva de Gilbert (2006), las 3 etapas de recuperación del trauma de Herman (2001), el Trabajo en memorias de vergüenza de Matos y Steindl (no publicado) y ejercicios desarrollados por la investigadora. El protocolo se estructuró de la siguiente forma:

Tabla 15.

Estructura de las sesiones de Terapia Centrada en la Compasión.

Sesión	Contenido
1	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación • Revisión de la agenda de la sesión • Explicación del Trastornos de Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C) • Explicación de la Terapia Centrada en la Compasión (CFT) para trauma • Explicación del modelo de 3 fases • Explicación de la dinámica de las sesiones • Introducir al registro semanal
2	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la agenda de la sesión • Revisión del registro semanal • Psicoeducación sobre el modelo CFT • Suavizar el ritmo respiratorio • Asignación de la práctica entre sesiones
3	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la agenda de la sesión • Revisión de la práctica semanal • Revisión del registro semanal • Espacio seguro • Asignación de la práctica entre sesiones
4	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la agenda de la sesión • Revisión de la práctica semanal • Revisión del registro semanal • El yo compasivo • Asignación de la práctica entre sesiones

5	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la agenda de la sesión • Revisión de la práctica semanal • Revisión del registro semanal • El cuidador perfecto • Asignación de la práctica entre sesiones
6	Sesión de 90 minutos <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la agenda de la sesión • Revisión de la práctica semanal • Revisión del registro semanal • Working with shame/Trabajando con la vergüenza
7	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la agenda de la sesión • Revisión de la práctica semanal • Revisión del registro semanal • Biografía compasiva
8 y 9	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la agenda de la sesión • Revisión del registro semanal • Múltiples partes de mí • Asignación de la práctica entre sesiones
10 y 11	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la agenda de la sesión • Revisión de la práctica semanal • Revisión del registro semanal • Elegir un nuevo camino • Asignación de la práctica entre sesiones
12	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la agenda de la sesión • Revisión de la práctica semanal • Revisión del registro semanal • Cierre

5.1.5 Terapeutas

Participaron 22 terapeutas que fueron reclutados mediante una convocatoria abierta a estudiantes o recién egresados (máximo hace 2 años) de una maestría en psicología clínica. El rango de edad de los terapeutas fue de 24 a 49 años con una media de 31 años (DE=7.3); 18 se identifican con el género femenino, 3 con género masculino y 1 persona con género no binario. En cuanto a la orientación teórica de la maestría que cursan o cursaron, 11 son de orientación

integrativa, 4 de orientación cognitivo conductual, 3 de psicoanalítica, 3 de humanista y 1 de sistémica.

Los terapeutas fueron asignados de forma aleatoria a uno de los dos grupos mediante la plataforma randomizer.org y a cada terapeuta se le asignaron 3 participantes. Todos los terapeutas firmaron un consentimiento para grabación (Anexo F) y un acuerdo de resguardo de la información y confidencialidad (Anexo G).

5.1.6 Entrenamiento y supervisión

El entrenamiento y la supervisión de cada uno de los enfoques fue dado por la investigadora principal. El entrenamiento tuvo como objetivo que los terapeutas desarrollaran las competencias necesarias para llevar a cabo el tipo de terapia correspondiente al grupo al que fueron asignados. Este se llevó a cabo de forma intensiva en línea, con una duración de 8 horas en un solo día. Se utilizaron métodos como presentaciones y role-playing para facilitar el aprendizaje.

La implementación de ambos tratamientos se llevó a cabo mediante la utilización de un manual específico para cada una de las intervenciones con el fin de aumentar la fidelidad al tratamiento y homologar la forma de intervenir de los terapeutas de cada grupo. Estos manuales describen de forma detallada las actividades a realizar en cada una de las sesiones, así como el material de trabajo necesario para cada una de las intervenciones.

La supervisión se llevó a cabo de forma semanal en línea con 2 grupos de supervisión para cada intervención y una duración de hora y media. Cada grupo estuvo conformado por 5 o 6 terapeutas y en cada sesión se abordaron 3 temáticas fundamentales: dudas prácticas, dudas teóricas y brindar soporte emocional.

Todos los terapeutas fueron voluntarios y no recibieron remuneración alguna por su participación en este proyecto.

5.2 Análisis de datos

Para la selección del método de análisis de datos se tomaron en cuenta las altas tasas de abandono asociadas a los tratamientos para trauma psicológico. Al considerar únicamente los datos de quienes finalizaron el tratamiento (análisis por protocolo, PP), se corre el riesgo de incurrir en un sesgo de deserción y de sobreestimar la eficacia del tratamiento. Además, puede presentarse un sesgo de selección, ya que los participantes que completan el tratamiento podrían diferir en características clave de aquellos que lo abandonan, lo cual limita la generalización de los resultados. Por esta razón, con el fin de reducir la probabilidad de estos sesgos al evaluar la efectividad de los tratamientos, se recomienda emplear un análisis por intención de tratar (ITT), ya que este incluye a todos los participantes independientemente de su adherencia al tratamiento, lo que permite obtener una estimación más realista de su efectividad en contextos del mundo real (Higgins J.P.T. et al., 2019).

Con base en lo anterior, se decidió llevar a cabo tanto un análisis por protocolo (PP) como por intención de tratar (ITT). Para ello, los datos perdidos del grupo de TEPT-C fueron tratados mediante 10 imputaciones múltiples usando el paquete mice de R Studio Version 1.4.1717C. No se llevó a cabo un análisis de ITT con el grupo de AAO debido al tamaño del grupo y el alto porcentaje de abandono.

Para evaluar las diferencias en los puntajes entre el pre, el post y el seguimiento, se realizó un Análisis de Varianza (ANOVA) de medidas repetidas de dos vías con el programa JASP Versión 0.16.4. Para el ANOVA se evaluó el supuesto de esfericidad mediante el test de Mauchly. En el caso de que se violara el supuesto de esfericidad, se hizo uso de la corrección de Greenhouse-Geisser (cuando $\epsilon < 0.75$) o de Huynh-Feldt (cuando $\epsilon > 0.75$).

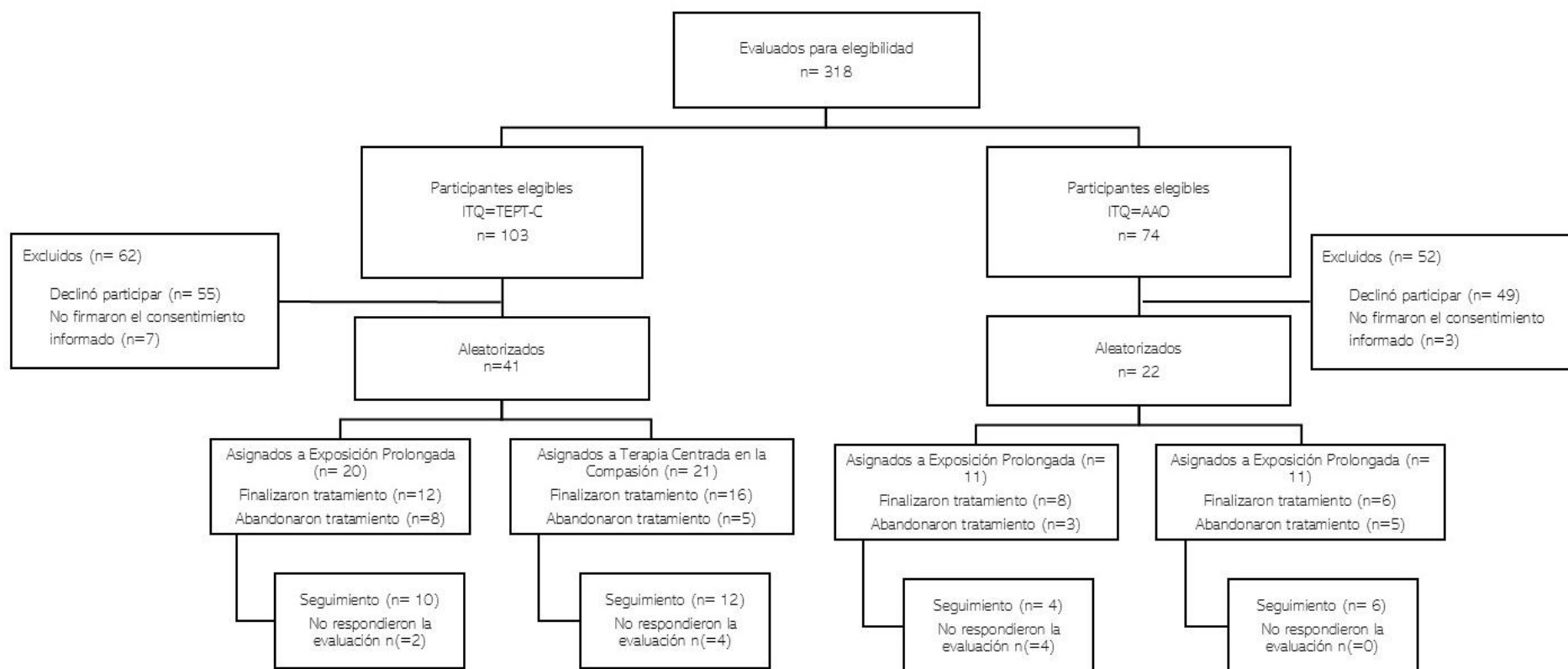
Para el tamaño del efecto, se hizo uso de la eta cuadrada parcial y de la d de Cohen. En el caso de la eta cuadrada se considera que puntajes de .01 representan un efecto pequeño, .06 un

efecto moderado y .14 un efecto grande. Para la d de Cohen, un puntaje de 0.2 se considera un efecto pequeño, a partir de 0.5 moderado y a partir de 0.8, un tamaño de efecto grande.

5.3 Resultados

5.3.1 *Flujo de participantes*

En la Figura 20 se muestra el flujo de los participantes en las distintas fases de la investigación. Como puede observarse, en el grupo de TEPT-C que recibió CFT, finalizaron el tratamiento 16 (76.19%) de los 21 participantes, con remisión sintomática en 13 (81.25%). En el grupo de EP completaron el tratamiento 12 (60%) de los 20 asignados, con remisión sintomática en 10 (83.33%) de los participantes que finalizaron el tratamiento. En el caso de los participantes de AAO, en el grupo de quienes recibieron CFT terminaron 6(55%) con remisión de los síntomas en 3(50%), mientras que en quienes recibieron EP terminaron 8(73%) con remisión total de los síntomas en 5(62%).

Figura 20*Diagrama de flujo de los participantes.*

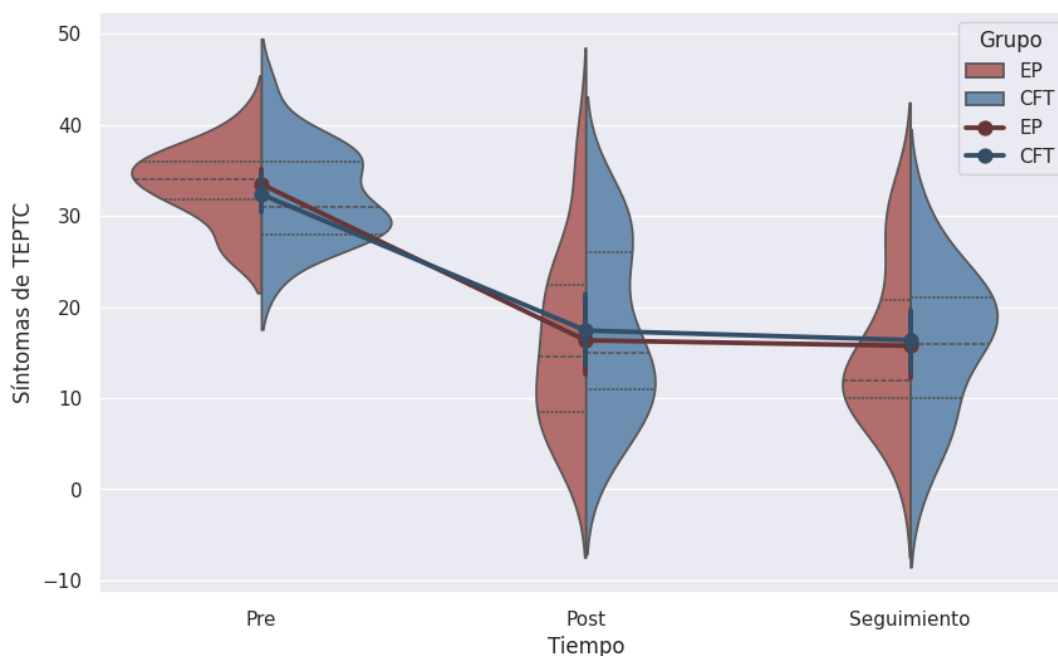
5.3.2 Resultados principales

En la Tabla 16 se muestra que en el análisis de ITT con el grupo de TEPT-C, se encontró un efecto estadísticamente significativo del tiempo ($F(2,78)= 89.63$, $p<0.001$, $\eta^2_p=0.70$) en los puntajes del ITQ. El análisis post-hoc de Holm (dos vías) mostró una disminución de 14.95 puntos ($p<0.001$) entre el pre y el postratamiento para CFT y de 17.15 puntos ($p<0.001$) para EP y del pretratamiento al seguimiento de 16 puntos ($p<0.001$) para CFT y 17.75 ($p<0.001$) para EP. Esto corresponde a tamaños de efecto grandes tanto entre el pre y el postratamiento (CFT: $d=1.95$; EP: $d=2.23$) como entre el pretratamiento y el seguimiento (CFT: $d=2.08$; EP: $d=2.31$). La comparación entre grupos no mostró diferencias entre los tratamientos ($F(1,39)=0.01$, $p=0.91$). Estos resultados fueron similares en el análisis por protocolo (Tabla 17) y al evaluar separadamente el clúster de TEPT y AAO.

En los puntajes totales del ITQ del grupo de AAO, hubo un efecto estadísticamente significativo del tiempo ($F(2,16)= 5.89$, $p=0.01$, $\eta^2_p=0.42$). El análisis post hoc de Holm muestra que sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el pre y el seguimiento de quienes recibieron CFT ($d=1.90$) con una disminución de 14.33 puntos. Asimismo, no se encontraron diferencias significativas en el clúster de TEPT pero sí en el clúster de AAO ($F(2,16)= 8.18$, $p<0.001$, $\eta^2_p=0.51$). Los resultados del post hoc señalan que estas diferencias se encuentran únicamente entre el pre y el seguimiento de quienes recibieron CFT ($d=1.89$) con una diferencia de 10 puntos.

Figura 21.

Comparación de síntomas de TEPT-C (ITQ) en el grupo de TEPT-C.



TEPTC: Trastorno de Estrés Postraumático Complejo; EP: Exposición Prolongada; CFT: Terapia Centrada en la Compasión

5.3.2 Resultados secundarios.

El análisis de varianza del ITT del grupo de TEPT-C mostró un efecto del tiempo en todas las variables secundarias. Para ambos tratamientos, hubo una disminución de los puntajes del OAS ($F(1.71,66.85)= 37.60$, $p<0.001$, $\eta^2_p=0.49$), del puntaje de autocrítica del FSCRS ($F(2,78)= 40.54$, $p<0.001$, $\eta^2_p=0.51$), el puntaje de depresión ($F(2,78)= 73.46$, $p<0.001$, $\eta^2_p=0.65$), ansiedad ($F(1.71,66.50)= 62.49$, $p<0.001$, $\eta^2_p=0.62$) y estrés ($F(2,78)= 80.69$, $p<0.001$, $\eta^2_p=0.67$) del DASS-21 y la disociación medida por el DES-II ($F(2,78)= 20.61$, $p<0.001$, $\eta^2_p=0.35$). El puntaje de autotranquilización del FSCRS aumentó ($F(2,78)= 36.08$, $p<0.001$, $\eta^2_p=0.48$), así como el puntaje de autocompasión del CEAS ($F(2,78)= 26.11$, $p<0.001$, $\eta^2_p=0.40$). Todas las variables con tamaño de efecto grandes en el post hoc (Tabla 16).

En el caso de la escala de Compasión a otros del CEAS se mostró un efecto significativo del tiempo ($F(2,78)= 5.98$, $p<0.001$, $\eta^2_p=0.13$) pero únicamente entre el pre y el seguimiento de quienes recibieron EP, mostrando una disminución del puntaje. En la escala de Compasión de otros del CEAS hubo diferencias significativas ($F(2,78)= 6.38$, $p<0.001$, $\eta^2_p=0.14$) pero únicamente en el grupo de CFT (Tabla 16). En este último caso, los resultados difieren a los del análisis por protocolo (Tabla 17).

En la Tabla 18, se puede observar que en el grupo de AAO, el análisis post hoc no mostró diferencias significativas en los puntajes del OAS, el FSCRS, CEAS-AC, CEAS-CDO y DES-II. En el caso del CEAS-CAO, hubo un efecto estadísticamente significativo del tiempo ($F(2,16)= 8.02$, $p=.003$, $\eta^2_p=0.50$) con una disminución de 12.83 puntos entre el pre y el seguimiento del grupo que recibió CFT ($d=0.77$).

En cuanto a los puntajes del DASS-21, se encontró un efecto estadísticamente significativo del tiempo para depresión ($F(2,16)= 15.13$, $p<0.001$, $\eta^2_p=0.65$), ansiedad ($F(2,16)= 22.92$, $p<0.001$, $\eta^2_p=0.74$) y estrés ($F(2,16)= 11.55$, $p<0.001$, $\eta^2_p=0.59$). El análisis post hoc mostró que el grupo que recibió EP sólo mostró diferencias entre el pre y el post de Ansiedad ($d=1.20$) con una disminución de 4.5 puntos. por su parte, en el grupo que recibió CFT, hubo diferencias entre el pre y el post (Depresión: diferencia= 8.50, $d=1.62$; Ansiedad: diferencia= 5.33, $d=1.42$; Estrés: diferencia= 6.67, $d=1.47$) y entre el pre y el seguimiento (Depresión: diferencia= 11.67, $d=2.23$; Ansiedad: diferencia=6.0, $d=1.60$; Estrés: diferencia=7.83, $d=1.73$).

Tabla 16.

Post hoc entre el pre, post y seguimiento del grupo de TEPT-C (Intención de tratar)

Medida	n	Pre M(DE)	Post M(DE)	Seguimiento M(DE)	t Pre- Post	Tamaño de efecto (d) Pre-Post	P _{holm}	t Pre-Seg	Tamaño de efecto (d) Pre-Seguimiento	P _{holm}
ITQ (TEPT-C)										
EP	20	33.50(4.03)	16.35(9.53)	15.75(8.61)	8.43	2.23(1.13-3.33)	1.92e-11 ***	8.73	2.31(1.19-3.43)	5.51e-12 ***
CFT	21	32.38(5.01)	17.43(9.30)	16.38(7.84)	7.53	1.95(0.92-2.97)	9.05e-10 ***	8.06	2.08(1.03-3.14)	9.37e-11 ***
ITQ (TEPT)										
EP	20	15.65(1.98)	7.80(5.76)	7.45(3.44)	6.06	1.69(0.68-2.71)	5.92e-7 ***	6.33	1.77(0.74-2.80)	2.17e-7 ***
CFT	21	15.95(3.87)	9.29(5.81)	8.00(5.52)	5.27	1.44(0.48-2.39)	1.05e-5 ***	6.29	1.72(0.71-2.72)	2.39e-7 ***
ITQ (AAO)										
EP	20	17.85(3.36)	8.55(6.84)	8.30(7.28)	6.24	1.77(0.73-2.81)	2.93e-7 ***	6.41	1.82(0.77-2.87)	1.53e-7 ***
CFT	21	16.43(3.74)	8.14(4.66)	8.38(4.55)	5.70	1.57(0.59-2.56)	2.26e-6 ***	5.54	1.53(0.55-2.51)	4.03e-6 ***
OAS										
EP	20	48.30(15.16)	30.45(15.90)	29.50(16.91)	4.79	1.18(0.34-2.03)	7.68e-5 ***	5.05	1.24(0.39-2.10)	3.69e-5 ***
CFT	21	45.81(16.74)	25.05(12.27)	25.10(13.22)	5.71	1.37(0.51-2.24)	2.89e-6 ***	5.70	1.37(0.51-2.23)	2.89e-6 ***
FSCRS-Ac										
EP	20	39.10(7.27)	22.60(13.78)	22.35(12.39)	5.74	1.51(0.57-2.46)	2.24e-6 ***	5.83	1.53(0.59-2.48)	1.80e-6 ***
CFT	21	34.57(11.42)	19.71(10.84)	20.05(8.55)	5.30	1.36(0.46-2.26)	1.16e-5 ***	5.18	1.33(0.43-2.23)	1.70e-5 ***
FSCRS - At										
EP	20	10.60(4.98)	17.00(6.68)	17.50(7.10)	5.09	1.07(0.33-1.80)	3.11e-5 ***	5.49	1.15(0.40-1.90)	6.75e-6 ***
CFT	21	12.10(5.69)	19.24(5.01)	17.38(6.27)	5.82	1.19(0.45-1.93)	1.83e-6 ***	4.31	0.88(0.19-1.57)	5.19e-4 ***
CEAS – AC										
EP	20	40.15(14.20)	62.45(22.22)	64.00(20.91)	4.24	1.22(0.26-2.18)	6.69e-4 ***	4.53	1.31(0.34-2.28)	2.46e-4 ***
CFT	21	47.67(18.04)	72.62(13.67)	68.43(18.96)	4.86	1.37(0.40-2.33)	7.68e-5 ***	4.05	1.14(0.21-2.07)	1.22e-3 **
CEAS – CAO										
EP	20	78.85(16.67)	77.40(15.43)	63.65(14.76)	0.34	0.09(-0.67-0.84)	1.00	3.60	0.90(0.09-1.72)	8.48e-3 **
CFT	21	76.38(20.53)	80.43(15.60)	75.33(17.18)	0.98	0.24(0.50-0.98)	1.00	0.25	0.06(-0.68-0.80)	1.00
CEAS – CDO										
EP	20	39.20(22.26)	49.60(28.55)	43.75(19.32)	1.66	0.44(0.38-1.26)	0.81	0.72	0.19(0.61-1.00)	1.00
CFT	21	42.19(25.56)	60.57(20.22)	62.81(23.48)	3.00	0.78(0.05-1.61)	0.05*	3.36	0.88(0.04-1.72)	0.02*
DASS-21 (Dep)	20	14.35(5.49)	5.30(5.23)	7.05(5.28)	7.23	1.88(0.87-2.89)	3.67e-9 ***	5.83	1.52(0.58-2.45)	1.17e-6 ***

EP CFT	21	14.05(5.01)	2.81(2.86)	5.90(4.62)	9.20	2.33(1.23-3.43)	6.51e-13***	6.67	1.69(0.73-2.65)	4.00e-8 ***
DASS-21 (Ans)	20	10.95(5.84)	3.10(4.52)	5.05(3.38)	6.80	1.73(0.76-2.69)	2.64e-8***	5.11	1.30(0.41-2.18)	2.03e-5 ***
EP CFT	21	12.43(5.95)	3.19(2.87)	4.76(3.86)	8.19	2.03(1.01-3.05)	5.93e-11***	6.80	1.69(0.74-2.63)	2.64e-8 ***
DASS-21 (Est)	20	15.05(4.50)	6.85(5.53)	8.05(4.30)	7.23	2.00(0.93-3.07)	3.46e-9 ***	6.17	1.71(0.69-2.72)	2.55e-7 ***
EP CFT	21	15.24(3.51)	4.76(2.21)	6.38(3.94)	9.46	2.55(1.36-3.74)	2.05e-13***	8.00	2.16(1.06-3.25)	1.22e-10***
DES – II										
EP	20	25.89(14.06)	16.21(15.72)	13.34(10.31)	3.00	0.67(0.04-1.38)	0.04*	3.89	0.86(0.13-1.60)	2.70e-3 **
CFT	21	24.42(20.50)	12.02(14.90)	9.74(8.17)	3.94	0.85(0.13-1.57)	2.47e-3**	4.66	1.01(0.27-1.75)	1.89e-4 ***

ITQ (TEPT-C): Cuestionario Internacional de Trauma (Trastorno de Estrés Postraumático Complejo); ITQ (TEPT): Cuestionario Internacional de Trauma (Trastorno de Estrés Postraumático); ITQ (AAO): Cuestionario Internacional de Trauma (Alteraciones en la Autoorganización); OAS: Escala de los Otros como causantes de vergüenza; FSCRS – Ac: Escala de Formas de Autocrítica y Autotranquilizarse – Autocrítica; FSCRS – At: Escala de Formas de Autocrítica y Autotranquilizarse – Autotranquilizarse; CEAS – AC: Escala de Implicación y Acción Compasiva – Autocompasión; CEAS – CAO: Escala de Implicación y Acción Compasiva – Compasión a Otros; CEAS – CDO: Escala de Implicación y Acción Compasiva – Compasión de Otros; DASS-21 (Dep): Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés Depresión (Depresión); DASS-21 (Ans): Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés Depresión (Ansiedad); DASS-21 (Est): Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés Depresión (Estrés); DES-II: Escala de Experiencias Disociativas

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

EP	10	15.90(4.60)	7.50(5.91)	7.40(5.60)	5.13	1.73(0.39-3.07)	9.24e-5 ***	5.20	1.75(0.40-3.10)	8.23e-5 ***
CFT	12	13.50(5.30)	2.67(2.46)	6.33(4.79)	7.25	2.23(0.77-3.69)	1.25e-7 ***	4.80	1.48(0.27-2.68)	2.47e-4 ***
DASS-21 (Ans)										
EP	10	12.90(5.93)	4.900(5.91)	5.30(3.97)	4.73	1.63(0.30-2.96)	3.36e-4 ***	4.49	1.55(0.24-2.85)	6.46e-4 ***
CFT	12	13.50(6.26)	2.75(2.49)	5.75(4.00)	6.96	2.19(0.74-3.64)	3.19e-7 ***	5.02	1.58(0.33-2.82)	1.56e-4 ***
DASS-21 (Est)										
EP	10	16.10(4.17)	7.40(5.87)	8.00(4.03)	5.33	2.05(0.51-3.60)	5.43e-5 ***	4.96	1.91(0.41-3.41)	1.49e-4 ***
CFT	12	15.25(3.96)	4.92(2.28)	7.50(4.64)	6.93	2.44(0.83-4.04)	3.53e-7 ***	5.20	1.83(0.43-3.23)	7.57e-5 ***
DES – II										
EP	10	30.11(16.51)	17.18(17.38)	13.00(9.50)	3.80	1.09(0.04-2.14)	5.76e-3 **	5.03	1.44(0.29-2.59)	1.61e-4 ***
CFT	12	18.04(9.22)	8.15(8.60)	8.02(2.31)	3.18	0.83(0.09-1.76)	0.03 *	2.69	0.71(0.19-1.60)	0.10

ITQ (TEPT-C): Cuestionario Internacional de Trauma (Trastorno de Estrés Postraumático Complejo); ITQ (TEPT): Cuestionario Internacional de Trauma (Trastorno de Estrés Postraumático); ITQ (AAO): Cuestionario Internacional de Trauma (Alteraciones en la Autoorganización); OAS: Escala de los Otros como causantes de vergüenza; FSCRS – Ac: Escala de Formas de Autocrítica y Autotranquilizarse – Autocrítica; FSCRS – At: Escala de Formas de Autocrítica y Autotranquilizarse – Autotranquilizarse; CEAS – AC: Escala de Implicación y Acción Compasiva – Autocompasión; CEAS – CAO: Escala de Implicación y Acción Compasiva – Compasión a Otros; CEAS – CDO: Escala de Implicación y Acción Compasiva – Compasión de Otros; DASS-21 (Dep): Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés Depresión (Depresión); DASS-21 (Ans): Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés Depresión (Ansiedad); DASS-21 (Est): Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés Depresión (Estrés); DES-II: Escala de Experiencias Disociativas

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tabla 18.

Post hoc entre el pre, post y seguimiento del grupo de AAO (Por protocolo).

Medida	n	Pre M(DE)	Post M(DE)	Seguimiento M(DE)	t Pre- Post	Tamaño de efecto (d) Pre-Post	P _{holm}	t Pre-Seg	Tamaño de efecto (d) Pre-Seguimiento	P _{holm}
ITQ (TEPT-C)										
EP	4	25(9.13)	18.25(6.60)	17.50(11.15)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
CFT	6	24.67(4.08)	17.67(7.71)	10.33(6.77)	N/A	N/A	N/A	3.52	1.90(0.46-4.27)	0.04*
ITQ (TEPT)										
EP	4	7.25(7.17)	6(3.74)	4.50(1.73)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
CFT	6	9.33(1.97)	8.67(4.55)	5(4.05)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
ITQ (AAO)										
EP	4	17.75(5.68)	12.25(5.91)	13(9.70)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
CFT	6	15.33(3.39)	9(3.95)	5.33(3.27)	N/A	N/A	N/A	4.09	1.89(0.35-4.13)	0.01*
OAS										
EP	4	40.75(18.06)	37(23.21)	37(26.65)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
CFT	6	32.17(17.08)	23.33(11.31)	16.50(10.43)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
FSCRS - AC										
EP	4	33.75(15.41)	29.50(13.03)	25.75(18.75)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
CFT	6	29.67(10.41)	21.67(9.20)	13.50(6.89)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
FSCRS - At										
EP	4	8.50(4.43)	13.75(8.81)	14.75(9.54)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
CFT	6	13.67(5.85)	18.17(5.08)	20.17(7.03)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
CEAS – AC										
EP	4	47.50(14.84)	55.75(23.51)	64.75(22.47)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
CFT	6	48.17(27.53)	67(7.72)	80.67(13.82)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
CEAS – CAO										
EP	4	74(14.05)	74.75(20.40)	83(15.34)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
CFT	6	71.17(17.66)	76.67(14.85)	84(16.69)	N/A	N/A	N/A	3.61	0.77(0.35-1.90)	0.04*
CEAS – CDO										
EP	4	30.25(14.66)	41(33.88)	49(37.53)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
CFT	6	37.67(19.21)	39.83(11.81)	49.67(22.72)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
DASS-21 (Dep)										
EP	4	14.75(6.55)	8.50(6.56)	8.75(7.37)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

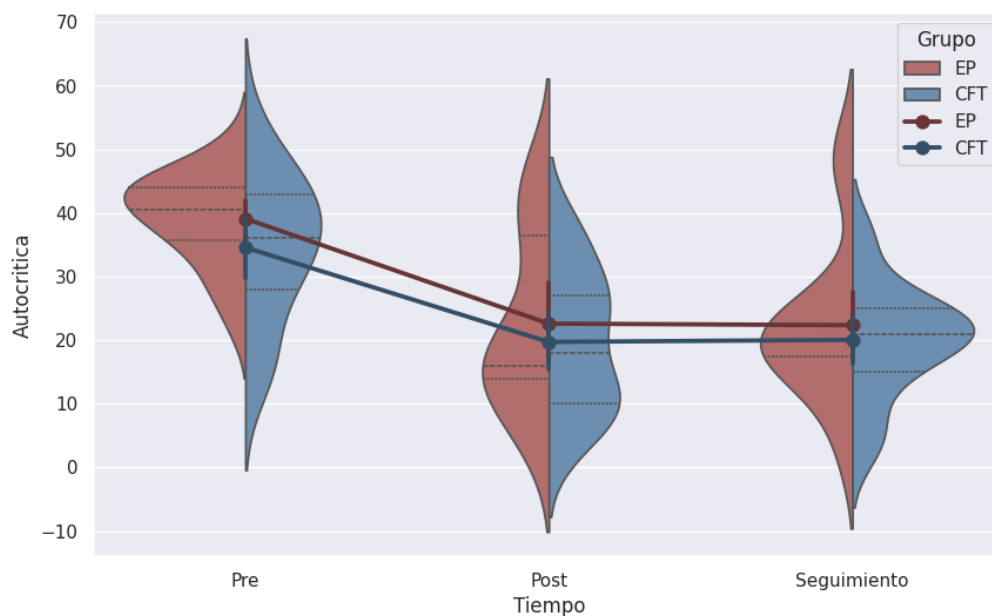
CFT	6	14.83(5.19)	6.33(3.93)	3.17(2.32)	3.90	1.62(0.40-3.64)	0.02*	5.36	2.23(0.19-4.65)	9.64e-4***
DASS-21 (Ans)										
EP	4	8.25(3.69)	3.75(3.50)	4.75(4.65)	3.52	1.20(0.47-2.86)	0.04*	N/A	N/A	N/A
CFT	6	8.83(2.79)	3.50(4.55)	2.83(1.35)	5.11	1.42(0.28-3.12)	1.46e-3**	5.75	1.60(0.24-3.43)	4.46e-4***
DASS-21 (Est)										
EP	4	11.25(6.85)	5(2.45)	7.50(6.24)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
CFT	6	13.17(4.22)	6.50(4.04)	5.33(3.01)	3.57	1.47(0.46-3.40)	0.04*	4.19	1.73(0.36-3.82)	0.01*
DES – II										
EP	4	17.14(9.88)	10.63(6.08)	13.04(10.21)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
CFT	6	16.84(11.83)	16.19(13.95)	9.88(9.45)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

ITQ (TEPT-C): Cuestionario Internacional de Trauma (Trastorno de Estrés Postraumático Complejo); ITQ (TEPT): Cuestionario Internacional de Trauma (Trastorno de Estrés Postraumático); ITQ (AAO): Cuestionario Internacional de Trauma (Alteraciones en la Autoorganización); OAS: Escala de los Otros como causantes de vergüenza; FSCRS – Ac: Escala de Formas de Autocrítica y Autotranquilizarse – Autocrítica; FSCRS – At: Escala de Formas de Autocrítica y Autotranquilizarse – Autotranquilizarse; CEAS – AC: Escala de Implicación y Acción Compasiva – Autocompasión; CEAS – CAO: Escala de Implicación y Acción Compasiva – Compasión a Otros; CEAS – CDO: Escala de Implicación y Acción Compasiva – Compasión de Otros; DASS-21 (Dep): Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés Depresión (Depresión); DASS-21 (Ans): Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés Depresión (Ansiedad); DASS-21 (Est): Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés Depresión (Estrés); DES-II: Escala de Experiencias Disociativas

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Figura 22.

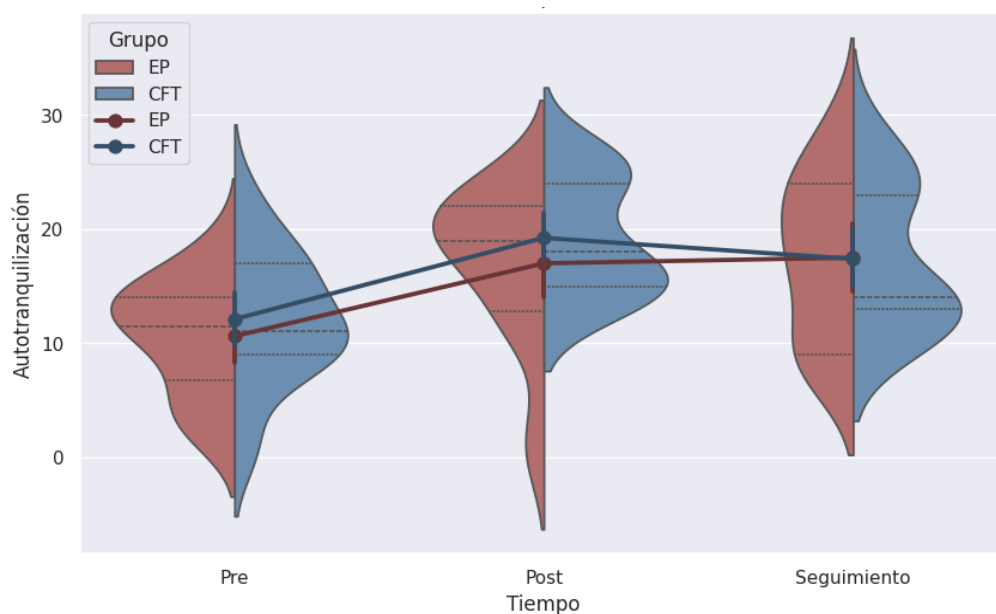
Comparación de Autocrítica (FSCRS-Ac) en el grupo de TEPT-C.



TEPTC: Trastorno de Estrés Postraumático Complejo; EP: Exposición Prolongada; CFT: Terapia Centrada en la Compasión

Figura 23.

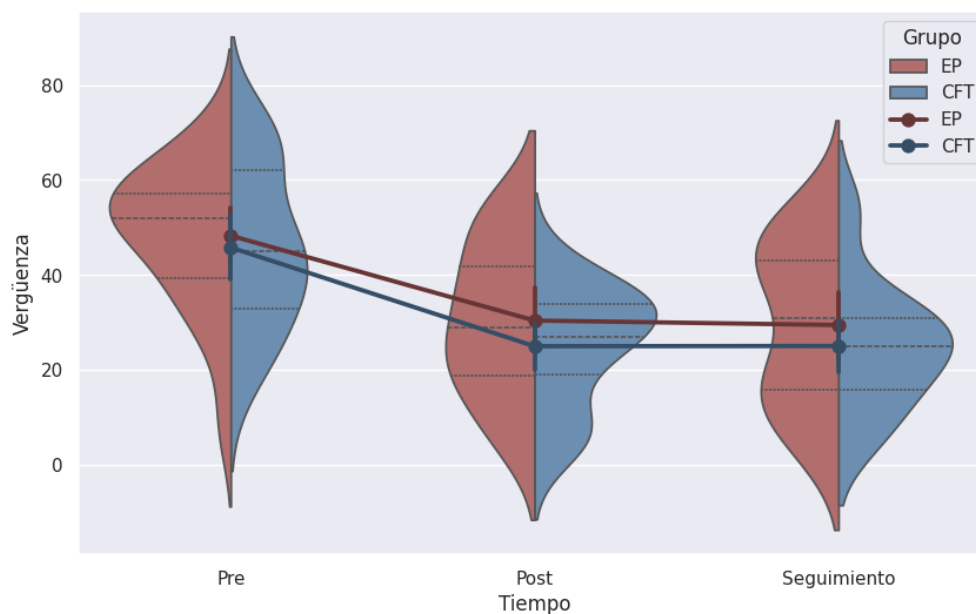
Comparación de Autotranquilización (FSCRS-At) en el grupo de TEPT-C.



TEPTC: Trastorno de Estrés Postraumático Complejo; EP: Exposición Prolongada; CFT: Terapia Centrada en la Compasión

Figura 24.

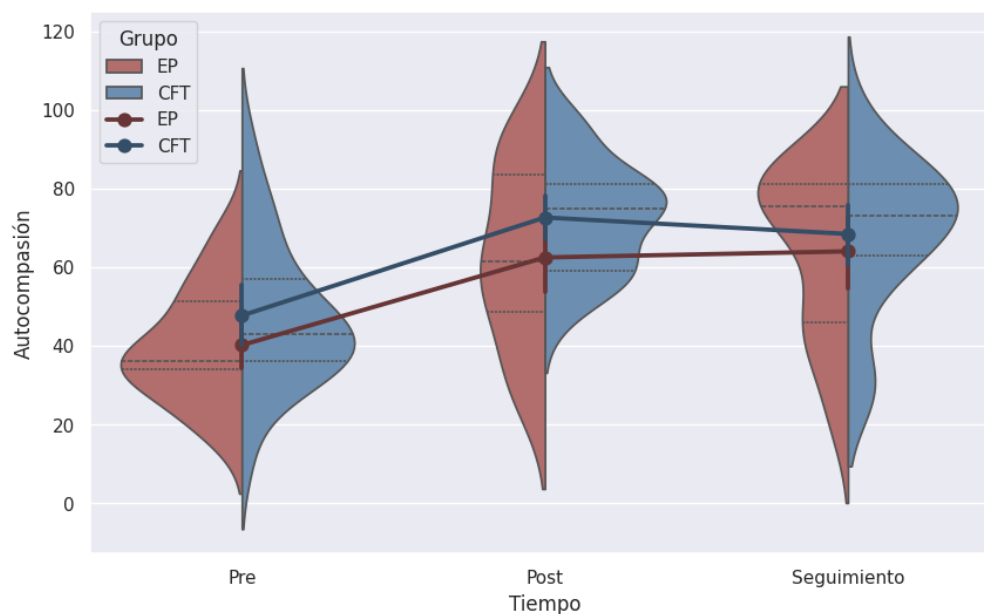
Comparación de Vergüenza (OAS) en el grupo de TEPT-C.



TEPTC: Trastorno de Estrés Postraumático Complejo; EP: Exposición Prolongada; CFT: Terapia Centrada en la Compasión

Figura 25.

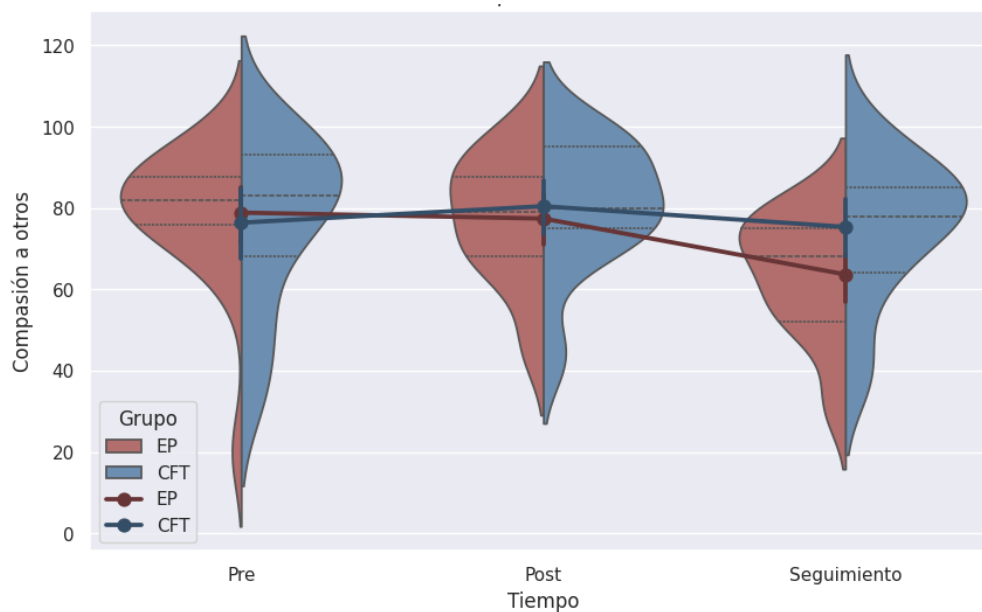
Comparación de Autocompasión (CEAS-AC) en el grupo de TEPT-C.



TEPTC: Trastorno de Estrés Postraumático Complejo; EP: Exposición Prolongada; CFT: Terapia Centrada en la Compasión

Figura 26.

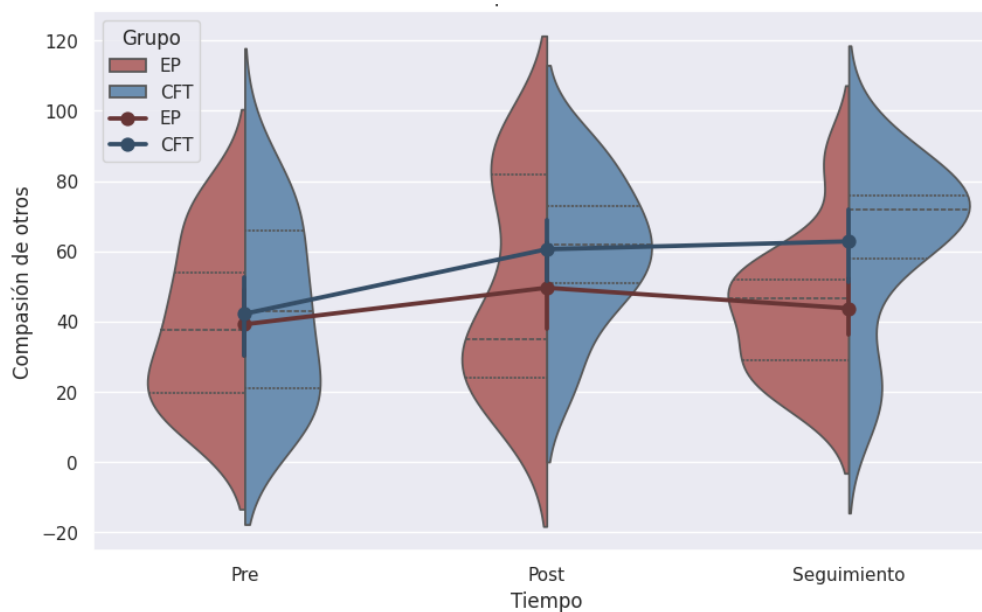
Comparación de Compasión a otros (CEAS-CAO) en el grupo de TEPT-C.



TEPTC: Trastorno de Estrés Postraumático Complejo; EP: Exposición Prolongada; CFT: Terapia Centrada en la Compasión

Figura 27.

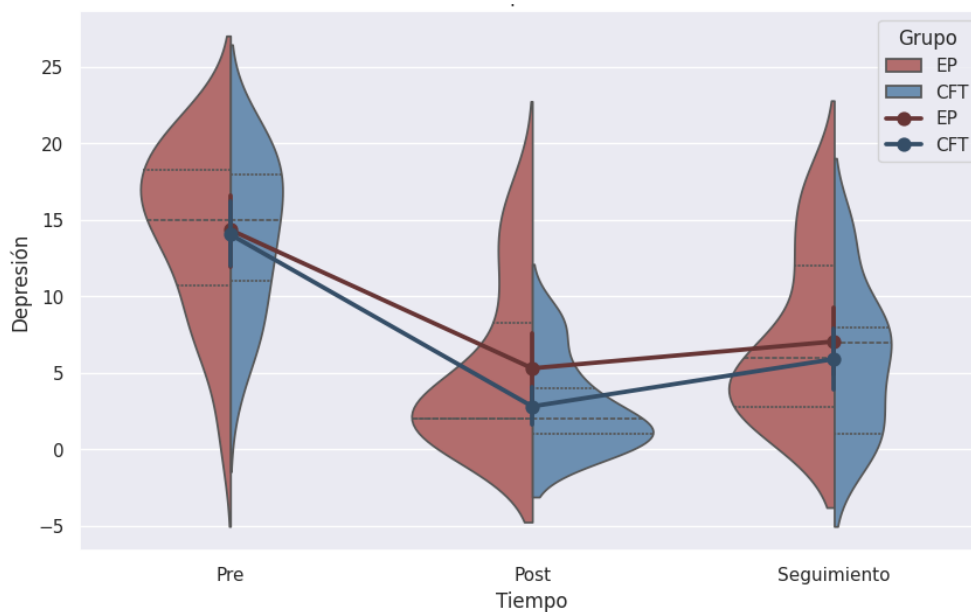
Comparación de Compasión de otros (CEAS-CDO) en el grupo de TEPT-C.



TEPTC: Trastorno de Estrés Postraumático Complejo; EP: Exposición Prolongada; CFT: Terapia Centrada en la Compasión

Figura 28.

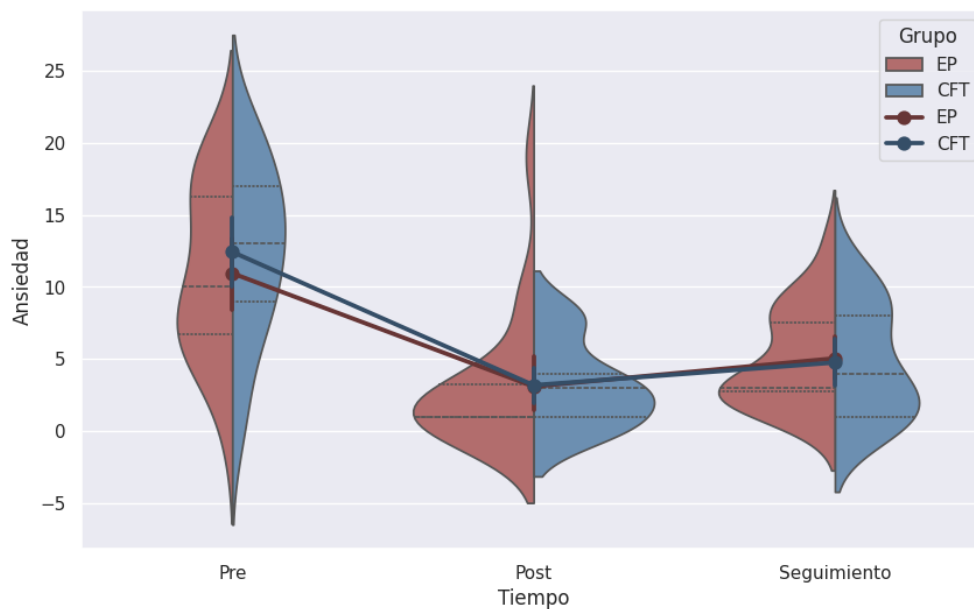
Comparación de Depresión (DASS-21[Dep]) en el grupo de TEPT-C.



TEPTC: Trastorno de Estrés Postraumático Complejo; EP: Exposición Prolongada; CFT: Terapia Centrada en la Compasión

Figura 29.

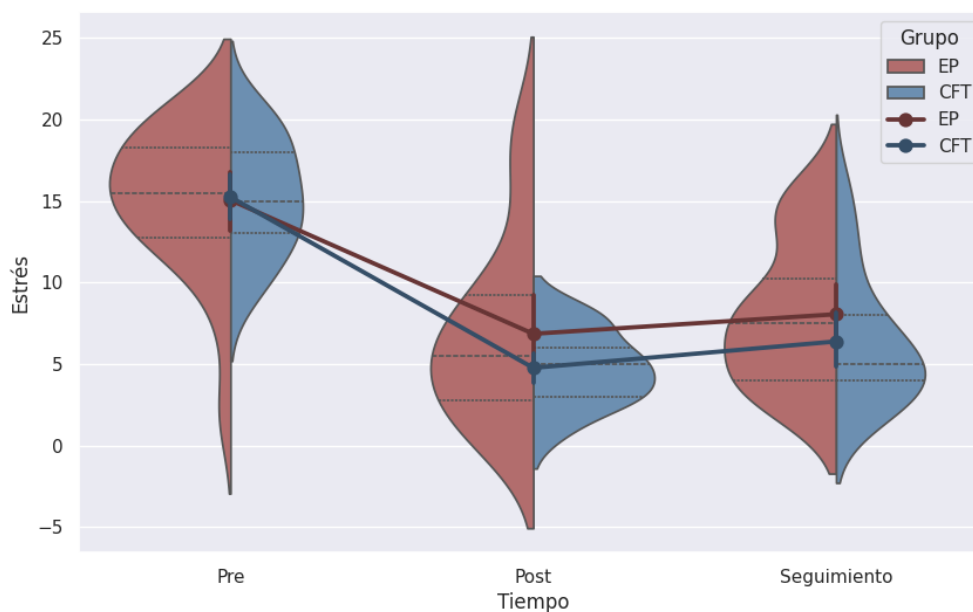
Comparación de Ansiedad (DASS-21[Ans]) en el grupo de TEPT-C.



TEPTC: Trastorno de Estrés Postraumático Complejo; EP: Exposición Prolongada; CFT: Terapia Centrada en la Compasión

Figura 30.

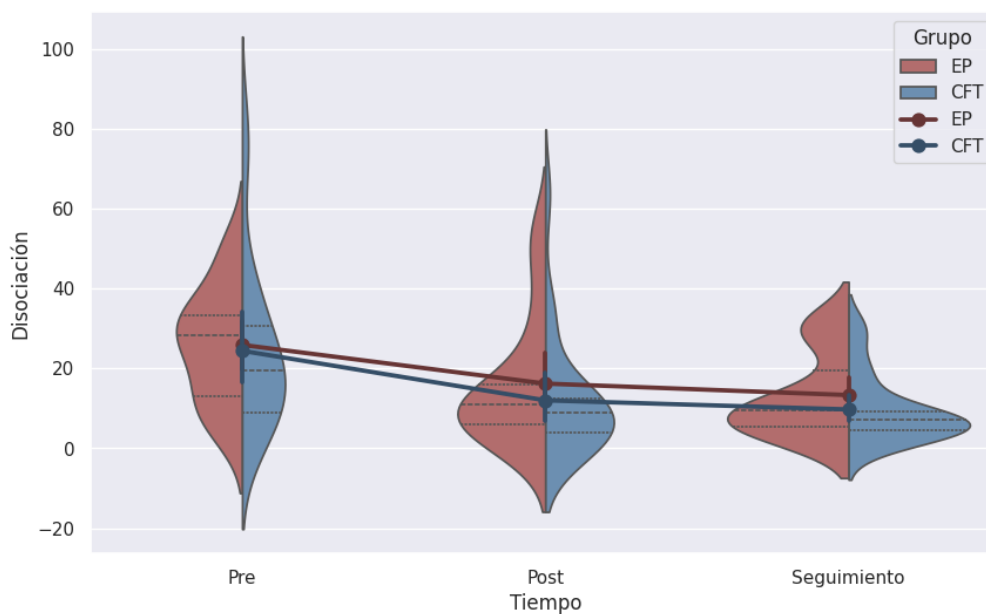
Comparación de Estrés (DASS-21[Est]) en el grupo de TEPT-C.



TEPTC: Trastorno de Estrés Postraumático Complejo; EP: Exposición Prolongada; CFT: Terapia Centrada en la Compasión

Figura 31.

Comparación de Disociación (DES-II) en el grupo de TEPT-C.



TEPTC: Trastorno de Estrés Postraumático Complejo; EP: Exposición Prolongada; CFT: Terapia Centrada en la Compasión

5.4 Conclusiones

Con base en los resultados obtenidos, se puede concluir que la Terapia Centrada en la Compasión (CFT) constituye una intervención efectiva para la reducción de la sintomatología asociada al Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C), así como para la disminución de niveles de vergüenza, autocrítica, depresión, ansiedad, estrés y disociación. Asimismo, se observó un incremento en los niveles de autocompasión y compasión a otros, lo que respalda el impacto positivo de la CFT en dimensiones clave relacionadas con el trauma complejo.

Al considerar que el efecto terapéutico de la CFT fue comparable al de la Exposición Prolongada (EP), pero que además presentó un menor índice de abandono, los hallazgos sugieren que la CFT podría constituir una alternativa viable para personas que rechazan o no toleran protocolos basados en exposición directa.

En lo que respecta a las personas con Alteraciones en la Autoorganización (AAO), se observaron diferencias significativas en los síntomas de AAO, así como en depresión, ansiedad y estrés, pero únicamente en quienes recibieron CFT. Esto sugiere que la CFT podría ser particularmente eficaz en personas que presentan AAO sin síntomas centrales de reexperimentación, evitación o hiperactivación, es decir, en aquellos cuya sintomatología se manifiesta principalmente en alteraciones emocionales, relacionales y del autoconcepto.

Estos hallazgos se analizan en mayor profundidad en la sección de discusión general, donde se exploran sus implicaciones clínicas y teóricas.

6. Estudio 3. Efecto de la Terapia Centrada en la Compasión en el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo: Análisis cualitativo comparativo

6.1 Método

6.1.1 Participantes

Los participantes con diagnóstico inicial de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C) que finalizaron el tratamiento en la fase 2, fueron invitados a participar en una entrevista individual para conocer su experiencia durante la investigación.

De los 16 del grupo de Terapia Centrada en la Compasión (CFT) que finalizaron, todos realizaron la entrevista, sin embargo, 2 entrevistas se excluyeron por problemas con la grabación. En cuanto a las características sociodemográficas de los participantes de este grupo, 12 son mujeres y 2 hombres con una media de edad de 43 años ($DE=12.07$). Con relación a la escolaridad, 9 cuentan con educación superior, 3 con educación media, 1 con educación básica y 1 con posgrado. Con respecto al estado civil, 7 son casados, 5 solteros, 1 separado y 1 viudo.

De los 12 que terminaron el tratamiento de Exposición Prolongada (EP), se llevaron a cabo 10 entrevistas, con 2 de los participantes no hubo posibilidad de agendar la entrevista. Este grupo estuvo conformado por 7 mujeres y 3 hombres con una media de 44 años ($DE=10.77$). En cuanto a escolaridad, 6 cuentan con educación media, 3 con educación superior y 1 con posgrado. Con respecto al estado civil, 4 viven en unión libre, 4 divorciados, 1 separado y 2 casados.

6.1.2 Procedimiento

La información se obtuvo mediante una entrevista semiestructurada (Anexo H) con duración de entre 45 minutos y hora y media y que se llevó a cabo de forma individual en videoconferencia. Todas las entrevistas fueron grabadas y fueron transcritas mediante el servicio de Amberscript y corregidas manualmente para ser procesadas mediante el programa Atlas.ti.

Los datos fueron analizados mediante el método de análisis de contenido temático. Inicialmente, se realizó una lectura de todas las entrevistas para familiarizarse con la información y generar una perspectiva inicial. Posteriormente, se crearon y asignaron categorías iniciales que fueron revisadas y corregidas para crear nuevas categorías que fueran más representativas. Estas nuevas categorías fueron agrupadas en categorías principales y secundarias.

6.2 Resultados

Se identificaron 4 categorías principales en ambos grupos: percepción del modelo, dificultades, mecanismos de cambio, cambios y gratitud por el tratamiento (Figura 32 y 33). Si bien, se encontraron resultados similares en las categorías de percepción del modelo, cambios y gratitud por el tratamiento, se identificaron diferencias importantes en dificultades y mecanismos de cambio.

Figura 32.

Análisis de contenido temático del grupo de TEPT-C que recibió CFT

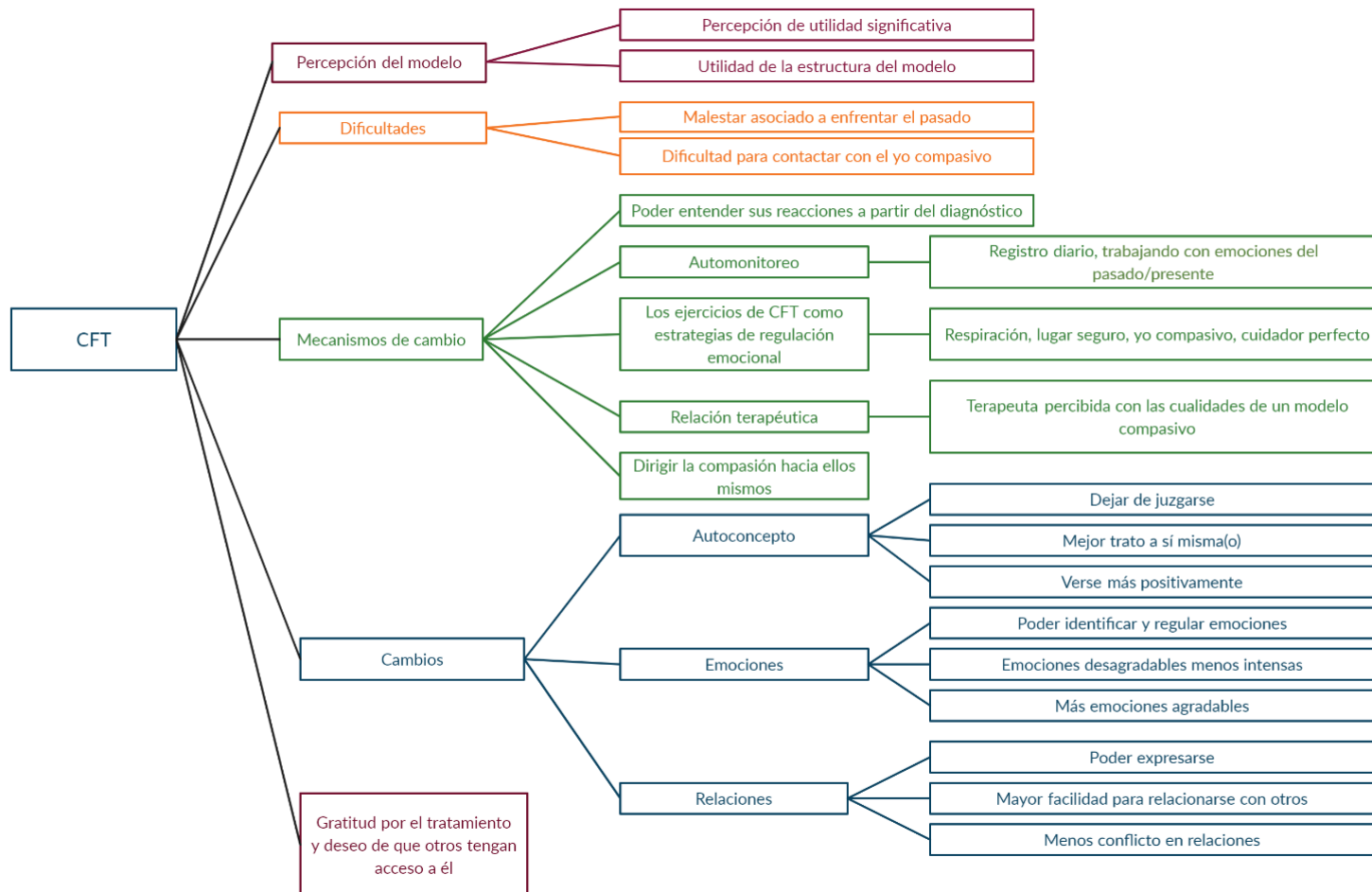
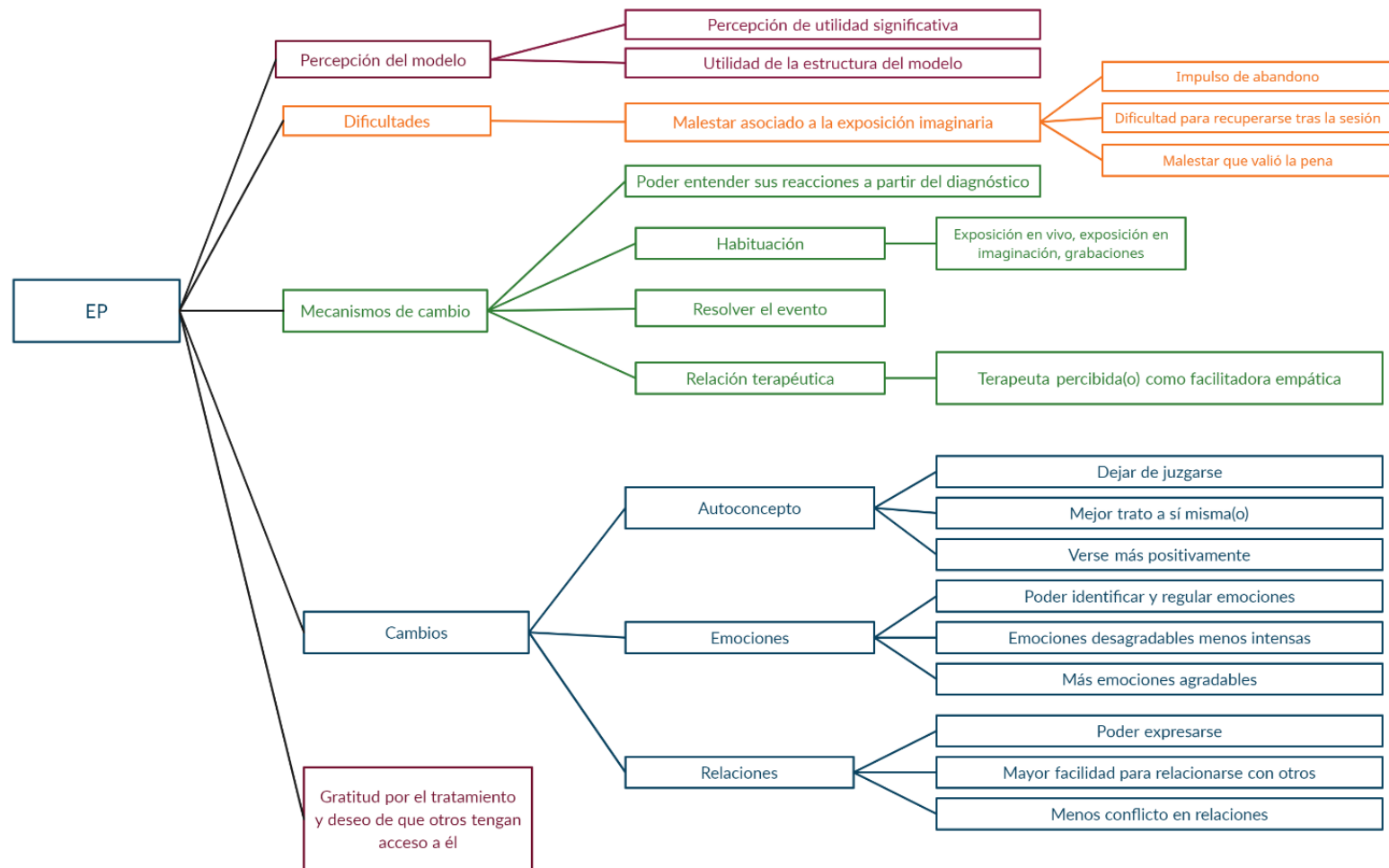


Figura 33.

Análisis de contenido temático del grupo de TEPT-C que recibió EP



Percepción del modelo

Tanto en el grupo de CFT como en el de EP se identificaron las mismas subcategorías:
percepción de utilidad significativa y utilidad de la estructura del modelo.

En el grupo de CFT estos temas se presentaron de la siguiente manera:

Tabla 19.

Percepción del modelo en el grupo de CFT

Categoría	Subcategoría	Ejemplo
Percepción del modelo	Percepción de utilidad significativa	ID 20, mujer, 24 años: <i>"Pues siento que el programa que llevamos fue sumamente adecuado y es lo que hizo que fuera 100% útil para mí y para que pudiera salir de donde estaba, que retomara mi vida lo más normal posible porque con la fibromialgia pues me ayudó bastante todo eso. Inclusive te digo que con todo esto, con las técnicas de relajación y demás, pues también me ayudó para que pueda manejar mi estrés y todo."</i>
	Utilidad de la estructura del modelo	ID 3, mujer, 32 años: <i>"Inicio terapias como hace cuatro años. No, sinceramente yo siento que ninguna me había servido hasta esta. Pero bueno, no sé, mis conclusiones son que éstas eran como muy, muy puntuales y tenían como, como mucha</i>

		<i>conclusión. Era como en esta sesión vamos a ver esto, y vamos a trabajar esto y las otras ya como a ver, cuéntame hoy qué pasó y y algo así."</i>
--	--	--

En el grupo de EP se identificaron los temas de la siguiente forma:

Tabla 20.

Percepción del modelo en el grupo de EP

Categoría	Subcategoría	Ejemplo
Percepción del modelo	Percepción de utilidad significativa	ID 12, mujer, 56 años: <i>"Me ha hecho más funcional. Me doy cuenta que de marzo que empecé con esto a la fecha he sido más funcional, como que como que mi cabeza está más vacía de de cosas. Yo no sabía de qué estaba lleno, no sé de qué estaba llena mi emoción o mi cabeza, pero ahorita, por ejemplo, muy fresca para el trabajo, muy ágil para mi trabajo, como que se despertó mi ay, ¿cómo se llama esta? Una la habilidad que yo creí que había perdido de poder hacer cosas. Ay! ¿Cómo se llama esto? Como creativa, como que mi creatividad se despertó, como que se durmió durante no sé cuánto tiempo durmió mi creatividad, pero yo creo que se durmió los últimos 15 años se durmió mi creatividad. Y este y como que despertó mi creatividad."</i>

	Utilidad de la estructura del modelo	ID 10, hombre, 58 años: <i>"lo que me gustó la intervención es que por fin pude hacer un proceso terapéutico en donde no me hicieran, en donde no le diera la vuelta al terapeuta, porque de veras soy muy bueno para eso... entonces lo que me gustó fue eso, que fue así, duro, seco y al hocico, ¿no? O sea, vamos a tratar lo que tenemos que tratar. A ver, ¡pácatelas! ¿no? Y pues sí, estuvo durito, ¿no? O sea, sí estuvo como fuertecito."</i>
--	--------------------------------------	---

Dificultades

En el tema de dificultades, se identificaron diferencias entre los tratamientos. En el grupo de CFT, las categorías identificadas fueron: malestar asociado a enfrentar el pasado y dificultad para contactar con el yo compasivo. En el caso del grupo de EP, fue la categoría de malestar asociado a la exposición imaginaria, en donde se observaron como temas recurrentes el impulso de abandono, la dificultad para recuperarse tras la sesión y considerar que el malestar valió la pena.

A continuación, se presentan los ejemplos del grupo de CFT:

Tabla 21.

Dificultades en el grupo de CFT

Categoría	Subcategoría	Ejemplo
	Malestar asociado a enfrentar el pasado	ID 16, hombre, 57: <i>"Pues Fíjate que fue una, una montaña rusa porque es como, metafóricamente hablando, es como, como estar</i>

		<p><i>moviendo el, siento eh una cubeta que tenía ahí llena de agua en la a la intemperie un mes, pues la vas a lavar y pues te encuentras con cualquier cantidad de asientos y todo eso te genera impactos fuertes, ¿no? emocionales de recuerdos, este racionales, en fin. Entonces sí me movió mucho porque tuve momentos en los que parte de lo que se procesaba de lo que procesaba yo en las en las sesiones con en las intervenciones, a los 2 días se me presentaba algún evento en casa o en mi propia persona y me daba el bajón muy fuerte, ¿no? O me daban los levantones muy fuertes, dependiendo. Entonces, pero si si viéramos un punto medio en esto realmente yo siento que fue un proceso normal. En el sentido de que creo que todos pasamos por esos vaivenes, ¿no? cuando estamos en una, en una, en un, en un proceso como este"</i></p>
	<p>Dificultad para contactar con el yo compasivo</p>	<p>ID 5, mujer, 28 años: <i>"Pues al principio fue difícil implementar justamente el yo compasivo porque como que no, no sé, o sea, no sé, yo creo que unas 3 sesiones se repitió y era así como que, o sea, si me acordaba, pero no era muy fácil. Pero conforme fue pasando el tiempo ya se pudo, pues</i></p>

		<p><i>solamente al principio fue un poco difícil, pero después ya no."</i></p> <p>ID 15, hombre, 60 años: <i>"El yo compasivo me ha sido muy complicado porque, como le comenté a la psicóloga ----- yo no siento compasión hacia mí mismo. Siento compasión hacia los demás, siento compasión hacia un animalito o hacia otras personas. Es más, siento compasión cuando veo alguna noticia en la televisión, pero no así como un sentimiento compasivo que yo razone hacia mí, no lo encuentro o no lo veo. Ella me comentó que muchas de mis acciones que estoy ya llevando a cabo son, son síntomas de que de alguna forma, sí siento compasión hacia mí, el querer mejorar el el querer salir de esta situación traumática tan, tan compleja en la que me encontraba. Pero racionalmente no, no logro conectar bien ese concepto de de la compasión hacia mí mismo."</i></p>
--	--	---

Por otra parte, en el grupo de EP, la información se presentó de la siguiente forma:

Tabla 22.

Dificultades en el grupo de EP

Categoría	Subcategoría	Ejemplo
	Malestar asociado a la exposición imaginaria	<p>ID 19, mujer, 45 años: <i>"Lo que no me gustó es que a veces para mí era demasiado duro el, en ciertas partes de la terapia haber dicho, ya déjame en paz, ya deja de torturarme, ¿no? Pero pues al final era algo necesario"</i></p> <p>ID 10, hombre, 58 años: <i>"El problema, básicamente, donde si hubo un problema es que empecé a somatizar, durísimo, durísimo y gacho, mal plan, ¿no? O sea, empecé con un golpe de calor, el golpe de calor se tenía que haber quitado, pero fueron prácticamente dos semanas de unas fiebres, tres semanas de unas fiebres que nadie entendía de dónde este y cosas por el estilo. Después regresa y bueno, ya lo último que pasó fue una contractura que me trajo dos o tres meses en cama, bueno, o sea tres meses ahí sin poder hacer gran cosa porque la contractura no me permitía moverme en un vehículo"</i></p>

		<p>ID 1, mujer, 24 años: <i>"Creo que es más fácil la primera vez que después de eso, porque ya sabes como te hace sentir, y ya no lo quieres sentir. Y creo que ahí fue donde empezó más mi evitación, a partir de que lo sentí otra vez y que dije que fuerte vivir eso otra vez. Ya no quiero."</i></p> <p>ID 18, mujer, 26 años: <i>"Mi experiencia en sí, fue como metáfora, tal vez como un diamante bajo presión. El resultado me gustó, fue muy duro en algunos puntos fue como, pero fue algo, un dolor necesario. Y no me arrepiento, fue muy edificante. Creo que se me nota un poco. Me acuerdo la ahorita, me veo en la cámara y me acuerdo como me veía en la primera sesión, toda mal, mal, mal, mal, lo que se dice mal. Y ahorita ya me veo y digo guau, se me vi en la cámara ahorita y me sorprendió de la energía que despido en este momento como a la que estaba despidiendo al inicio."</i></p>
--	--	--

Mecanismos de cambio

En el grupo de CFT se identificaron 5 temas categorizados como mecanismos de cambio: poder entender sus reacciones a partir del diagnóstico, el automonitoreo, los ejercicios de CFT

como estrategias de regulación emocional, relación terapéutica y dirigir la compasión hacia ellos mismos.

En el caso del automonitoreo, se identificaron estrategias específicas que ayudaron en este sentido como el registro diario y el ejercicio de trabajar con las emociones del pasado/presente. Asimismo, hubo ejercicios que señalaron como útiles para poder regular sus emociones: los ejercicios de respiración, el espacio seguro, el yo compasivo y el cuidador perfecto. En cuanto a la relación terapéutica, la manera en que las terapeutas fueron percibidas se caracterizó por una serie de cualidades personales y habilidades clínicas asociadas a un modelo compasivo. Por una parte, se les asignó una serie de calificativos como “amorosa”, “cálida”, “extraordinaria”, etc., y, por otra parte, se identificaron habilidades como generación de confianza, no juzgar, escucha activa, facilitar el aprendizaje, disponibilidad en momentos difíciles y flexibilidad.

A continuación, se presentan ejemplos de cada subcategoría:

Tabla 23.

Mecanismos de cambio en el grupo de CFT

Categoría	Subcategoría	Ejemplo
Mecanismos de cambio	Poder entender sus reacciones a partir del diagnóstico	ID 11, mujer, 55 años: <i>"es como entender, ¿no? entender un montón de cosas de mí. Esta parte de la de de la desregulación o de mejor callarte o de mejor guardar y no querer contactar con algo que me reviva. Y no sé, sí sí, sí me sirvió"</i>

	Automonitoreo	ID 5, mujer, 28 años: <i>"Pues me gustó que me ayudaran a identificar este, bueno, mediante ejercicios, este, cuál era mi emoción y qué era lo que ha desencadenado. Porque son cosas que, o sea, sin ayuda jamás hubiera podido visualizarlas. Y esta misma visualización me ayudaba"</i>
	Los ejercicios de CFT como estrategias de regulación emocional	ID 17, mujer, 54: <i>"A veces le decía a la doctora le decía mire, me tengo que ir, a habitar el lugar seguro, llevarme al cuidador perfecto y también sentar allá al yo compasivo y nos tomamos un cafecito, ¿no? ... Creo que lo más importante es tener la iniciativa y uno decirse a sí mismo, como lograr uno decir necesito ayuda y la busca uno en un especialista de la salud mental, pero también uno decir necesito ayuda, pero la tengo: vengan chicos, vamos a tomarnos un café, nos sentamos y nos ponemos en orden y continuamos ¿No? Creo que esa idea de continuar tiene mucho que ver con con dejar de pensar en que yo ya, yo sólo veía el camino hacia el suicidio. Ya no, no sabía, no podía"</i>

		<i>pensar. No me permitía pensar en que la vida pudiera ser diferente"</i>
	Relación terapéutica	<p><i>ID 15, hombre, 62 años: "Es una persona lindísima, muy empática. Me dio la confianza de poderle expresar algo tan, tan difícil y tan íntimo como fue el hecho de la violación. Y como se lo dije a ella, fue a la primer[a] persona después de casi 40, 45 años, fue la primer[a] persona o la única persona que le había comentado de esa situación. Ni siquiera a mi esposa, a médicos, a sacerdotes, cosas así. A nadie le había comentado esta situación y ella me dio, sentí la confianza de poderle comentar de esta situación."</i></p> <p><i>ID 11, mujer, 55 años: "Pues yo creo que lo más más [me gustó] es como lo amoroso de ella, lo, no sé si lo amoroso de ----, pero asertivo ¿sabes? No ese amoroso que te están dorando la píldora para que así como perrito de así te haga así en la espalda, no, amoroso asertivo lo describiría. Porque, por decir, como de ella tener las antenitas de cachando un montón... [me sentí] súper</i></p>

		<p>conectada y súper contenida. O sea, con la confianza de decir lo que yo quisiera. No de esos terapeutas que les dices ya nomás para salir del paso, sino como sí, abrirme y decirle realmente las cosas tal cual."</p> <p>ID 14, mujer, 49 años: "Una mujer extraordinaria. Me da mucha paz cómo me hablaba. Llegó un momento en que sí me topé con mi abusador y le pedí ayuda extra curricular... me ayudó a medirme, me recordó mis herramientas porque en este momento fue tan difícil para mí estar con esta persona que este, que me perdía, haga de cuenta como una chiquita y me dijo cálmate, tranquila, pero con una voz que me dio paz y que me dio mucha confianza y que me dio mucha tranquilidad"</p> <p>ID 24, mujer, 41 años: "No sé si sea bueno, no sé si sea malo, pero este la sentí muy cercana. No sé si de eso se trata, pero yo creo que sí la sentí muy cercana. Incluso tuve en la</p>
--	--	---

		<i>terapia tuve una situación complicada y no sabía a quién hablarle y le hablé a ella... como que medio la vi como una figura materna por la edad obviamente no, pero sí, sí, me dio mucha paz, mucha tranquilidad y mucho acompañamiento."</i>
	Dirigir la compasión hacia ellos mismos	ID 20, mujer, 24 años: <i>"Pude dar un enfoque de compasión y de comprenderme a mí misma para poder ir solucionando todo lo que había a mi alrededor. Porque, porque me di cuenta que fui demasiado empática y comprensiva, compasiva hacia los demás, pero conmigo fui hasta cierto grado un poco negligente al atenderme y ponerme el cuidado que debía de ponerme."</i>

En el grupo de EP en la categoría de mecanismos de cambio, se identificaron las subcategorías: poder entender sus reacciones a partir del diagnóstico, la habituación, resolver el evento y la relación terapéutica. La habituación se relacionó tanto a la exposición en vivo, como a la imaginaria y a escuchar las grabaciones de las exposiciones imaginarias. En cuanto a la relación terapéutica, los terapeutas fueron percibidos como cálidos empáticos, profesionales, que facilitaron la confianza y que fueron una fuente importante de apoyo y motivación durante las exposiciones.

Tabla 24.*Mecanismos de cambio en el grupo de EP*

Categoría	Subcategoría	Ejemplo
Mecanismos de cambio	Poder entender sus reacciones a partir del diagnóstico	ID 9, hombre, 47 años: <i>"A como yo me venía sintiendo, independientemente de que uno está sintiendo y estás pensando muchas cosas, el no saber que está pasando a mí me generaba mucho estrés, preocupación e incertidumbre y en el momento en que a mí me dicen estás pasando por esto, me genera tranquilidad porque ya sabía por lo menos que era lo que tenía."</i>
	Habitación	ID 23, hombre, 44 años: <i>"Cuando era el primer o segunda vez que trabajábamos. El recuerdo de cualquiera de los dos eventos era algo muy, muy emocionalmente muy fuerte para mí, porque me despertaba miles de sentimientos, sensaciones, emociones, cosas que para mí son complicadas manejarlas. De hecho, en algún momento le llegué a decir a la psicóloga de que es que no quiero, se me hace como que como que como que no quiero, como que no yo mismo, como que como que bloqueaba las cosas. Posteriormente, con el trabajo de cada ocho días</i>

		<p><i>de la sesión, este ya lo iba haciendo más, menos emocional y más este y más. ¿Cómo decirlo? Si una, es bueno, menos emocional que no encuentro la palabra este menos emocional, pero sí iba detectando mis emociones, entonces eso para mí fue muy padre porque pude ir gestionando mis emociones y validando las emociones que generaban estos eventos en mí y ir entendiendo parte de, de mis reacciones, de mis emociones. Eso me ayudó mucho."</i></p>
	Resolver el evento	<p>ID 9, hombre, 47 años: <i>"Creo que lo que más llamó mi atención y me gustó, aunque en un principio era complicado, debo decirlo, complicado, tal vez en las primeras dos sesiones fue el enfrentarme a ese evento nuevamente, aunque fuera de manera imaginaria y algunas otras en vivo, pero sobre todo la imaginaria específicamente, pues para mí los eventos que viví de secuestros en mi familia en un principio fue muy fuerte en esas primeras dos sesiones, pero el enfrentarlo de esa manera me ayudó muchísimo. Hoy por hoy realmente estoy muy tranquilo, muy, muy tranquilo por esa parte. Sé que hay mucho que tengo todavía que resolver y</i></p>

		<p><i>que trabajar, pero al menos puedo decir que esa parte de mi vida, de esos eventos tan, tan tristes y tan trágicos, están no olvidados, pero sí creo que muy resueltos gracias a esta, a esta terapia."</i></p>
	Relación terapéutica	<p>ID 8, mujer, 44: <i>"La manera, le repito, en la que ---- me guió, me apoyó. Pues sí, de la mano literal estás acá, bájate tantito y no te vas a volver a subir, aquí nos quedamos y la siguiente semana bajamos otro poquito. Y eso fue también muy importante y me agradó mucho"</i></p> <p>ID 9, hombre, 47 años: <i>"Mi terapeuta ---- excelente, excelente terapeuta, excelente profesional, me ayudó muchísimo, me acompañó muchísimo en el momento que se hizo creo que fue, no estoy seguro si fue la primera o segunda sesión. Cuando entramos ya a esta exposición imaginaria que me tocó narrar, esa parte, ¿no? de ese último secuestro que vivimos donde mi padre pierde la vida. Sí, me acompañó de una manera increíble, siempre me hizo saber que estaba ahí conmigo y eso fue maravilloso. Desde la sesión uno hasta la última, ¿no? muy muy bien."</i></p>

		<p>ID 19, mujer, 45 años: <i>Llegaba yo y le decía es que ya no quiero más, ya no quiero ya a mi 5.ª sesión le decía yo ya no quiero, ya no quiero, no voy a aguantar. Para mí es muy fuerte estar enfrentándome a todo esto y me decía, es normal, vas muy bien. Y la psicóloga siempre dándome ánimos y eres fuerte. O sea, era algo que en mis anteriores terapias no había enfrentado el problema como lo hice con esta terapia. Sí fue muy duro Sí fue difícil... y las palabras de ella, ¿no? el de, la psicóloga eres fuerte, eres valiente. Todo el proceso que que llevé. A lo mejor al principio yo sentía muy fuerte, muy duro, porque me decía no abras los ojos, ¿no? No me dejaba, nunca dejó que que en ese proceso dijera yo hasta aquí."</i></p>
--	--	---

Cambios

En la categoría de cambios, se identificaron las mismas subcategorías en los 2 grupos: autoconcepto, emociones y relaciones. En el caso del autoconcepto, los cambios se asociaron a dejar de juzgarse, tener un mejor trato hacia sí mismos y verse de forma más positiva. En cuanto a las emociones, los temas identificados fueron poder identificar y regular emociones, que las emociones desagradables se volvieron menos intensas y hubo más emociones agradables.

Finalmente, en cuanto a las relaciones, los cambios identificados fueron poder expresarse con mayor facilidad, mayor facilidad para relacionarse con otros y menos conflicto en las relaciones.

A continuación, se presentan los ejemplos del grupo de CFT:

Tabla 25.

Cambios en el grupo de CFT.

Categoría	Subcategoría	Ejemplo
Cambios	Autoconcepto	ID 2, mujer, 33 años: <i>"Antes como que me culpaba mucho de muchas cosas. Entonces sí, era una forma como que muy, porque era muy degradarme mucho ¿no? como como persona, entonces pues ahorita pues ya no, porque no sé, siento que, que pues a lo mejor como que había muchas cosas en mi pasado que no me perdonaba yo y como que, que bueno ya con el proceso y todo esto comprendí que bueno más que nada pues como que me perdoné muchas cosas porque comprendí que eran las cosas con las que, que había podido en ese momento, de esa forma."</i>
	Emociones	ID 5, mujer, 28 años: <i>"De hecho, desde la primera o segunda sesión, yo no sabía que era una emoción y me dijeron que era una emoción, yo pensé que estaba enferma de algo. Entonces, desde la primera vez, fue algo que ya no se presentó y que</i>

		<p><i>si se llega a presentar soy consciente de por qué?.</i></p> <p><i>Pero ya, o sea eso en específico, este, bajó. O sea, si estaba en 10 bajó, aún este, el enojo también bajó bastante y. esta como preocupación constante que tenía también pudo bajar. Entonces sí, en intensidad y frecuencia bajaron muchas de las emociones que que sentía muy fuertes, muy pesadas."</i></p> <p>ID 17, mujer, 54 años: <i>"Era como un automático, ¿no? O sea, algo me daba miedo, miedo así que se disparaba, ¿no? al diez y de tristeza igual. O sea, todo era así como hiperreactivo, ¿no? Y entonces a ver este no, ahora me siento algo que aunque por ejemplo, una situación que le comenté a la doctora con un vecino que grita mucho, grita muy fuerte, tiene una voz y en general tiene un aspecto muy de que da miedo, ¿no? Entonces ya platicando con la doctora ---- pues ya reconocí los gritos de mi abuelo, ¿no? Entonces por ejemplo yo, mi cuerpo reaccionaba, el vecino gritaba vive dos pisos arriba, pero gritaba. Y entonces yo inmediatamente estaba empapada en sudor. Y por ejemplo antier empezó a gritar y dije</i></p>
--	--	--

		<p><i>‘cálmate, no es tu abuelito. él no es tu abuelo’. Eso cortó todo, todo, todo. Ya ni siquiera empecé a sudar, ni es más, cerré la ventana y dije ‘ya que grité yo me voy a poner a cantar la canción de Navidad en mi cabeza’. Pero eso yo no lo podía hacer, yo no lo podía hacer. Entonces siento que ahora sí puedo poner un alto y decir no, no, no hagas hasta aquí, está gritando, no le vas a tapar la boca. Pero no está escrito, no tiene que ver contigo y no me engancho. Este tipo de recursos me ayudan muchísimo."</i></p> <p>ID 15, hombre, 62 años: <i>"Sí, ha sido muy útil. Ha sido tan útil que me regresó en estos tres meses el deseo de vivir, el deseo de superarme, el deseo de poder realizar mis sueños y el deseo de poder volver a convivir con con mis hijos. Básicamente que es mi familia. ¿Y por qué no? Quizás más adelante poder encontrar una una nueva pareja para disfrutar los, la vejez, los años dorados."</i></p>
	Relaciones	<p>ID 2, mujer, 33 años: <i>"Se me, se me ha hecho más fácil como que poder estar con otras</i></p>

		<p><i>personas y y poder expresar lo que como, cómo quiero llevarme, digamos, con los otros."</i></p> <p>ID 24, mujer, 41 años: <i>"Sí, sí ha cambiado. Ya no evito estar con personas, ya no evito ir a reuniones. Cuando estoy en reuniones, por ejemplo, ayer fui con los amigos de mi novio y en vez de quedarme así, como chiquita, como callada, como ¿qué les importa lo que diga a esta gente, no? Ayer interactué, eché relajo, este todo."</i></p> <p>ID 16, hombre, 57 años: <i>"La familia de mi ex esposa. Yo me divorcié de ella, hace bueno, no me divorcié, nunca estuvimos casados, pero nos separamos hace 7 años. Y ella falleció hace uno. Entonces este, su familia, fue algo muy difícil para mí, fue tremendamente difícil. Durante muchos años era una crítica ácida mía hacia esa familia. Ahora es la crítica, ya no es ácida. Ya es una crítica comprensiva porque sé que ellos también son producto de de una formación que tuvieron de una línea de vida que así los condujo"</i></p>
--	--	--

En el grupo de EP:

Tabla 26.

Cambios en el grupo de EP

Categoría	Subcategoría	Ejemplo
Cambios	Autoconcepto	ID 9, hombre, 47 años: <i>"Sin duda ha habido un cambio, porque después de haber tenido el tratamiento me logré ver como una persona fuerte, como una persona resiliente, como una persona que puede voltear al pasado, ver esa parte de su vida sin que realmente genere una situación de incomodidad extrema, de tristeza extrema, ¿no? de ansiedad. ¡No, no, no! O sea, todo eso cambió. Sí, sí, me reconozco hoy por hoy como una persona que afortunadamente puede ver esos eventos de vida de una manera muy sana, muy cómoda"</i>
	Emociones	ID 18, mujer, 26 años: <i>"Cuando estoy en una situación en la que estoy como, muy molesta, sí, ya puedo entender un poco más rápido porque me está molestando. Porque siempre era mi respuesta un no sé, es que no sé por qué me estoy sintiendo de esta forma o qué estoy sintiendo en este momento y tan tonto como pueda sonar, sí, era como raro, sí sentía ese malestar, malestar,</i>

		<p><i>malestar. Pero no podía identificar si era enojo, si era tristeza, si era frustración, si era decepción, si era ya, ahora ya lo puedo hacer y es como si ya tiene sentido más cosas."</i></p> <p><i>ID 8, mujer, 44 años: "Ya puedo escuchar sonidos de sirenas, sin ponerme como, porque de verdad ya después me daba un poco de pena porque estuviera yo con quien estuviera en donde estuviera, o sea, de verdad era así, de nada, escuchar y empezaba a gritar, o sea, hoy ya no lo hago e independientemente del tratamiento psiquiátrico, ya puedo dormir un poco, ya puedo dormir sin pesadillas, no voy a decir desaparecieron al 100%. En ciertos momentos pueden, por ciertas circunstancias pueden llegar a aparecer pero ya es muy de vez en cuando. Eh, mi consumo de sustancias, de alcohol ha disminuido mucho, considerablemente. Ahora ya lo hago de manera social y cuando antes lo hacía muy recurrente y con la finalidad de, como de evadir de de volarme de ah y al final terminaba en, en el punto del que yo estaba huyendo"</i></p>
--	--	--

		<p>ID 10, hombre, 58 años: <i>"Soy más yo, la gente me ha comentado ----, ya estás volviendo a brillar. Recibí un comentario ahora ---- por parte de mi roomie, que es un chavo que conozco hace muchísimos años, como 15 años, y me dijo 'sabes que yo no estaba muy a gusto en que estuvieras viviendo aquí, porque definitivamente tú ya no representabas el ---- que yo conocía, porque eras un ----- al que yo admiraba mucho y de pronto me di cuenta que no, que ya no te estaba admirando nada, que no tenías nada que admirarte. Sin embargo, te veo brillando otra vez. Creo que eso nos dice mucho, ¿no?"</i></p>
	Relaciones	<p>ID 12, mujer, 56 años: <i>"De una forma más tranquila he podido expresar lo que pienso y lo que siento de una manera tranquila, y el haberlo hecho de esa manera tranquila me ha, pues si no me oyen, al menos no me critican, al menos no me lo refutan y eso para mí ha sido muy agradable, pero me doy cuenta que es porque yo estoy más tranquila."</i></p> <p>ID 7, mujer, 47 años: <i>"Desde que inicié la terapia ya empecé a ver las cosas con otra</i></p>

		<p><i>perspectiva, de una manera más sana. Empecé a alejar a esas personas dañinas. Empecé a ver el mundo con otro color. Empecé a vivir lo que no había vivido. Entonces empecé a tomar decisiones correctas en mi vida."</i></p> <p>ID 9, hombre, 47 años: <i>"Empecé a experimentar como que mucha tranquilidad después del tratamiento. No sé, algo pasó. Es como si hubiera adquirido seguridad, como si me hubiera vuelto un poquito más seguro. Entonces esa seguridad, pues creo que se logró manifestar en diferentes situaciones en mi vida, entre ellas el poder relacionarme con la gente, ¿no?"</i></p>
--	--	--

Gratitud

Finalmente, uno de los temas que se encontró en los dos grupos fue la gratitud por el tratamiento y el deseo de que otras personas tengan acceso a este tipo de tratamiento.

Ejemplos en el grupo de CFT son los siguientes:

Tabla 27.*Gratitud en el grupo de CFT.*

Categoría	Ejemplo
Gratitud	<p data-bbox="475 432 1372 894">ID 11, mujer, 55 años: <i>"Estoy totalmente agradecida que llegó a mí, a mi Facebook, el anuncio. Sí, porque digo a parte, al margen de que no tuve que desembolsar, o sea que haya sido una cosa sin costo, todo el beneficio que estoy viendo ahorita y que es apenas del principio, no, porque apenas terminamos hace poco no sé, pues súper agradecida y convencida de la importancia de una, de una terapia compasiva, de este nivel de calidad, de presencia, de de entrega."</i></p> <p data-bbox="475 1003 1372 1465">ID 6, mujer, 38 años: <i>"Ay, pues nada, solamente agradecerles. Este, digo llegaron, así como que en un momento, si bien difícil para mí, fueron una luz, una luz en mi camino y así que, le dije a la psicóloga usted fue como un ángel que se apareció y vino como que a acomodar un poco mi vida. Este yo soy únicamente, es un agradecimiento infinito por esto que hicieron una labor bien bonita este yo creo que de todos los que les haya tocado atenderme"</i></p> <p data-bbox="475 1575 1372 1818">ID 15, hombre, 62 años: <i>"Pues simplemente agradecerles esto, esta experiencia cambió mi vida totalmente, cambió mi percepción de la vida y no me queda más que agradecerles el haberme permitido y el haberme seleccionado para poder integrar este estudio. Y pues mi mejor deseo de que</i></p>

así como me ha ayudado a mí, pues se pueda ayudar a mucha[s] más personas que que sufren algún algún trauma y que no no sepan o no puedan expresarlo o superarlo."

ID 14, mujer, 49 años: *"Agradezco mucho, agradezco mucho porque jamás me imaginé que pudiera, yo misma, ayudarme a mí misma con tan poco, con tan poco de lo que uno cree que tiene, ¿no? Y que me abrieran los ojos a una vida distinta. Yo agradezco mucho esto."*

ID 17, mujer, 54 años. *"Y yo quisiera pedirles que ayuden a todas las personas que sea posible. Creo que pensar en eso me motivó a querer participar. De tan mal que me sentía, pero pensar que eso iba a ayudar a los demás me motivó a participar"*

ID 22, mujer, 42 años: *"Estoy agradecida con la investigación. Me siento afortunada porque fue como casualidad que yo me encontré la inspiración del momento. Pues estoy agradecida y contenta porque a mí no me hubiera gustado que fuera así como más formal. Bueno, no sé, no fue mucho tiempo. Pero, así estuvo, así estuvo bien así."*

ID 24, mujer, 41 años: *"Sí, yo estoy muy agradecida con como es, con todo el equipo, no sé quiénes sean... Pero sí le quiero agradecer muchísimo, muchísimo, de todo corazón y a todos ustedes, pues esta oportunidad."*

En el grupo de EP se identificaron los siguientes comentarios en relación con la gratitud:

Tabla 28.

Gratitud en el grupo de EP.

Categoría	Ejemplo
Gratitud	<p>ID 8, mujer, 44 años: <i>"Pues que estoy sumamente agradecida por, por la oportunidad. Em. Festejo mucho que se tengan este tipo de proyectos en los que nos puedan involucrar y con eso nos puedan ayudar. A mí en lo particular, me costó mucho tomar la decisión y me costó mucho iniciar. Me costó mucho las primeras semanas, pero el grato sabor de boca que me quedó al final. Y la paz que siento que tuvo mucho que ver mi terapeuta para que yo quisiera continuar. Porque de verdad a las dos o tres semanas ya no lo iba a hacer, ya no iba a continuar, ya había tomado la decisión, era firme. Y terminé, entonces, yo estoy gratamente agradecida con con el proyecto, con la oportunidad que me dieron de poder participar en él y recibir su apoyo."</i></p> <p>ID 9, hombre, 47 años: <i>"Pues que es maravilloso sencillamente decir que es maravilloso y agradecido con todos ustedes que pueden ayudarnos a personas como yo que hemos tenido situaciones en nuestras vidas de esta manera."</i></p> <p>ID 12, mujer, 56 años: <i>"Estoy muy agradecida con las personas que me tocó que me atendieran, quien sea quien me, quien analizó que"</i></p>

	<p><i>mi experiencia pudiera ser objeto de este estudio. Este, yo creo que a partir de que inicié esta terapia mi yo mujer cambió para bien. Sí. Mi, mi visión de mí misma quedó más positiva. Más. Yo tengo una visión positiva de mí misma."</i></p> <p>ID 19, mujer, 45 años: <i>"Me cambió totalmente la vida. Y valió la pena, realmente ha valido la pena el haber entrado a este estudio, porque le vuelvo a decir, fue una experiencia muy grata, muy diferente. .. Fue una experiencia bastante buena, bastante fuerte sí, pero al final muy buena."</i></p>
--	---

6.3 Conclusiones

Los hallazgos cualitativos de la fase 3 evidencian que, si bien ambos tratamientos fueron valorados positivamente, existen diferencias importantes en la experiencia terapéutica que podrían influir en la adherencia y efectividad del proceso terapéutico. La estructura del tratamiento, el automonitoreo y la comprensión de los síntomas fueron elementos transversales percibidos como útiles. Sin embargo, el malestar experimentado durante la Exposición Prolongada fue más intenso y frecuente, lo que podría explicar las mayores tasas de abandono en ese grupo. Por otro lado, aunque el acceso a la autocompasión fue desafiante en la CFT, la relación terapéutica fue descrita como más cercana y compasiva, lo cual puede haber facilitado cambios emocionales profundos. Estas diferencias resaltan la importancia de considerar las características y preferencias individuales al elegir un tratamiento, con el fin de favorecer la permanencia y maximizar los beneficios terapéuticos.

7. Discusión general

El Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C) es un diagnóstico que se introdujo recientemente con el fin de diferenciar manifestaciones postraumáticas más complejas. Para ser diagnosticado con TEPT-C se requiere la presencia de los síntomas clásicos del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT): reexperimentación, hiperactivación y evitación, además de 3 síntomas que componen el clúster de Alteraciones en la Autoorganización (AAO): desregulación emocional, alteraciones en las relaciones y autoconcepto negativo.

A pesar de que hay investigaciones que muestran que las terapias establecidas para TEPT son efectivas para TEPT-C, estas se han asociado a una menor efectividad del tratamiento y un mayor abandono de este (Burbach et al., 2024). Asimismo, existe poca información en relación con la efectividad de estos tratamientos para los síntomas de AAO. Por lo anterior, se hace evidente la necesidad de evaluar diversos tratamientos y su impacto en la sintomatología que compone el TEPT-C.

Por ello, el objetivo de esta investigación fue evaluar la efectividad de la Terapia Centrada en la Compasión (CFT) en personas con TEPT-C. Con el fin de llevar a cabo una exploración más completa, la evaluación se llevó a cabo mediante una metodología mixta. Para ello, el estudio consistió en 3 fases.

La primera fase estuvo orientada a evaluar las propiedades psicométricas de los instrumentos que serían utilizados en la investigación y que no habían sido validados previamente. La segunda fase, tuvo como objetivo evaluar cuantitativamente la efectividad de la Terapia Centrada en la Compasión en personas con TEPT-C. Finalmente, en la última fase se indagó cualitativamente la experiencia de los participantes que finalizaron el tratamiento.

En la primera fase, para cada instrumento se evaluaron los modelos identificados en los estudios originales para cada escala. Los resultados mostraron que, para cada instrumento, había al menos 1 modelo con un ajuste adecuado.

Por lo anterior, se concluye que el Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ), la Escala de Formas de Auto-Crítica/Ataque y Auto-Tranquilizarse (FSCRS), la Escala de los otros como causantes de vergüenza (OAS) y las Escalas de Implicación y Acción Compasivas (CEAS) son instrumentos válidos para su utilización en población mexicana.

A la par de la validación de instrumentos, se evaluó la diferencia en puntajes de cada uno de los instrumentos en relación con los grupos derivados del ITQ: Sin diagnóstico, TEPT, AAO y TEPT-C. Se encontró que hay diferencias en los niveles de las variables evaluadas. Para autocrítica (medida por el FSCRS) y vergüenza (medida por el OAS), los puntajes más bajos se encontraron en el grupo sin diagnóstico, seguido por el grupo de TEPT, después el de AAO y los puntajes más altos en el grupo de TEPT-C. En autocompasión y compasión de otros (medidos por el CEAS), los puntajes más bajos los presentó el grupo de TEPT-C, seguido por el de AAO, después TEPT y el puntaje más alto, en el grupo sin diagnóstico. En compasión a otros (medido por el CEAS), los grupos presentaron puntajes similares. Estos resultados sugieren que el TEPT-C efectivamente, está vinculado a altos niveles de vergüenza y autocrítica y bajos niveles de autocompasión y compasión de otros.

Como se señaló previamente, para ser diagnosticado con TEPT-C se deben presentar los síntomas de TEPT y de AAO, si sólo se presentan los de TEPT el diagnóstico es TEPT, pero si sólo se cumplen con los de AAO, se considera que no hay diagnóstico. Sin embargo, los resultados obtenidos en aquellos participantes que sólo cumplían con los criterios de AAO, muestran que las personas con estas características presentan niveles de vergüenza, autocrítica y compasión,

similares a los de las personas con TEPT-C. Estos resultados son consistentes con estudios que han relacionado las AAO con problemáticas como suicidalidad (Chong et al., 2024), síntomas somáticos (Kuhar & Zager Kocjan, 2022; Sakuma et al., 2024) la transmisión del TEPT a parejas (Bachem et al., 2021) y síntomas psicóticos positivos, haciendo evidente el impacto de estos síntomas más allá de los síntomas clásicos de TEPT.

En relación con la segunda fase de la investigación, una de las limitaciones identificadas en la investigación de CFT es que gran parte de la investigación realizada a la fecha, son estudios observacionales o con grupo control de lista de espera o tratamiento usual. Es por ello, que se decidió que en esta fase el grupo control recibiría el estándar de oro para TEPT, Exposición Prolongada (EP).

En las personas con TEPT-C, el análisis de intento de tratar (ITT) mostró una diferencia significativa en la mayor parte de las variables, sin diferencia entre los tratamientos. Estos resultados son consistentes con estudios previos de CFT en personas con estrés postraumático en donde se observó una disminución en síntomas postraumáticos, vergüenza, autocrítica, depresión y ansiedad, así como un aumento en autocompasión (McLean et al., 2022; Romaniuk et al., 2023). Lo anterior permite inferir que la CFT es un tratamiento efectivo para TEPT-C con resultados equiparables a EP y si tomamos en consideración que en el grupo de CFT hubo una tasa menor de abandono, la CFT podría ser una opción para aquellos que rechazan EP.

Por otra parte, se encontraron diferencias entre los tratamientos en las variables de compasión a otros y compasión de otros. El grupo que recibió EP mostró una disminución significativa en los puntajes de compasión a otros, efecto que no se vio en el grupo que recibió EP. Esto podría explicarse tomando en consideración que uno de los componentes de la EP es el procesamiento emocional de la memoria traumática, en donde una respuesta conocida es que

puede aumentar el nivel de enojo hacia los agresores (Harned, 2022), lo cual podría explicar la disminución de la compasión a otros.

En cuanto compasión de otros, en el grupo que recibió CFT hubo un aumento en los puntajes, lo que sugiere que las personas que recibieron este tratamiento pudieron haber hecho cambios que les permitieron recibir o percibir una mayor compasión de otros. Esto podría sustentar que el mecanismo de cambio en CFT es la compasión y que esta funciona en tres flujos: autocompasión, compasión a otros y compasión de otros, sin embargo, no se encontraron estudios que hubieran evaluado compasión de y a otros.

Considerando que en la fase 1 se identificó que las personas que cumplían únicamente con los criterios diagnósticos de Alteraciones en la Autoorganización (AAO) presentaban puntajes sintomáticos comparables a los del grupo con TEPT-C, se decidió incluirlas en la fase de intervención. En total, 22 participantes de este subgrupo fueron asignados aleatoriamente a recibir EP o CFT. Dado el alto porcentaje de datos perdidos en esta muestra, no fue posible realizar un análisis por intención de tratar, por lo que se recurrió exclusivamente a un análisis por protocolo.

Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas en variables asociadas al trauma, particularmente en los síntomas correspondientes al clúster de AAO. Además, se observó una reducción significativa en los niveles de depresión, ansiedad y estrés exclusivamente en los participantes que recibieron CFT, mientras que en aquellos que recibieron EP, las diferencias significativas se limitaron a la variable de ansiedad. Estos hallazgos sugieren que la CFT podría ejercer un impacto específico en dimensiones centrales de la AAO, como la desregulación emocional, el autoconcepto negativo y las dificultades relacionales.

Asimismo, la reducción observada en depresión y ansiedad entre quienes recibieron CFT es consistente con estudios previos que han documentado el efecto positivo de este enfoque en síntomas emocionales severos (Millard et al., 2023). No obstante, debe señalarse que el tamaño reducido de la muestra limita la generalización de los resultados. Dada la alta tasa de abandono observada, se sugiere que futuras investigaciones aborden específicamente la eficacia de CFT en poblaciones que presentan únicamente síntomas de AAO.

Finalmente, en cuanto a la fase 3, el análisis temático mostró que hubo temas que se repitieron en los 2 tratamientos, pero también hubo diferencias notables. En ambos tratamientos los participantes hablaron sobre la utilidad de la estructura del modelo, ya que ayudaba a que los participantes percibieran que había un objetivo específico del tratamiento. Estos resultados son consistentes al estudio realizado por Booyesen and Kagee (2023) quienes llevaron a cabo un análisis temático de la experiencia de sobrevivientes de trauma, identificando que uno de los temas era la estructura del tratamiento, en donde los participantes señalaron como positivo que la terapia tuviera una estructura y un objetivo definido ya que esto les ayudaba a saber qué esperar del proceso y enfocarse en un tema en particular y no múltiples temas.

Si bien, existen clínicos que se basan en un manejo más libre de las sesiones, los resultados del análisis cualitativo sugieren que el mantener una estructura clara en cada una de las sesiones, es percibido como útil para los participantes con TEPT-C. Aunado a esto, los participantes hablaron de la utilidad de llevar un registro semanal de sus emociones. Si bien, este registro estaba orientado a la recopilación de información para la investigación, resultó en una estrategia que permitió el automonitoreo, el cual es identificado como una estrategia que permite el cambio (De Jong et al., 2014).

Asimismo, en ambos grupos se habló del malestar asociado al tratamiento, sin embargo, esto fue más evidente en quienes recibieron EP. La EP implica la exposición imaginaria y el procesamiento emocional de la memoria traumática de forma repetida, lo que suele ser altamente aversivo para los consultantes. Hundt et al. (2020) en su estudio acerca del abandono de EP encontraron que la razón más frecuente para abandonar el tratamiento fue la creencia de que la terapia era muy difícil o estresante. Esto podría explicar por qué hubo un porcentaje mayor de abandono en el grupo de EP. En cuanto al proceso mediante CFT, el protocolo incluye una sesión en la que se trabaja con una memoria asociada a la vergüenza, sin embargo, el resto de las sesiones no abordan de forma directa las memorias traumáticas. A pesar de lo anterior, los participantes señalaron que el proceso también implicó recordar partes dolorosas de su vida, lo cual implicó un aumento del malestar. Por lo anterior, se sugiere que al tratar a personas con TEPT-C, se haga hincapié en que el tratamiento puede implicar malestar, que es temporal y después habrá una mayor mejoría. Esto resulta de gran importancia ya que puede haber una expectativa de que asistir a psicoterapia es algo que te debe hacer sentir bien y cuando enfrentan el malestar asociado al trabajo en trauma eso podría facilitar el abandono del tratamiento. Sin embargo, los participantes señalaron que fue un malestar que valió la pena, lo cual es consistente con estudios previos (Hundt et al., 2017).

En el grupo de CFT se señaló como un problema la dificultad para entrar en contacto con el yo compasivo. Lawrence and Lee (2014) realizaron un estudio para indagar la experiencia de personas que recibieron CFT para el tratamiento de trauma, identificando que uno de los temas fue una experiencia aversiva y ajena al desarrollar la autocompasión. Las personas con trauma complejo parten de experiencias relacionales que han sido asociadas a la vergüenza, lo cual explica como al entrar en contacto con una perspectiva compasiva hacia uno mismo, se convierta en una experiencia amenazante.

En cuanto a los mecanismos de cambio, ambos enfoques comparten el poder entender sus reacciones a partir del diagnóstico y la relación terapéutica. Sin embargo, aunque el tema de la relación terapéutica aparece en ambos tratamientos, en EP los terapeutas se describen como facilitadores empáticos, mientras que en CFT los terapeutas fueron descritos desde las cualidades de un modelo compasivo. Estas descripciones sugieren que la forma en que se manifiesta la relación terapéutica es más cercana en un tratamiento basado en CFT, lo que podría explicar que quienes recibieron CFT tuvieron un aumento en la percepción de la compasión recibida de otros. La forma de la relación terapéutica en CFT es consistente con los mecanismos de cambio descritos en CFT en donde los ejercicios del entrenamiento compasivo y el dirigir la compasión hacia uno mismo, se identificaron como mecanismos específicos para CFT. Es decir, se sustenta que el mecanismo de cambio fundamental en CFT es la compasión, mientras que la habituación y el resolver el evento (el procesamiento emocional) fueron los mecanismos específicos en EP. Investigaciones posteriores podrían probar los mecanismos de cambio en CFT desde otras metodologías.

A pesar de las diferencias en los procesos, los cambios en autoconcepto, relaciones y regulación de emociones, se presentaron en los 2 tratamientos, así como la gratitud por el tratamiento y el deseo de que otros tuvieran acceso a él.

El tomar en consideración las diferencias en la experiencia en cada uno de los tratamientos podría ser una estrategia útil para identificar el tratamiento más adecuado en relación con las características y preferencias de los consultantes, disminuyendo el índice de abandono o incluso aumentando los beneficios obtenidos.

8. Conclusiones

El estudio realizado ha proporcionado una comprensión más profunda del Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C), resaltando la importancia de este diagnóstico reciente en la identificación de manifestaciones postraumáticas más complejas.

El Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ), la Escala de Formas de Auto-Crítica/Ataque y Auto-Tranquilizarse (FSCRS), la Escala de los Otros como Causantes de Vergüenza (OAS), y las Escalas de Implicación y Acción Compasivas (CEAS), son instrumentos válidos, que pueden aportar información valiosa para el tratamiento de trauma.

Los resultados obtenidos en la evaluación de la Terapia Centrada en la Compasión (CFT), los resultados sugieren que CFT es un tratamiento efectivo para TEPT-C y AAO, siendo una posible opción para quienes rechazan los tratamientos convencionales. Y estos resultados se dan no sólo en síntomas postraumáticos sino también en vergüenza, autocrítica, depresión, ansiedad, estrés y disociación.

El análisis temático, evidenció que existen diferencias y similitudes entre los tratamientos, que al ser consideradas a la hora de seleccionar el tratamiento, podrían generar mayores beneficios en los consultantes.

En conclusión, el estudio sugiere que tanto la CFT como la EP son tratamientos viables y efectivos para el TEPT-C, cada uno con sus propios mecanismos de cambio y efectos en las dinámicas interpersonales relacionadas con el trauma. Las futuras investigaciones deberían centrarse en definir más claramente los mecanismos de cambio específicos de la CFT para optimizar los enfoques de tratamiento para esta población.

Anexos

Anexo A

Consentimiento Informado

(versión publicada en línea)

Gracias por tu interés en la investigación sobre el impacto del trauma psicológico. Este estudio busca conocer más sobre los efectos de la experiencia de trauma y a partir de ello identificar tratamientos que resulten efectivos. Este estudio está dirigido por la Doctorante Sara Patricia Ríos Mercado de la Universidad Iberoamericana de la Ciudad de México.

Este estudio consta de 2 partes. En la primera parte, se pide que los participantes respondan una serie de preguntas que toman alrededor de 15 minutos. Los participantes de la primera parte, tendrán la posibilidad de ingresar a la segunda fase del estudio en donde recibirán de 12 a 15 sesiones de psicoterapia gratuita por estudiantes de maestría.

En la siguiente página se te dará más información sobre el estudio y se te preguntará si estás interesado en participar. Si estás de acuerdo en participar, entonces se te pedirá responder el cuestionario y proporcionar un correo electrónico y un número telefónico en el que se te pueda localizar en caso de que seas elegible para participar en la segunda fase del estudio.

Para ser elegible para el estudio, debes:

- Tener entre 18 y 65 años
- Nacionalidad mexicana
- Ser capaz de leer y escribir
- Haber estado expuesto al menos a un evento traumático
- Tener acceso a internet y un correo electrónico personal

Si cumples con los requisitos anteriores, te pedimos leer el consentimiento informado antes de responder la evaluación.

Universidad Iberoamericana

Consentimiento informado

Introducción

Has sido invitado a participar en nuestra investigación y deseamos que tengas la información necesaria antes de que des tu consentimiento para participar o no. **Esto es enteramente tu decisión. Si tú decides participar, puedes cambiar de opinión en el momento que lo desees.**

Antes de que tomes la decisión:

- Por favor lee cuidadosamente la información que aparece a continuación.
- Por favor haz preguntas sobre cualquier cosa que no esté del todo clara.

Siéntete libre de tomar tu tiempo para pensar sobre si deseas participar. Si lo requieres, podrás tener una copia de este consentimiento informado.

Información sobre el estudio

Este estudio busca conocer más sobre los efectos de la experiencia de trauma y a partir de ello identificar el impacto de algunos tratamientos establecidos. Has sido invitado a este estudio porque has experimentado al menos un evento traumático a lo largo de tu vida y puedes presentar síntomas de salud mental asociados a trauma psicológico.

Esta investigación se lleva a cabo como parte de un proyecto de investigación doctoral y puede llegar a ser publicado en revistas académicas y ser presentada en conferencias, SIEMPRE CUIDANDO LA CONFIDENCIALIDAD de todos los participantes.

Procedimiento

Este estudio tiene dos partes. Para participar en esta parte del estudio, debes:

- Tener entre 18 y 65 años
- Nacionalidad mexicana
- Ser capaz de leer y escribir
- Haber estado expuesto al menos a un evento traumático
- Tener acceso a internet y un correo electrónico personal

Parte 1: la participación en la parte 1 del estudio se espera que tome 15 minutos aproximadamente. Se te pedirá completar una serie de cuestionarios en línea y preguntas acerca de tus experiencias de trauma, los síntomas actuales asociados a esto, así como otras actitudes con respecto a ti mismo(a).

Parte 2: dependiendo de los resultados obtenidos en las escalas, se seleccionará un grupo de participantes que podrán tener de 12 a 15 sesiones de psicoterapia gratuita en línea por estudiantes o recién egresados de maestría. De ser elegible para esta fase, nos comunicaremos contigo, por lo que te agradeceremos dejar un correo de contacto.

Riesgos

Aunque no existe un riesgo significativo al participar en este estudio, es posible que al recordar eventos traumáticos y responder preguntas asociadas a esto, experimentes malestar. Estos riesgos se ha encontrado que son menores y de corta duración.

Beneficios

Tu participación en cualquiera de las partes del estudio ayudará a tener un mejor entendimiento de las personas con experiencias de trauma complejo.

Asimismo, de ser seleccionado para la segunda parte, recibirás tratamientos que han mostrado su efectividad para el manejo de los efectos del trauma psicológico, lo que resultará en un beneficio directo. Asimismo, ayudarás a aumentar el conocimiento sobre la manera en que los psicoterapeutas podemos atender a las personas que presentan este tipo de sintomatología.

Si lo desea, puedes enviar un correo electrónico a investigadora responsable para enviarte una copia de las publicaciones que se escriban basadas en esta investigación.

Confidencialidad

A todos los participantes se les asignará un número de identificación para proteger sus identidades. Los datos recolectados serán almacenados en servidores seguros y la información publicada será tratada de forma tal que se mantenga el anonimato de TODOS los participantes.

Participación voluntaria.

Tomar parte de este estudio es voluntario. Tienes el derecho a dejar el estudio en cualquier momento. Para ello, basta que cierres o abandones la página web con el cuestionario.

Información de contacto

Si tienes alguna duda, o deseas que se te haga llegar este consentimiento informado, puedes contactar a las investigadoras.

Investigadora responsable: Doctorante Sara Patricia Ríos Mercado

Correo: psic.sara.rios@gmail.com

Investigadora asociada: Maestrante Diana Cruz González

Correo: d14n4cruzg@gmail.com

Haciendo clic en el botón “siguiente”, usted confirma que ha leído y comprendido esta descripción y está de acuerdo con participar del estudio

ITQ - Estadísticos Descriptivos

Estadísticos Descriptivos

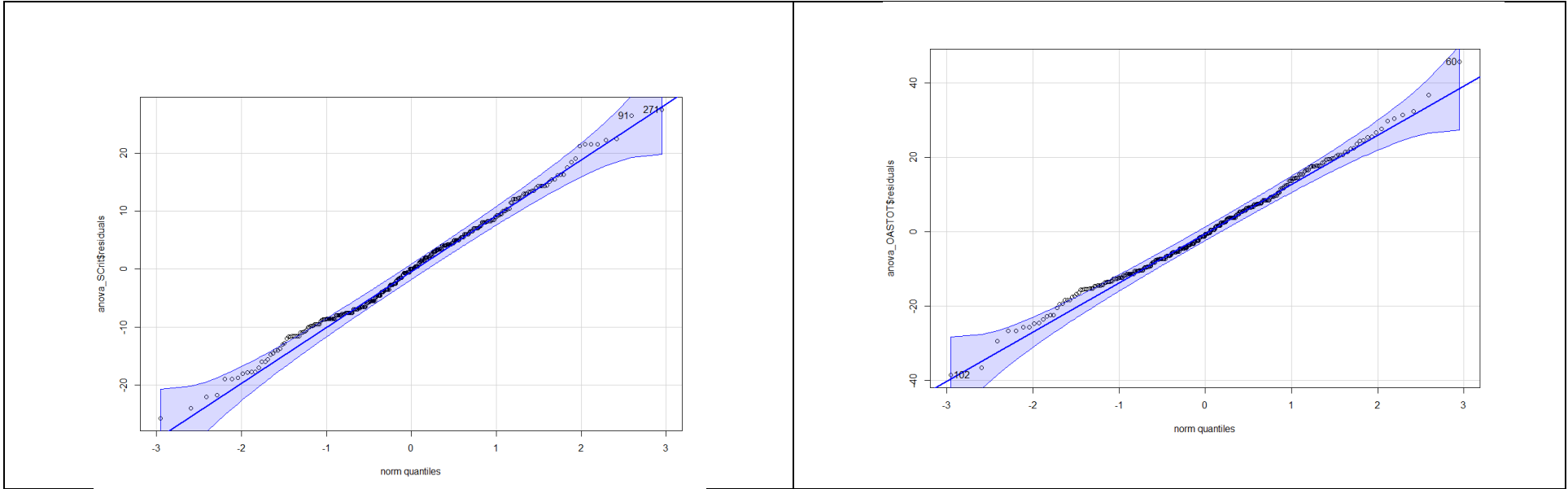
[illegible]

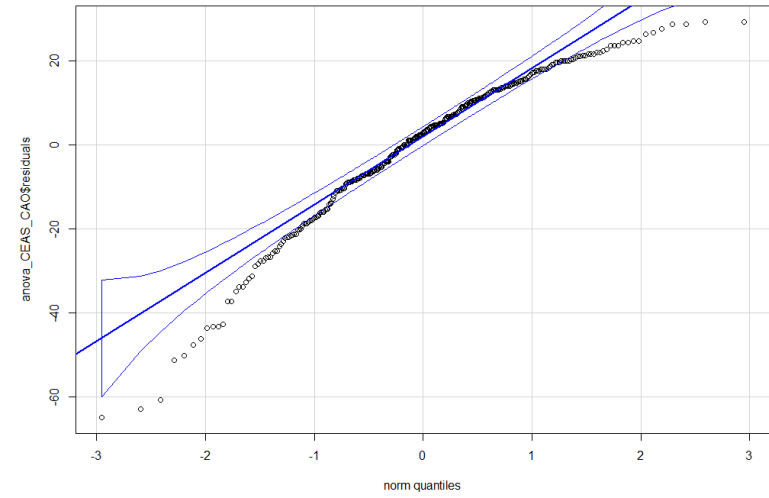
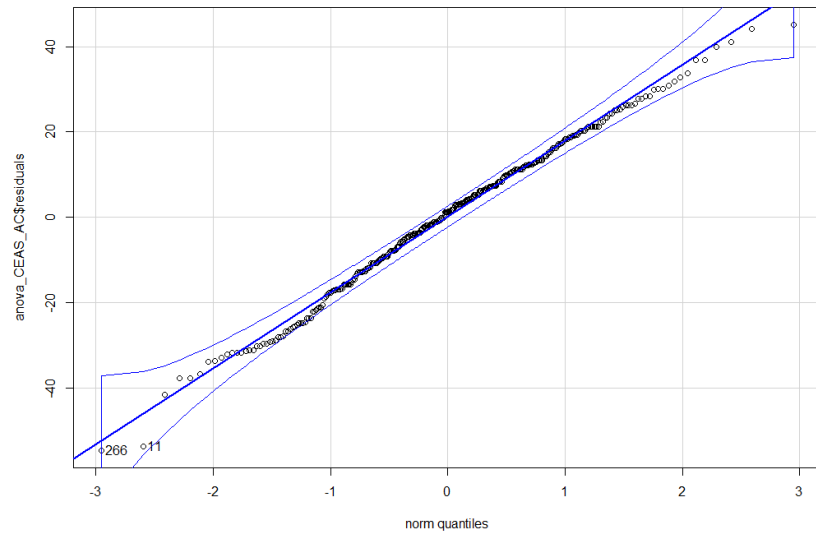
FSCRS - Estadísticos Descriptivos

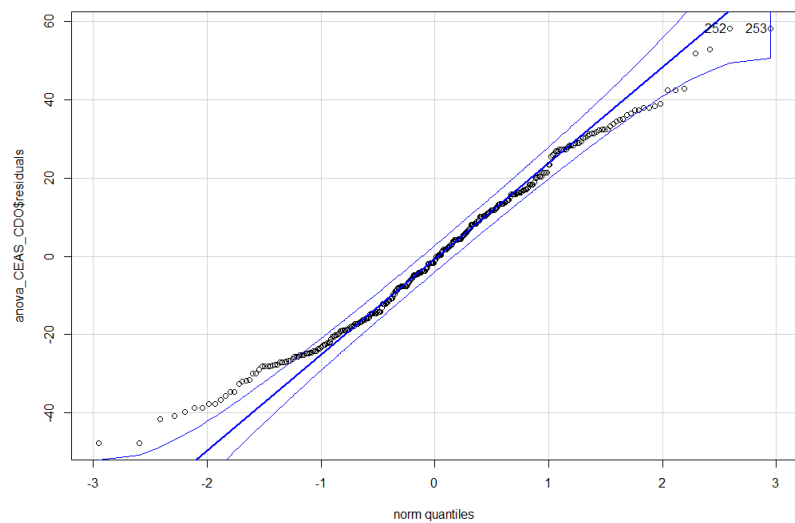
Estadísticos Descriptivos

[illegible]

Anexo C







Anexo D

CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA TOMA DE FOTOS, AUDIO y VIDEOGRABACION PARA PARTICIPANTES

Título de la investigación: Efectividad de la Terapia Centrada en la Compasión en personas con TEPT-C

Nombre investigador/a responsable: Mtra. Sara Patricia Ríos Mercado

Institución: Universidad Iberoamericana

Como parte de su participación en la investigación, le pedimos nos permita tomar audio/videograbación, *con objeto de reproducir el contenido de la sesión para poder hacer análisis de casos y asegurar la fidelidad y calidad del tratamiento*. Solo el equipo de investigación podrá escuchar (ver) las grabaciones.

Beneficios: recibirás un tratamiento que ha mostrado su efectividad para el manejo de los efectos del trauma psicológico, lo que resultará en un beneficio directo. Asimismo, ayudarás a aumentar el conocimiento sobre la manera en que los psicoterapeutas podemos atender a las personas que presentan este tipo de sintomatología.

Si lo desea, puedes enviar un correo electrónico a la investigadora responsable para enviarte una copia de las publicaciones que se escriban basadas en esta investigación.

Confidencialidad: Su nombre siempre será confidencial, ya que no se mencionará en las fotografías/audio/videograbación. Tampoco aparecerá en los documentos relacionados al proyecto y/o intervención, ni en la exposición/publicación de estas. Las fotografías/audio/videograbación original las conservará el(la) investigador(a) responsable en un lugar seguro.

Riesgos Potenciales/Compensación: Aunque no existe un riesgo significativo al participar en este estudio, es posible que al recordar eventos traumáticos y responder preguntas asociadas a esto, experimentes malestar. Estos riesgos se ha encontrado que son menores y de corta duración. Usted no recibirá ningún pago por permitirnos tomar las fotografías/videograbación, y tampoco implicará algún costo para usted.

Participación Voluntaria/Retiro: Su participación es totalmente voluntaria. Es decir, Usted no está obligado(a) a permitir que se le tome una fotografía/audio/videograbación. Tiene todo el derecho de negarse a participar, sin embargo, al no acceder a que se grabe la sesión, no se podrá continuar en la investigación.

Contacto: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con el responsable del proyecto: *Mtra. Sara Patricia Ríos Mercado* al siguiente correo: psic.sara.rios@gmail.com

Al firmar este formulario, estoy permitiendo que el investigador me grabe en audio o video como parte de esta investigación.

_____ (Nombre, firma, lugar y fecha)



Ciudad de México a 2 de mayo de 2022.

Comisión de Ética del Departamento de Psicología.

Resultado de Dictamen.


Sara Patricia Ríos Mercado.

Presente.

Por este medio le comunico el resultado del dictamen del proyecto titulado **Efectividad de la Terapia Focalizada en la Compasión en personas con TEPT-C** con número de registro **2022-02-005** que sometió a consideración de esta Comisión.

De acuerdo con las observaciones de las y los integrantes de esta Comisión, el proyecto fue **Aprobado** en la sesión ordinaria 2022-2, llevada a cabo el 28 de abril del presente año.

Atentamente,
"LA VERDAD NOS HARÁ LIBRES"



Dr. Sergio Molano Romero
Presidente de la Comisión de Ética.
Departamento de Psicología.
Universidad iberoamericana, CDMX.

Anexo F

CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA TOMA DE FOTOS, AUDIO y VIDEOGRABACION PARA COLABORADORES

Título de la investigación: Efectividad de la Terapia Centrada en la Compasión en personas con TEPT-C

Nombre investigador/a responsable: Mtra. Sara Patricia Ríos Mercado

Institución: Universidad Iberoamericana

Como parte de su participación en la investigación, le pedimos nos permita tomar audio/videograbación, *con objeto de reproducir el contenido de la sesión para poder hacer análisis de casos y asegurar la fidelidad y calidad del tratamiento*. Solo el equipo de investigación podrá escuchar (ver) las grabaciones.

Beneficios: recibirás entrenamiento y supervisión en dos tratamientos que ha mostrado su utilidad para el manejo de los efectos del trauma psicológico, lo que resultará en un beneficio directo. Asimismo, ayudarás a aumentar el conocimiento sobre la manera en que los psicoterapeutas podemos atender a las personas que presentan este tipo de sintomatología.

Si lo desea, puedes enviar un correo electrónico a la investigadora responsable para enviarte una copia de las publicaciones que se escriban basadas en esta investigación.

Confidencialidad: Su nombre siempre será confidencial, ya que no se mencionará en las fotografías/audio/videograbación. Tampoco aparecerá en los documentos relacionados al proyecto y/o intervención, ni en la exposición/publicación de estas. Las fotografías/audio/videograbación original las conservará el(la) investigador(a) responsable en un lugar seguro.

Riesgos Potenciales/Compensación: Aunque no existe un riesgo significativo al participar en este estudio, es posible que trabajar con personas con trastornos asociados a trauma psicológico, experimentes malestar. Estos riesgos se ha encontrado que son menores y de corta duración. Usted no recibirá ningún pago por permitirnos tomar las fotografías/videograbación, y tampoco implicará algún costo para usted.

Participación Voluntaria/Retiro: Su participación es totalmente voluntaria. Es decir, Usted no está obligado(a) a permitir que se le tome una fotografía/audio/videograbación. Tiene todo el derecho de negarse a participar, sin embargo, al no acceder a que se grabe la sesión, no se podrá continuar en la investigación.

Contacto: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con el responsable del proyecto: *Mtra. Sara Patricia Ríos Mercado* al siguiente correo: psic.sara.rios@gmail.com

Al firmar este formulario, estoy permitiendo que el investigador me grabe en audio o video como parte de esta investigación.

_____ (Nombre, firma, lugar y fecha)

Anexo G**CARTA DE COMPROMISO CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN**
(Para ayudantes o personas que tengan acceso a la información)

Título de la investigación: Efectividad de la Terapia Centrada en la Compasión en personas con TEPT-C

Nombre investigador/a responsable: Mtra. Sara Patricia Ríos Mercado

Institución: Universidad Iberoamericana

Yo _____,
por medio de la presente declaración, me comprometo a:

Mantener la más estricta reserva y no realizar ningún comentario sobre el contenido de la información y actuar bajos estrictos criterios de confidencialidad. Así también, me comprometo a eliminar la información digital del computador, una vez entregada al investigador principal, la Mtra. Sara Patricia Ríos Mercado.

El presente compromiso me responsabiliza respecto de la información que me sea proporcionada, ya sea de forma oral, escrita, impresa, sonora, visual, electrónica, informática u holográfica, sin importar su fuente o fecha de elaboración.

La información que me sea proporcionada podría ser considerada, según el caso, como reservada, privilegiada y confidencial, en los términos de las leyes aplicables, por lo que me obligo a protegerla, reservarla, resguardarla y no divulgarla, utilizándola única y exclusivamente para llevar a cabo y cumplir con las actividades y obligaciones que expresamente me sean conferidas como parte de la investigación.

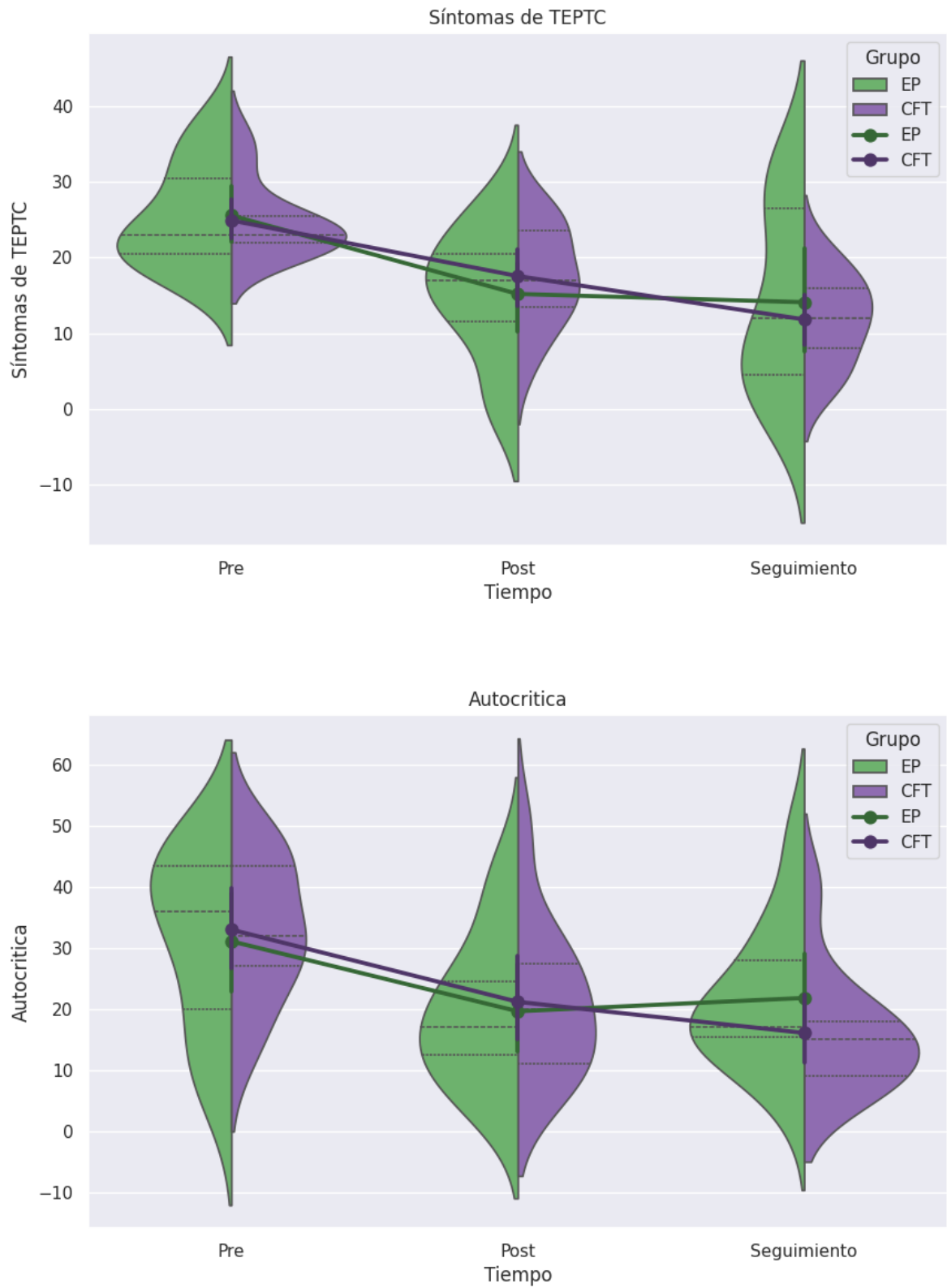
Es mi responsabilidad no reproducir, hacer pública o divulgar a terceros la información objeto de la presente Carta, y de cumplir con las medidas de seguridad adecuadas al tipo de documento con el que se trabaje.

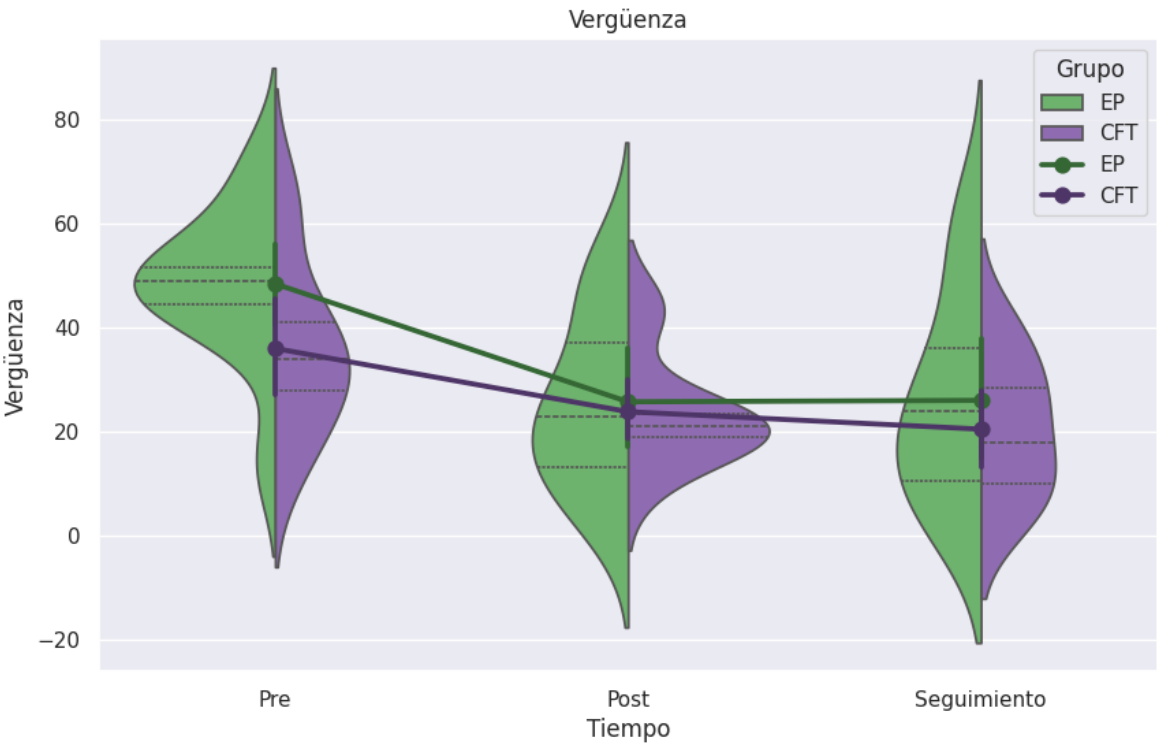
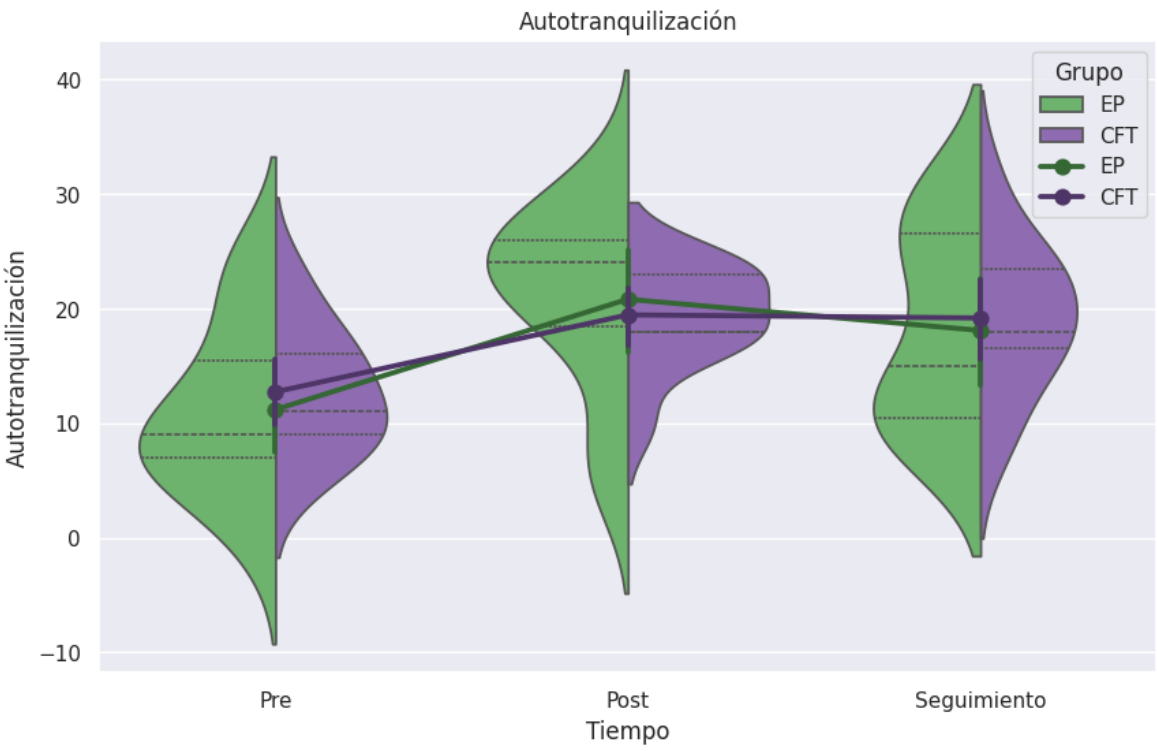
Para formalizar mi deber en este estudio, firmo a continuación.

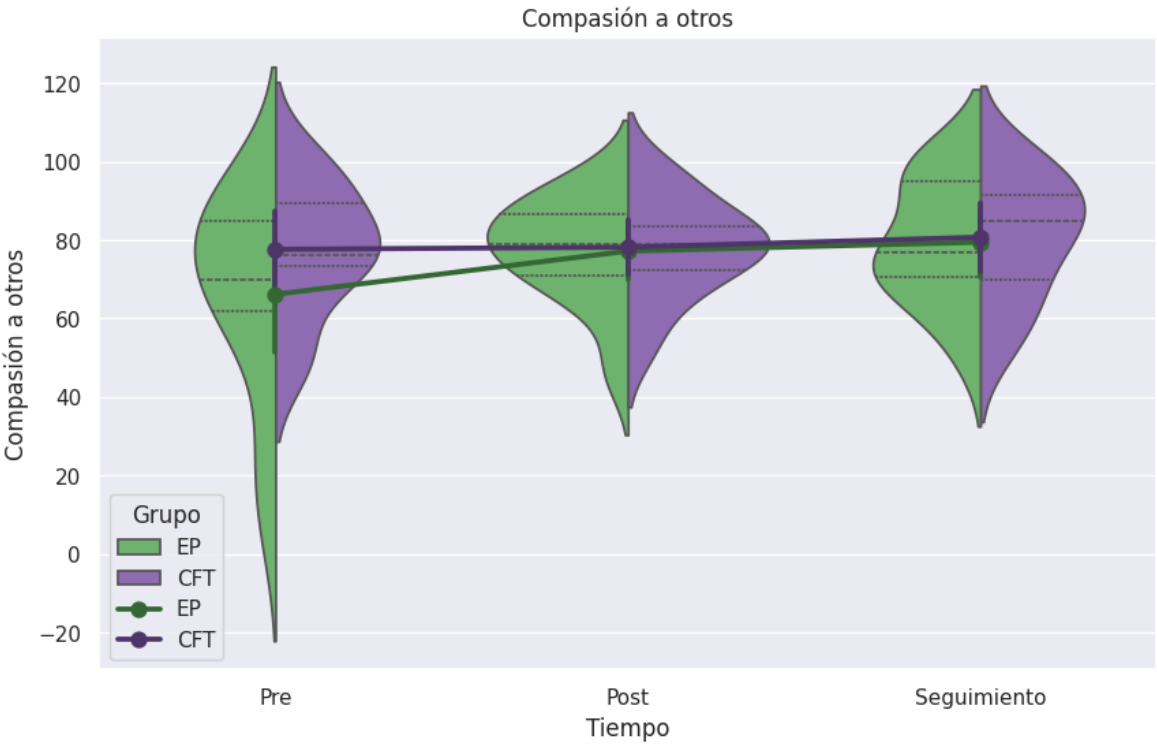
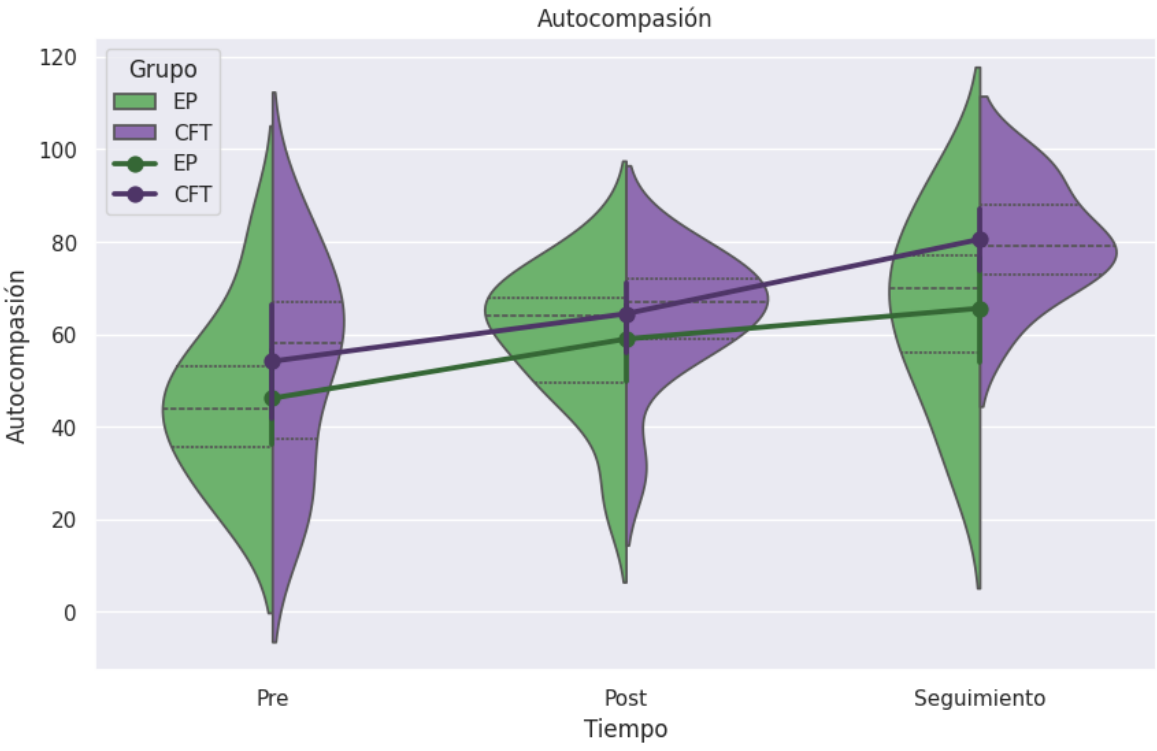
(Nombre, firma, lugar y fecha)

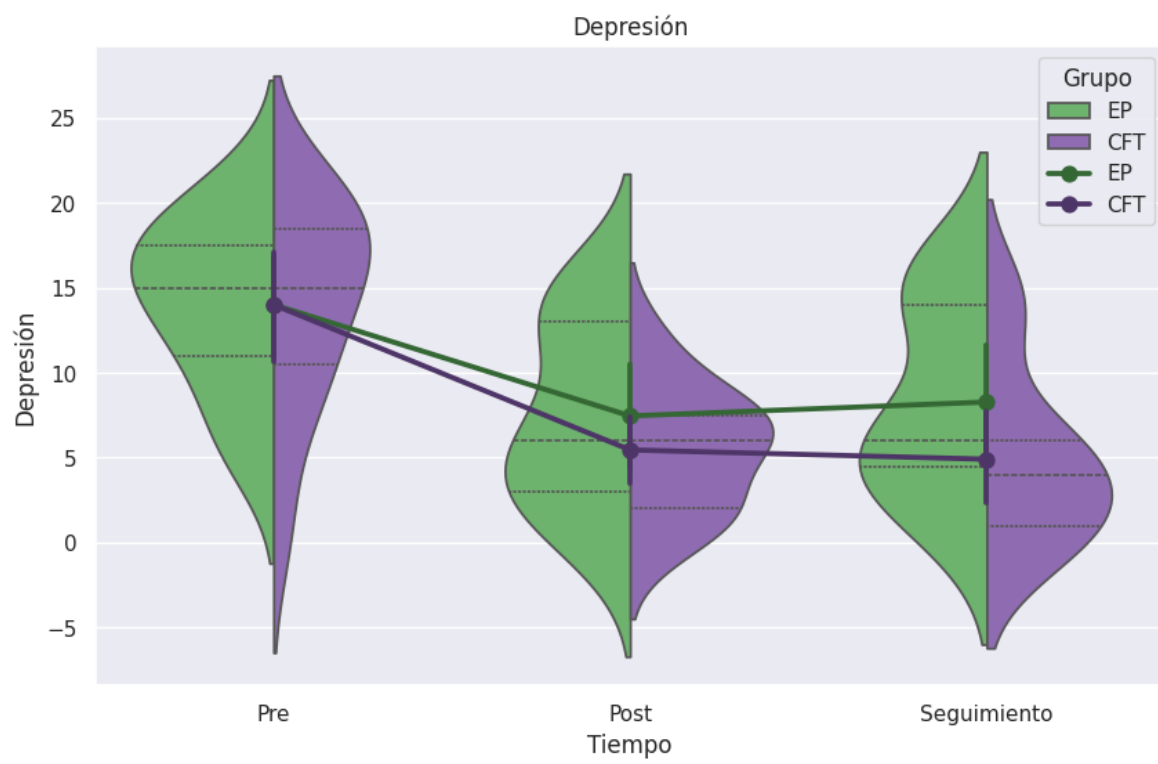
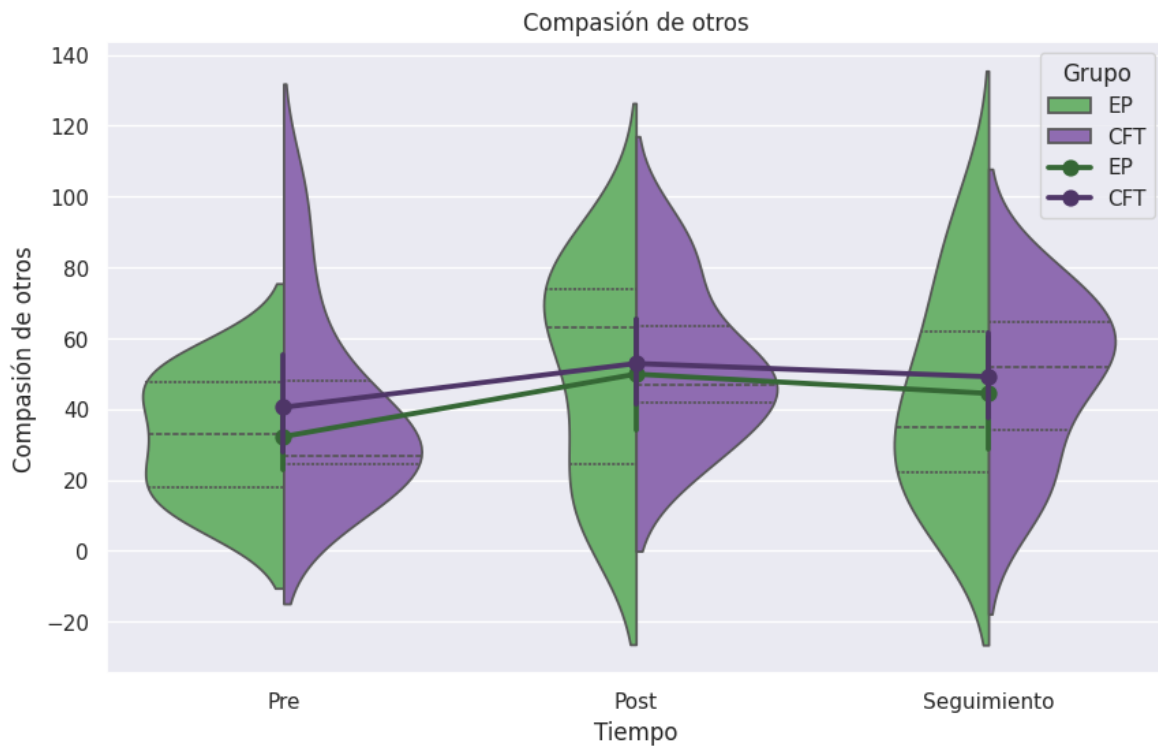
Anexo H

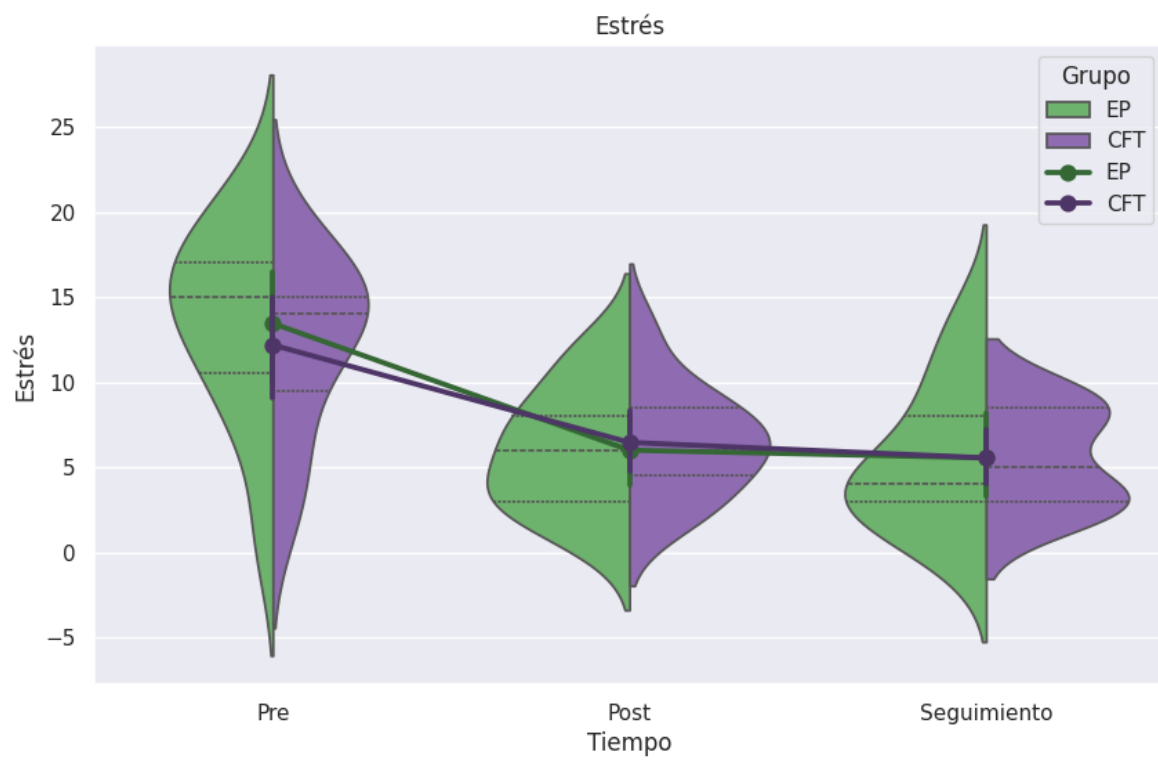
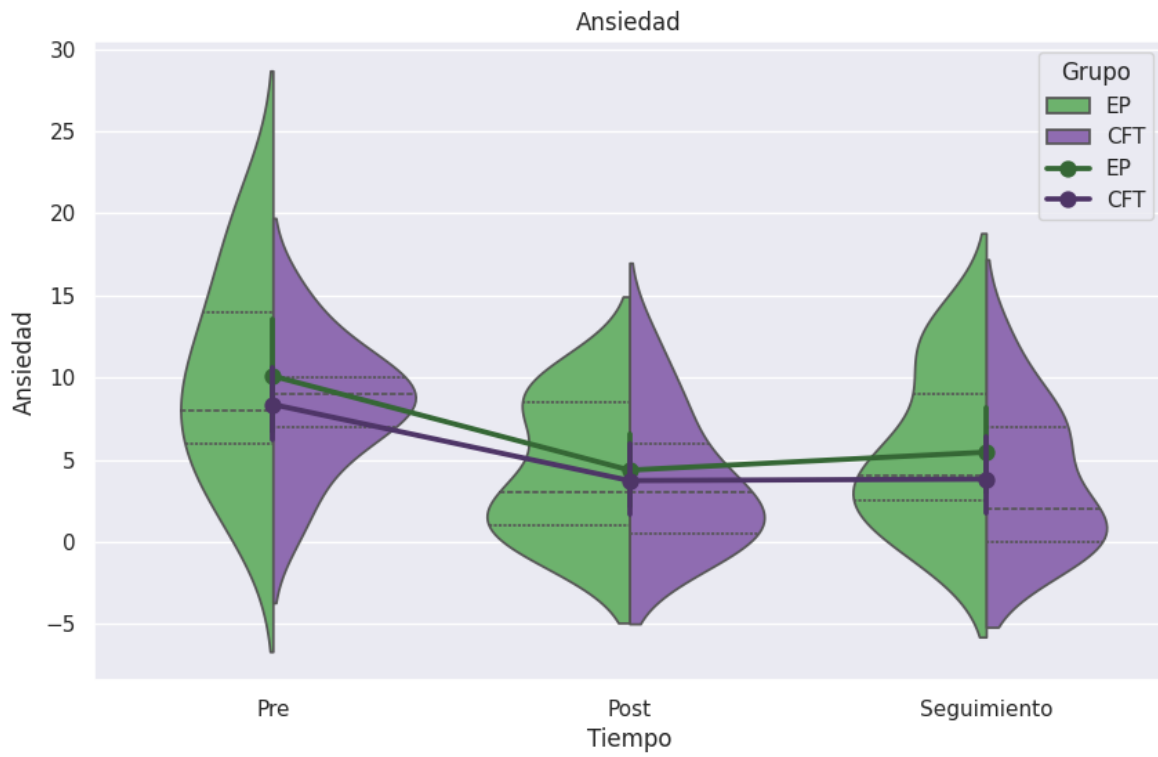
Gráficas del grupo de AAO

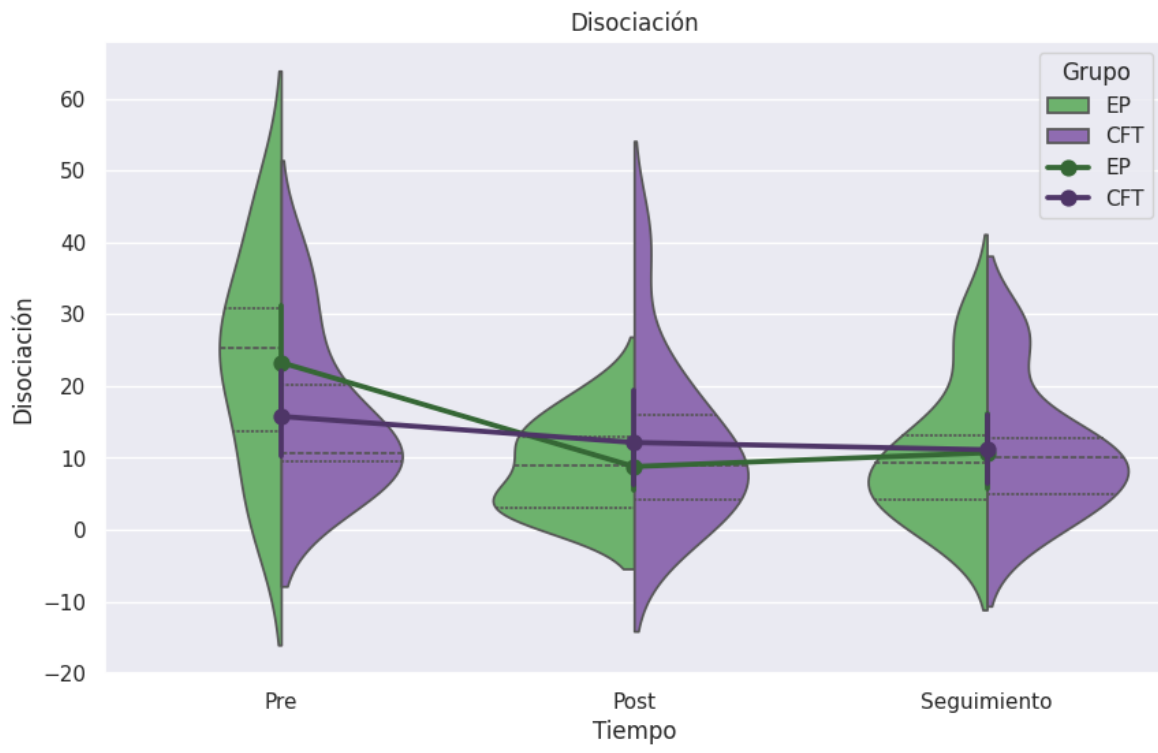












Anexo I

Guía de entrevista semiestructurada

Inicialmente, agradecer la entrevista y la participación en el proyecto. Explicar que la entrevista dura de 1 hora.

Especificar que estas preguntas se relacionan con su experiencia PREVIO a recibir la intervención.

Conocer el impacto de la experiencia de trauma

- ¿Cómo afectó tu vida el haber experimentado diversos eventos traumáticos?
- ¿Cuál o cuáles de los eventos traumáticos tuvieron un mayor impacto en tu vida? ¿Por qué?
- Tomando en consideración los síntomas del TEPT-C (hiperactivación, evitación, reexperimentación, desregulación emocional, autoconcepto negativo y dificultades interpersonales)/ Alteraciones en la Autoorganización (desregulación emocional, autoconcepto negativo y dificultades interpersonales) ¿Qué síntomas han causado un mayor sufrimiento en ti?
- ¿Qué área de tu vida ha sido la más afectada?
- ¿Qué estrategias utilizaste para lidiar con el malestar que experimentabas? Por ejemplo, acercarte a tu familia o la religión, aislarte, tomar alcohol, etc.

Experiencia previa con especialistas de salud mental

- ¿Previamente habías tomado terapia o tratamiento psiquiátrico?
- En caso afirmativo, ¿cómo fue tu experiencia?
- ¿recibiste algún otro diagnóstico? Por ejemplo, depresión, Trastorno Límite, etc.

A partir de aquí las preguntas tienen que ver con su experiencia DURANTE y DESPUÉS del tratamiento.

Explorar el impacto del diagnóstico de TEPT-C/AAO

- ¿Cómo te sentiste cuando recibiste el diagnóstico de TEPT-C/AAO?
- ¿Ha sido útil para ti conocer los efectos de haber experimentado diversos eventos traumáticos?

Conocer la vivencia durante la intervención de CFT

- ¿Cómo te sentiste durante la intervención?
- ¿Qué te gustó de la intervención?
- ¿Qué no te gustó de la intervención?
- ¿Qué encontraste útil de la intervención?
- ¿Qué no encontraste útil de la intervención?
- ¿Cómo te sentiste con tu terapeuta?
- ¿Qué de lo que hizo tu terapeuta te ayudó?
- ¿Qué de lo que hizo tu terapeuta no te ayudó?
- ¿Qué estrategias que utilizaron durante la terapia pudiste implementar en tu día a día?
- ¿Te sirvieron? ¿Algún ejercicio en particular?
- ¿Qué estrategias fueron difíciles de implementar?

- ¿Hay algo que cambiarías de la intervención?

Conocer el efecto de la intervención en su vida

- ¿Consideras que la intervención te ayudó?
- ¿Ha cambiado la forma en que experimentas las emociones a partir de haber recibido el tratamiento? (En intensidad, frecuencia o duración)
- ¿Ha cambiado la forma en que te relacionas con otros a partir de haber recibido el tratamiento? ¿De qué forma ha cambiado?
- ¿Ha cambiado la forma en que te ves a ti misma/o a partir de haber recibido el tratamiento? ¿De qué forma ha cambiado?

¿Hay algo más que quisieras decir en relación a tu experiencia en la investigación?

Seguimiento

- ¿Te podemos contactar en 6 meses para responder el cuestionario de nuevo?

Referencias

- Acierno, R., Knapp, R., Tuerk, P., Gilmore, A. K., Lejuez, C., Ruggiero, K., Muzzy, W., Egede, L., Hernandez-Tejada, M. A., & Foa, E. B. (2017). A non-inferiority trial of Prolonged Exposure for posttraumatic stress disorder: In person versus home-based telehealth. *Behaviour Research and Therapy*, 89, 57-65.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.11.009>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Author.
- Antony, M., Bieling, P., Cox, B., Enns, M., & Swinson, R. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 10, 176-181. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.176>
- Asano, K., Tsuchiya, M., Okamoto, Y., Ohtani, T., Sensui, T., Masuyama, A., Isato, A., Shoji, M., Shiraishi, T., Shimizu, E., Irons, C., & Gilbert, P. (2022). Benefits of group compassion-focused therapy for treatment-resistant depression: A pilot randomized controlled trial. *Front Psychol*, 13, 903842. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.903842>
- Asociación Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Au, T. M., Sauer-Zavala, S., King, M. W., Petrocchi, N., Barlow, D. H., & Litz, B. T. (2017). Compassion-Based Therapy for Trauma-Related Shame and Posttraumatic Stress: Initial Evaluation Using a Multiple Baseline Design. *Behavior Therapy*, 48(2), 207-221. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.012>
- Bachem, R., Levin, Y., Yuval, K., Langer, N. K., Solomon, Z., & Bernstein, A. (2024). Complex posttraumatic stress disorder in intergenerational trauma transmission among Eritrean asylum-seeking mother-child dyads. *Eur J Psychotraumatol*, 15(1), 2300588. <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2300588>
- Bachem, R., Levin, Y., Zerach, G., Cloitre, M., & Solomon, Z. (2021). The interpersonal implications of PTSD and complex PTSD: The role of disturbances in self-organization. *Journal of Affective Disorders*, 290, 149-156.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.04.075>
- Barbieri, A., Visco-Comandini, F., Fegatelli, D., Schepisi, C., Russo, V., Calò, F., Dessì, A., Cannella, G., & Stellacci, A. (2019). Complex trauma, PTSD and complex PTSD in African refugees. *European Journal of Psychotraumatology*, 10. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1700621>
- Bateman, A., Rüfenacht, E., Perroud, N., Debbané, M., Nolte, T., Shaverin, L., & Fonagy, P. (2024). Childhood maltreatment, dissociation and borderline personality disorder: Preliminary data on the mediational role of mentalizing in complex post-traumatic stress disorder. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 97, 58-74. <https://doi.org/10.1111/papt.12514>
- Beaumont, E., Durkin, M., McAndrew, S., & Martin, C. R. (2016). Using Compassion Focused Therapy as an adjunct to Trauma-Focused CBT for Fire Service personnel suffering with trauma-related symptoms. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 9, e34, Article e34. <https://doi.org/10.1017/S1754470X16000209>
- Beaumont, E., Galpin, A., & Jenkins, P. (2012). 'Being kinder to myself': A prospective comparative study, exploring post-trauma therapy outcome measures, for two groups of clients, receiving either Cognitive Behaviour Therapy or Cognitive Behaviour Therapy and Compassionate Mind Training [Article]. *Counselling Psychology Review*, 27(1), 31-43. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=72065530&lang=es&site=eds-live>
- Beaumont, E., & Hollins Martin, C. (2013). Using Compassionate Mind Training as a Resource in EMDR: A Case Study [Case Study]. 7, 186-199. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.7.4.186>
- Bellehumeur-Béchamp, L., Legendre, M., & Bégin, C. (2024). From Childhood Interpersonal Trauma to Binge Eating in Adults: Unraveling the Role of Personality and Maladaptive Regulation. *Nutrients*, 16(24).
<https://doi.org/10.3390/nu16244427>
- Bohus, M., Schmahl, C., Fydrich, T., Steil, R., Müller-Engelmann, M., Herzog, J., Ludäscher, P., Kleindienst, N., & Priebe, K. (2019). A research programme to evaluate DBT-PTSD, a modular treatment approach for Complex PTSD after childhood abuse. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 6, 7-7.
<https://doi.org/10.1186/s40479-019-0099-y>

- Booyesen, D. D., & Kagee, A. (2023). Trauma survivors' perceptions and experiences of prolonged exposure for PTSD at a psychology clinic. *SAJIP: South African Journal of Industrial Psychology*, 49, 1-7. <https://doi.org/10.4102/sajipsychiatry.v29i0.1869>
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 214-227. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.214>
- Bratt, A. S., Rusner, M., & Svensson, I. (2020). An exploration of group-based compassion-focused therapy for adolescents and their parents. *Scand J Child Adolesc Psychiatr Psychol*, 8, 38-47. <https://doi.org/10.21307/sjcapp-2020-005>
- Breslau, N., & Kessler, R. C. (2001). The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: an empirical investigation. *Biol Psychiatry*, 50(9), 699-704. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(01\)01167-2](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(01)01167-2)
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1992). Alternative Ways of Assessing Model Fit. *Sociological Methods & Research*, 21(2), 230-258. <https://doi.org/10.1177/0049124192021002005>
- Burback, L., Brémault-Phillips, S., Nijdam, M. J., McFarlane, A., & Vermetten, E. (2024). Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A State-of-the-art Review. *Current Neuropharmacology*, 22(4), 557-635. <https://doi.org/https://doi.org/10.2174/1570159X21666230428091433>
- Campas, M. A., & Santoyo, F. (2018). Propiedades psicométricas de la escala riesgo suicida de Plutchik en una muestra de jóvenes mexicanos privados de la libertad. *Avances en Psicología*, 26, 57-64. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2018.v26n2.1127>
- Carlson, E. B., Putnam, F. W., Ross, C. A., Torem, M., Coons, P., Dill, D. L., Loewenstein, R. J., & Braun, B. G. (1993). Validity of the Dissociative Experiences Scale in screening for multiple personality disorder: a multicenter study. *Am J Psychiatry*, 150(7), 1030-1036. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.7.1030>
- Carter, A., Gilbert, P., & Kirby, J. N. (2021). Compassion-focused therapy for body weight shame: A mixed methods pilot trial. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 28(1), 93-108. <https://doi.org/10.1002/cpp.2488>
- Carvajal, C. (2018). Posttraumatic stress disorder as a diagnostic entity - clinical perspectives. *Dialogues Clin Neurosci*, 20(3), 161-168. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.3/ccarvajal>
- Carvalho, S. A., Skvarc, D., Barbosa, R., Tavares, T., Santos, D., & Trindade, I. A. (2022). A pilot randomized controlled trial of online acceptance and commitment therapy versus compassion-focused therapy for chronic illness. *Clin Psychol Psychother*, 29(2), 524-541. <https://doi.org/10.1002/cpp.2643>
- Charuvastra, A., & Cloitre, M. (2008). Social Bonds and Posttraumatic Stress Disorder. *Annual Review of Psychology*, 59(1), 301-328. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085650>
- Chong, D., Qu, D., Xi, Y., & Chen, R. (2024). Complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) is uniquely linked to suicidality beyond posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults with childhood maltreatment: A multinational study across four countries. *Social Science & Medicine*, 362, 117406. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117406>
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. In (Vol. 6, pp. 284-290). US: American Psychological Association.
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *J Trauma Stress*, 24(6), 615-627. <https://doi.org/10.1002/jts.20697>
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Ford, J. D., Green, B. L., Alexander, P., Briere, J., Herman, J. L., Lanius, R., Stolbach, B. C., Spinazzola, J., Van der Kolk, B. A., & Van der Hart, O. (2012). The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults.
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*.
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Weiss, B., Carlson, E. B., & Bryant, R. A. (2014). Distinguishing PTSD, Complex PTSD, and Borderline Personality Disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*.
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias, T., & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536-546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>

- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B. v. d., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity [Article]. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399-408.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pbh&AN=44792499&lang=es&site=eds-live>
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jts.20444>
- Corrigan, J.-P., Fitzpatrick, M., Hanna, D., & Dyer, K. F. W. (2020). Evaluating the effectiveness of phase-oriented treatment models for PTSD—A meta-analysis. *Traumatology*, 26(4), 447-454.
<https://doi.org/10.1037/trm0000261>
- Coventry, P. A., Meader, N., Melton, H., Temple, M., Dale, H., Wright, K., Cloitre, M., Karatzias, T., Bisson, J., Roberts, N. P., Brown, J. V. E., Barbui, C., Churchill, R., Lovell, K., McMillan, D., & Gilbody, S. (2020). Psychological and pharmacological interventions for posttraumatic stress disorder and comorbid mental health problems following complex traumatic events: Systematic review and component network meta-analysis. *PLOS medicine*, 17(8), e1003262. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003262>
- Cox, K. S., Mouilso, E. R., Venners, M. R., Defever, M. E., Duvivier, L., Rauch, S. A. M., Strom, T. Q., Joiner, T. E., & Tuerk, P. W. (2016). Reducing suicidal ideation through evidence-based treatment for posttraumatic stress disorder. *J Psychiatr Res*, 80, 59-63. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.05.011>
- Craig, C., Hiskey, S., & Spector, A. (2020). Compassion focused therapy: a systematic review of its effectiveness and acceptability in clinical populations. *Expert Rev Neurother*, 20(4), 385-400.
<https://doi.org/10.1080/14737175.2020.1746184>
- Dalenberg, C. J., Straus, E. & Carlson, E. B. . (2017). Defining trauma. In S. N. Gold (Ed.), *APA handbook of trauma psychology: Foundations in knowledge* (Vol. 1). American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/0000019-000>
- Daneshvar, S., Shafiei, M., & Basharpour, S. (2022). Compassion-Focused Therapy: Proof of Concept Trial on Suicidal Ideation and Cognitive Distortions in Female Survivors of Intimate Partner Violence With PTSD. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(11-12), 1-22. <https://doi.org/10.1177/0886260520984265>
- De Jong, K., Timman, R., Hakkaart-Van Roijen, L., Vermeulen, P., Kooiman, K., Passchier, J., & Busschbach, J. V. (2014). The effect of outcome monitoring feedback to clinicians and patients in short and long-term psychotherapy: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, 24(6), 629-639.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2013.871079>
- 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., . . . Rosner, R. (2016). CRITICAL ANALYSIS of the CURRENT TREATMENT GUIDELINES for COMPLEX PTSD in ADULTS [Review]. *Depression and Anxiety*, 33(5), 359-369.
<https://doi.org/10.1002/da.22469>
- Dokkedah, S., Elklit, A., Oboke, H., & Ovuga, E. (2015). ICD-11 trauma questionnaires for PTSD and complex PTSD: Validation among civilians and former abducted children in Northern Uganda [Article]. *African Journal of Psychiatry (South Africa)*, 18(6). <https://doi.org/10.4172/2378-5756.1000335>
- Dorahy, M. J., Corry, M., Black, R., Matheson, L., Coles, H., Curran, D., Seager, L., Middleton, W., & Dyer, K. F. W. (2017). Shame, Dissociation, and Complex PTSD Symptoms in Traumatized Psychiatric and Control Groups: Direct and Indirect Associations With Relationship Distress. *Journal of Clinical Psychology*, 73(4), 439-448.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22339>
- Dorahy, M. J., Corry, M., Shannon, M., MacSherry, A., Hamilton, G., McRobert, G., Elder, R., & Hanna, D. (2009). Complex PTSD, interpersonal trauma and relational consequences: Findings from a treatment-receiving Northern Irish sample. *Journal of Affective Disorders*, 112(1), 71-80. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.04.003>
- Dorahy, M. J., Middleton, W., Seager, L., Williams, M., & Chambers, R. (2016). Child abuse and neglect in complex dissociative disorder, abuse-related chronic PTSD, and mixed psychiatric samples. *Journal of Trauma & Dissociation*, 17(2), 223.
- Dorrepal, E., Thomaes, K., Hoogendoorn, A. W., Veltman, D. J., Draijer, N., & van Balkom, A. (2015). *Evidence-based treatment for adult women with child abuse-related Complex PTSD: a quantitative review.*

- Fernández Fillol, C., Serrano-Ibáñez, E. R., Ruiz-Párraga, G. T., Ramírez Maestre, C., Esteve Zarazaga, R., & López Martínez, A. E. (2018). Effective therapies for the treatment of complex posttraumatic stress disorder: A qualitative systematic review [Article]. *Salud Mental*, 41(2), 81-90. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2018.013>
- Figley, C. R., Ellis, A. E., Reuther, B. T. & Gold, S. N. . (2017). The study of trauma: A historial overview. In S. N. Gold (Ed.), *APA handbook of trauma psychology: Foundations in knowledge* (Vol. 1). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000019-000>
- Fischer, A., Rosner, R., Renneberg, B., & Steil, R. (2022). Suicidal ideation, self-injury, aggressive behavior and substance use during intensive trauma-focused treatment with exposure-based components in adolescent and young adult PTSD patients. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*, 9(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00172-8>
- Foa, E. B., Hembree, E. A., Rothbaum, B. O., & Rauch, S. A. M. (2019). *Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences (Second Edition)*. Oxford University Press.
- Forbes, Y. N., Moffitt, R. L., Van Bokkel, M., & Donovan, C. L. (2020). Unburdening the Weight of Stigma: Findings From a Compassion-Focused Group Program for Women With Overweight and Obesity. *J Cogn Psychother*, 34(4), 336-357. <https://doi.org/10.1891/jcpsy-d-20-00015>
- Ford, J. D., & Courtois, C. A. (2021). Complex PTSD and borderline personality disorder. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*, 8(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00155-9>
- Fox, J., Cattani, K., & Burlingame, G. M. (2021). Compassion focused therapy in a university counseling and psychological services center: A feasibility trial of a new standardized group manual. *Psychother Res*, 31(4), 419-431. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1783708>
- Fung, H. W., Chien, W. T., Lam, S. K. K., & Ross, C. A. (2023). The Relationship Between Dissociation and Complex Post-Traumatic Stress Disorder: A Scoping Review. *Trauma Violence Abuse*, 24(5), 2966-2982. <https://doi.org/10.1177/15248380221120835>
- Galatzer-Levy, I. R., & Bryant, R. A. (2013). 636,120 Ways to Have Posttraumatic Stress Disorder. *Perspect Psychol Sci*, 8(6), 651-662. <https://doi.org/10.1177/1745691613504115>
- Gilbert, P. (2010). *Compassion-Focused Therapy: The CBT Distinctive Features Series*. Routledge.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *The British journal of clinical psychology / the British Psychological Society*, 43, 31-50. <https://doi.org/10.1348/014466504772812959>
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 353-379. <https://doi.org/10.1002/cpp.507>
- Gilmore, A. K., Lopez, C., Muzzy, W., Brown, W. J., Grubaugh, A., Oesterle, D. W., & Acierno, R. (2020). Emotion Dysregulation Predicts Dropout from Prolonged Exposure Treatment among Women Veterans with Military Sexual Trauma-Related Posttraumatic Stress Disorder [Article]. *Women's Health Issues*, 30(6), 462-469. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2020.07.004>
- Gooding, H., Stedmon, J., & Crix, D. (2020). 'All these things don't take the pain away but they do help you to accept it': making the case for compassion-focused therapy in the management of persistent pain. *Br J Pain*, 14(1), 31-41. <https://doi.org/10.1177/2049463719857099>
- Gurrola-Peña, M. G., Balcázar-Nava, P., Bonilla-Muñoz, M. P., & Virseda-Heras, J. A. (2006). Estructura factorial y consistencia interna de la escala de depresión ansiedad y estrés (DASS-21) en una muestra no clínica. *Psicología y Ciencia*, 8, 3-7.
- Harman, R., & Lee, D. (2010). The role of shame and self-critical thinking in the development and maintenance of current threat in post-traumatic stress disorder. *Clin Psychol Psychother*, 17(1), 13-24. <https://doi.org/10.1002/cpp.636>
- Harned, M. S. (2022). *Treating Trauma in Dialectical Behavior Therapy*. Guilford Press.

- Harris, J., Loth, E., & Sethna, V. (2024). Tracing the paths: a systematic review of mediators of complex trauma and complex post-traumatic stress disorder. *Front Psychiatry*, 15, 01-18. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1331256>
- Herman, J. L. (2001). *Trauma and recovery: The aftermath of violence from domestic abuse to political terror*. Basic books. (1992)
- Higgins J.P.T., Thomas J., Chandler J., Cumpston M., Li T., Page M.J., & (editors), W. V. A. (2019). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (2nd Edition ed.). John Wiley & Sons.
- Hilty, D. M., Ferrer, D. C., Parish, M. B., Johnston, B., Callahan, E. J., & Yellowlees, P. M. (2013). The effectiveness of telemental health: a 2013 review. *Telemedicine journal and e-health : the official journal of the American Telemedicine Association*, 19(6), 444-454. <https://doi.org/10.1089/tmj.2013.0075>
- Ho, G. W. K., Bressington, D., Karatzias, T., Chien, W. T., Inoue, S., Yang, P. J., Chan, A. C. Y., & Hyland, P. (2020). Patterns of exposure to adverse childhood experiences and their associations with mental health: a survey of 1346 university students in East Asia [journal article]. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 55(3), 339-349. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01768-w>
- Ho, G. W. K., Hyland, P., Karatzias, T., Bressington, D., & Shevlin, M. (2021). Traumatic life events as risk factors for psychosis and ICD-11 complex PTSD: a gender-specific examination. *Eur J Psychotraumatol*, 12(1), 2009271. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2009271>
- Ho, G. W. K., Karatzias, T., Vallières, F., Bondjers, K., Shevlin, M., Cloitre, M., Ben-Ezra, M., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Astill Wright, L., & Hyland, P. (2021). Complex PTSD symptoms mediate the association between childhood trauma and physical health problems. *J Psychosom Res*, 142, 110358. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110358>
- Hu, L.-t., & Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling : Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods*, 3, 424-453.
- Hundt, N. E., Barrera, T. L., Arney, J., & Stanley, M. A. (2017). "It's Worth It in the End": Veterans' Experiences in Prolonged Exposure and Cognitive Processing Therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24(1), 50-57. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.02.003>
- Hundt, N. E., Ecker, A. H., Thompson, K., Helm, A., Smith, T. L., Stanley, M. A., & Cully, J. A. (2020). 'It didn't fit for me:' A qualitative examination of dropout from prolonged exposure and cognitive processing therapy in veterans. *Psychological Services*, 17(4), 414-421. <https://doi.org/10.1037/ser0000316>
- Hyland, P., Ceannt, R., Daccache, F., Abou Daher, R., Sleiman, J., Gilmore, B., Byrne, S., Shevlin, M., Murphy, J., & Vallières, F. (2018). Are posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex-PTSD distinguishable within a treatment-seeking sample of Syrian refugees living in Lebanon? *Glob Ment Health (Camb)*, 5, e14. <https://doi.org/10.1017/gmh.2018.2>
- Hyland, P., Shevlin, M., Fyvie, C., Cloitre, M., & Karatzias, T. (2020). The relationship between ICD-11 PTSD, complex PTSD and dissociative experiences. *J Trauma Dissociation*, 21(1), 62-72. <https://doi.org/10.1080/15299732.2019.1675113>
- Irons, C., & Lad, S. (2017). Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*, 3(1), 1743.
- Isobel, S., Goodyear, M., & Foster, K. (2019). Psychological Trauma in the Context of Familial Relationships: A Concept Analysis. *Trauma Violence Abuse*, 20(4), 549-559. <https://doi.org/10.1177/1524838017726424>
- Jaffe, A. E., DiLillo, D., Hoffman, L., Haikalis, M., & Dykstra, R. E. (2015). Does it hurt to ask? A meta-analysis of participant reactions to trauma research. *Clin Psychol Rev*, 40, 40-56. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.004>
- Johannsen, M., Schlander, C., Farver-Vestergaard, I., Lundorff, M., Wellnitz, K. B., Komischke-Konnerup, K. B., & O'Connor, M. (2022). Group-based compassion-focused therapy for prolonged grief symptoms in adults - Results from a randomized controlled trial. *Psychiatry Res*, 314, 114683. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114683>
- Jowett, S., Karatzias, T., Shevlin, M., & Albert, I. (2020). Differentiating symptom profiles of ICD-11 PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis in a multiply traumatized sample. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 11(1), 36-45. <https://doi.org/10.1037/per0000346>

- Karam, E. G., Andrews, G., Bromet, E., Petukhova, M., Ruscio, A. M., Salamoun, M., Sampson, N., Stein, D. J., Alonso, J., Andrade, L. H., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Kaminer, D., Kotov, R., Lee, S., . . . Kessler, R. C. (2010). The role of criterion A2 in the DSM-IV diagnosis of posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*, 68(5), 465-473. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.04.032>
- Karatzias, T., Fyvie, C., Efthymiadou, E., Wilson, D., Shevlin, M., Hyland, P., Roberts, N., Bisson, J. I., Brewin, C. R., & Cloitre, M. (2017). Evidence of distinct profiles of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 Trauma Questionnaire (ICD-TQ) [Article]. *Journal of Affective Disorders*, 207, 181-187. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.032>
- Karatzias, T., Murphy, P., Cloitre, M., Bisson, J., Roberts, N., Shevlin, M., Hyland, P., Maercker, A., Ben-Ezra, M., Coventry, P., Mason-Roberts, S., Bradley, A., & Hutton, P. (2019). Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(11), 1761-1775. <https://doi.org/10.1017/s0033291719000436>
- Keeley, J. W., Reed, G. M., Roberts, M. C., Evans, S. C., Robles, R., Matsumoto, C., Brewin, C. R., Cloitre, M., Perkonig, A., Rousseau, C., Gureje, O., Lovell, A. M., Sharan, P., & Maercker, A. (2016). Disorders specifically associated with stress: A case-controlled field study for ICD-11 mental and behavioural disorders. *Int J Clin Health Psychol*, 16(2), 109-127. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.09.002>
- Keyan, D., Garland, N., Choi-Christou, J., Tran, J., O'Donnell, M., & Bryant, R. A. (2024). A systematic review and meta-analysis of predictors of response to trauma-focused psychotherapy for posttraumatic stress disorder. *Psychol Bull*, 150(7), 767-797. <https://doi.org/10.1037/bul0000438>
- Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Steindl, S. R. (2017). A Meta-Analysis of Compassion-Based Interventions: Current State of Knowledge and Future Directions. *Behavior Therapy*, 48(6), 778-792. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.06.003>
- Kleber, R. J. (2019). Trauma and Public Mental Health: A Focused Review. *Front Psychiatry*, 10, 451. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00451>
- Knefel, M., Garvert, D. W., Cloitre, M., & Lueger-Schuster, B. (2015). *Update to an evaluation of ICD-11 PTSD and complex PTSD criteria in a sample of adult survivors of childhood institutional abuse by Knefel & Lueger-Schuster (2013): a latent profile analysis*.
- Kuhar, M., & Zager Kocjan, G. (2022). Adverse childhood experiences and somatic symptoms in adulthood: A moderated mediation effects of disturbed self-organization and resilient coping. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14(8), 1288-1298. <https://doi.org/10.1037/tra0001040>
- Landy, M. S. H., Wagner, A. C., Brown-Bowers, A., & Monson, C. M. (2015). Examining the Evidence for Complex Posttraumatic Stress Disorder as a Clinical Diagnosis [Article]. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 24(3), 215. <https://doi.org/10.1080/10926771.2015.1002649>
- Lawrence, V. A., & Lee, D. (2014). An Exploration of People's Experiences of Compassion-focused Therapy for Trauma, Using Interpretative Phenomenological Analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(6), 495-507. <https://doi.org/10.1002/cpp.1854>
- Lee, D. A., Scragg, P., & Turner, S. (2001). The role of shame and guilt in traumatic events: a clinical model of shame-based and guilt-based PTSD. *Br J Med Psychol*, 74(Pt 4), 451-466.
- Leiva-Bianchi, M., Nvo-Fernandez, M., Villacura-Herrera, C., Miño-Reyes, V., & Parra Varela, N. (2023). What are the predictive variables that increase the risk of developing a complex trauma? A meta-analysis. In *Journal of Affective Disorders* (Vol. 343, pp. 153-165). Netherlands: Elsevier/North-Holland Biomedical Press.
- Li, C. H. (2021). Statistical estimation of structural equation models with a mixture of continuous and categorical observed variables. *Behavior Research Methods*, 53(5), 2191-2213. <https://doi.org/10.3758/s13428-021-01547-z>
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., & Ward-Ciesielski, E. F. (2012). Assessing and Managing Risk With Suicidal Individuals. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 218-232. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.11.008>
- Maercker, A., Bernays, F., Rohner, S. L., & Thoma, M. V. (2021). A cascade model of complex posttraumatic stress disorder centered on childhood trauma and maltreatment, attachment, and socio-interpersonal factors. *J Trauma Stress*, 35(2), 446-460. <https://doi.org/10.1002/jts.22756>

- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Reed, G. M., van Ommeren, M., Humayun, A., Jones, L. M., Kagee, A., Llosa, A. E., Rousseau, C., Somasundaram, D. J., Souza, R., Suzuki, Y., Weissbecker, I., Wessely, S. C., First, M. B., & Saxena, S. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *Lancet*, 381(9878), 1683-1685. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)62191-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)62191-6)
- Maercker, A., Cloitre, M., Bachem, R., Schlumpf, Y. R., Khoury, B., Hitchcock, C., & Bohus, M. (2022). Complex post-traumatic stress disorder. *Lancet*, 400(10345), 60-72. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(22\)00821-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(22)00821-2)
- McLean, L., Steindl, S. R., & Bambling, M. (2022). Compassion Focused Group Therapy for Adult Female Survivors of Childhood Sexual Abuse: a Preliminary Investigation. *Mindfulness*, 13(5), 1144-1157. <https://doi.org/10.1007/s12671-022-01837-3>
- Millard, L. A., Wan, M. W., Smith, D. M., & Wittkowski, A. (2023). The effectiveness of compassion focused therapy with clinical populations: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 326, 168-192. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.010>
- Miu, A. S., Vo, H. T., Palka, J. M., Glowacki, C. R., & Robinson, R. J. (2020). Teletherapy with serious mental illness populations during COVID-19: telehealth conversion and engagement. *Counselling Psychology Quarterly*, 1-18. <https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1791800>
- Niemeyer, H., Lorbeer, N., Mohr, J., Baer, E., & Knaevelsrud, C. (2022). Evidence-based individual psychotherapy for complex posttraumatic stress disorder and at-risk groups for complex traumatization: A meta-review. *Journal of Affective Disorders*, 299, 610-619. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.056>
- Páez, F., Jiménez, A. D., López, A., Ariza, J., Soto, H. A. O., & Nicolini, H. (1996). Estudio de validez de la traducción al castellano de la Escala de Impulsividad de Plutchik. *Salud Mental*, 19, 10-12.
- Petrocchi, N., Cosentino, T., Pellegrini, V., Femia, G., D'Innocenzo, A., & Mancini, F. (2020). Compassion-Focused Group Therapy for Treatment-Resistant OCD: Initial Evaluation Using a Multiple Baseline Design. *Front Psychol*, 11, 594277. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.594277>
- Plutchik, R., & Van Praag, H. (1989). The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 13 Suppl, S23-34. [https://doi.org/10.1016/0278-5846\(89\)90107-3](https://doi.org/10.1016/0278-5846(89)90107-3)
- Plutchik, R., van Praag, H. M., Conte, H. R., & Picard, S. (1989). Correlates of suicide and violence risk 1: the suicide risk measure. *Comprehensive Psychiatry*, 30(4), 296-302. [https://doi.org/10.1016/0010-440x\(89\)90053-9](https://doi.org/10.1016/0010-440x(89)90053-9)
- Post, L. M., Held, P., Smith, D. L., Black, K., Van Horn, R., Pollack, M. H., Rothbaum, B. O., & Rauch, S. A. M. (2021). Impact of intensive treatment programs for posttraumatic stress disorder on suicidal ideation in veterans and service members. *Psychol Serv*, 18(4), 671-678. <https://doi.org/10.1037/ser0000518>
- Powers, A., Fani, N., Cross, D., Ressler, K. J., & Bradley, B. (2016). Childhood trauma, PTSD, and psychosis: Findings from a highly traumatized, minority sample. *Child Abuse & Neglect*, 58, 111-118. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.06.015>
- Rector, N. A., Bagby, R. M., Segal, Z. V., Joffe, R. T., & Levitt, A. (2000). Self-criticism and dependency in depressed patients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy. *Cognitive Therapy and Research*, 24(5), 571-584.
- Rink, J., & Lipinska, G. (2020). Evidence of distinct profiles of ICD-11 posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD in a South African sample. *European Journal of Psychotraumatology*, 11, 1818965. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1818965>
- Robles García, R., Garibay Rico, S. E., & Páez Agráz, F. (2006). Evaluación de trastornos disociativos en población psiquiátrica mexicana: prevalencia, comorbilidad y características psicométricas de la Escala de Experiencias Disociativas. *Salud Mental*, 29(2), 38-43.
- Romaniuk, M., Hampton, S., Brown, K., Fisher, G., Steindl, S. R., Kidd, C., & Kirby, J. N. (2023). Compassionate mind training for ex-service personnel with PTSD and their partners. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30(3), 643-658. <https://doi.org/10.1002/cpp.2825>
- Rushforth, A., Kotera, Y., & Kaluzeviciute, G. (2022). Theory Paper: Suggesting Compassion-Based Approaches for Treating Complex Post-traumatic Stress Disorder. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00856-4>

- Sakuma, T., Muratsubaki, T., Kano, M., Kanazawa, M., & Fukudo, S. (2024). Association between disturbance of self-organization and irritable bowel syndrome in Japanese population using the international trauma questionnaire. *Scientific Reports*, 14(1), 1-13. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-68196-y>
- Salter, M., & Hall, H. (2022). Reducing Shame, Promoting Dignity: A Model for the Primary Prevention of Complex Post-Traumatic Stress Disorder. *Trauma Violence Abuse*, 23(3), 906-919. <https://doi.org/10.1177/1524838020979667>
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the Fit of Structural Equation Models: Tests of Significance and Descriptive Goodness-of-Fit Measures. *Methods of Psychological Research*, 8, 23-74.
- Shi, D., & Maydeu-Olivares, A. (2020). The Effect of Estimation Methods on SEM Fit Indices. *Educational and Psychological Measurement*, 80(3), 421-445. <https://doi.org/10.1177/0013164419885164>
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). *Código Ético del Psicólogo (5ta ed.)*. Trillas.
- Taycan, O., & Yildirim, A. (2015). An alternative approach to the effects of multiple traumas: Complex post-traumatic stress disorder [Article]. *Noropsikiyatri Arsivi*, 52(3), 312-314. <https://doi.org/10.5152/npa.2015.7573>
- Turgoose, D., Ashwick, R., & Murphy, D. (2018). Systematic review of lessons learned from delivering tele-therapy to veterans with post-traumatic stress disorder. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 24, 575 - 585.
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveise, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J., & Bentall, R. P. (2012). Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 661-671. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050>
- Varker, T., Brand, R. M., Ward, J., Terhaag, S., & Phelps, A. (2019). *Efficacy of synchronous telepsychology interventions for people with anxiety, depression, posttraumatic stress disorder, and adjustment disorder: A rapid evidence assessment* [doi:10.1037/ser0000239].
- Vrabel, K. R., Waller, G., Goss, K., Wampold, B., Kopland, M., & Hoffart, A. (2024). Cognitive behavioral therapy versus compassion focused therapy for adult patients with eating disorders with and without childhood trauma: A randomized controlled trial in an intensive treatment setting. *Behaviour Research and Therapy*, 174, 104480. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.brat.2024.104480>
- Whelton, W. J., & Greenberg, L. S. (2005). Emotion in self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 38(7), 1583-1595. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2004.09.024>
- World Health Organization. (2019). *International Classification of Diseases* (11th ed.). <https://icd.who.int/en>