



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2025-2026

Trabajo Fin de Máster

Tratamientos psicológicos para el Trastorno de Estrés
Postraumático Complejo (CPTSD): una revisión sistemática

Autora: Martina Spasova Cherpelieva

Tutora: Mercedes Guilabert Mora

Código de la Oficina de Investigación Responsable:
TFM.MPG.MGM.MSC.251021

Convocatoria: Enero 2025

RESUMEN

Introducción: El Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (CPTSD) fue incorporado como diagnóstico independiente en la CIE-11 en 2018. Este trastorno se caracteriza por la presencia de síntomas nucleares de PTSD junto con alteraciones persistentes en la autoorganización (DSO). A pesar del creciente interés clínico y científico, la evidencia sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos específicos para el CPTSD sigue siendo limitada y heterogénea, especialmente en lo relativo a los dominios DSO.

Objetivo: Sintetizar la evidencia científica publicada desde 2018 sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos para el CPTSD según los criterios de la CIE-11, analizando los resultados clínicos, los componentes terapéuticos y los posibles moderadores de respuesta.

Método: Se realizó una revisión sistemática siguiendo la guía PRISMA 2020, con protocolo registrado en PROSPERO. Se consultaron las bases de datos PsycINFO, PubMed, Scopus y PTSDpubs, incluyendo ensayos clínicos aleatorizados publicados entre 2018 y 2025. La calidad metodológica se evaluó mediante las herramientas SIGN y RoB 2.

Resultados: Se incluyeron 12 ensayos clínicos aleatorizados. Las intervenciones multicomponente mostraron resultados más consistentes, con mejoras significativas tanto en los síntomas nucleares de PTSD como en los dominios DSO y una mayor estabilidad en el seguimiento. Las intervenciones centradas exclusivamente en el procesamiento traumático redujeron eficazmente los síntomas de PTSD, pero presentaron efectos limitados sobre los dominios DSO. Las intervenciones de estabilización mostraron mejoras parciales.

Conclusiones: Los resultados respaldan la necesidad de adaptar los tratamientos psicológicos a la especificidad clínica del CPTSD, priorizando enfoques multicomponente que integren el procesamiento del trauma con estrategias dirigidas a las alteraciones en la autoorganización. No obstante, la evidencia disponible presenta limitaciones metodológicas y una exploración

limitada de variables moderadoras, lo que subraya la necesidad de futuras investigaciones que permitan avanzar hacia intervenciones más precisas y personalizadas.

ABSTRACT

Introduction: Complex Post-Traumatic Stress Disorder (CPTSD) was introduced as an independent diagnosis in the ICD-11 in 2018. This condition is characterized by the presence of core PTSD symptoms and persistent disturbances in self-organization (DSO). Despite growing clinical and scientific interest, evidence regarding the effectiveness of psychological treatments specifically targeting CPTSD remains limited and heterogeneous, particularly regarding DSO domains.

Objective: To synthesize evidence published since 2018 on the effectiveness of psychological treatments for CPTSD according to ICD-11 criteria, examining clinical outcomes, therapeutic components, and potential moderators of treatment response.

Method: A systematic review was conducted following PRISMA 2020 guidelines, with the protocol registered in PROSPERO. PsycINFO, PubMed, Scopus, and PTSDpubs databases were searched for randomized controlled trials published between 2018 and 2025. Methodological quality was assessed using the SIGN and RoB 2 tools.

Results: Twelve randomized clinical trials were included. Multicomponent interventions showed the most consistent results, with significant improvements in both PTSD core symptoms and DSO domains and greater stability at follow-up. Interventions focused exclusively on traumatic processing effectively reduced PTSD symptoms but had limited effects on DSO domains. Stabilization interventions showed partial improvements.

Conclusions: The findings support the need to adapt psychological treatments to the clinical specificity of CPTSD, prioritizing multicomponent approaches that integrate trauma processing with strategies targeting DSO alterations. However, the available evidence

presents methodological limitations and little exploration of moderating variables, which underlines the need for future research to develop more precise and personalized interventions.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (CPTSD) fue incorporado como diagnóstico independiente en la 11.^a edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018). Este trastorno surge como una ampliación del Trastorno de Estrés Postraumático (PTSD), combinando síntomas nucleares del PTSD (reexperimentación, evitación y sensación persistente de amenaza), con alteraciones persistentes en la autoorganización (DSO): desregulación emocional, autoimagen negativa y dificultades interpersonales (OMS, 2018). Estos síntomas suelen desarrollarse tras experiencias traumáticas prolongadas o repetidas, de naturaleza predominantemente interpersonal, como el abuso físico, sexual o emocional, el abandono o la violencia intrafamiliar (Karatzias et al., 2019).

La prevalencia del CPTSD en población general se estima entre el 1% y el 8%, siendo más frecuente entre personas expuestas a traumas interpersonales crónicos o en contextos de violencia de género, guerra o abuso infantil (Karatzias et al., 2019). Diversos estudios han señalado que el CPTSD presenta una carga clínica y funcional significativamente mayor que el PTSD clásico, con una mayor comorbilidad con trastornos depresivos, de ansiedad, consumo de sustancias, disociativos y de la personalidad, así como un mayor deterioro en la calidad de vida y en el funcionamiento social (Brewin et al., 2025; Jia-Hui et al., 2025). A ello se suma el estigma frecuentemente asociado al trauma interpersonal, acompañado de sentimientos de culpa, vergüenza o miedo al juicio social, lo que contribuye a que muchas personas afectadas retrasen la búsqueda de ayuda profesional. Estas circunstancias entorpecen el acceso a intervenciones adecuadas y basadas en la evidencia, favoreciendo la

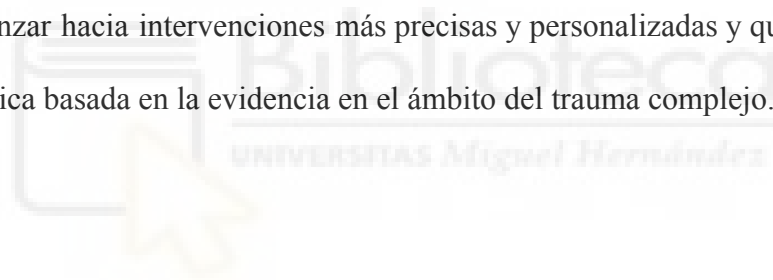
cronicidad del cuadro clínico y un deterioro progresivo en el funcionamiento personal y social (Maercker et al., 2022).

En relación con el abordaje terapéutico, la evidencia científica disponible indica que algunas intervenciones psicológicas basadas en la evidencia para el trauma complejo, como la Terapia Cognitivo-Conductual centrada en el Trauma (TF-CBT), la Terapia Dialéctico-Conductual adaptada al Trauma (DBT-PTSD) y la Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR), contribuyen a la reducción de los síntomas centrales del PTSD y, de manera más limitada, de la sintomatología específica de CPTSD (Brewin et al., 2025; Jia-Hui et al., 2025). La investigación ha puesto de manifiesto que las personas con CPTSD responden de manera heterogénea a estas intervenciones, y que la mejoría en los síntomas DSO suele ser más lenta o parcial.

Diversas revisiones sistemáticas y metaanálisis han intentado sintetizar la eficacia de los tratamientos psicológicos para el trauma complejo. El metaanálisis de Hu et al. (2025), basado en ensayos clínicos aleatorizados con personas expuestas a traumas interpersonales crónicos, concluyó que las terapias centradas en el trauma resultan eficaces en la reducción de los síntomas del PTSD. Sin embargo, los autores señalan una gran heterogeneidad en los resultados con respecto a los dominios DSO y una falta de consenso sobre los tratamientos óptimos para el CPTSD. De forma complementaria, la revisión de revisiones de Billings et al. (2025) pone de manifiesto que muchas de las revisiones incluidas se basan en estudios primarios antiguos, previos a la introducción del diagnóstico formal del CPTSD en el año 2018, lo que limita la aplicabilidad de sus conclusiones al contexto actual definido por la CIE-11 (OMS, 2018). Además, los autores señalan la necesidad de investigar los componentes terapéuticos específicos, como las intervenciones faseadas, las estrategias de regulación emocional o el trabajo relacional. Asimismo, se destaca la necesidad de examinar posibles moderadores de eficacia, como el tipo de trauma o las características del paciente.

Estas limitaciones evidencian una brecha importante en la literatura científica actual. A pesar de la existencia de numerosos estudios sobre tratamientos para el trauma en general, son pocos los que se centran específicamente en el CPTSD según la CIE-11 (OMS, 2018), y todavía menos los que comparan la eficacia de sus distintos componentes terapéuticos o examinan los factores individuales que influyen en los resultados.

Por tanto, el objetivo principal de esta revisión sistemática es sintetizar la evidencia científica publicada entre 2018 y 2025 sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos para el CPTSD según los criterios de la CIE-11 (OMS, 2018). Como objetivo secundario, se busca analizar los componentes activos de las intervenciones y explorar los posibles moderadores de respuesta terapéutica. De este modo, esta revisión pretende aportar una contribución novedosa a la literatura existente, ofreciendo una visión actualizada y clínicamente relevante que permita avanzar hacia intervenciones más precisas y personalizadas y que sirva de apoyo a la práctica clínica basada en la evidencia en el ámbito del trauma complejo.



METODOLOGÍA

Participación de pacientes y del público

Dado que este estudio consiste en una revisión sistemática, ni los pacientes ni el público participaron en el diseño, la ejecución, la redacción o la difusión de la investigación. La metodología se centró exclusivamente en la revisión y síntesis de la literatura existente, sin la participación activa de grupos externos. Este trabajo fue autorizado por el Comité de Ética e Integridad en la Investigación de la Universidad Miguel Hernández de Elche, con el código TFM.MPG.MGM.MSC.251021.

Diseño

Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura científica con el objetivo de garantizar un proceso transparente, metodológicamente sólido y reproducible. Para ello, se siguieron las pautas de la guía PRISMA 2020 (Page et al., 2021). Este método garantiza que todas las etapas, desde la búsqueda y selección de investigaciones hasta la extracción y síntesis de los datos, se realicen de forma sistemática para reducir al mínimo el riesgo de sesgos.

Antes de comenzar la búsqueda bibliográfica, se elaboró el protocolo metodológico y se registró en PROSPERO (International Prospective Register of Systematic Reviews; ID: CRD420251176641). En el registro se incluye una descripción detallada de las preguntas de investigación, los objetivos, los criterios de elegibilidad, las estrategias de búsqueda, los métodos de extracción de los datos y el plan específico de síntesis.

Para gestionar el proceso de búsqueda, organización y filtrado de los registros, se utilizó la plataforma Rayyan, una herramienta creada para revisiones sistemáticas. Esta herramienta permite importar referencias de diferentes bases de datos, eliminar duplicados automáticamente y optimizar el proceso de cribado. Tras la eliminación de los duplicados, se llevó a cabo un procedimiento de cribado en dos fases. La primera consistió en un cribado

inicial de títulos y resúmenes para determinar la elegibilidad preliminar. En la segunda fase se revisó el texto completo de los artículos seleccionados, para confirmar su inclusión según los criterios de elegibilidad establecidos. Una vez seleccionados los artículos relevantes para realizar esta revisión sistemática, se llevó a cabo un análisis de calidad de los estudios con las herramientas Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN, 2019) y Risk of Bias 2 (Higgins et al. 2016).

Fuentes de información y ecuación de búsqueda

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo entre los meses de septiembre y octubre de 2025. Se seleccionaron un total de cuatro bases de datos de reconocido prestigio en el ámbito de la psicología clínica y el estudio del trauma: PsycINFO, PubMed, Scopus y PTSDpubs (PILOTS). La elección de estas plataformas respondió a la necesidad de combinar fuentes de carácter general con otras más especializadas. PsycINFO y PubMed aportan una gran cobertura de la literatura en psicología, psiquiatría y salud mental, mientras que Scopus permite ampliar la búsqueda a estudios multidisciplinarios. Por su parte, PTSDpubs fue incluida por su enfoque específico en el trastorno de estrés postraumático.

La búsqueda bibliográfica se limitó a publicaciones comprendidas entre enero de 2018 y noviembre de 2025, tomando como referencia la introducción del Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (CPTSD) como diagnóstico independiente en la CIE-11 (OMS, 2018). Con esta delimitación temporal se pretende garantizar que los estudios incluidos se basen en los criterios diagnósticos actualizados y reflejen las prácticas terapéuticas más recientes.

En cuanto a la estrategia de búsqueda, se emplearon palabras clave y descriptores controlados que fueron seleccionados para reflejar los principales conceptos que tienen que ver con la temática de estudio. A su vez, se utilizaron operadores booleanos (“AND”, “OR”) y filtros específicos por idioma, año y tipo de documento.

Las palabras clave utilizadas fueron: *complex post-traumatic stress disorder*, *complex posttraumatic stress disorder*, *CPTSD*, *complex trauma*, *treatment*, *intervention*, *therapy*, *psychological intervention*, *psychotherapy* y *treatment outcomes*.

Los descriptores controlados se extrajeron de los tesauros específicos de cada base de datos. Para la plataforma *PsycINFO*, se utilizaron los términos del *Thesaurus of Psychological Index Terms*: *complex trauma*, *complex PTSD*, *psychotherapy* y *treatment outcomes*. En *PubMed* se emplearon los descriptores *Medical Subject Headings (MeSH)* correspondientes: *psychotherapy* y *treatment outcome*.

Las ecuaciones de búsqueda específicas fueron adaptadas a la estructura de cada base de datos. En la Tabla 1 se presentan las ecuaciones de búsqueda utilizadas y el número de registros identificados en cada fuente.

Tabla 1. Ecuación de búsqueda en las bases de datos.

Base de datos	Ecuación de búsqueda	Número de resultados
Psycinfo	TI (complex post-traumatic stress disorder OR complex posttraumatic stress disorder OR CPTSD OR Complex Trauma) AND XB (treatment OR intervention OR Therapy OR psychological intervention OR Psychotherapy OR Treatment outcomes)	220
Pubmed	((("complex post-traumatic stress disorder"[tiab] OR "complex posttraumatic stress disorder"[tiab] OR "CPTSD"[tiab] OR "Complex Trauma"[tiab]) AND ("treatment"[tiab] OR "intervention"[tiab] OR "therapy"[tiab] OR "psychological intervention"[tiab] OR "psychotherapy"[tiab] OR "treatment outcome"[tiab]))	24
Scopus	(TITLE-ABS ("complex post-traumatic stress disorder" OR "complex posttraumatic stress disorder" OR "CPTSD" OR "Complex Trauma")) AND (TITLE-ABS ("treatment" OR "intervention" OR "therapy" OR "psychological intervention" OR "psychotherapy" OR "treatment outcome")) AND PUBYEAR > 2017 AND PUBYEAR < 2026 AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Spanish")) AND (LIMIT-TO (SUBJAREA , "PSYC") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "SOCI")) AND (LIMIT-TO (PUBSTAGE , "final")) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE , "ar"))	338
PTSDpubs	title(complex post-traumatic stress disorder OR complex posttraumatic stress disorder OR CPTSD OR Complex Trauma) AND abstract(treatment OR intervention OR Therapy OR psychological intervention OR Psychotherapy OR Treatment outcomes)	152
Total		736

Criterios de inclusión

- Personas diagnosticadas de trastorno de estrés postraumático complejo (CPTSD) o que cumplan criterios compatibles con CPTSD, según la CIE-11.
- Población infanto-juvenil o adulta.
- Intervenciones psicológicas basadas en la evidencia dirigidas al abordaje del trauma complejo (Terapia cognitivo-conductual, EMDR, terapia dialéctica).
- Ensayos clínicos aleatorizados.
- Estudios que incluyan evaluaciones cuantitativas pre-post de los síntomas centrales del CPTSD.
- Estudios donde se describan tanto los componentes de la terapia como los factores moderadores.
- Publicaciones entre enero 2018 y noviembre 2025.
- Artículos en inglés o español.

Criterios de exclusión

- Estudios que analicen únicamente Trastorno de Estrés Postraumático clásico (PTSD).
- Muestras con trastornos psiquiátricos comórbidos.
- Intervenciones farmacológicas, intervenciones psicológicas sin evidencia científica (terapias alternativas o no estandarizadas: arte terapia, yoga...), intervenciones preventivas.
- Metaanálisis, revisiones sistemáticas, estudios cualitativos, estudios de caso, estudios observacionales.
- Capítulos de libro, enfoques teóricos, protocolos, actas de congresos, tesis doctorales.
- Estudios que no reporten en sus resultados medidas específicas de síntomas de CPTSD.
- Estudios psicométricos de validación de instrumentos.

Análisis de la calidad de los estudios incluidos en la revisión sistemática

Se realizó una valoración de la calidad metodológica de los ensayos clínicos incluidos en esta revisión mediante dos herramientas complementarias. En primer lugar, se aplicaron los niveles de evidencia y grados de recomendación propuestos por el Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN, 2019), un sistema ampliamente utilizado para valorar la calidad metodológica y la fiabilidad de los resultados. Esta herramienta establece diferentes niveles de evidencia para los ensayos aleatorizados (1++, 1+, 1-) y asigna un grado de recomendación (A, B o C) en función de la consistencia y robustez metodológica de los estudios disponibles. En el Anexo 1 y Anexo 2 se detallan los criterios de evaluación de la herramienta SIGN (2019) que aplican a los estudios de la presente revisión sistemática.

En segundo lugar, se usó la herramienta Risk of Bias 2 (Higgins et al. 2016) para evaluar el riesgo de sesgo en los ensayos clínicos aleatorizados, considerando el efecto de asignación a la intervención (intention-to-treat) para cada resultado. RoB 2 examina cinco dominios fundamentales: el proceso de generación y ocultación de la aleatorización, las desviaciones de las intervenciones previstas, la integridad de los datos y el manejo de las pérdidas, la adecuación de los métodos de medición de los resultados, y la selección y transparencia en el reporte de los desenlaces. La evaluación de estos dominios permite determinar el riesgo de sesgo global de cada estudio y, por tanto, la confianza que puede otorgarse a sus estimaciones de efecto. En el Anexo 3 se muestra la tabla resumen del proceso de evaluación con RoB 2.

El uso combinado de SIGN (2019) y RoB 2 (Higgins et al. 2016) proporciona una valoración integral de la calidad y rigurosidad metodológica de los estudios incluidos en la revisión.

Análisis de la información

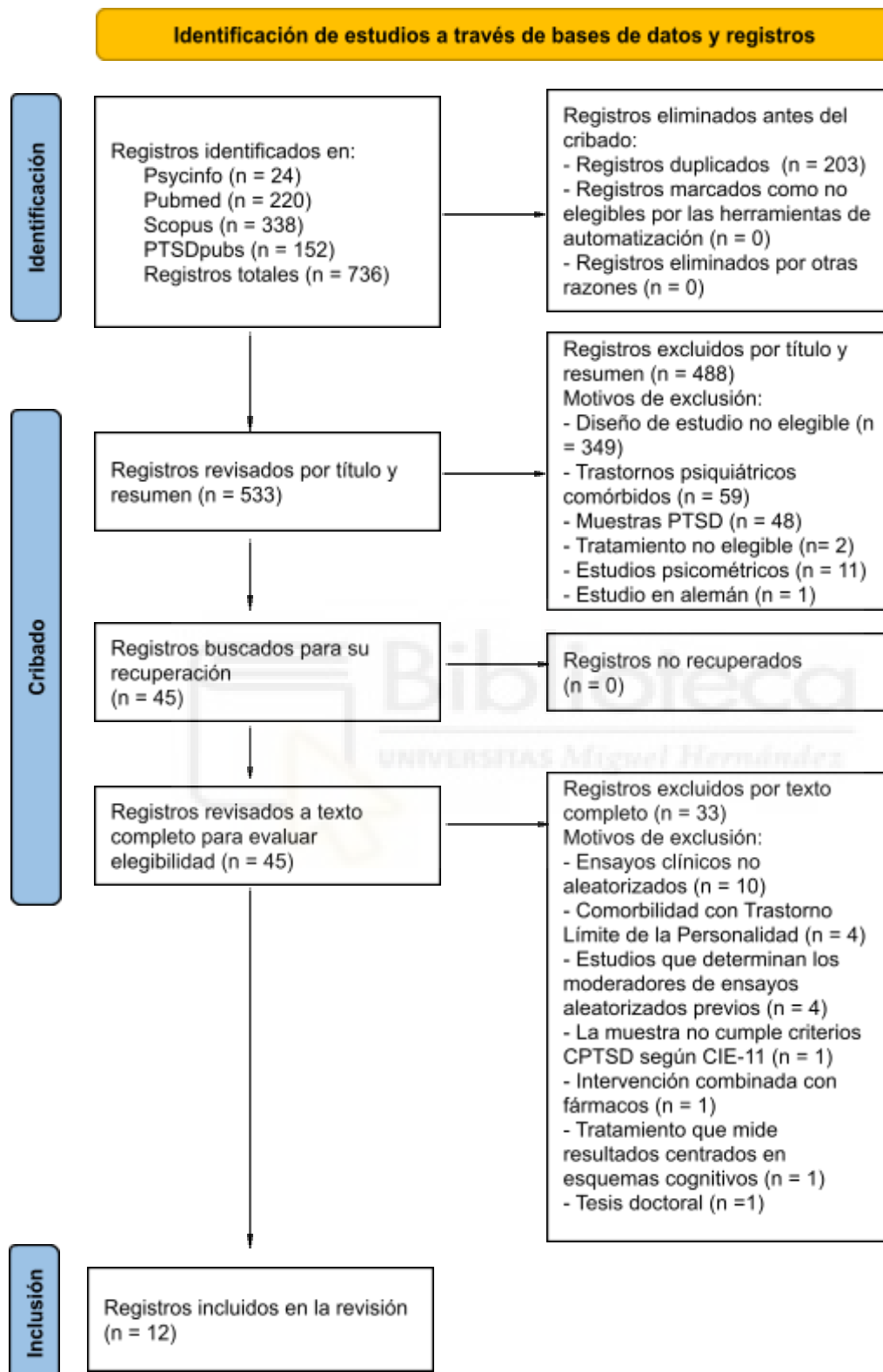
La información de los estudios incluidos se analizó de forma compatible con el objetivo de responder a las preguntas de investigación planteadas. En primer lugar, se extrajo la información básica de los estudios, incluyendo la fecha de publicación, autores, país, tamaño y características de la muestra, variables evaluadas y tipo de intervención aplicada. A continuación, se examinó la eficacia de las intervenciones, identificando qué tratamientos mostraron mayores efectos sobre los diversos síntomas del trauma complejo. Posteriormente, se analizaron los componentes específicos de los tratamientos, considerando técnicas y estrategias que podrían estar asociados con los resultados obtenidos. Por último, se exploraron los factores moderadores (edad, género, tipo de trauma...) que podrían influir en la eficacia de las intervenciones.

RESULTADOS

Selección de los estudios

A través de la búsqueda sistemática se identificaron un total de 736 registros procedentes de las bases de datos consultadas. Tras la eliminación de 203 registros duplicados, se procedió al cribado inicial de 433 registros, evaluados mediante la revisión de títulos y resúmenes. De ellos, 45 artículos fueron seleccionados para una evaluación detallada a texto completo con el fin de verificar su adecuación a los criterios de elegibilidad. Finalmente, 12 estudios cumplieron todos los criterios establecidos y fueron incluidos en la revisión sistemática. En la Figura 1 se presenta el proceso de selección de los estudios, incluyendo los motivos de exclusión en cada fase, ilustrado mediante un diagrama de flujo conforme a las directrices PRISMA 2020 (Page et al., 2021).

Figura 1. Proceso de selección de los estudios conforme a las directrices PRISMA 2020.



Características de los estudios

Los doce estudios incluidos en esta revisión presentan una amplia diversidad en sus enfoques terapéuticos, características muestrales y modalidades de aplicación. Sin embargo, en cuanto al diseño de los estudios, existe una gran homogeneidad, ya que todos son ensayos clínicos aleatorizados (ECA). La inclusión exclusiva de este tipo de diseño tuvo como finalidad priorizar un mayor nivel de calidad de la evidencia y validez interna. Cabe señalar que uno de los estudios incluidos corresponde al seguimiento de un ensayo clínico previamente incorporado en la revisión. Por este motivo, en algunas tablas de resultados ambos artículos se presentan de forma unificada. En el Anexo 1 se muestran las características principales de los estudios recogidas en una tabla descriptiva.

Todos los estudios comparten el objetivo común de evaluar la eficacia de intervenciones dirigidas al trauma psicológico, específicamente aquellas orientadas a abordar la sintomatología compatible con CPTSD. Un grupo mayoritario de estudios (Guerra et al., 2024, Rudstam et al., 2022, Sele et al., 2023, Tay et al., 2020, Wagner et al., 2024, Dumarkaite et al., 2021, 2022 y Huang et al., 2024) tuvo como objetivo evaluar la eficacia clínica de intervenciones, comparándolas con condiciones de control, tratamiento habitual u otras intervenciones de interés. Un conjunto más reducido de estudios (Classen et al., 2021; Karatzias et al., 2024; Mahoney et al., 2022) adoptó un enfoque más exploratorio, centrado en la viabilidad, aceptabilidad y efectos preliminares de intervenciones específicas en contextos particulares. Por último, un estudio (Lee et al., 2020) examinó los efectos de una intervención breve sobre procesos específicos relacionados con el trauma (afecto y cogniciones traumáticas), más que cambios diagnósticos.

En cuanto a la población, las investigaciones se han centrado principalmente en adultos jóvenes y de mediana edad, siendo el rango de edad total entre los 13 y 70 años. Generalmente, las muestras están compuestas por mujeres que presentan trauma interpersonal

crónico, incluyendo abuso físico, sexual o emocional, violencia de pareja y experiencias repetidas de victimización a lo largo del desarrollo. Únicamente dos estudios incluyen mayoritariamente hombres, siendo casos de veteranos militares y de refugiados (Karatzias, T. et al., 2024; Tay, P. et al., 2020). Los tamaños muestrales oscilan desde 30 a 50 participantes en estudios piloto, hasta 331 participantes en un ensayo comunitario (Tay et al., 2020).

Con el objetivo de facilitar la posterior interpretación de los resultados, los estudios se agruparon en cuatro categorías en función de los componentes predominantes de las intervenciones, atendiendo principalmente a la presencia o ausencia de procesamiento traumático directo, así como al peso otorgado al abordaje de los dominios DSO. Un primer grupo (Lee et al., 2020; Sele et al., 2023 y Wagner et al., 2024) corresponde a intervenciones en las que el componente principal es la exposición o el trabajo directo con la memoria traumática, con ausencia o peso muy reducido de otros componentes terapéuticos. Un segundo grupo de estudios (Dumarkaite et al., 2021; Durmikaite et al., 2022; Guerra et al., 2024; Huang et al., 2024) incluye intervenciones basadas en psicoeducación, regulación emocional, trabajo sobre el autoconcepto y las relaciones interpersonales. Sin incorporar técnicas de exposición ni procesamiento traumático directo. Un tercer conjunto de estudios (Karatzias et al., 2024; Tay et al., 2020 y Rudstam et al., 2022) agrupa intervenciones de carácter multicomponente e integrado, que combinan el procesamiento traumático con componentes de regulación emocional, reestructuración cognitiva, abordaje del autoconcepto y estrategias interpersonales, entre otros. Finalmente, se identificó un grupo de intervenciones orientadas a la fase de estabilización, representadas por Classen et al. (2021) y Mahoney et al. (2022). Estas intervenciones se centran en la psicoeducación y la reducción del malestar emocional general. En la Tabla 2 se detallan los principales componentes terapéuticos incluidos en cada uno de los estudios analizados, permitiendo una comparación clara entre las distintas intervenciones.

Tabla 2. Componentes terapéuticos por intervención.

Autores (año)	Psico- educación	Regulación Emocional	Reestructuración cognitiva	Relaciones Interpersonales	Exposición	Autoconcepto	Mindfulness
Classen et al. (2021)	✓						✓
Dumarkaite et al. (2021, 2022)	✓	✓		✓		✓	✓
Guerra et al. (2024)	✓	✓	✓	✓			
Huang et al. (2024)	✓	✓	✓	✓		✓	✓
Karatzias et al. (2024)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Lee et al. (2020)					✓		
Mahoney et al. (2022)	✓	✓		✓			
Rudstam et al. (2022)	✓	✓			✓	✓	
Sele et al. (2023)					✓		
Tay et al. (2020)	✓	✓	✓		✓	✓	
Wagner et al. (2024)			✓		✓	✓	

Atendiendo a la modalidad de aplicación, los estudios pueden agruparse en tres categorías. En primer lugar, cinco ensayos evaluaron intervenciones presenciales en formato grupal (Classen et al., 2021; Guerra et al., 2024; Mahoney et al., 2022; Rudstam et al., 2022; Sele et al., 2023). En segundo lugar, cuatro estudios analizaron intervenciones online en formato individual, mayoritariamente autoguiadas (Dumarkaite et al., 2021, 2022; Huang et al., 2024; Lee et al., 2021; Wagner et al., 2024). Finalmente, dos estudios evaluaron una intervención presencial individual (Karatzias et al., 2024; Tay et al., 2020). Las intervenciones recogidas se desarrollaron en contextos clínicos, comunitarios o

institucionales y presentaron una duración que osciló entre 30 minutos y 6 meses, con una duración media aproximada de 3 meses, generalmente con una frecuencia semanal. Por su parte, las tasas de abandono oscilaron entre el 3% y el 50%, siendo el valor medio un 20%.

En relación con las medidas de resultado, todos los estudios evaluaron prioritariamente síntomas de PTSD, empleando instrumentos estandarizados y validados. La mayoría utilizó el ITQ (International Trauma Questionnaire), que permite medir tanto los síntomas nucleares de PTSD como los dominios DSO (Dumarkaite et al., 2021, 2022; Huang et al., 2024; Karatzias et al., 2024; Sele et al., 2023; Wagner et al., 2024). Otros estudios emplearon medidas ampliamente utilizadas en investigación clínica, como la CAPS-5 (Clinician-Administered PTSD Scale), el PCL (Posttraumatic Stress Disorder Checklist) o el IES-R (Impact of Event Scale-Revised), centradas en la gravedad de la sintomatología traumática (Classen, et al., 2021; Lee et al., 2021; Mahoney et al., 2020; Rudstam et al., 2022; Sele et al., 2023; Wagner et al., 2024). Los componentes DSO se evaluaron mediante las subescalas del ITQ y otros instrumentos específicos, como la escala DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale), o la escala IIP (Inventory of Interpersonal Problems). También se registraron medidas de disociación (SDQ-20) (Classen et al., 2021; Dumarkaite et al., 2021, 2022; Guerra et al., 2024; Karatzias et al., 2024; Sele et al., 2023). La mayoría de los estudios incorporó medidas secundarias de ansiedad y depresión, utilizando escalas como el cuestionario HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), el PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9), el GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) y el BDI-II (Beck Depression Inventory-II) (Classen, et al., 2021; Dumarkaite et al., 2022; Karatzias et al., 2024; Mahoney et al., 2020; Sele et al., 2023; Tay et al., 2020; Wagner et al., 2024). Finalmente, algunos estudios incluyeron medidas de funcionamiento psicosocial, bienestar emocional y calidad de vida, ampliando así la evaluación más allá de la sintomatología traumática estricta (Guerra et al., 2024; Rudstam et al., 2022; Tay et al., 2020).

Análisis de calidad de los estudios

Todos los estudios incluidos son ensayos clínicos aleatorizados, lo que los sitúa dentro del nivel 1 de evidencia según los criterios SIGN. No obstante, se observaron diferencias relevantes en la calidad metodológica entre los estudios. Gran parte de los ensayos presentó un diseño adecuado, con procedimientos claros de aleatorización, comparadores definidos y uso de instrumentos validados, lo que permitió clasificarlos mayoritariamente como nivel 1+. Un único estudio (Mahoney et al., 2020) mostró limitaciones metodológicas y pérdidas muy elevadas que justifican una clasificación 1-.

En consecuencia, los grados de recomendación derivados de esta evidencia oscilaron principalmente entre grado A y grado B, en función de la consistencia de los resultados y la calidad del diseño. La clasificación de los estudios según los criterios de esta herramienta se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3. Análisis de calidad de los estudios según los criterios SIGN.

Estudio	Nivel de evidencia	Grado de recomendación	Justificación
Classen et al. (2021)	1+	B	Ensayo aleatorizado piloto con informe CONSORT; tamaño muestral reducido y pérdidas moderadas que limitan precisión.
Dumarkaite et al. (2021)	1+	B	RCT piloto online con diseño explícito. Falta de detalle de aleatorización y manejo de pérdidas.
Dumarkaite et al. (2022)	1+	B	RCT piloto online con seguimiento a 3 meses. Pérdidas moderadas.
Guerra et al. (2024)	1+	A	Ensayo piloto aleatorizado con análisis ITT reportado.
Huang et al. (2024)	1+	A	Medidas clínicas robustas, metodología sólida. Preocupaciones menores en pérdidas.
Karatzias et al. (2024)	1++	A	Ensayo sólido, metodología robusta, control de sesgos excelente, uso riguroso de medidas CPTSD.
Lee et al. (2021)	1+	B	RCT de imaginерía guiada con diseño robusto. Falta de detalle sobre la aleatorización.

Mahoney et al. (2020)	1-	-	Ensayo en contexto penitenciario con pérdidas muy elevadas (>50%) y análisis limitados, validez comprometida.
Rudstam et al. (2022)	1+	A	RCT registrado con bajas pérdidas (4/5%), reporte CONSORT claro y solidez metodológica.
Sele et al. (2023)	1+	A	El grado A aplica al tratamiento PE. Attrition mayor en SNT, especialmente en seguimiento
Tay et al. (2020)	1+	B	RCT de mayor tamaño en población refugiada, diseño riguroso. Heterogeneidad poblacional reconocida y seguimiento corto.
Wagner et al. (2024)	1+	A	ECA bien diseñado, con medidas clínicas robustas y control adecuado del sesgo.

Por otro lado, la evaluación mediante la herramienta RoB 2 indicó que la mayoría de los estudios presentaron un riesgo de sesgo global bajo o con algunas preocupaciones. En general, las distintas dimensiones mostraron un bajo riesgo de sesgo, siendo la aleatorización y la medición del resultado las dimensiones que mostraron mayores preocupaciones, especialmente en estudios en formato online. Un único estudio (Mahoney et al., 2020) obtuvo un juicio global de alto riesgo de sesgo. En el Anexo 2 se expone el nivel de riesgo de sesgo para cada dimensión y de manera global.

En conjunto, el análisis de calidad indica que los estudios incluidos aportan evidencia de calidad moderada a alta, aunque con heterogeneidad metodológica relacionada principalmente con el tamaño muestral, el carácter piloto de algunos ensayos y las limitaciones inherentes a los diseños online y grupales.

Eficacia de los estudios

Los resultados de los estudios incluidos muestran un patrón general de mejoría clínica significativa tras las intervenciones, con variabilidad en la magnitud y dominio de los efectos. A continuación, se presentan los resultados organizados en torno a los desenlaces principales

evaluados en la revisión: síntomas centrales de PTSD, síntomas en las dimensiones CPTSD, otros síntomas psicológicos relevantes y mantenimiento de los efectos en el seguimiento.

Cambios en los síntomas centrales PTSD

En conjunto, gran parte de los estudios incluidos informó de reducciones significativas en los síntomas centrales de PTSD tras la intervención, aunque con una considerable variabilidad. Las intervenciones multicomponente mostraron, en general, los efectos más consistentes. En el estudio de Tay et al. (2020), la terapia Integrative Adapt Therapy (IAT) produjo una reducción significativa de los síntomas de PTSD en comparación con una CBT culturalmente adaptada, con un tamaño del efecto grande ($d = 0.93$). De forma similar, Karatzias et al. (2024) observaron reducciones muy marcadas en PTSD tras la intervención ESTAIR, con tamaños del efecto muy grandes en los análisis ($d = 1.78$).

Resultados positivos también se observaron en intervenciones centradas en el procesamiento del trauma. Wagner et al. (2024) encontraron efectos significativos de condición $\times$ tiempo en PTSD, con tamaños del efecto moderados entre grupos ($d = 0.45 - 0.76$) y grandes dentro del grupo intervención ($d = 0.85 - 1.39$). En el estudio comparativo de Sele et al. (2023), la exposición prolongada (PE) mostró las mayores reducciones en PTSD frente a STAIR y STAIR Narrative Therapy (SNT), con una mayor proporción de participantes que dejaron de cumplir criterios diagnósticos tras el tratamiento y un tamaño del efecto $d = 0.9$.

Las intervenciones orientadas principalmente a los dominios DSO y las orientadas a la fase de estabilización, mostraron resultados modestos o inconsistentes en la reducción de los síntomas nucleares del trauma.

Cambios en los síntomas CPTSD

Los resultados relativos a los dominios específicos del CPTSD (DSO) muestran un patrón particularmente relevante. Las intervenciones multicomponente diseñadas

explícitamente para abordar toda la sintomatología del trauma complejo tendieron a mostrar mayores efectos sobre los dominios DSO. En este sentido, Karatzias et al. (2024) informaron de reducciones muy grandes ($d = 2$) en DSO tras la intervención ESTAIR (Enhanced Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation), con mejoras significativas en los dominios de regulación emocional, autoconcepto negativo y dificultades interpersonales. Resultados similares se observaron en el estudio de Tay et al. (2020), donde la IAT (Integrative Adapt Therapy) produjo reducciones significativas frente a la condición control, con un tamaño del efecto grande ($d = 0.71$). En la intervención online de reescritura de imágenes evaluada por Wagner et al. (2024) también se encontraron reducciones significativas en los síntomas DSO, con tamaños del efecto moderados entre grupos y grandes dentro del grupo intervención.

Las intervenciones orientadas a la regulación emocional, autoconcepto y relaciones interpersonales mostraron efectos más específicos sobre los dominios DSO. En los estudios de Dumarkaite et al. (2021, 2022), basados en mindfulness, se observaron reducciones significativas en DSO total frente al grupo control, especialmente en autoconcepto negativo y dificultades interpersonales, con tamaños del efecto moderados a grandes ($d = 0.66 - 0.87$). La intervención breve de autocompasión evaluada por Huang et al. (2024) mostró una reducción significativa de los síntomas DSO frente al grupo control ($d = 0.51$). El estudio de Guerra et al. (2024) mostró una evidencia más limitada, siendo el dominio de regulación emocional el que mostró una mejora significativa. El autoconcepto no fue evaluado y en el ámbito de las relaciones interpersonales no se encontraron diferencias.

Las intervenciones de estabilización y las centradas en el procesamiento del trauma mostraron resultados parciales en síntomas DSO, observándose los mayores beneficios en la dimensión de regulación emocional.

Otros síntomas relevantes: ansiedad y depresión

La mayoría de los estudios incorporó medidas secundarias de ansiedad y depresión, observándose mejoras significativas en numerosos casos, aunque con una mayor heterogeneidad. Las intervenciones multicomponente mostraron los efectos más robustos. Los tres estudios incluidos en este grupo mostraron reducciones significativas tanto en ansiedad como en depresión frente al grupo control. En contraste, los resultados de los demás tipos de intervención fueron más variables y limitados, en parte porque no todos los estudios evaluaron estas variables.

Seguimiento

Los estudios que incluyeron evaluaciones de seguimiento aportan información relevante sobre la estabilidad temporal de los efectos de las intervenciones psicológicas en el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (CPTSD). En conjunto, los resultados sugieren que las mejoras obtenidas tras el tratamiento tienden a mantenerse en el tiempo, aunque la magnitud y consistencia de estos efectos varían en función del tipo de intervención y de los dominios evaluados.

De manera general, las intervenciones multicomponente mostraron una mayor estabilidad de los efectos en el seguimiento, manteniéndose las mejoras tanto en los síntomas nucleares del PTSD como en las alteraciones en la autoorganización (DSO). Por el contrario, en la intervención breve de autocompasión de Huang et al. (2024) los efectos observados postratamiento se redujeron en el seguimiento a un mes, y en el estudio de Mahoney et al. (2022), los pequeños cambios positivos iniciales no se mantuvieron, pero sí se mantuvo el empeoramiento de la depresión.

Cabe destacar que el número de estudios con seguimientos a medio y largo plazo fue reducido y que los intervalos de evaluación variaron considerablemente entre investigaciones,

lo que dificulta la comparación directa de los resultados. La Tabla 4 recoge de manera visual los resultados descritos.

Tabla 4. Efecto de las intervenciones sobre diferentes síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático Complejo.

Autores (año)	Síntomas PTSD	Desregulación Emocional (DE)	Autoconcepto negativo (AN)	Dificultades interpersonales (DI)	Ansiedad	Depresión	Seguimiento
Classen et al. (2021)	○			○	✓	○	✓
Dumarkaite et al. (2021, 2022)	○	✓	✓	✓	○	○	✓
Guerra et al. (2024)	✓	✓		○		✓	✓
Huang et al. (2024)	✓	✓	✓	✓			○
Karatzias et al. (2024)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Lee et al. (2020)		✓					✓
Mahoney et al. (2022)	○	✓			○	✗	✗
Rudstam et al. (2022)	✓	✓	✓		✓	✓	✓
Sele et al. (2023)	✓	✓	✓	○		✓	✓
Tay et al. (2020)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Wagner et al. (2024)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

✓ : Mejora significativa postratamiento con respecto al grupo control
 ○ : Resultados modestos o inconsistentes
 ✗ : Empeoramiento

Componentes específicos de las intervenciones y su posible relación con los resultados

El análisis conjunto de los estudios incluidos permite describir cómo la presencia de determinados componentes terapéuticos se asocia a patrones diferenciados de resultados

clínicos. Dada la heterogeneidad de diseños, poblaciones y modalidades de aplicación, no es posible aislar el efecto específico de cada componente. No obstante, la comparación descriptiva de los estudios, organizada según los componentes predominantes de las intervenciones, permite identificar regularidades consistentes en la relación entre tipos de estrategias terapéuticas y dominios de cambio evaluados.

Las intervenciones multicomponente integradas mostraron el perfil de resultados más amplio y consistente. En este grupo se observaron mejoras simultáneas tanto en los síntomas centrales de PTSD como en los dominios del CPTSD, incluyendo regulación emocional, autoconcepto negativo y dificultades interpersonales. Este patrón se identificó de forma consistente en los estudios de Karatzias et al. (2024), Tay et al. (2020) y Rudstam et al. (2022), que además informaron de reducciones en sintomatología ansiosa y depresiva cuando se evaluó, y el mantenimiento de los efectos en el seguimiento.

Un segundo patrón corresponde a las intervenciones orientadas a los dominios DSO del CPTSD, sin inclusión de procesamiento traumático directo. En este grupo, los resultados mostraron mejoras consistentes en regulación emocional y autoconcepto, así como mejoras moderadas en las relaciones interpersonales y en síntomas de ansiedad y depresión. En cambio, los efectos sobre los síntomas nucleares de PTSD fueron más modestos o inconsistentes, en consonancia con la ausencia de exposición o reprocesamiento traumático.

En contraste, las intervenciones centradas principalmente en el procesamiento traumático directo mediante exposición o reescritura imaginativa presentaron un perfil de resultados más focal. En los estudios de Lee et al. (2020), Sele et al. (2023) y Wagner et al. (2024), se observaron reducciones consistentes en los síntomas centrales de PTSD, mientras que los efectos sobre los dominios del CPTSD fueron limitados o inconsistentes. Asimismo, los cambios en ansiedad y depresión fueron variables, lo que sugiere un impacto más específico sobre la sintomatología traumática nuclear.

Finalmente, las intervenciones predominantemente psicoeducativas y orientadas a la estabilización emocional, representadas por los estudios de Classen et al. (2021) y Mahoney et al. (2022), mostraron un perfil de resultados más limitado y específico. En el estudio de Classen et al. (2021), que combinó psicoeducación con estrategias de mindfulness en el marco de una intervención grupal, los resultados indicaron mejoras principalmente en los niveles de ansiedad, sin evidenciar cambios consistentes en los síntomas nucleares de PTSD ni en otros dominios del CPTSD. Por su parte, la intervención evaluada por Mahoney et al. (2022), centrada en psicoeducación y estrategias de regulación emocional propias de una fase inicial de estabilización, mostró mejoras en regulación emocional, pero se asoció a un empeoramiento de los síntomas depresivos y a la ausencia de efectos significativos sobre los síntomas centrales de PTSD.

En conjunto, los resultados ponen de manifiesto que los estudios incluidos difieren en los componentes terapéuticos empleados, y que estas diferencias se acompañan de patrones distintos en los dominios de resultado evaluados, especialmente entre los síntomas centrales de PTSD y los componentes específicos del CPTSD. A continuación, la Tabla 5 presenta una síntesis visual de los principales hallazgos descritos, facilitando la comparación entre los distintos tipos de intervenciones y sus efectos sobre los dominios evaluados del trauma complejo.

Tabla 5. Relación entre componentes terapéuticos y patrones de resultados clínicos.

Componentes terapéuticos predominantes	PTSD	DE	AN	DI	Ansiedad / Depresión	Seguimiento	Estudios representativos
Intervenciones multicomponente integradas (psicoeducación + regulación emocional + reestructuración cognitiva + interpersonal + autoconcepto + exposición)	✓✓	✓ ✓	✓✓	✓ ✓	✓✓	✓✓	Karatzias et al. (2024); Tay et al. (2020); Rudstam et al. (2022)
Regulación emocional y dominios DSO sin exposición (regulación emocional + autoconcepto + interpersonal)	✓	✓ ✓	✓✓	✓	○	✓	Dumarkaite et al. (2021, 2022); Guerra et al. (2024); Huang et al. (2024)
Exposición focal / procesamiento traumático directo (con ausencia o peso reducido de otros componentes)	✓✓	✓ ✓	✓	○	✓ / ○	✓✓	Lee et al. (2020); Sele et al. (2023); Wagner et al. (2024)
Psicoeducación y estabilización	○	✓	○	○	○ / ✗	○	Classen et al. (2021); Mahoney et al. (2022)

✓✓: Mejoras consistentes y de mayor magnitud

✓: Mejoras significativas en algunos estudios

○: Resultados modestos o inconsistentes

✗: Empeoramiento

DE: Desregulación Emocional, AN: Autoconcepto Negativo, DI: Dificultades Interpersonales

Variables moderadoras

Los estudios incluidos en esta revisión exploraron de forma muy limitada el papel de variables moderadoras en la respuesta al tratamiento, por lo que no es posible extraer conclusiones firmes acerca de qué características individuales o contextuales influyen en la eficacia de las intervenciones. Los análisis de los ensayos se centraron en los efectos principales de las intervenciones, sin incluir evaluaciones de interacciones entre características de los participantes y los resultados clínicos.

La edad no se asoció con diferencias en la magnitud del cambio clínico, y el predominio de mujeres en las muestras limitó el análisis por género. En los pocos estudios con muestras mayoritariamente masculinas, como los realizados con veteranos o población refugiada, no se llevaron a cabo análisis formales que permitieran evaluar el papel moderador del género o del contexto vital (Karatzias et al., 2024; Tay et al., 2020). Del mismo modo, aunque la mayoría de los estudios incluyó participantes con historias de trauma interpersonal crónico, abuso infantil o exposición repetida a eventos traumáticos concretos, no se realizaron comparaciones sistemáticas que permitieran determinar la influencia diferencial del tipo de trauma en los resultados.

DISCUSIÓN

Interpretación general de los resultados en el contexto de otras evidencias

Los resultados de la presente revisión son coherentes con la literatura reciente y refuerzan la relevancia clínica de la diferenciación entre Trastorno de Estrés Postraumático (PTSD) y Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (CPTSD) propuesta por la CIE-11 (OMS, 2018). En consonancia con estudios recientes, los hallazgos confirman que las intervenciones psicológicas basadas en la evidencia centradas en el procesamiento del trauma, producen una reducción consistente y clínicamente relevante de los síntomas nucleares PTSD. (Karatzias et al., 2019; Coventry et al., 2020; Hu et al., 2025).

No obstante, tal como señalan investigaciones previas, los efectos sobre los dominios específicos de las alteraciones en la autoorganización (DSO) se muestran más modestos y variables, dependiendo del tipo de intervención llevada a cabo (Billings et al., 2025; Hu et al., 2025). Este patrón se reproduce en los estudios incluidos en la revisión, en los que se observa una respuesta heterogénea en la reducción de síntomas DSO.

Los resultados de esta revisión indican que las intervenciones multicomponente, que combinan de forma estructurada distintos componentes terapéuticos dirigidos tanto al procesamiento del trauma como a los dominios DSO, muestran un perfil de eficacia más amplio y consistente, con efectos positivos tanto en síntomas centrales PTSD y DSO. De forma complementaria, la literatura reciente ha señalado resultados favorables para las denominadas intervenciones integradas, las cuales, si bien no son equivalentes a las intervenciones multicomponente, comparten el objetivo de abordar los distintos dominios sintomáticos del CPTSD y cuentan con evidencia creciente que respalda su uso clínico (Coventry et al., 2020; Darby et al., 2023). En conjunto, estos hallazgos sugieren que los abordajes que trascienden el procesamiento traumático aislado y contemplan de forma explícita la complejidad sintomática del CPTSD tienden a generar respuestas terapéuticas más completas, reforzando la hipótesis de que este trastorno requiere intervenciones más complejas y adaptadas a su estructura clínica.

Por el contrario, las intervenciones de estabilización aplicadas de forma aislada muestran una eficacia limitada y circunscrita a aspectos emocionales específicos, sin generar cambios sustanciales en el conjunto de la sintomatología del CPTSD. Este hallazgo es consistente con estudios recientes que señalan su posible utilidad como fase preparatoria, pero no como tratamiento completo del trastorno (Darby et al., 2023; Hu et al., 2025).

En conjunto, la integración de los resultados de esta revisión con la evidencia actual sugiere que, si bien los tratamientos psicológicos disponibles son eficaces para la reducción de los síntomas de PTSD, la respuesta terapéutica en el CPTSD es claramente modulada por la inclusión de componentes dirigidos a las alteraciones en la autoorganización, apoyando la necesidad de modelos de intervención más integrados y específicos para este diagnóstico.

Limitaciones

La interpretación de los resultados de la presente revisión debe realizarse teniendo en cuenta una serie de limitaciones que derivan tanto de la evidencia empírica disponible como del diseño metodológico adoptado para la propia revisión. Estas limitaciones son, en gran medida, esperables en un campo de investigación relativamente reciente como el del Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (CPTSD) y no invalidan los patrones generales observados, pero sí delimitan el alcance y generalización de las conclusiones.

En relación con la evidencia incluida, existe una considerable heterogeneidad entre los estudios en términos de tamaño muestral, características de las poblaciones, modalidades de intervención y medidas de resultado. Esta diversidad dificulta la comparación directa entre intervenciones, pero también refleja la amplitud de aproximaciones clínicas actualmente en desarrollo y permite identificar patrones comunes de respuesta terapéutica.

Desde una perspectiva conceptual, el diagnóstico de CPTSD no siempre fue establecido de forma explícita mediante criterios diagnósticos completos. En algunos estudios fue inferido a partir de perfiles sintomáticos compatibles o de la presencia de trauma interpersonal crónico. Esta variabilidad limita la comparabilidad entre estudios, pero refleja el proceso de consolidación diagnóstica aún en curso desde la introducción CPTSD en la CIE-11 (OMS, 2018).

Asimismo, se incluyeron estudios piloto o de viabilidad, con tamaños muestrales reducidos y, en algunos casos, tasas de abandono moderadas, especialmente en intervenciones online o en contextos clínicos complejos. Estas características limitan la precisión de las estimaciones del efecto, pero a su vez aportan información valiosa sobre factibilidad, aceptabilidad y seguridad de las intervenciones, constituyendo un paso previo necesario para ensayos clínicos de mayor escala.

Por lo que respecta a las limitaciones propias del diseño de la revisión, la decisión de incluir únicamente ensayos clínicos aleatorizados permitió priorizar la validez interna y la calidad de la evidencia sintetizada. Sin embargo, esta decisión redujo el número de estudios disponibles y excluyó diseños observacionales o estudios mixtos que podrían aportar información relevante sobre variables moderadoras, procesos terapéuticos y aplicabilidad clínica.

En segundo lugar, no se llevó a cabo un metaanálisis cuantitativo debido a la heterogeneidad de las intervenciones, las poblaciones y las medidas utilizadas. Esto limita la posibilidad de estimar tamaños del efecto globales. Por otro lado, esta decisión permitió desarrollar una síntesis cualitativa detallada, centrada en el análisis comparativo de los componentes terapéuticos y los patrones de cambio clínico, un enfoque adecuado en un campo aún emergente como el CPTSD definido por la CIE-11(OMS, 2018).

En el plano clínico, la exclusión de muestras con comorbilidad psiquiátrica restringe la validez ecológica de los hallazgos, dado que el CPTSD se observa frecuentemente en contextos clínicos complejos. A su vez, esta decisión metodológica permite una evaluación más controlada de la eficacia de las intervenciones.

Finalmente, la clasificación de los estudios en función de los componentes predominantes de las intervenciones implica cierto grado de simplificación, ya que muchas comparten elementos y pueden variar en su implementación clínica. No obstante, esta categorización facilita una lectura integradora de la evidencia, permite identificar regularidades clínicamente relevantes y ofrece un marco útil para interpretar resultados y orientar futuras investigaciones y decisiones terapéuticas.

Implicaciones de los resultados a nivel práctico y futuras líneas de investigación.

Los resultados de esta revisión sugieren que, en el abordaje del Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (CPTSD), la elección del tratamiento psicológico no debería basarse exclusivamente en la reducción de los síntomas nucleares del PTSD. Es fundamental considerar de manera explícita la presencia, gravedad y perfil de las alteraciones en la autoorganización (DSO), ya que estas dimensiones parecen desempeñar un papel central en la respuesta terapéutica y en la recuperación funcional.

Desde una perspectiva clínica, estos hallazgos apoyan la necesidad de una formulación diferencial del CPTSD, en la que la evaluación inicial de los dominios DSO (desregulación emocional, autoconcepto negativo y dificultades interpersonales) guíe la planificación del tratamiento. Los pacientes con alteraciones DSO marcadas podrían beneficiarse especialmente de intervenciones multicomponente, que integren el procesamiento traumático con estrategias específicas dirigidas a la regulación emocional, el trabajo sobre el autoconcepto y el fortalecimiento de las relaciones interpersonales. Las intervenciones centradas únicamente en el reprocesamiento del trauma pueden ser insuficientes para estos pacientes.

Las intervenciones de estabilización, si bien pueden tener un impacto parcial sobre aspectos emocionales específicos, muestran una eficacia limitada cuando se aplican de forma aislada. Por tanto, la integración flexible y secuencial de distintos componentes terapéuticos parece constituir una vía prometedora para optimizar los resultados clínicos.

En cuanto a futuras líneas de investigación, es necesario desarrollar ensayos clínicos aleatorizados específicamente diseñados para el CPTSD según la CIE-11 (OMS, 2018), con tamaños muestrales adecuados y seguimientos a largo plazo. Además, es fundamental avanzar en el estudio de los componentes activos de las intervenciones, mediante diseños que permitan comparar de forma directa enfoques multicomponente frente a intervenciones

focalizadas. Asimismo, futuras investigaciones deberían incorporar análisis de variables moderadoras y mediadoras para identificar qué perfiles de pacientes se benefician más de cada tipo de intervención, y a través de qué mecanismos se producen los cambios terapéuticos. Este enfoque permitiría avanzar hacia modelos de tratamiento más precisos y personalizados, mejorando la eficacia y la eficiencia de la atención psicológica en el contexto del trauma complejo.

A modo de conclusión, esta revisión sistemática sintetiza la evidencia publicada entre 2018 y 2025 sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos para el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (CPTSD) según la CIE-11 (OMS, 2018). Los hallazgos muestran que las intervenciones basadas en la evidencia producen mejoras clínicamente significativas, aunque con perfiles de eficacia variables en función del tipo de intervención. Las intervenciones multicomponente ofrecen los beneficios más amplios y consistentes, al abordar tanto los síntomas nucleares del PTSD como los dominios DSO, mientras que los enfoques focalizados o de estabilización aislada presentan efectos más limitados. Estos hallazgos refuerzan la validez clínica del CPTSD como entidad diagnóstica diferenciada y subrayan la necesidad de avanzar hacia tratamientos más integrados y personalizados, así como de seguir desarrollando investigación específica que optimice la práctica clínica en el ámbito del trauma complejo.

REFERENCIAS

Billings, J., & Nicholls, H. (2025). PTSD and complex PTSD, current treatments and debates: a review of reviews. *British medical bulletin*, 156(1), 1daf015. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldaf015>.

Brewin, C. R., Atwoli, L., Bisson, J. I., Galea, S., Koenen, K., & Lewis-Fernández, R. (2025). Post-traumatic stress disorder: evolving conceptualization and evidence, and future research directions. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 24(1), 52–80. <https://doi.org/10.1002/wps.21269>.

Classen, C. C., Hughes, L., Clark, C., Hill Mohammed, B., Woods, P., & Beckett, B. (2021). A Pilot RCT of A Body-Oriented Group Therapy For Complex Trauma Survivors: An Adaptation of Sensorimotor Psychotherapy. *Journal of trauma & dissociation : the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, 22(1), 52–68. <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1760173>.

Coventry, P.A., Meader, N., Melton, H., Temple, M., Dale, H., Wright, K., 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 Med.*, 17 (8), Article e1003262. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003262>.

Darby, R.J., Taylor, E.P., Cadavid, M.S. (2023). Phase-based psychological interventions for complex post-traumatic stress disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders Reports*, Volume 14. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100628>

Dumarkaite, A., Truskauskaitė-Kuneviciene, I., Andersson, G., & Kazlauskas, E. (2022). The Effects of Online Mindfulness-Based Intervention on Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder Symptoms: A Randomized Controlled Trial With 3-Month Follow-Up. *Frontiers in psychiatry*, 13, 799259. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.799259>.

Dumarkaite, A., Truskauskaitė-Kuneviciene, I., Andersson, G., Mingaudaite, J., & Kazlauskas, E. (2021). Effects of Mindfulness-Based Internet Intervention on ICD-11 Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder Symptoms: a Pilot Randomized Controlled Trial. *Mindfulness*, 12(11), 2754–2766. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01739-w>.

Guerra, C., Taylor, E. P., & Arredondo, V. (2024). Effect of three group interventions on psychosocial functioning in adolescents exposed to interpersonal violence in Chile: A pilot clinical trial. *Child abuse & neglect*, 157, 107073. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.107073>.

Higgins J.P.T., Sterne, J.A.C., Savović, J., Page, M.J., Hróbjartsson, A., Boutron, I., Reeves, B., Eldridge, S. (2016). A revised tool for assessing risk of bias in randomized trials In: Chandler J, McKenzie J, Boutron I, Welch V (editors). *Cochrane Methods*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 10 (Suppl 1). [dx.doi.org/10.1002/14651858.CD201601](https://doi.org/10.1002/14651858.CD201601).

Huang, L., Fan, J., LeMoult, J., Chi, P., Zhao, Y., & Chi, X. (2024). Effects of a Brief Self-Compassion Online Intervention on Complex Posttraumatic Stress Symptoms Among Chinese University Students With Trauma History: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Research on Social Work Practice*, 35(4), 389-402. <https://doi.org/10.1177/10497315241267248>.

Hu, J. H., Ma, Y. Q., Zhou, Y., Wang, S. B., Jia, F. J., & Hou, C. L. (2025). Efficacy of psychological interventions for complex post-traumatic stress disorder in adults exposed to complex traumas: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of affective disorders*, 380, 515–526. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.03.153>.

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>.

Karatzias, T., Shevlin, M., Cloitre, M., Busuttil, W., Graham, K., Hendrikx, L., Hyland, P., Biscoe, N., & Murphy, D. (2024). Enhanced Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation versus Treatment as Usual for ICD-11 Complex PTSD: A Pilot Randomised Controlled Trial (The RESTORE Trial). *Psychotherapy and psychosomatics*, 93(3), 203–215. <https://doi.org/10.1159/000538428>.

Lee, J., Kim, C., & Nam, J. K. (2021). Online guided imagery in traumatic memory processing for at-risk complex PTSD adults. *Journal of Loss and Trauma*, 26(1), 16–34. <https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1738062>.

Maercker, A., Cloitre, M., Bachem, R., Schlumpf, Y. R., Khoury, B., Hitchcock, C., & Bohus, M. (2022). Complex post-traumatic stress disorder. *Lancet (London, England)*, 400(10345), 60–72. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00821-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00821-2).

Mahoney, A., Karatzias, T., Halliday, K., & Dougal, N. (2020). How important are Phase 1 interventions for complex interpersonal trauma? A pilot randomized control trial of a group psychoeducational intervention. *Clinical psychology & psychotherapy*, 27(4), 597–610. <https://doi.org/10.1002/cpp.2447>.

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Clasificación Internacional de Enfermedades, Undécima Revisión (CIE-11)*.

Page, M.J., Moher, D., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021; 372:n160. <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>.

Rudstam, G., Elofsson, U. O. E., Söndergaard, H. P., Bonde, L. O., & Beck, B. D. (2022). Trauma-focused group music and imagery with women suffering from PTSD/Complex PTSD: A randomized controlled study. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 6(3), Article 100277. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2022.100277>.

Sele, P., Hoffart, A., Cloitre, M., Hembree, E., & Øktedalen, T. (2023). Comparing phase-based treatment, prolonged exposure, and skills-training for Complex Posttraumatic Stress Disorder: A randomized controlled trial. *Journal of anxiety disorders*, 100, 102786. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2023.102786>.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2019). A guideline developer's handbook. Edinburgh: SIGN; 2019. SIGN publication no. 50. <http://www.sign.ac.uk>.

Tay, A. K., Mung, H. K., Miah, M. A. A., Balasundaram, S., Ventevogel, P., Badrudduza, M., Khan, S., Morgan, K., Rees, S., Mohsin, M., & Silove, D. (2020). An Integrative Adapt Therapy for common mental health symptoms and adaptive stress amongst Rohingya, Chin, and Kachin refugees living in Malaysia: A randomized controlled trial. *PLoS medicine*, 17(3), e1003073. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003073>.

Wagner, B., Böhm, M., & Grafiadeli, R. (2024). Efficacy of an internet-based written imagery rescripting intervention for survivors of institutional childhood abuse - A randomized controlled trial. *Child abuse & neglect*, 147, 106557. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106557>.

ANEXOS

Anexo 1. Clasificación del nivel de evidencia según la herramienta SIGN.

Nivel de evidencia	Justificación
1++	Ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo.

Anexo 2. Clasificación del grado de recomendación según la herramienta SIGN.

Grado de recomendación	Justificación
A	ECA de nivel 1++, o evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 1+. Directamente aplicables a la población diana y que demuestren consistencia global.
B	Evidencia extrapolada de estudios de nivel 1++ o 1+.
C	Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2++.

Anexo 3. Proceso de evaluación del riesgo de sesgo con la herramienta RoB 2.

Dominio RoB 2	Qué evalúa	Qué debe cumplir
Dominio 1. Sesgo derivado del proceso de aleatorización	Si la asignación a los grupos fue realmente aleatoria y bien ocultada	• Secuencia de aleatorización verdaderamente aleatoria • Ocultación adecuada de la asignación • Grupos comparables en las características basales (sin desequilibrios sospechosos)
Dominio 2. Sesgo debido a desviaciones de las intervenciones previstas	Si los participantes recibieron la intervención según lo asignado y si el análisis fue apropiado	Para efecto de asignación (ITT): • Idealmente cegamiento de participantes y personal • Ausencia de desviaciones relevantes inducidas por el contexto del ensayo • Análisis por intención de tratar adecuado
Dominio 3. Sesgo debido a datos de resultado perdidos	Impacto de las pérdidas de seguimiento o datos incompletos	• Datos disponibles para todos o casi todos los participantes • Pérdidas equilibradas entre grupos • Las pérdidas no dependen del valor real del resultado o se demuestra que no afectan el efecto

Dominio 4. Sesgo en la medición del resultado	Si el resultado se midió de forma válida y comparable entre grupos	• Método de medición adecuado y validado • Misma forma de medir el resultado en todos los grupos • Evaluadores cegados o resultados objetivos (p. ej., mortalidad)
Dominio 5. Sesgo en la selección del resultado informado	Si el resultado reportado fue seleccionado en función de los resultados	• Existencia de protocolo o plan de análisis previo • El resultado coincide con lo preespecificado • No selección entre múltiples medidas, análisis o momentos de evaluación
Juicio global de riesgo de sesgo	Evaluación integrada de todos los dominios	• Bajo riesgo: todos los dominios en bajo riesgo • Algunas preocupaciones: al menos un dominio con dudas • Alto riesgo: al menos un dominio en alto riesgo o varios con preocupaciones importantes



Anexo 4. Tablas descriptivas

Autores (año)	País	Objetivo	Diseño del estudio	Participantes	Variables independientes	Variables dependientes	Resultados
Classen, C. et al. (2021)	Canadá	Evaluar la eficacia del programa grupal Trauma and the Body Group (TBG), basado en psicoterapia sensoriomotriz , para mejorar la conciencia corporal y reducir síntomas PTSD y DSO en mujeres con trauma complejo.	Ensayo clínico aleatorizado piloto (RCT) Duración del programa: 5 meses Número de sesiones: 20 sesiones Mediciones: 3 (Pre, post, seguimiento 6 meses después) Terapia presencial grupal	Mujeres con historial de trauma interpersonal en la infancia que cumplen criterios o subcriterios de CPTSD según CIE-11. N= 32 Rango de edad= 24-64 años Edad media= 43.51 Sexo: 100% mujeres	<u>Tratamiento:</u> 1. TGB: Terapia grupal basada en psicoterapia sensoriomotriz. Enfoque mente-cuerpo centrado en procesamiento sensoriomotor y regulación somática. Estructura sesiones: Respiraciones, conciencia corporal, mindfulness, psicoeducación, ejercicios prácticos, tareas semanales. 2. Control: Lista de espera	Síntomas centrales PTSD - PCL-C (PTSD Checklist) Conciencia corporal - SBC (Scale of Body Connection) Disociación - SDQ-20 (Somatoform Dissociation Questionnaire) - DES (Dissociative Experiences Scale) Problemas interpersonales - IIP-32 (Inventory of Interpersonal Problems-32) Depresión - BDI-II (Beck Depression Inventory-II) Ansiedad - BAI (Beck Anxiety Inventory)	<u>Comparación entre grupos:</u> - PTSD: No hubo cambios significativos en PTSD. Se observaron mejoras significativas en conciencia corporal (p=.007, d=.91), ansiedad (p=.02, d=.81) y la receptividad al consuelo (p=.001, d=1.12). No hubo cambios significativos en depresión, problemas interpersonales ni disociación. El tratamiento mostró potencial para aumentar la regulación somática y la capacidad de auto y co-regulación. Seguimiento: Las mejoras se mantienen en el seguimiento. Tasa de abandono: 25.2 %

Autores (año)	País	Objetivo	Diseño del estudio	Participantes	Variables independientes	Variables dependientes	Resultados
Dumarkaite, A. et al. (2022)	Lituania	Examinar los efectos de una intervención online autoguiada basada en mindfulness sobre síntomas PTSD y CPTSD, evaluando especialmente si los cambios se mantienen a los 3 meses de seguimiento.	Ensayo clínico aleatorizado (RCT) Duración del programa: 8 semanas Mediciones: 3 (Pre, post, seguimiento 3 meses después) Terapia online individual autoguiada con posibilidad de mensajes con psicólogo.	Jóvenes adultos universitarios con experiencias traumáticas. N= 53 Rango de edad= 20-32 años Edad media= 23.21 Sexo: 84.9% mujeres	<u>Tratamiento:</u> 1. Intervención autoguiada online basada en mindfulness. Conciencia corporal, observación pensamientos traumáticos sin juicio, autocompasión, relaciones interpersonales, bienestar psicológico positivo. 2 Control: Lista de espera.	Síntomas centrales PTSD - ITQ (International Trauma Questionnaire) Síntomas DSO (CPTSD) - ITQ (International Trauma Questionnaire) Depresión - PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) Ansiedad - GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7)	<u>Comparación entre grupos:</u> - PTSD: No hubo efectos significativos en PTSD total. -CPTSD: Reducción significativa de DSO total frente al grupo control, especialmente en autoconcepto negativo (p= .019, d= -.66) y alteraciones en las relaciones (p= .038, d= -.87). <u>Seguimiento:</u> Los efectos significativos en DSO se mantuvieron a 3 meses.

Autores (año)	País	Objetivo	Diseño del estudio	Participantes	Variables independientes	Variables dependientes	Resultados
Dumarkaite, A. et al. (2021)	Lituania	Evaluar los efectos de una intervención online autoguiada basada en mindfulness sobre síntomas PTSD y CPTSD.	Ensayo clínico aleatorizado (RCT) Duración del programa: 8 semanas Mediciones: 2 (Pre, post) Terapia online individual autoguiada con posibilidad de mensajes con psicólogo.	Jóvenes adultos universitarios con experiencias traumáticas. N= 70 Rango de edad= 20-35 años Edad media= 23.34 Sexo: 87.1% mujeres	<u>Tratamiento:</u> 1. Intervención autoguiada online basada en mindfulness. Conciencia corporal, observación de pensamientos traumáticos sin juicio, autocompasión, relaciones interpersonales, bienestar psicológico positivo. 2. Control: Lista de espera.	Síntomas centrales PTSD - ITQ (International Trauma Questionnaire) Síntomas DSO (CPTSD) - ITQ (International Trauma Questionnaire) Depresión - PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) Ansiedad - GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7)	<u>Comparación entre grupos:</u> - PTSD: No hubo efectos significativos en PTSD total. - CPTSD: Reducción significativa de DSO total frente al grupo control, especialmente en autoconcepto negativo (d= 0.72) y alteraciones en las relaciones (d= 0.55). - No hubo diferencias estadísticamente significativas en ansiedad y depresión. Mejoras en PTSD intra grupo, pero no superiores al control. <u>Tasa de abandono:</u> intervención: 22.5% control: 4.1%

Autores (año)	País	Objetivo	Diseño del estudio	Participantes	Variables independientes	Variables dependientes	Resultados
Guerra, C. et al. (2024)	Chile	Evaluar la efectividad y aceptabilidad de tres intervenciones grupales de baja intensidad (TF-CBT, IPT y Art-therapy-based support) en adolescentes expuestos a violencia interpersonal.	Ensayo clínico aleatorizado (RCT) Número de sesiones: 12 sesiones (1.5-2h) + 4 sesiones psicoeducativas para cuidadores. Mediciones: 5: T1 (pre), T2 (sesión 6), T3 (sesión 7), T4 (post), T5 (seguimiento 8 semanas). Terapia presencial grupal	Adolescentes con experiencias de violencia interpersonal N= 67 Rango de edad= 13-17 años Edad media= 14.45 Sexo: 46.3% mujeres, 25.4% no binario.	Tratamiento: 1. TF-CBT (Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy). Psicoeducación, habilidad de crianza en padres, relajación, regulación emocional, afrontamiento cognitivo. 2. IPT (Interpersonal Psychotherapy). Regulación emocional, fortalecimiento de red social. 3. Control: ATBS (art-therapy-based support). Apoyo emocional y expresión mediante el arte.	Síntomas centrales PTSD - CPSS (Child PTSD Symptom Scale) Regulación emocional - DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale) Problemas interpersonales - IIP (Inventory of Interpersonal Problems) Depresión - DSRS (Depression Self-Rating Scale)	<u>Comparación entre grupos:</u> - PTSD: Disminución significativa en PTSD en los tres grupos: TF-CBT: d = 0.91 IPT: d = 0.64 ATBS: d = 0.79 - CPTSD: Mejora en regulación emocional en TF-CBT (d= 0.43) y IPT (d= 0.66). No hubo mejoras significativas en problemas interpersonales. - Depresión: Mejora significativa en depresión solo en el grupo TF-CBT (d= 0.77) <u>Seguimiento:</u> Cambios sostenidos en: PTSD (todos), depresión (solo TF-CBT), regulación emocional (TF-CBT, IPT). <u>Tasa de abandono:</u> 22.39%

Autores (año)	País	Objetivo	Diseño del estudio	Participantes	Variables independientes	Variables dependientes	Resultados
Huang, L. et al. (2024)	China	Evaluar la eficacia de una intervención de autocompasión breve y online para reducir los síntomas de CPTSD.	Ensayo clínico aleatorizado (RCT) Duración del programa: 10 días Mediciones: 3 (Pre, post, seguimiento 1 mes después) Terapia individual online.	Estudiantes universitarios con historia de trauma. N= 77 Rango de edad= 19-27 años Edad media= 21.76 Sexo: 72% mujeres	<u>Tratamiento:</u> 1. Intervención de autocompasión online. Componentes diarios: Psicoeducación, meditación guiada, escritura compasiva. Contenidos clave por objetivos: Regulación emocional, reestructuración autoconcepto negativo, disminución de evitación, relaciones interpersonales. 2. Control: Lista de espera.	Síntomas centrales PTSD - ITQ (International Trauma Questionnaire) Síntomas DSO (CPTSD) - ITQ (International Trauma Questionnaire) Autocompasión - SCS-SF (Self-Compassion Scale–Short Form)	<u>Comparación entre grupos:</u> - PTSD: Reducción significativa de síntomas PTSD (d= 0.25). - CPTSD: Se observó una reducción significativa de síntomas DSO del grupo intervención frente al grupo control (d=0.51). - Autocompasión: Se observó una mejora significativa en la escala autocompasión frente al grupo control (d= 0.69). <u>Seguimiento:</u> El efecto no se mantiene en el tiempo para PTSD. En CPTSD y autocompasión se mantienen de forma atenuada. <u>Tasa de abandono:</u> intervención: 22.9 % control: 16.7%

Autores (año)	País	Objetivo	Diseño del estudio	Participantes	Variables independientes	Variables dependientes	Resultados
Karatzias, T. et al. (2024)	Reino Unido	Examinar la eficacia y viabilidad de la intervención ESTAIR , diseñada para la reducción de los síntomas CPTSD según ICD-11.	Ensayo controlado y aleatorizado piloto (RCT) Duración del programa: 6 meses Número de sesiones: 25 sesiones Mediciones: 3 (Pre, post, seguimiento 3 meses después) Terapia presencial individual	Veteranos militares en servicios clínicos de salud mental por una alta exposición traumática. N= 56 Rango de edad= 20-32 años Edad media= 46.73 Sexo: 93% hombres	<u>Tratamiento:</u> 1. ESTAIR (Enhanced Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation) <u>Módulos:</u> 1) Desregulación afectiva: 6 sesiones. 2) Relaciones sociales alteradas: 6 sesiones. 3) Autoconcepto negativo: 5 sesiones. 4) PTSD/trauma: Narrativa traumática y reprocesamiento cognitivo. 7 sesiones. 2. Control: Tratamiento habitual.	Síntomas centrales PTSD - ITQ (International Trauma Questionnaire) Síntomas DSO (CPTSD) - ITQ (International Trauma Questionnaire) Depresión - PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) Ansiedad - GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7)	<u>Comparación entre grupos:</u> PTSD: Se observaron diferencias significativas con tamaños del efecto muy grandes en PTSD (d = 1.78) - CPTSD: Diferencias muy significativas (d = 2.00). - Ansiedad y depresión: Hubo mejoras clínicas importantes en depresión y ansiedad. La interacción tiempo x tratamiento es estadísticamente significativa. <u>Seguimiento:</u> Las mejoras se mantienen en el seguimiento. <u>Tasa de abandono:</u> intervención: 18% control: 11%

Autores (año)	País	Objetivo	Diseño del estudio	Participantes	Variables independientes	Variables dependientes	Resultados
Lee, J. et al. (2020)	Corea del Sur	Evaluar los efectos de intervenciones de imaginación guiada online sobre el procesamiento de la memoria traumática en adultos en riesgo de CPTSD.	Ensayo controlado aleatorizado (RCT) Duración del programa: 30 min Mediciones: 3 (Pre, post, seguimiento 1 semana después) Terapia online autoguiada	Adultos que pasaron un cribado de estar en riesgo de CPTSD. N= 88 Rango de edad= 19-45 años Edad media= 26.73 Sexo: 67% mujeres	Tratamiento: 1. IR (Imagery Rescripting). Exposición en imaginación, imaginarse protección en la escena, y brindarse cuidado y consuelo. 2. IRO (Imagery Rescripting-Other) Incluye una cuarta fase: imaginar brindar cuidado a otro niño en la escena traumática. 3. Control: Descripción del suceso traumático y su significado.	Afecto - PANAS (Positive Affect and Negative Affect Schedule) Emociones relacionadas al trauma - TAQ (Trauma Appraisal Questionnaire) Valoración cognitiva del trauma (control y amenaza) - SAM (Stress Appraisal Measure)	<u>Comparación entre grupos:</u> Reducciones significativas en emociones relacionadas al trauma, tanto en el grupo 1 como en el 2. Ambos grupos mostraron diferencias significativas en afecto positivo y afecto negativo. <u>Comparación IR con IRO:</u> Afecto: no diferencias significativas. TAQ: solo diferencia en vergüenza (IR mejor que IRO a corto plazo). Cognición: IR > IRO en mejora post-intervención y seguimiento (mayor fortalecimiento del sentido de control). <u>Tasa de abandono:</u> Grupo IR: 25% Grupo IRO: 29% Grupo control: 32%

Autores (año)	País	Objetivo	Diseño del estudio	Participantes	Variables independientes	Variables dependientes	Resultados
Mahoney, A. et al. (2022)	Reino Unido (Escocia)	Evaluar la eficacia de una intervención psicoeducativa a grupal de Fase 1 para estabilizar síntomas relacionados con trauma interpersonal complejo.	Ensayo controlado aleatorizado (RCT) Duración del programa: 5 semanas Número de sesiones: 10 sesiones Mediciones: 3 (Pre, post, seguimiento 1 mes después) Terapia presencial grupal	Mujeres reclusas con historia traumática muy elevada. N= 86 Rango de edad= 20-32 años Edad media= 33.3 Sexo: 100% mujeres	<u>Tratamiento:</u> 1. Survive and Thrive (S&T): Intervención psicoeducativa manualizada ajustada al contexto penitenciario. Psicoeducación, habilidades cognitivas, conductuales y de regulación emocional. Trabajo con autoimagen, relaciones, seguridad, abuso. 2. Control: Tratamiento habitual.	Síntomas centrales PTSD - PCL-C (PTSD Checklist – Civilian Version) Regulación emocional - DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale) Disociación - DES-II (Dissociative Experiences Scale) Ansiedad y Depresión - HADS-A / HADS-D (Hospital Anxiety and Depression Scale) Estabilidad conductual - BAC-R (Behavioural Assessment Checklist – Revised)	<u>Comparación entre grupos:</u> - PTSD: No se encontraron diferencias significativas en la reducción de los síntomas centrales PTSD frente al grupo control. - CPTSD: El único cambio significativo se dió en el DERS en la escala de aceptación de las emociones. - Ansiedad: No existen cambios significativos. - Depresión: Las puntuaciones de depresión empeoraron significativamente frente al grupo control. <u>Seguimiento:</u> Los pequeños cambios positivos no se mantuvieron, las puntuaciones de depresión sí. <u>Tasa de abandono:</u> >50%

Autores (año)	País	Objetivo	Diseño del estudio	Participantes	Variables independientes	Variables dependientes	Resultados
Rudstam, G. et al. (2022)	Suecia (78%) y otros países nórdicos.	Evaluar los efectos de una intervención de musicoterapia receptiva grupal para la reducción de síntomas PTSD y CPTSD.	Ensayo controlado aleatorizado (RCT) Duración del programa: 12 semanas Número de sesiones: 12 sesiones Mediciones: 3 (Pre, post, seguimiento 3 meses después) Terapia presencial grupal	Mujeres con historia de abuso físico, sexual y/o emocional. N= 45 Edad media= 43.7 Sexo: 100% mujeres	<u>Tratamiento:</u> 1. Group Music Imagery (GMI). Música clásica para facilitar el acceso emocional e imaginativo. Guía terapéutica en imágenes. Procesamiento emocional, simbolización y exploración de memorias traumáticas. Integración verbal posterior. Fases del proceso: evaluación, psicoeducación, inducción imaginativa, escucha musical, integración. 2. Control: Tratamiento habitual. Atención estándar ambulatoria.	Síntomas centrales PTSD - PCL-5 (PTSD Checklist) Síntomas DSO (CPTSD) - PCL-5 (DSO ítems) Disociación - DES (Dissociative Experiences Scale) - DES-T (Dissociative Experiences Scale Taxon) - SDQ-5 (Somatic Dissociation Questionnaire) Ansiedad y Depresión - HSCL-25 (Hopkins Symptom Checklist-25) Funcionamiento positivo - PSOMS (Positive States of Mind Scale)	<u>Comparación entre grupos:</u> - PTSD: Se observó una reducción significativa de los síntomas PTSD (d= 0.7) - CPTSD: Mejoras significativas en desregulación emocional y autoimagen negativa con efectos pequeños a moderados (d≈0.4-0,5) - En ansiedad y depresión también se encontraron diferencias significativas con efectos pequeños a moderados. - Descenso significativo en DES, no en DES-T. - Funcionamiento positivo: Mejora significativa grande (d=0.79). <u>Seguimiento:</u> Las mejoras se mantienen en el seguimiento. <u>Tasa de abandono:</u> 4.5 %

Autores (año)	País	Objetivo	Diseño del estudio	Participantes	Variables independientes	Variables dependientes	Resultados
Sele, P. et al. (2023)	Noruega	Evaluar y comparar la eficacia de 3 intervenciones distintas (STAIR, PE y STAIR solo fase 1) para el tratamiento de síntomas PTSD y CPTSD en adultos con historia de abuso infantil.	Ensayo controlado aleatorizado (RCT) Duración del programa: STAIR Y PE: 10 semanas SNT: 16 semanas Mediciones: 3 (Pre, post, seguimiento 1 año después) Terapia presencial grupal	Adultos con historial de abuso infantil crónico N= 92 Rango de edad= 18-65 años Edad media= 42.9 Sexo: 80.4% mujeres	<u>Tratamiento:</u> - 1. SNT (STAIR Narrative Therapy) • Fase 1: STAIR grupal enfocada en regulación emocional e interpersonal. • Fase 2: Narrative Therapy (NT): Individual. Exposición imaginada y reestructuración cognitiva. 2. Prolonged Exposure (PE): Terapia individual. Exposición imaginaria repetida, exposición en vivo, procesamiento de grabaciones. Fortalecida con presencia de personal de apoyo y acompañamiento en tareas in vivo. 3. STAIR (solo fase 1). Sin fase de exposición traumática.	Síntomas centrales PTSD - CAPS-5 (Clinician Administered PTSD Scale) - PCL-5 (PTSD Checklist) - ITQ (International Trauma Questionnaire) Síntomas DSO (CPTSD) - PCL-5 (DSO ítems) - ITQ (DSO ítems) Depresión - BDI-II (Beck Depression Inventory-II) Problemas interpersonales - IIP-64 (Inventory of Interpersonal Problems)	<u>Comparación entre grupos:</u> - PTSD: PE mostró las mayores reducciones en PTSD (d= 0.9) respecto a SNT (d= 0.2) y STAIR (d= 0.5). - CPTSD: PE y STAIR lograron mejoras moderadas–grandes (d ≈ 0.5–0.8), mientras que SNT mostró efectos pequeños o nulos (d ≈ 0.0–0.4). - Depresión: PE (d= 0.5) y STAIR (d= 0.3) mejoraron significativamente; SNT no mostró cambios relevantes. - Problemas interpersonales: cambios pequeños, solo PE mostró mejoría a 1 año (d= 0.6) Seguimiento: Las mejoras se mantuvieron; PE mostró los mayores efectos a largo plazo <u>Tasa de abandono:</u> SNT: 43.3% PE: 21% STAIR: 13%

Autores (año)	País	Objetivo	Diseño del estudio	Participantes	Variables independientes	Variables dependientes	Resultados
Tay, P. et al. (2020)	Malasia	Comparar los resultados post tratamiento de IAT (Integrative Adapt Therapy) frente a CBT (Cognitive Behavioural Therapy) culturalmente adaptada para refugiados con historia de trauma.	Ensayo clínico aleatorizado (RCT) Duración del programa: 6 semanas Número de sesiones: 6 sesiones (45 min) Mediciones: 3 (Pre, post, seguimiento 6 meses después) Terapia presencial individual.	Refugiados de Myanmar con historia de trauma viviendo en Kuala Lumpur. N= 331 Edad media= 30.8 Rango de edad= 18-70 años Sexo: 71.9% hombres	<u>Tratamiento:</u> 1. IAT (Integrative Adapt Therapy). Modelo ADAPT. Estrategias: 1. Psicoeducación 2. Exposición narrativa 3. Solución de problemas según dominios ADAPT. 4. Manejo del estrés 5. Regulación emocional 6. Reestructuración cognitiva 7. Construcción de significado 2. Control: CBT (culturalmente adaptada): Psicoeducación, solución de problemas, manejo del estrés, activación conductual, apoyo social, reestructuración cognitiva.	Síntomas PTSD y CPTSD - RMHAP (Refugee Mental Health Assessment Package); trauma scales Depresión - RMHAP: MDD (Major Depressive Disorder) Ansiedad - RMHAP: GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) Duele prolongado - RMHAP: PCBD (Persistent Complex Bereavement Disorder) Estrés adaptativo - ASI (Adaptive Stress Index) Resiliencia - CD-RISC (Connor-Davidson Resilience Scale)	<u>Comparación entre grupos:</u> - Se observó una reducción significativa de los síntomas PTSD en ambos grupos (IAT: d=0,93, CBT: d= 0,87) - En los síntomas CPTSD también hubo mejoría en ambos grupos, siendo IAT (d= 1.27) superior a CBT (d= 1.02). - En ansiedad, depresión y estrés adaptativo también se evidencia la superioridad de IAT frente a CBT, habiendo en ambos grupos diferencias significativas pre-post. <u>Seguimiento:</u> Las mejoras se mantienen en el seguimiento, evidenciando la superioridad de IAT frente a CBT. <u>Tasa de abandono:</u> <3 %

Autores (año)	País	Objetivo	Diseño del estudio	Participantes	Variables independientes	Variables dependientes	Resultados
Wagner, B. et al. (2024)	Alemania	Examinar la eficacia de una intervención online basada en la reescritura de imágenes para reducir síntomas PTSD y CPTSD en adultos.	Ensayo clínico aleatorizado (RCT) Duración del programa: 6 semanas Mediciones: 4 (Pre, post, seguimiento 3 meses después y 6 meses después) Terapia online individual	Adultos que sufrieron abuso institucional con altas tasas de trauma infantil severo. N= 72 Rango de edad= 18-65 años Edad media= 54.52 Sexo: 68.1% mujeres	<u>Tratamiento:</u> 1. Intervención online de reescritura de imágenes. Fase 1: Exposición escrita Fase 2: Carta al perpetrador y al niño interior. Fase 3: Integración de experiencias traumáticas en el presente. Estrategias de afrontamiento, autocuidado y proyectos futuros.	Síntomas centrales PTSD - ITQ (International Trauma Questionnaire) Síntomas DSO (CPTSD) - ITQ (DSO ítems) Depresión - PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) Ansiedad - GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7))	Se observaron efectos significativos de condición × tiempo en PTSD (ITQ-PTSD), CPTSD-DSO, depresión (PHQ-9) y ansiedad (GAD-7) ($p < .001 - .024$). Tamaños del efecto moderados entre grupos ($d = 0.45-0.76$) y grandes dentro del grupo intervención ($d = 0.85-1.39$). <u>Seguimiento:</u> Las mejoras se mantuvieron a los 3 y 6 meses para todas las medidas principales. <u>Tasa de abandono:</u> 10%

Anexo 5. Análisis de calidad de los estudios según los 5 criterios de la herramienta RoB 2.

Autores (año)	Dom 1: Aleatorización	Dom 2: Desviaciones	Dom 3: Datos faltantes	Dom 4: Medición del resultado	Dom 5: Selección reporte	Juicio global
Classen et al. (2021)	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Algunas preocupaciones	Algunas preocupaciones	Algunas preocupaciones
Dumarkaite et al. (2021)	Algunas preocupaciones	Algunas preocupaciones	Bajo riesgo	Algunas preocupaciones	Bajo riesgo	Algunas preocupaciones
Dumarkaite et al. (2022)	Algunas preocupaciones	Bajo riesgo	Algunas preocupaciones	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Algunas preocupaciones
Guerra et al. (2024)	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo
Huang et al. (2024)	Algunas preocupaciones	Algunas preocupaciones	Bajo riesgo	Algunas preocupaciones	Bajo riesgo	Algunas preocupaciones
Karatzias et al. (2024)	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo
Lee et al. (2020)	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Algunas preocupaciones	Algunas preocupaciones	Algunas preocupaciones	Algunas preocupaciones
Mahoney et al. (2022)	Algunas preocupaciones	Bajo riesgo	Alto riesgo	Algunas preocupaciones	Bajo riesgo	Alto riesgo
Rudstam et al. (2022)	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Algunas preocupaciones	Bajo riesgo	Algunas preocupaciones
Sele et al. (2023)	Bajo riesgo	Algunas preocupaciones	Algunas preocupaciones	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Algunas preocupaciones
Tay et al. (2020)	Bajo riesgo	Algunas preocupaciones	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Algunas preocupaciones	Algunas preocupaciones
Wagner et al. (2024)	Algunas preocupaciones	Bajo riesgo	Algunas preocupaciones	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Algunas preocupaciones