

# CONSTRUCCIÓN DE ALIANZA TERAPÉUTICA EN LA CLÍNICA DEL TRAUMA COMPLEJO: UN SCOPING REVIEW

## CONSTRUCTION OF THE THERAPEUTIC ALLIANCE IN COMPLEX TRAUMA CLINIC: A SCOPING REVIEW

Alberto López-Vásquez<sup>1</sup>, Nicolás González-Araneda<sup>2</sup> y Paula Errázuriz<sup>3</sup>

\*Correspondencia:  
alverlo.uchile@gmail.com

RECIBIDO: JUNIO 2024 | PUBLICADO: JULIO 2024

### Resumen

**Objetivo:** Conocer qué se ha descrito en la literatura especializada respecto de cómo influye el trauma complejo en la construcción y mantención de la alianza terapéutica en psicoterapia con pacientes adultos. **Método:** Se realizó una búsqueda en bases de datos Web of Science (WoS); SCOPUS; PubMed; PsycInfo (EBSCO), PsycArticles (EBSCO), Psychology Database (ProQuest), y Scielo, siguiendo las directrices PRISMA. **Resultados:** La búsqueda inicial mostró un total de 756 publicaciones, de las cuales 16 artículos cumplieron los criterios de elegibilidad. Luego de revisar estos 16 artículos, se describen las características distintivas de la alianza en pacientes con trauma complejo, sus facilitadores, obstaculizadores, y se presentan recomendaciones clínicas para que los psicoterapeutas puedan construir alianzas de buena calidad. Se encontró que la alianza terapéutica en pacientes con trauma complejo está caracterizada por la presencia de los polos “desconfianza y credulidad”; se encuentra sujeta a rupturas permanentes; presenta un gran dinamismo y requiere más tiempo para su construcción que con otros pacientes. **Conclusiones:** Se discute la relevancia profesional de que los terapeutas se entrenen en llevar a cabo procesos apropiados y respetuosos de reparación de rupturas de alianza con esta población.

**Palabras claves:** Trauma complejo; trastorno de estrés postraumático complejo; alianza terapéutica; ruptura-reparación; psicoterapia.

### Abstract

**Objective:** To explore what has been described in the specialized literature regarding how complex trauma influences the construction and maintenance of the therapeutic alliance in psychotherapy with adult patients. **Method:** A search was conducted in the databases Web of Science (WoS); SCOPUS; PubMed; PsycInfo (EBSCO); PsycArticles (EBSCO), Psychology Database (ProQuest), and Scielo, following PRISMA guidelines. **Results:** The initial search yielded a total of 756 publications, of which 16 articles met the inclusion criteria. After reviewing these 16 articles, the distinctive characteristics of the alliance in patients with complex trauma, its facilitators, and barriers were described, and clinical recommendations for psychotherapists to build high-quality alliances were presented. It was found that the therapeutic alliance in patients with complex trauma is characterized by the presence of “distrust and credulity” poles; it is subject to frequent ruptures; it is highly dynamic and requires more time to build compared to other patients. **Conclusions:** The professional relevance of therapists being trained to carry out appropriate and respectful processes for repairing alliance ruptures in this population is discussed.

**Keywords:** Complex trauma; complex post-traumatic stress disorder; therapeutic alliance; rupture-repair; psychotherapy.

<sup>1</sup> Programa de doctorado en Psicoterapia, Universidad de Chile y Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. Estudiante doctorado MIDAP.

<sup>2</sup> Programa de doctorado en Psicoterapia, Universidad de Chile y Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. Estudiante doctorado MIDAP. Docente Adjunto Universidad de O' Higgins.

<sup>3</sup> Académica Pontificia Universidad Católica de Chile. Investigadora Asociada MIDAP. Investigadora Fundación PsiConecta.



## INTRODUCCIÓN

El trauma complejo (Herman, 1992a; Courtois & Ford, 2020) describe la experiencia de haber vivido múltiples eventos potencialmente traumáticos, repetidos a través del tiempo; prolongados y que tienen un impacto profundo sobre el desarrollo de las personas. Suponen una etiología relacional, inician tempranamente en la vida y cursan de manera crónica (Cook et al., 2003; Courtois, 2004; van der Kolk, 2005).

Incluye la presencia de situaciones extremas, peligrosas y dañinas para la salud mental de las víctimas, como el maltrato infantil en sus diferentes formas (Cook et al., 2003; Courtois, 2004): abuso emocional, abuso sexual, maltrato físico, negligencia, y también haber presenciado violencia doméstica (Spinazzola et al., 2005).

Frecuentemente, estas experiencias provienen de dificultades del sistema de cuidado para brindar la seguridad emocional que los niños requieren, violando así la expectativa de contar con cuidadores confiables, nutritivos y protectores (Cook et al., 2005; Courtois & Ford, 2013). Corresponden a dinámicas de cuidado asociadas al apego desorganizado y a la presencia de psicopatología (Lyons-Ruth & Jacobitz, 2008). Las conductas atemorizadas o atemorizantes del cuidador despiertan en el niño un estado paradójico de miedo sin solución: por un lado, necesita a los cuidadores para regular sus propios estados emocionales en situaciones de estrés, pero al mismo tiempo teme acudir a ellos ya que son experimentados como la fuente de peligro y amenaza (Main & Hesse, 1990).

## El diagnóstico en trauma complejo

Inicialmente, las consecuencias derivadas del trauma fueron comprendidas a partir del diagnóstico de Trastorno de estrés postraumático (TEPT), incluido en el DSM-III (APA, 1980) y entre cuyos síntomas se encuentra la clásica triada de reexperimentación, evitación e hiper alerta.

Sin embargo, a partir del estudio del trauma relacionado con los abusos en la infancia, surgieron

ideas de ampliar el diagnóstico de TEPT, tarea liderada por Judith Herman (1992b) quien formuló el denominado trastorno de estrés postraumático complejo (TEPT-C), permitiendo así una comprensión más profunda de los sobrevivientes y el diseño de tratamientos más personalizados y efectivos (Cloitre, 2020; Maercker et al., 2022).

También se han realizado importantes contribuciones en este campo a partir del estudio minucioso de la disociación, entendida como una característica esencial en el TEPT-C (Van der Hart et al., 2005).

Se observa en los sobrevivientes de TEPT-C una tendencia a la vulnerabilidad que aumenta el riesgo de repetir el daño en la vida adulta, ya sea a través de la práctica de autolesiones o a la exposición de nuevas experiencias abusivas (Herman, 1992b), incluyendo la presentación de nuevas agresiones sexuales (Messman-Moore et al., 2005). En el campo del trauma complejo, lo traumático reside en el vivir cotidiano de las víctimas y sus efectos se están viviendo de manera permanente, a cada momento (Lecannelier, 2018).

En su artículo del 1992, Herman anunció que el equipo del DSM-IV (APA, 1994) se encontraba evaluando incluir un nuevo diagnóstico: *Trastornos de estrés extremo no especificado*, más conocido por su denominación en inglés DESNOS (*Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified*) (van der Kolk et al., 2005), que se encuentra relacionado con el TEPT-C y que se suelen considerar como sinónimos.

Sin embargo, el DSM-IV no incluyó este diagnóstico y tampoco lo hizo en ninguna de sus versiones posteriores DSMS IV-R (APA, 2000) o DSM-V (APA, 2013) debido a que el comité no habría encontrado evidencia suficiente basada en estudios empíricos que sostuviera el constructo (Resick et al., 2012). De este modo, el DESNOS fue considerado como una forma más severa de TEPT pero no como una entidad independiente que justificara su inclusión en el DSM.

El CIE-11 (World Health Organization, 2018), por su parte decidió acoger finalmente el TEPT-C como un diagnóstico distinto del TEPT, sosteniendo que se desarrolla después de haber estado expuesto a un evento o serie de eventos frecuentemente prolongados o repetitivos de los que resulta difícil escapar (ej:

tortura, esclavitud, campañas de genocidio, violencia doméstica prolongada, abuso sexual o físico repetido en la infancia). Además de cumplirse todos los criterios del diagnóstico TEPT, se agregan: 1) problemas en la regulación del afecto; 2) autopercepción disminuida, sumado a sentimientos de desvalorización, vergüenza, culpa o fracaso relacionados con el evento traumático y 3) dificultades para conservar relaciones y sentirse cerca de los demás; clusters de síntomas que representan alteraciones generalizadas y crónicas de la autoorganización. Estudios recientes (Cyr et al., 2022; Nestgaard & Schmidt, 2021) han dado cuenta de la utilidad clínica de este diagnóstico.

Como se pudo apreciar, distintos equipos de especialistas dieron cuenta a través del tiempo que los síntomas específicos de los traumas repetidos y prolongados no lograban ser representados por la alternativa diagnóstica psiquiátrica del momento (TEPT), surgiendo como nuevas referencias conceptos como trastorno de estrés postraumático complejo (TEPT-C, Cloitre et al., 2013; Cloitre et al., 2014; Herman, 1992b; Maercker, 2021); trastorno de estrés extremo no especificado (DESNOS, van der Kolk et al., 2005) y trastorno traumático del desarrollo/Trauma complejo del desarrollo (van der Kolk, 2005).

## La variable vincular en el trauma complejo

Se han descrito alteraciones interpersonales significativas en sobrevivientes, tales como la desconfianza persistente; dificultades para desarrollar intimidad emocional; aislamiento y distanciamiento. Personas en una posición de autoridad podrían ser percibidas como impredecibles y potencialmente amenazantes; alguien, por tanto, a quien se necesita controlar. Se desconfía del otro por temor a que en la relación se instale la coacción, la fuerza o el control autoritario (Herman, 1992a).

La propia historia de abandono e indefensión puede llevar a que el paciente desarrolle la necesidad de contar con un salvador que lo proteja de la amenaza, quedando un posible psicoterapeuta muy idealizado.

Sin embargo, si el profesional no llegara a ajustarse a las expectativas del paciente, podría aparecer una rabia muy intensa: no hay espacio para tolerar el error que proviene de alguien a quien se necesita mucho, y el registro emocional adquiere entonces una cualidad visceral, de vida o muerte (Dalenberg, 2000).

En el contexto psicoterapéutico, la calidad del vínculo terapeuta-paciente es uno de los tres componentes que definen la Alianza Terapéutica (Bordin, 1979). Diversos estudios han demostrado consistentemente que la alianza es un componente esencial del tratamiento, y que se encuentra relacionada positivamente con los resultados (Constantino et al., 2018; Fluckiger et al., 2018).

Se ha demostrado que las características del paciente son relevantes para la psicoterapia y que contribuyen al establecimiento de la relación diádica (Flückiger et al., 2018). Más específicamente, se ha observado que las relaciones objetales del paciente tienen un impacto respecto de la calidad de la alianza percibida por éste. En ese sentido, variables como el apego inseguro se han encontrado asociadas con el reporte de una alianza de menor calidad (Errázuriz et al. 2014).

Debido a que el factor interpersonal es relevante para la construcción de una buena alianza, y que la asimetría propia del contrato terapéutico podría gatillar respuestas automáticas no deseadas que ponen en riesgo la estabilidad de la relación, planteamos entonces la pregunta que guiará la presente revisión: ¿Qué se ha descrito en la literatura respecto de cómo influye el trauma complejo en la construcción y mantención de la alianza terapéutica con pacientes adultos? A su vez, se describen tres objetivos específicos: 1) conocer las características distintivas del proceso de construcción de alianza terapéutica en pacientes adultos con trauma complejo; 2) conocer los factores que contribuyen a mantener una alianza terapéutica de buena calidad e 3) identificar recomendaciones clínicas para terapeutas que trabajan con esta población.

## MÉTODO

La presente revisión ha sido efectuada siguiendo las recomendaciones de la Guía PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses), desarrollada por Page et al. (2021) y la extensión para Scoping Reviews (PRISMA-ScR) (Tricco et al., 2018).

### Estrategia de búsqueda

Las bases de datos consultadas fueron Web of Science (WoS); SCOPUS; PubMed; PsycInfo (EBSCO), PsycArticles (EBSCO), Psychology Database (ProQuest), y Scielo. La ecuación de búsqueda que se empleó fue la siguiente: ((“therapeutic alliance”) OR (“working alliance”) OR (“therapeutic relationship”) OR (“alliance”) OR (“therapeutic bond”)) AND ((“complex trauma”) OR (“complex PTSD”) OR (“CPTSD”) OR (“complex post traumatic stress disorder”) OR (“DESNOS”) OR (“disorder of extreme stress not otherwise specified”)). La búsqueda se realizó en título, resumen y palabras clave entre los meses de septiembre y octubre de 2022. Con fines de mayor exhaustividad, no se limitó la búsqueda a períodos específicos de tiempo.

### Criterios de elegibilidad

Los criterios de elegibilidad fueron los siguientes: 1) publicaciones originales con acceso a texto completo; 2) artículos escritos en inglés o español; 3) los participantes corresponden a población adulta. Esto quiere decir que, aunque se declare que la experiencia potencialmente traumática hubiese ocurrido en la infancia, el foco del análisis del artículo se encuentra en el tratamiento de adultos/as; 4) se alude a pacientes con presencia de trauma complejo o diagnosticados con Trastorno de estrés postraumático complejo, o bien, que exista referencia a la ocurrencia de eventos traumáticos repetidos y crónicos como elemento principal; y 5) se aprecia un foco del estudio en abordar la alianza o relación terapéutica.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes: 1) artículos que abordan el tratamiento de pacientes diagnosticados con algún cuadro psicótico; 2) artículos que incluyen terapia familiar; y 3) artículos que incluyen terapia de pareja.

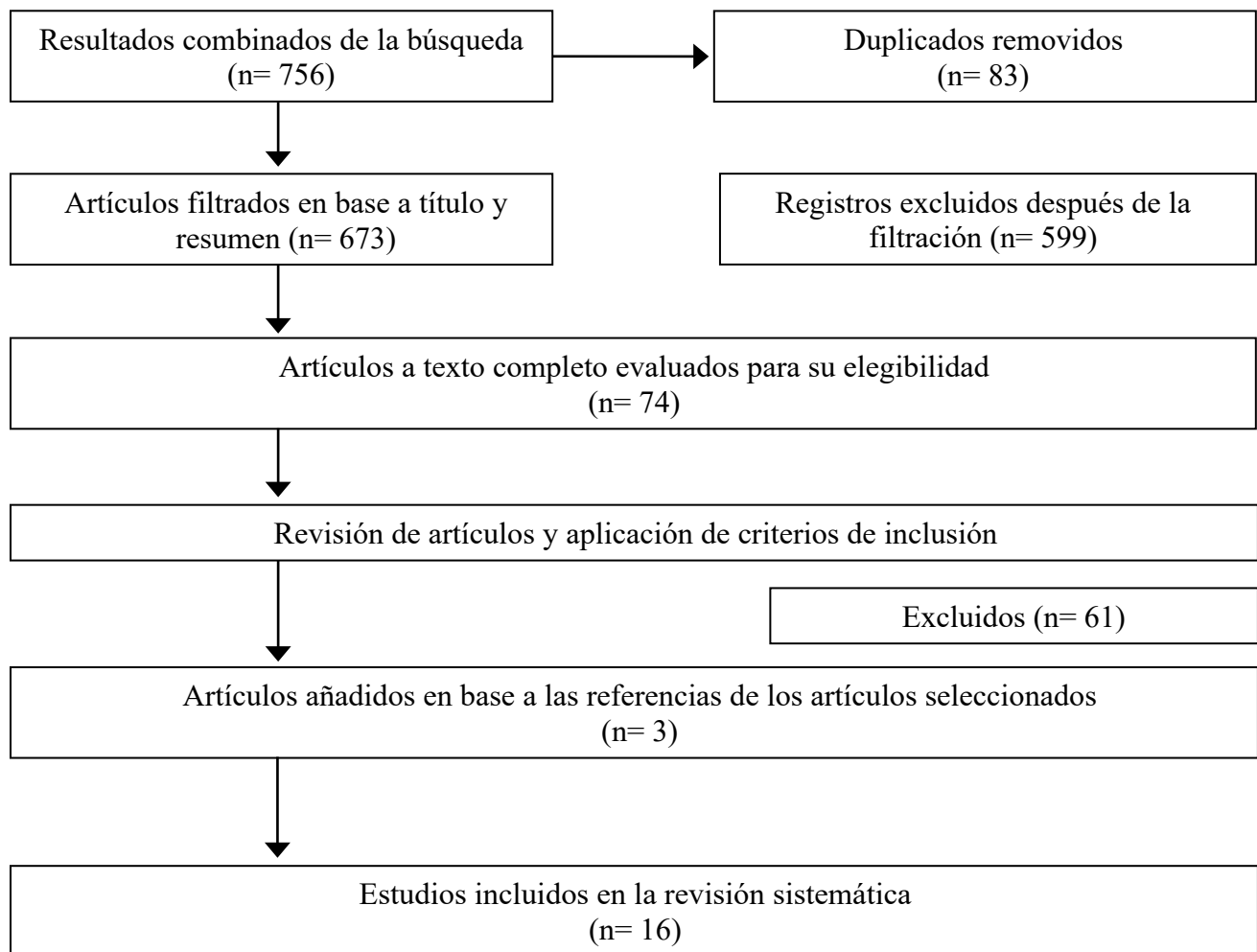
### Selección de estudios

Un total de 756 publicaciones fueron exportadas a Rayyan, plataforma que permite administrar y organizar revisiones sistemáticas de manera colaborativa con un par revisor. Para controlar el sesgo, los dos primeros autores realizaron el proceso de filtrar artículos de manera independiente. Se realizaron reuniones sistemáticas para verificar los artículos que cumplían cada criterio de elegibilidad. La tercera autora supervisó el proceso de la revisión y ante posibles desacuerdos, actuaría como un tercero experto.

Del total de publicaciones, se identificó y verificó la existencia de 83 duplicados que fueron eliminados. Posteriormente, se procedió a la revisión de título, abstract y palabras claves, obteniéndose 74 artículos para lectura a texto completo y aplicación de criterios de elegibilidad. Al finalizar lectura a texto completo, se obtuvieron 13 artículos. Posteriormente, se revisaron las listas de referencias con el fin de identificar la pertinencia de incluir publicaciones adicionales relevantes, lo que llevó a la inclusión de tres nuevas publicaciones, resultando un total de 16 artículos seleccionados (ver figura 1).

Figura 1.

*Diagrama de flujo del proceso de selección de artículos.* El diagrama presenta una sistematización de los artículos revisados en las distintas etapas del proceso de selección y codificación para llegar a la muestra final.





## RESULTADOS

Se extrajeron datos clave de los 16 artículos seleccionados para esta revisión; vaciados en una ficha resumen (ver tabla 1).

Tabla 1.

*Características de los artículos seleccionados.*

Nº	Referencia y país.	Objetivo	Forma Verbal	Tipo de estudio	Tamaño Muestral
1	Au Buchon (2015) UK	Relato detallado de una psicoterapia cognitivo conductual de una sobreviviente. Se presenta la formulación del caso; se analiza la relación terapéutica y las intervenciones relacionales.	Traumas múltiples, severos y crónicos. Abuso. Abandono. TEPT-C.	Estudio de caso clínico	Una paciente adulta.
2	Baars et al. (2011) Países Bajos	Desarrollar un modelo de pronóstico basado en la experiencia de terapeutas para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático complejo y el trastorno de identidad disociativo.	TEPT-C. Trauma complejo. DESNOS Abuso infantil Abuso sexual continuo.	Empírico cuantitativo	42 terapeutas
3	Beaton & Thielking (2020) Australia	Explorar la perspectiva de los psicólogos sobre el tratamiento psicológico del TEPT Complejo en mujeres de 18-25 años con una historia de maltrato infantil.	TEPT-C Trauma complejo. Maltrato infantil.	Empírico cualitativo	10 terapeutas
4	Chu (1992). EE.UU	Proponer un modelo de tratamiento para los supervivientes de abusos en la infancia, describiendo etapas del tratamiento y sugiriendo intervenciones.	Abuso infantil. Negligencia. Maltrato físico. Abuso sexual. Abuso emocional.	Conceptual.	Viñetas de casos clínicos para ejemplificar.
5	Cloitre et al. (2005). EE.UU	Evaluar si la relación entre alianza terapéutica y la mejora de resultados terapéuticos está mediada por el desarrollo de habilidades de regulación emocional durante el curso del tratamiento.	TEPT. Abuso infantil: físico y sexual.	Cuantitativo	N= 34 pacientes.
6	Courtois(2020). EE.UU	Se revisa el impacto del trauma complejo y sus trastornos en las relaciones de los sobrevivientes y define algunos parámetros psicoterapéuticos que ayudan a promover la curación relacional.	Trauma complejo TEPT-C. Abuso infantil.	Conceptual.	-

7	Dalenberg (2004). EE.UU	Conocer los reportes de pacientes que habían completado terapias de trauma. Se discuten los motivos del enfado de los pacientes; la percepción de las razones de la ira del terapeuta; las respuestas del terapeuta a la ira del paciente, además de la satisfacción general con la terapia.	Trauma. Trauma complejo. Abuso en la infancia. Pérdida traumática. Violación. TEPT.	Empírico cualitativo	132 pacientes
8	Doukas et al. (2014). EE.UU.	Proporcionar información acerca de las características de los clientes (marcadores fisiológicos) que predicen cuáles clientes tienen mayor probabilidad de desarrollar una fuerte alianza al inicio de la terapia.	TEPT Violencia interpersonal extrema.	Empírico cuantitativo.	27 pacientes.
9	Elliott & Macdonald. (2021) UK	Se presentan los indicadores de dificultades en la alianza terapéutica; y los principios y las etapas de la tarea del diálogo relacional que se aplican en la terapia centrada en las emociones para resolver dichas dificultades.	Trauma complejo.	Conceptual	Fragmentos de sesión de un caso clínico para ilustrar.
10	Lawson et al. (2013). EE.UU	Dar cuenta de intervenciones terapéuticas fundamentales con pacientes con trauma complejo: reparación de la alianza; desarrollo del funcionamiento reflexivo y la mejora de la motivación.	Trauma complejo. Violencia de pareja. Terrorismo. Condición de refugiado. Veteranos de guerra.	Conceptual	Fragmentos de sesión de un caso clínico para ejemplificar.
11	Mills, (2022). Canadá	A partir del estudio de un caso clínico de una terapia psicoanalítica de 3 años con un joven adulto con TEPT, se evalúa la naturaleza de los falsos recuerdos, la disociación, el apego, la relación terapéutica y el proceso del tratamiento.	Trauma complejo. TEPT Trauma extremo.	Estudio de caso clínico.	Un paciente.
12	Mlotek & Paivio (2017). Canadá	Describir la terapia centrada en la emoción para el TC y sus intervenciones primarias. Describir las fuentes de perturbación y los efectos a largo plazo del TC; revisar el marco teórico sobre la que se basa esta terapia, mecanismos de cambio y fases del tratamiento.	Trauma complejo. Abandono infantil. Abuso infantil. Maltrato emocional. Maltrato físico. Abuso sexual. Negligencia emocional.	Conceptual	Fragmentos de sesión de un caso clínico para ejemplificar

13	Pain et al. (2010). Canadá	Se presentan algunas adaptaciones que se aplican a la terapia psicodinámica para un tratamiento más efectivo con pacientes con TC.	TEPT-C. Trauma complejo.	Conceptual	Fragmentos de sesión de un caso clínico para ejemplificar.
14	Pearlman & Courtois (2005). EE.UU	Se discuten los problemas relacionales que suelen aparecer en el tratamiento de pacientes con trauma complejo, destacando retos comunes como la formación de la alianza terapéutica, la gestión de los límites y el trabajo con la disociación.	Trauma complejo. Trauma complejo del desarrollo. Violencia interpersonal. Explotación. Exposición traumática continua.	Conceptual	-
15	Reynolds et al. (2017). Irlanda.	Examinar cómo las características específicas de los individuos con trauma complejo se asocian con el tipo de estrategia de afrontamiento que utilizan y con la calidad de la alianza terapéutica.	Trauma complejo. TEPT/ crónico.	Empírico cuantitativo	59 pacientes.
16	Van Nieuwenhove & Meganck (2020) Bélgica.	Investigar la naturaleza de los patrones interpersonales en el trauma infantil y el proceso de cambio.	Trauma complejo. Trauma infantil.	Empírico cuantitativo y Método de comparación de casos (Método mixto)	3 casos clínicos

## Características Contextuales y Metodológicas

Los artículos seleccionados fueron publicados entre los años 1992 al 2022. El 43,75% fueron desarrollados en Estados Unidos (n=7). Los otros países que han generado investigación en la materia son Canadá (n=3), Reino Unido (n=2), Irlanda (n=1), Países Bajos (n=1), Bélgica (n=1), y Australia (n=1).

El 43,75% fueron estudios empíricos (n=7), 43,75% fueron publicaciones teóricas conceptuales (n=7). También se incluyeron estudios de caso (n=2).



## SÍNTESIS DE RESULTADOS

### La Alianza Terapéutica en Trauma Complejo

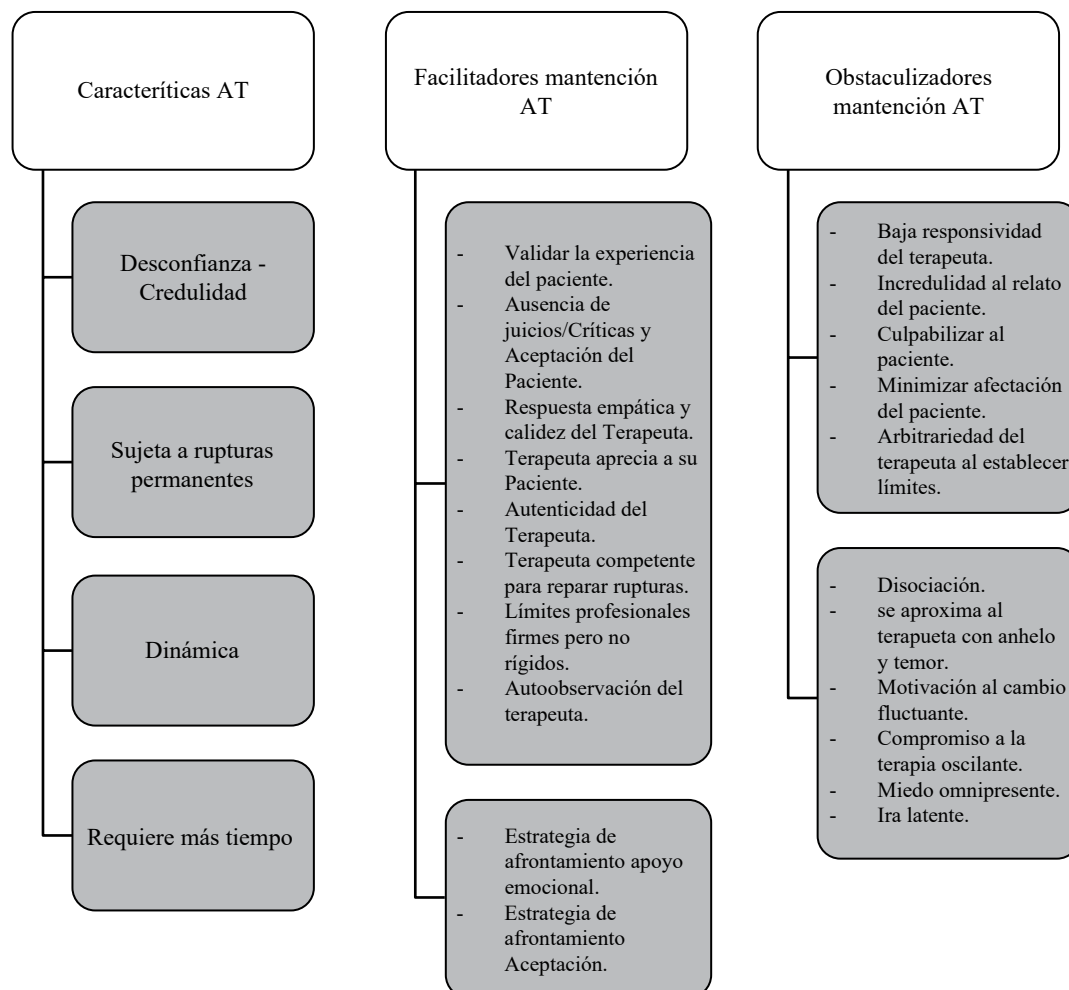
En su investigación realizada con 34 mujeres adultas con historias de adversidad temprana, Cloitre et al. (2004) encontraron que una relación terapéutica positiva en la fase inicial del tratamiento predijo una reducción de los síntomas de TEPT al final del tratamiento, éxito que estuvo mediado por la capacidad de regular el estado de ánimo negativo durante la intervención realizada en una segunda fase (terapia de exposición).

Se observó una contribución bastante sustancial de la alianza en el éxito del tratamiento de las mujeres. De hecho, el tamaño del efecto de la relación entre alianza terapéutica y el resultado en este estudio fue mucho mayor (.47) que el reportado en el metanálisis más reciente de Fluckiger et al. (2018; .278). De ahí que la alianza terapéutica aparece como un componente del tratamiento que debiera abordarse en la formación de los terapeutas, comprenderse mejor y supervisarse cuidadosamente.

Como se aprecia en la **figura 2**, es posible caracterizar la alianza terapéutica, identificando sus características distintivas; sus facilitadores y obstaculizadores en el tratamiento con pacientes adultos con trauma complejo.

Figura 2.

Características de la Alianza Terapéutica (AT) en Trauma Complejo.



Se reconoce como un componente crítico los *problemas de confianza*, no sólo dentro de las relaciones interpersonales del paciente, sino que también falta de confianza en la relación intrapersonal (Beaton & Thielking, 2020) producto de las experiencias de abuso experimentadas y las dificultades en el apego, lo que dificulta, a su vez, la confianza en la relación terapéutica (Lawson et al., 2013).

Se reconocen *rupturas de alianza terapéutica* a lo largo de la psicoterapia (Beaton & Thielking, 2020; Lawson et al., 2013) y procesos permanentes de conexión y desconexión (Chu, 1992) que estarían asociados a que el trauma se ha producido en un contexto relacional (Lawson et al., 2013). También se ha reportado que es frecuente que los problemas de confianza y otros síntomas tienden a agravarse hacia el final de la terapia por la potencial vivencia de abandono que se activa en los pacientes (Beaton & Thielking., 2020).

Se señala también que la alianza en estos casos no se mantiene estable en el transcurso del proceso, sino que sería *altamente dinámica*, transitando en algunos casos de manera dicotómica, de un polo (desconfianza) a otro (totalmente confiado y dependiente al terapeuta), lo que estaría relacionado a los modelos operativos internos del paciente (Courtois, 2020), la presencia de creencias erróneas de los pacientes respecto de la confiabilidad de la psicoterapia (Beaton & Thielking, 2020); y con que los pacientes poseen expectativas de los otros en la línea del rechazo, lo cual se extendería a la relación con el terapeuta.

Por lo anterior, se ha descrito que la construcción de una buena alianza requiere más tiempo que el empleado con otro tipo de pacientes (AuBuchon, 2015; Chu, 1992; Pain et al., 2010; Lawson et al., 2013), presentando los terapeutas a menudo la sensación de estar en una “montaña rusa terapéutica”, con escasa percepción de control, y una sensación constante de crisis inminente y peligro potencial (Chu, 1992).

## **FACILITADORES DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA EN TRAUMA COMPLEJO**

El hallazgo más notable en el estudio de Reynolds et al (2017) es que las estrategias de afrontamiento

del paciente de *apoyo emocional y aceptación* fueron los mayores predictores de la calidad de la alianza. Si un paciente tiende a buscar apoyo de los demás para enfrentar momentos difíciles en sus vidas, aumentan las probabilidades de presentar mejores alianzas con sus terapeutas. Por su parte, los que aceptan la ocurrencia de un acontecimiento estresante en sus vidas y son capaces de tolerar sus consecuencias e implicancias también aumentan la probabilidad de tener una mejor alianza (Reynolds et al., 2017).

De parte del terapeuta, un componente propiciador de una buena alianza es la *ausencia de juicios y aceptación*, lo que potencia tanto una relación terapéutica segura (AuBuchon, 2015; Mlotek & Paivio, 2017) como el aumento de la seguridad del paciente (Courtois, 2020). Se espera que el terapeuta *aprecie* a sus consultantes (Elliott & Macdonald., 2021; Mills, 2022) propiciando así un adecuado vínculo, conexión y sintonía emocional (Mlotek & Paivio, 2017; Pearlman & Courtois, 2005). También es esencial que el terapeuta sea capaz de *validar la experiencia* del paciente (por ejemplo, AuBuchon, 2015; Mlotek & Paivio, 2017), y desarrolle *autonocimiento* (Elliot & Macdonald., 2021).

La *autenticidad del terapeuta* también es reconocida como un elemento facilitador de la alianza e incluso se lo considera un ingrediente propiamente terapéutico (Mills, 2022). El paciente con trauma complejo posiblemente apreciará una empatía genuina (Elliott & Macdonald, 2021; Mlotek & Paivio, 2017) y mostrará alta sensibilidad a las señales de hipocresía de su terapeuta (Dalenberg, 2004; Lawson et al., 2013).

También es relevante la presencia de un terapeuta competente, capaz de participar de la reparación relacional cuando se produce una interrupción del apego (Pearlman & Courtois, 2005).

Finalmente, los límites que se establecen al interior del espacio terapéutico debiesen ser negociados permanentemente con los pacientes (Dalenberg, 2004; Pearlman & Courtois, 2005), sin sacrificar la claridad de éstos (Chu, 1992; Courtois, 2020).

## OBSTACULIZADORES DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA EN TRAUMA COMPLEJO

La *baja responsividad* del terapeuta sería evaluada por los pacientes como un elemento perjudicial para la construcción de la alianza (Chu, 1992; Dalenberg, 2004) y posiblemente interpretada como despreocupación (Elliott & Macdonald, 2021).

La percepción de *arbitrariedad del terapeuta* para establecer los límites de la terapia puede generar reacciones de ira que dificultan la mantención de una adecuada relación terapéutica (Dalenberg, 2004); lo anterior se relacionaría con la sensibilidad de los pacientes a las diferencias de control y poder en las relaciones (Elliott & Macdonald., 2021). Se dificulta la construcción de la alianza si el terapeuta *culpabiliza* (Dalenberg, 2004), minimiza la afectación emocional, o bien, reacciona con *incredulidad* (Elliott & Macdonald, 2021).

Del lado del paciente, es un obstaculizador que perciba a su terapeuta como una fuente contradictoria de *consuelo y peligro*, al que se aproxima con anhelo y temor (Pearlman & Courtois, 2005), la *ira latente* (Dalenberg, 2004); su *miedo omnipresente* (Pain et al., 2010), así como sus dificultades para mantener el *compromiso terapéutico* y la *motivación para el cambio* (Lawson et al., 2013). La disociación es una característica fundamental en la traumatización compleja que también ha sido reconocida como un problema para la alianza (Chu, 1992; Pearlman & Courtois, 2005).

## RECOMENDACIONES CLÍNICAS RELACIONALES EN PACIENTES ADULTOS CON TRAUMA COMPLEJO.

La totalidad de los terapeutas entrevistados en el estudio de Beaton & Thielking (2020) consideraron que la relación terapéutica fue el foco principal del tratamiento en pacientes con trauma complejo, lo cual es consistente con los resultados de todos los artículos que abordaban el tratamiento. El campo relacional es el escenario donde las dificultades de apego de los pacientes se experimentan, se exploran, se comparten, se comprenden y finalmente se resuelven (Pearlman & Courtois, 2005), por lo que un deterioro

severo en la capacidad del paciente para construir una relación terapéutica sería un indicador de mal pronóstico (Baars et al., 2011). La relación terapéutica cumple dos funciones principales: a) proporcionar un ambiente seguro para re-experimentar los eventos traumáticos, y b) ayudar a corregir las experiencias negativas del pasado con las figuras de apego (Mlotek & Paivio, 2017).

Para que la terapia con sobrevivientes dé frutos, el terapeuta debe comprender la relevancia de promover confianza, reciprocidad y colaboración con su paciente (Chu, 1992). Esto se logra si el paciente es capaz de experimentar, a su vez, seguridad emocional en la relación con su terapeuta (Beaton & Thielking, 2020; Mills, 2022; Pearlman & Courtois, 2005).

La desconfianza típica no siempre se manifiesta de forma abierta en el tratamiento (van Nieuwenhove & Meganck., 2020), por lo tanto, el terapeuta no debe atender solo las cualidades manifiestas de la relación, sino que también debiese estar consciente de las dinámicas subyacentes al intercambio interpersonal.

Otros autores (Pearlman & Courtois, 2005) sostienen que la confianza puede verse facilitada cuando el paciente experimenta la autenticidad del terapeuta (Elliott & Macdonald, 2021), es decir, su verdadero yo; también se puede ver reforzada cuando el terapeuta es capaz de mostrar sus propias imperfecciones y limitaciones personales (Beaton & Thielking, 2020).

Es importante la respuesta empática, la delicadeza y amabilidad del terapeuta; compasión, consistencia, confiabilidad y actitud de no enjuiciar. Se requiere un profesional sensible, presente en el aquí y en el ahora (Pain et al., 2010); que no finja saberlo todo y que respete las percepciones y capacidades de su paciente. Es importante que el terapeuta acepte a su paciente, que lo aprecie (Elliott & Macdonald, 2021), que no lo avergüence por sus errores y problemas (Courtois, 2020) y que proporcione calidez (van Nieuwenhove & Meganck, 2020); que lo crea capaz de hacer cambios positivos, y que ofrezca credibilidad a su relato (Beaton & Thielking, 2020). Se espera que los terapeutas mantengan el foco en la resiliencia del consultante y su fortaleza, así como en el daño y su vulnerabilidad para ayudar a manejar la contratransferencia (Pearlman & Courtois, 2005).

El terapeuta no debiese apurar innecesariamente el ritmo de los tratamientos ni presionar a su paciente a hablar de lo que no quiere. Esta medida podría traducirse en procesos terapéuticos que probablemente van a requerir más tiempo que otros para culminar (Beaton & Thielking, 2020; Pain et al., 2010; Pearlman & Courtois, 2005).

Es útil que el terapeuta transmita durante todo el proceso, y particularmente al inicio de la terapia, algunas ideas acerca de los principios de la recuperación, como si estuviera “compartiendo un mapa” (Pain et al., 2010), con el fin de contribuir a la predictibilidad. Asimismo, parece relevante explicitar al paciente que no se encuentra solo, y que el problema en discusión será resuelto como un equipo colaborador (AuBuchon, 2015).

La propia confiabilidad y consistencia del terapeuta pueden ser, paradójicamente, incomprensibles y amenazantes, en lugar de reconfortantes para el paciente. De ahí que la relación terapéutica es un *arma de doble filo* (Courtois, 2020; Chu, 1992) en sobrevivientes de trauma complejo, ya que una relación de confianza con el terapeuta representa una nueva experiencia relacional, que permite revisar y reelaborar las dificultades de apego. Sin embargo, son estas mismas dificultades de apego la que conducen a problemas para construir una relación terapéutica viable.

Puede ser difícil que el terapeuta entienda que el consultante puede experimentarlo como algo aterrador; por eso se sugiere plantear explícitamente al paciente que no va a resultar dañado (Pain et al., 2010; Courtois, 2020). En la misma línea, Chu (1992), sugiere ser extremadamente conservador con el contacto físico.

Las rupturas de alianza terapéutica parecen ser bastante comunes en los tratamientos (Beaton & Thielking, 2020), lo que da cuenta de la relevancia técnica de manejar los procesos de reparación de rupturas (Lawson et al., 2013; Elliot & Macdonald, 2021). Una de las estrategias recomendadas por los terapeutas consistió en que, para restablecer la confianza era importante identificar, analizar y reparar las rupturas lo antes posible (Beaton & Thielking, 2020) y presentar las dificultades de la alianza como una responsabilidad compartida, con el terapeuta asumiendo su propia

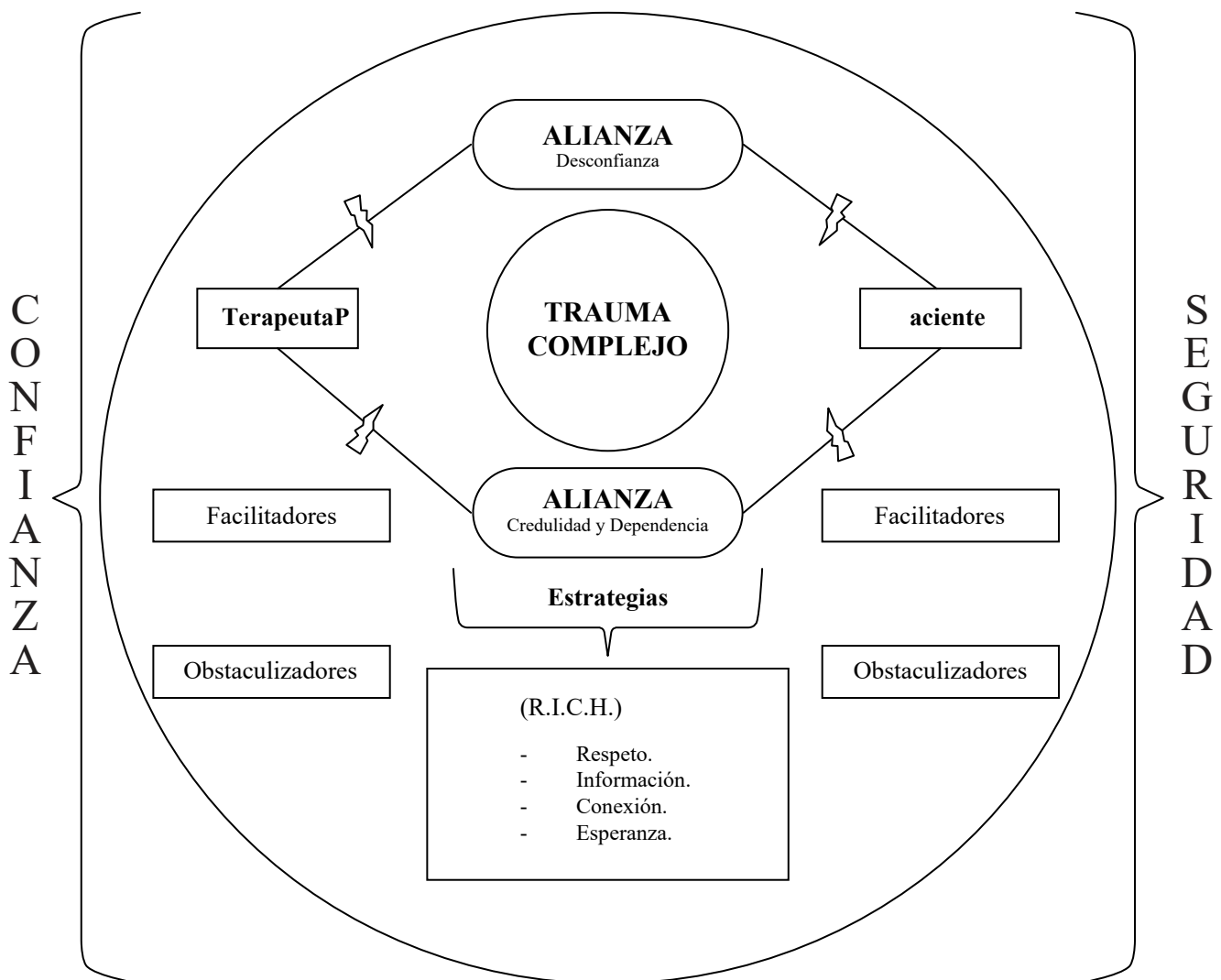
parte y explorando sus propios sentimientos de vulnerabilidad explícitamente con el paciente (Elliot & Macdonald, 2021).

Los pacientes del estudio de Dalenberg (2004) informaron mayor satisfacción con la terapia si el terapeuta era capaz de asumir la responsabilidad parcial en el intercambio de enojo con el paciente. En tal sentido, se recomienda a los terapeutas que muestren que la ira es posible en el contexto de la relación terapéutica y que no tiene por qué traducirse en abandono o peligro inminente. Las disculpas sinceras del terapeuta puede ser un gesto profundamente conmovedor y terapéutico que mejora la calidad de la relación.

Se recomienda aplicar estrategias de tratamiento que vayan en sintonía con las necesidades del paciente (van Nieuwenhove & Meganck, 2020) y no persistir cuando el mismo no responda de la forma prevista. También sugieren que el terapeuta evite situar al paciente de manera pasiva, que promueva la agencia de éste; y que supervise sus casos más complejos, así como realice formación especializada.

Una síntesis de los resultados puede encontrarse en la **figura 3**. Se presenta un setting clínico para el tratamiento de pacientes adultos con trauma complejo.

Figura 3.  
 Esquema Setting Clínico para el tratamiento de pacientes adultos con trauma complejo.





El componente central del tratamiento tiene que ver con la calidad del vínculo entre terapeuta y paciente, que es uno de los tres componentes de la alianza terapéutica. Esta relación suele estar marcada por polos que pueden ir desde la desconfianza franca hasta la total confianza y dependencia, pasando por otros estados relacionales que no son del todo conscientes para el paciente. La victimización de los sobrevivientes tiene un impacto muy profundo sobre sus relaciones interpersonales, incluyendo la relación terapéutica, lo que lleva a que el tratamiento esté marcado por permanentes eventos de ruptura de la alianza y los consecuentes intentos de reparación por parte del terapeuta. Para conseguir la necesaria reconexión, se requiere un setting clínico cuyos pilares estructurales sean la instalación de la confianza y la seguridad emocional, lo que muy probablemente requiere tiempo.

Luego, se observa que, del lado del paciente, se encuentran factores que facilitan y otros que tienden a obstaculizar la construcción de una alianza terapéutica de buena calidad. Lo mismo ocurre del lado del terapeuta. Finalmente, las estrategias específicas que aplica el psicoterapeuta en el tratamiento debieran estar al servicio de cuidar el vínculo en psicoterapia, así como promover los cuatro elementos esenciales de la recuperación: respeto, información, conexión y esperanza (RICH, por sus siglas en inglés) (Pearlman & Courtois, 2005).

El **respeto** alude al reconocimiento por el terapeuta y el entorno del paciente de la injusticia de la violencia experimentada y de sus consecuencias dañinas. La **información** incluye la comunicación de antecedentes respecto de las consecuencias de la violencia, las vías de recuperación y formas de ayudarse a uno mismo, así como ayudar a encontrar recursos materiales y sociales. La **conexión** tanto intra como interpersonales alude a reconocerse a uno mismo lo ocurrido, conectarse con la experiencia y con la comunidad en general, recibiendo apoyo y validación del entorno. Finalmente, la **esperanza** permite desarrollar una vida que merezca la pena vivir, contribuir al bienestar de los demás y crear sentido a la propia existencia (Pearlman, 2013).

## DISCUSIÓN

El TEPT-C es una condición debilitante asociada a un grave deterioro funcional; mayor comorbilidad, peor calidad de vida y mayores tasas de abandono terapéutico en comparación con el TEPT (Cloitre et al., 2019; Coventry et al., 2020). Nuevas investigaciones han identificado que terapias modulares multicomponentes y flexibles ofrecen una alternativa de tratamiento efectiva para este tipo de pacientes (Karatzias et al., 2023).

Estos enfoques terapéuticos promueven un alto nivel de personalización de los tratamientos, basados en el fundamento de que los síntomas o dificultades que son importantes para un individuo pueden no serlo necesariamente para otro individuo con la misma condición o diagnóstico; y que las necesidades de las personas con problemas de salud mental pueden modificarse con el tiempo y en el transcurso de un mismo tratamiento.

Se promueve que el paciente tome decisiones acerca de su terapia, en función de sus necesidades al momento de la consulta. Si bien estos enfoques suponen una serie de ventajas, también incluyen varios desafíos. Uno de ellos apunta a las habilidades y competencias del clínico para construir una buena alianza terapéutica con su paciente (Karatzias et al., 2023). Si el profesional no conoce suficientemente a su paciente y no logra conectar con él y sus necesidades, difícilmente se podrían tomar decisiones adecuadas acerca de, por ejemplo, la secuencia óptima en que se presentan los distintos módulos del tratamiento.

En ese contexto, la presente revisión de literatura destaca las condiciones fundamentales para construir una buena alianza terapéutica con esta población, siendo la *confianza* y la *seguridad* promovidas por el terapeuta, los dos pilares clave sobre los que descansa un buen tratamiento.

La importancia del factor interpersonal es evidente en el campo de la traumatización compleja: está presente en su etiología, en las consecuencias para la vida de los pacientes; y en el tratamiento (van Nieuwenhove & Meganck, 2019). No es fácil construir ni mantener una relación terapéutica de buena calidad con los



sobrevivientes y son conocidas las diversas demandas relacionales que plantean y que ponen en aprietos a los terapeutas (Courtois et al., 2020).

Uno de los aspectos más notables de esta revisión consistió en dar cuenta de las características de la alianza terapéutica en esta población. Si bien las rupturas de alianza terapéutica son inevitables y frecuentes en cualquier proceso terapéutico, es probable que las terapias con esta población estén sujetas a rupturas de mayor frecuencia y/o rupturas de mayor intensidad. Constatamos la relevancia profesional de que los terapeutas que trabajan con trauma complejo se entrenen en reparar rupturas de alianza terapéutica de una manera respetuosa y sensible a las particularidades de esta población. Adhiriendo a la extensa contribución de Muran & Eubanks (2020), planteamos que el proceso de ruptura-reparación representa una verdadera oportunidad para la recuperación y el cambio en psicoterapia. Sin embargo, para obtener los frutos de este tipo de intervenciones, se requiere a un profesional capaz de observar con humildad los momentos difíciles de su quehacer, así como de reconocer su propia responsabilidad en la ruptura.

Otra de las características de la alianza con estos pacientes es que se requiere tiempo para construirla, lo que puede influir en la duración total del tratamiento. Esto plantea la relevancia de analizar con detención los criterios para el alta terapéutica y la manera en que se trabaja este hito del proceso.

El dinamismo de la alianza terapéutica invita a los terapeutas a evaluar permanentemente la relación con su paciente, el acuerdo sobre los objetivos terapéuticos y las estrategias técnicas para conseguir los resultados deseados. También se espera que mantengan apertura para recibir retroalimentación; incluso animando a los pacientes a que comuniquen las experiencias incómodas con el tratante. Los problemas de confianza, por su parte, parecen ser un llamado a que los terapeutas sean auténticos en el intercambio con su paciente, sin descuidar la ética profesional y el énfasis en la colaboración.

En cuanto a las limitaciones del estudio, es probable que la búsqueda de literatura por medio de palabras claves haya sido muy restrictiva y que no haya logrado

recoger la totalidad de estudios que abordaban los casos de pacientes con trauma múltiples, crónicos y prolongados. Especialmente si se considera que el diagnóstico de TEPT-C fue incluido el 2018 en CIE-11 y que fue usada sólo por un grupo de especialistas antes de esa fecha en sus publicaciones, mientras que otros usaban los términos genéricos “trauma” o TEPT.

Dado que el concepto de alianza terapéutica y ruptura de alianza son intrínsecamente relacionales y complejos, se subraya la importancia de ser pluralista en las mediciones de estas variables en las investigaciones. Se sugiere considerar múltiples perspectivas: paciente, terapeuta y observador externo. Asimismo, se destaca el uso de métodos mixtos, sin descuidar los aportes de estudios de caso clínico, que integren el estudio del comportamiento en su contexto.

Se sugiere realizar más investigación para esclarecer los mecanismos de una reparación de ruptura de alianza terapéutica percibida como exitosa por esta población, lo que permitiría generar nuevas contribuciones a los modelos existentes.

Si bien las *rupturas por confrontación* (por ejemplo, quejas, críticas, hostilidad, comportamiento controlador) parecen ser bastante lógicas y comprensibles para el campo de la traumatización compleja, nos preguntamos por la relevancia de las *rupturas por retirada*, es decir, aquellos momentos en los cuales se observa un movimiento de alejamiento entre paciente y terapeuta, en los cuales, por ejemplo, el paciente guardia silencio o muestra un comportamiento apaciguador. Planteamos la necesidad de estudiarlas minuciosamente en este tipo de pacientes porque ahí donde un terapeuta poco experimentado podría estar interpretando conexión y alianza robusta (a partir de una actitud complaciente del paciente), en realidad, podría estar ocurriendo una falta de conexión que, si no se detecta y repara a tiempo, podría llevar al abandono de la terapia.

**FUENTES DE FINANCIAMIENTO:**

Este trabajo fue apoyado por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo, ANID. Proyecto Fondecyt Regular 2019-1191299: “Modelo comprensivo de la alianza terapéutica en psicoterapia con pacientes con depresión: entendiendo la relación entre alianza, características de paciente/terapeuta, variables de proceso y resultados”, cuya investigadora responsable es Paula Errázuriz, Ph.D. Adicionalmente, ALV recibe financiamiento por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo, ANID-Subdirección de Capital Humano/Doctorado Nacional 2022-21220790 y NG-A recibe financiamiento por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo, ANID-Subdirección de Capital Humano/Doctorado Nacional/2023-21232300.

**CONFLICTO DE INTERÉS**

Los autores declaran que el presente estudio se realizó en ausencia de cualquier conflicto de interés.

## REFERENCIAS

APA (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (3a ed.). (DSM-III). Washington, D.C., American Psychiatric Association.

APA (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4a ed.). (DSM-IV). Washington, D.C., American Psychiatric Association.

APA (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4a ed. revisada). (DSM-IV-R). Washington, D.C., American Psychiatric Association.

APA (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (5a ed.). (DSM-V). Washington, D.C., American Psychiatric Association.

AuBuchon, P. (2015). The therapeutic relationship as a critical intervention in a case of complex PTSD and OCD. En M. Bruch (Ed), *Beyond diagnosis. Case formulation in cognitive behavioural therapy* (pp.96-132). UK: Wiley BlackWell.

Baars, E., van der Hart, O., Nijenhuis, E., Chu, J., Glas, J., & Draijer, N. (2011). Predicting stabilizing treatment outcomes for complex posttraumatic stress disorder and dissociative identity disorder: An Expertise-Based Prognostic Model. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(1), 67-87.

Beaton, J. & Thielking, M. (2020). Chronic mistrust and complex trauma: Australian psychologists' perspectives on the treatment of young women with a history of childhood maltreatment. *Australian Psychologist*, 55(3), 230-243.

Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16 (3), 252-260. doi: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fh0085885>

Chu, J. (1992). The therapeutic roller coaster. Dilemmas in the treatment of Childhood abuse survivors. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 1(4), 351-370.

Cloitre, M. (2020). ICD-11 complex post-traumatic stress disorder: simplifying diagnosis in trauma population. *The British Journal of Psychiatry*, 216, 129-131.

Cloitre, M., Hyland, P., Bisson, J.I., Brewin, C.R., Roberts, N.P., Karatzias, T., Shevlin, M. (2019). ICD-11 posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in the United States: A population-based study. *Journal of Traumatic Stress*, 32, 833-842.

Cloitre, M., Garvert, D., Weiss, B., Carlson, E. & Bryant, R. (2014). Distinguishing PTSD, Complex PTSD, and Borderline Personality Disorder: a latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 1-10.

Cloitre, M., Garvert, D., Brewin, C., Bryant, R. & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 1-12.

Cloitre, M., Stovall-McClough, C., Miranda, R., & Chemtob, C. (2004). Therapeutic alliance, negative mood regulation and treatment outcome in child abuse-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(3), 411-416.

Constantino, M., Visla, A., Coyne, A., & Boswell, J. (2018). A meta-analysis of the association between patients' early treatment outcome expectation and their posttreatment outcomes. *Psychotherapy, 55* (4), 473-485.

Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liataud, J., Mallah, K., Olafson, E., & van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals, 35*(5), 390-398). <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-05>

Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J. & van del Kolk, B. (2003). Complex trauma in children and adolescents. National Child Traumatic Stress Network. <http://www.NCTSNet.org>

Courtois, C. (2020). Therapeutic alliance and risk management. En J. Ford & C. Courtois (Eds), *Treating Complex traumatic stress disorders in adults* (pp. 99-124). New York: The Guilford Press.

Courtois, C. & Ford, J. (2013). *Treating complex trauma: a sequenced relationship-based approach*. New York: Guilford.

Courtois, C. (2004). Complex trauma, complex reactions: assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41* (4), 412-425. doi: 10.1037/0033-3204.41.4.412

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., 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 Med 17*(8): e1003262.

Cyr, G., Godbout, N., Cloitre, M., & Bélanger, C. (2022). Distinguishing among symptoms of Posttraumatic Stress Disorder, Complex Posttraumatic Stress Disorder, and Borderline Personality Disorder in a Community Sample of Women. *Journal of Traumatic Stress, 35*(1), 186-196.

Dalenberg, C. (2000). *Countertransference and the treatment of trauma*. Washington: American Psychological Association.

Dalenberg, C. (2004). Maintaining the safe and effective therapeutic relationship in the context of distrust and anger: countertransference and complex trauma. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41*(4), 438-447.

Doukas, A., D'Andrea, W., Doran, J., & Pole, N. (2014). Psychophysiological predictors of working alliance among treatment-seeking women with complex trauma exposure. *Journal of Traumatic Stress, 27*, 672-679. doi:10.1002/jts.21968

Elliott, R. & Macdonald, J. (2021). Relational dialogue in emotion-focused therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 77(2), 414-428.

Errázuriz, P., Constantino, M., & Calvo, E. (2014). The relationship between patient object relations and the therapeutic alliance in a naturalistic psychotherapy sample. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(3), 254-269.

Flückiger, C., Del Re, A., Wampold, B., & Horvath, A. (2018). The alliance in adult psychotherapy. A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316-340.

Ford, J.D. & Courtois, C.A. (2020). *Treating Complex Traumatic Stress Disorders in Adults*. The Guilford Press.

Herman, J. (1992a). *Trauma y recuperación. Cómo superar las consecuencias de la violencia*. Madrid: Basic Books.

Herman, J. (1992b). Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of traumatic stress*, 5(3), 377-391.

Karatzias, T., McGlanaghy, E., & Cloitre, M. (2023). Enhanced Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation (ESTAIR): A New Modular Treatment for ICD-11 Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD). *Brain Sciences*, 13, 1300.

Lawson, D., Davis, D. & Brandon, S. (2013). Treating complex trauma: critical interventions with adults who experience ongoing trauma in childhood. *Psychotherapy*, 50 (3), 331-335.

Lecannelier, F. (2018). *El trauma oculto en la infancia. Guía científicamente informada para padres, educadores y profesionales*. Santiago: Penguin.

Lyons-Ruth, K. & Jacobitz, D. (2008). Attachment disorganization. Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy and adulthood. En J. Cassidy, J. & Ph. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (pp. 666-697). New York: Guilford Press.

Maercker, A., Cloitre, M., Bachem, R., Schlumpf, Y., Khoury, B., Hitchcock, C., & Bohus, M. (2022). Complex posttraumatic stress disorder. *Lancet*, 400, 60-72.

Maercker, A. (2021). Development of the new CPTSD diagnosis for ICD-11. Borderline personality disorder and emotion dysregulation, 8(7), 1-4.

Main, M. & Hesse, E. (1990). Parents unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened/frightening parental behavior the linking mechanism? In M. Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research and Intervention*. (pp.161-182). Chicago: University of Chicago Press.

Messman-Moore, T., Brown, A., & Koelsch, L. (2005). Posttraumatic symptoms and self-dysfunction as consequences and predictors of sexual revictimization. *Journal of traumatic stress*, 18(3), 253-261. doi:10.1002/jts.20023

Mills, J. (2022). Treating a case of religious sex cult trauma. *Practice innovations. Advance online publication*, 7(4), 358.

Mlotek, A. & Paivio, S. (2017). Emotion-focused therapy for complex trauma. *Person-centered & Experiential Psychotherapies*, 16(3), 198-214.

Muran, J.C. & Eubanks, C.F. (2020). *Therapist performance under pressure. Negotiating emotion, difference, and Rupture*. American Psychological Association.

Nestgaard, A. & Schmidt, C. (2021). Complex PTSD: what is the clinical utility of the diagnosis. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), Article 2002028.

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Pain, C., Lanius, R., Ogden, P., & Vermetten, E. (2010). Psychodynamic psychotherapy: adaptations for the treatment of patients with chronic complex post-traumatic stress disorder. En R. Lanius; E. Vermetten; C. Pain. (Eds), *The impact of early life trauma on Health and Disease: The Hidden Epidemic*. (pp. 286-294). UK: Cambridge University Press.

Pearlman, L. (2013). Restoring the self in community: collective approaches to psychological trauma after genocide. *Journal of Social Issues*, 69(1), 111-124.

Pearlman, L. & Courtois, C. (2005). Clinical Applications of the Attachment Framework: Relational treatment of Complex Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 449-459.

Resick, P., Bovin, M., Calloway, A., Dick, A., King, M., Mitchell, K., Suvak, M., Wells, S., Wiltsey, S., & Wolf, E. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD Literature: implications for DSM-5. *Journal of traumatic Stress*, 25, 241-251.

Reynolds, C., Sims, J., Webb, K., Corry, M., McDermott, B., Ryan, M., Shannon, M., & Dyer, K. (2017). Factors that predict the therapeutic alliance in a Chronic, Complex trauma sample. *Traumatology*, 23(4), 294-302.

Spinazzola, J., Blaustein, M. & van der Kolk, B. (2005). Posttraumatic stress disorder treatment outcome research: the study of unrepresentative samples? *Journal of traumatic stress*, 18 (5), 425-436.

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., Lewin, S., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of internal medicine*, 169(7), 467-473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. & Stelle, K. (2005). Dissociation: an insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress*, 18 (5), 413-423.



van der Kolk, B. (2005). Developmental trauma disorder. Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatrics annals*, 35 (5), 401-408.

van der Kolk, B., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S. & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: the empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of traumatic stress*, 18 (5), 389-399.

van Nieuwenhove, K. & Meganck, R. (2020). Core interpersonal patterns in complex trauma and the process of change in psychodynamic therapy: a case comparison study. *Frontiers in Psychology*, 11(122).

van Nieuwenhove, K. & Meganck, R. (2019). Interpersonal features in complex trauma. Etiology, consequences, and treatment: A Literature Review. *Journal of Agression, Maltreatment & Trauma*, 28(8), 903-928.

World Health Organization (2018). International Statistical Classification of Diseases and related Health Problems (11th Revision).