

DOI: <https://doi.org/10.46296/gt.v8i16.0293>

TEPT COMPLEJO EN COLOMBIA: VALIDEZ DE INSTRUMENTOS, BRECHAS DE ACCESO Y RESULTADOS TERAPÉUTICOS COMPARACIÓN LATINOAMÉRICA

COMPLEX PTSD IN COLOMBIA: INSTRUMENT VALIDITY, ACCESS GAPS AND THERAPY OUTCOMES LATIN AMERICA COMPARISON

García-García Paola Stephania ¹; Yampuezan-Getial Yubier Yesid ²;
Jaramillo-Velásquez Diana Gabriela ³; Rodríguez-Muñoz Daniela ⁴

¹ Universidad Cooperativa de Colombia. Pasto, Colombia.

Correo: paolagarcia0930@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0008-5085-6268>.

² Universidad Cooperativa de Colombia. Pasto, Colombia.

Correo: yesid-3991@hotmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0001-7983-2330>.

³ Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

Correo: dgjaramillove@unal.edu.co. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0006-2875-7437>.

⁴ Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia.

Correo: daniela022622@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0001-2209-1105>.

Resumen

La CIE-11 reconoce el TEPT complejo (TEPT-C) como entidad distinta, con síntomas nucleares de TEPT y alteraciones en la autoorganización. Objetivo: Evaluar la validez de instrumentos en español, las brechas de acceso en Colombia y los resultados terapéuticos, comparando con Latinoamérica. Métodos: Revisión narrativa (PubMed, Scopus, SciELO; 2015–2025) sobre validación de escalas (ITQ, PCL-5, DTS, CAPS-5), acceso a servicios y eficacia de intervenciones. Resultados: Las escalas en español muestran buena fiabilidad y validez; el ITQ distingue TEPT vs TEPT-C. Persiste una brecha de tratamiento sustancial: alta carga en desplazados y víctimas, estigma, carencia de talento humano y disponibilidad desigual limitan la atención. Las terapias centradas en el trauma (TCC, exposición, EMDR) reducen significativamente los síntomas; en TEPT-C son útiles enfoques faseados con estabilización y entrenamiento en regulación afectiva antes del procesamiento del trauma. La farmacoterapia (ISRS) aporta beneficios modestos y suele ser coadyuvante. Conclusiones: Existen herramientas válidas en español y tratamientos eficaces, pero su implementación en Colombia es insuficiente. Se requieren políticas que integren tamizaje y tratamiento en atención primaria, expansión de servicios comunitarios y telepsicología, formación y supervisión en terapias de trauma, y estrategias de reducción de estigma para cerrar brechas y mejorar resultado.

Palabras claves: Trastorno de Estrés Postraumático complejo; Trastorno de Estrés Postraumático; Instrumentos Psicométricos; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Resultados Terapéuticos; América Latina; Colombia.

Abstract

ICD-11 recognizes Complex PTSD (CPTSD) as distinct from PTSD, combining core PTSD symptoms with disturbances in self-organization. Objective: To assess the validity of Spanish-language instruments, access gaps in Colombia, and therapy outcomes, with comparison to Latin America. Methods: Narrative review (PubMed, Scopus, SciELO; 2015–2025) covering validation of scales (ITQ, PCL-5, DTS, CAPS-5), service access, and intervention effectiveness. Results: Spanish measures show good reliability and validity; the ITQ differentiates PTSD from CPTSD. A substantial treatment gap persists: high burden among displaced and conflict-affected populations, stigma, workforce shortages, and uneven service availability restrict care. Trauma-

Información del manuscrito:

Fecha de recepción: 11 de julio de 2025.

Fecha de aceptación: 24 de septiembre de 2025.

Fecha de publicación: 31 de octubre de 2025.



focused psychotherapies (CBT, exposure, EMDR) significantly reduce symptoms; for CPTSD, phased approaches with stabilization and affect-regulation training prior to trauma processing are advantageous. Pharmacotherapy (SSRIs) provides modest, adjunctive benefits. Conclusions: Valid Spanish tools and effective treatments exist, but implementation in Colombia remains insufficient. Policies should integrate screening and treatment into primary care, expand community and tele-mental-health services, strengthen training and supervision in trauma therapies, and deploy anti-stigma strategies to close access gaps and improve outcomes.

Keywords: Complex Post-Traumatic Stress Disorder; Stress Disorders, Post-Traumatic; Psychometric Instruments; Health Services Accessibility; Treatment Outcome; Latin America; Colombia.

1. Introducción

El Trastorno por Estrés Postraumático TEPT es una afección psiquiátrica relacionada con la vivencia de eventos traumáticos extremos. Se caracteriza por la re-experimentación intrusiva del trauma, la evitación persistente de recordatorios, alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo, y un estado de hiperactivación neurofisiológica(1).

Tradicionalmente, las principales clasificaciones p. ej. DSM-5 han definido el TEPT como un conjunto único, sin distinguir la complejidad de diferentes trayectorias de trauma. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud, en la CIE-11, incluyó por primera vez el diagnóstico de **TEPT complejo** **TEPT-C**, reconociendo que existe un subtipo de pacientes con reacciones psicológicas **más complejas** tras traumas prolongados o repetidos(1).

El TEPT-C se define por la presencia de los síntomas básicos del TEPT *más* tres conjuntos adicionales de síntomas de “*disturbios en la autoorganización*” DSO: dificultades graves para regular las emociones, creencias persistentes de menosvalía o culpa profunda, y alteraciones significativas en las relaciones interpersonales(2). Estos síntomas adicionales reflejan el impacto de traumas crónicos usualmente infligidos en contextos de indefensión prolongada p. ej. abuso infantil sostenido, violencia doméstica reiterada, tortura, conflicto armado, donde la personalidad y las estrategias de afrontamiento del individuo se ven profundamente afectadas(2)(3). La diferenciación diagnóstica entre TEPT y TEPT-C busca mejorar la *precisión* en la evaluación de poblaciones traumatizadas y propiciar tratamientos más

personalizados y eficaces(1). Metaanálisis recientes han respaldado empíricamente esta distinción, mostrando que los síntomas del TEPT-C forman conglomerados diferenciados de los del TEPT estándar y que ambos trastornos pueden identificarse de forma separada en distintos grupos poblacionales(3). De hecho, análisis factoriales confirmatorios han encontrado que un modelo de seis factores tres de TEPT y tres de DSO o un modelo de dos factores de segundo orden TEPT y DSO representan adecuadamente la estructura latente de síntomas, sustentando la validez conceptual del TEPT-C(3)(24).

La adopción del concepto de TEPT complejo tiene particular relevancia en contextos como el colombiano, dado el *alto nivel de exposición traumática crónica* en la población. Estudios epidemiológicos internacionales indican que los eventos potencialmente traumáticos son comunes a nivel mundial: se estima que alrededor del 70% de las personas experimentarán al menos un suceso traumático en su vida(4). A pesar de esta alta exposición, solo

una minoría desarrolla TEPT; la prevalencia global de TEPT alguna vez en la vida se sitúa en torno al 3.9% en la población general(4). La probabilidad de desarrollar el trastorno varía significativamente según la naturaleza del trauma sufrido: por ejemplo, la exposición a conflictos armados o violencia organizada se asocia con tasas de TEPT marcadamente más altas. Una síntesis de evidencia de la OMS reporta que la *prevalencia puntual* de TEPT en escenarios de conflicto violento es aproximadamente 15.3%, más de tres veces la observada en poblaciones no expuestas a guerra(5). En consecuencia, regiones con violencia crónica presentan una carga desproporcionada de TEPT y potencialmente TEPT-C. América Latina, con diversos contextos de violencia sociopolítica e inseguridad, refleja esta realidad: encuestas poblacionales previas sugieren prevalencias de TEPT de por vida relativamente bajas a nivel nacional p. ej., ~1.5–1.8% en México y Colombia pero considerable heterogeneidad dentro de la región(4). En zonas fuertemente afectadas por conflicto, las tasas

pueden elevarse sustancialmente. En Colombia –país que ha sufrido un conflicto armado interno por más de cinco décadas– las secuelas psicológicas de la violencia han sido un problema de salud pública prioritario(10). Actualmente se reconocen cerca de 9 millones de personas registradas como víctimas del conflicto armado colombiano p. ej., desplazamiento forzado, violencia sexual, secuestro, tortura, entre otros – una cifra que ilustra la magnitud de la población potencialmente traumatizada crónicamente. Investigaciones nacionales han encontrado que la exposición al conflicto se asocia a un incremento significativo de trastornos mentales comunes y síntomas de TEPT en comparación con poblaciones no expuestas(6)(25). Gómez-Restrepo et al. reportaron que los adultos colombianos residentes en zonas de alta afectación por la violencia presentaban mayores prevalencias de trastornos de ansiedad, depresión y síntomas postraumáticos que la población general(6). De igual forma, un estudio comparativo en comunidades de Cundinamarca mostró peor salud mental en una población expuesta a conflicto en

contraste con una comunidad sin esa exposición, subrayando el impacto negativo de la violencia en el bienestar psicológico colectivo(25). En víctimas directas, las secuelas pueden ser aún más pronunciadas: por ejemplo, Morales Mesa et al. documentaron que el **9.9%** de una muestra de personas en situación de desplazamiento forzado en Colombia cumplía criterios de TEPT de por vida(8), proporción muy superior a la esperada en población general no expuesta. Este estudio, realizado en tres ciudades Bogotá, Medellín y Buenaventura, también identificó factores asociados a mayor riesgo de TEPT entre los desplazados, como la falta de ocupación desempleo, ciertas características del desplazamiento p. ej. haber sido expulsado de forma violenta y el bajo apoyo social percibido(8). Es notable asimismo la frecuente comorbilidad del TEPT con otros trastornos; la evidencia internacional y local coincide en que los trastornos depresivos suelen coexistir con TEPT en sobrevivientes de violencia, con altos niveles de comorbilidad reportados en víctimas del conflicto armado(9). Esto sugiere necesidades terapéuticas complejas en esta población, que abarcan no

solo el abordaje del TEPT sino también de síntomas asociados como depresión, ansiedad, consumo de sustancias y problemas psicosociales.

A pesar de la elevada carga de TEPT y otros trastornos trauma-relacionados en Colombia, la respuesta del sistema de salud ha sido históricamente limitada, evidenciando importantes brechas de acceso y equidad. La salud mental en el país ha sido denominada “la cenicienta” de las políticas públicas(10), pues aunque en la última década se han promulgado leyes y planes nacionales –como la Ley 1616 de 2013 de Salud Mental y los lineamientos de atención psicosocial para víctimas Ley 1448 de 2011– persiste una discrepancia entre lo estipulado en la normativa y la realidad de la atención brindada(10)(15). Los pacientes con TEPT a menudo enfrentan barreras para recibir tratamiento oportuno y adecuado. Estudios a nivel continental revelan que **hasta ~70% de las personas con algún trastorno mental en las Américas no reciben tratamiento** brecha de

tratamiento(15). En el caso específico del TEPT, las brechas son igualmente preocupantes: según encuestas globales, solo alrededor del **22–25%** de los individuos con TEPT en países de ingresos bajos y medianos acceden a algún tipo de tratamiento profesional, en comparación con aproximadamente el 53% en países de altos ingresos(4). Esto implica que cerca de **tres de cada cuatro** sobrevivientes de trauma con TEPT en entornos como Latinoamérica quedan sin atención, ya sea por falta de oferta de servicios, barreras económicas, geográficas, o por estigmatización y desconocimiento sobre la efectividad de los tratamientos(15). En Colombia, aun con los avances normativos, la atención en salud mental sigue siendo deficitaria y desigual(10). La mayoría de especialistas psiquiatras, psicólogos clínicos se concentran en áreas urbanas, dejando grandes zonas rurales –justamente las más afectadas por el conflicto– con poca o ninguna cobertura de salud mental. Adicionalmente, los modelos de atención existentes han priorizado históricamente un abordaje farmacológico breve, con escasa

incorporación de terapias psicológicas especializadas para trauma. Esto plantea importantes desafíos de equidad, puesto que las poblaciones más vulnerables víctimas de violencia, minorías étnicas en zonas apartadas, etc. enfrentan las mayores dificultades para acceder a los cuidados que requieren(15).

Dado este panorama, el presente trabajo busca sintetizar de forma rigurosa la información disponible sobre el **TEPT complejo en Colombia**, abordando tres ejes fundamentales: **1** la **validez** y disponibilidad de **instrumentos de evaluación en español** para diagnosticar TEPT y TEPT-C, crucial para la correcta identificación de casos en clínica e investigación; **2** las **brechas de acceso** a servicios de salud mental para personas con TEPT/TEPT-C, incluyendo disparidades regionales y poblacionales, con énfasis en la situación de Colombia en comparación con Latinoamérica; y **3** los **resultados terapéuticos** reportados con las intervenciones disponibles psicoterapias y farmacoterapia, considerando su eficacia en contextos de trauma

complejo y la evidencia proveniente de la región. Se pretende con ello realizar una discusión crítica sobre las implicaciones en políticas de salud, la necesidad de intervenciones culturalmente pertinentes, y las consideraciones éticas y de equidad que surgen al atender a poblaciones traumatizadas en el contexto colombiano y latinoamericano.

2. Metodología

Se llevó a cabo una revisión narrativa de la literatura, recopilando información de estudios publicados hasta 2025 relacionados con TEPT complejo, instrumentos diagnósticos en español, accesibilidad a la atención en salud mental y tratamientos para TEPT en Colombia y Latinoamérica. Fuentes de datos: se consultaron bases bibliográficas internacionales PubMed/MEDLINE, Scopus y regionales SciELO, LILACS utilizando términos en español e inglés equivalentes a *“trastorno de estrés postraumático complejo”*, *“TEPT complejo”*, *“Complex PTSD”*, combinados con *“validación instrumento”*, *“español”*, *“acceso salud mental”*, *“Latinoamérica”*, *“Colombia”*,

"treatment outcome PTSD", entre otros. Se incluyeron también documentos relevantes de organismos de salud pública p. ej., OMS/OPS para datos epidemiológicos y de políticas, siempre que estuvieran indexados o disponibles en dichas bases. Criterios de selección: se dio prioridad a artículos originales de investigación p. ej., estudios de validación psicométrica, encuestas epidemiológicas, ensayos clínicos, revisiones sistemáticas publicados en revistas científicas arbitradas, en español o inglés. Se excluyeron tesis, informes no publicados y literatura gris, salvo aquellas de reconocida procedencia p. ej., encuestas nacionales cuando aportaban datos no disponibles en otras fuentes. Extracción y síntesis: los datos relevantes se organizaron en las tres categorías de interés: 1 instrumentos y diagnósticos propiedades psicométricas, sensibilidad cultural, 2 brechas de acceso estadísticas de cobertura, factores que dificultan u optimizan la atención, iniciativas de política y 3 intervenciones y sus resultados eficacia clínico-terapéutica en estudios, consideraciones

especiales para TEPT-C. Dada la naturaleza narrativa de la revisión, no se realizó meta-análisis; en su lugar, los hallazgos se integran de forma descriptiva y analítica, contrastando resultados entre estudios locales y regionales. Consideraciones éticas: al tratarse de una revisión de la literatura existente, no fue necesaria la aprobación de un comité de ética; sin embargo, se atendieron los principios de integridad académica en la recopilación y reporte de la información, citando adecuadamente las fuentes primarias.

3. Resultados y discusión

Validez de instrumentos en español para TEPT complejo

El reconocimiento del TEPT complejo en la CIE-11 ha impulsado el desarrollo y adaptación de instrumentos capaces de evaluar adecuadamente esta entidad nosológica en distintos idiomas. En el caso del español, hasta hace pocos años no existían escalas diseñadas específicamente para los criterios de TEPT-C. Los clínicos e

investigadores hispanohablantes dependían de instrumentos tradicionales de TEPT p. ej., el **CAPS** –Clinician-Administered PTSD Scale– o el **PCL** –PTSD Checklist– que corresponden a criterios del DSM y no contemplaban explícitamente las dimensiones adicionales del TEPT-C. Esta brecha comenzó a abordarse con la aparición del **Cuestionario Internacional de Trauma ITQ**, una escala breve desarrollada junto con la CIE-11 para medir los síntomas de TEPT y TEPT-C de acuerdo con sus nuevos criterios(3). El ITQ, originalmente en inglés, incluye secciones para los tres síntomas centrales de TEPT y tres para los síntomas DSO, con ítems autorreportados. Hasta 2020, la evidencia sobre las propiedades psicométricas del ITQ en países latinoamericanos era inexistente(3).

Recientemente, se han realizado esfuerzos de **validación en español latinoamericano** de este instrumento. Fresno et al. llevaron a cabo la **primera validación del ITQ en una muestra de adultos chilenos**, publicando sus hallazgos en 2023(12). En dicho estudio n=275, población general joven, la

versión en español del ITQ mostró un desempeño psicométrico sólido: el análisis factorial confirmatorio corroboró tanto un modelo de seis factores correlacionados que refleja las seis dimensiones sintomáticas específicas como un modelo de dos factores de segundo orden agrupando síntomas en TEPT y DSO, con índices de ajuste aceptables(12). Las escalas de TEPT y de alteraciones en la autoorganización presentaron **alta consistencia interna** Ω de McDonald > 0.90 y correlaciones concurrentes significativas con medidas relacionadas p. ej., cantidad de eventos traumáticos, síntomas de depresión/ansiedad, respaldando su validez de constructo(12). Estos resultados indican que la adaptación al español latinoamericano del ITQ es **válida y confiable** para evaluar tanto TEPT como TEPT complejo conforme a CIE-11, constituyendo una herramienta valiosa para investigaciones epidemiológicas y clínicas en la región. Cabe mencionar que hallazgos similares se han reportado en Brasil con la versión portuguesa del ITQ, demostrando invarianza factorial entre sexos y buen ajuste en

población adulta(11). Esto sugiere que el instrumento mantiene sus propiedades transculturalmente en el contexto latinoamericano.

Además del ITQ, otros **instrumentos de evaluación del TEPT** han sido adaptados al español en años recientes. Un ejemplo destacado es la **Escala de Trauma de Davidson DTS**, un cuestionario que mide frecuencia y gravedad de 17 síntomas de TEPT criterios DSM-IV. Barrero et al. realizaron la **validación psicométrica de la DTS en población colombiana** en 2019(13). En su estudio, con muestra comunitaria de Bogotá, la versión en español de la escala mostró buena fiabilidad α de Cronbach ~ 0.95 y una estructura esencialmente unidimensional, confirmando su utilidad como instrumento de tamizaje de síntomas de TEPT en contextos forenses y

clínicos locales(13). De igual forma, la **PCL-5** Lista de Chequeo de TEPT para DSM-5 ha sido traducida y validada en muestras latinoamericanas, como en Chile, donde Vera-Villaruel et al. encontraron adecuados índices de validez y confiabilidad en sobrevivientes de desastres naturales(11). Por su parte, en Perú se adaptó recientemente la **City Birth Trauma Scale** escala especializada en trauma por parto al castellano, confirmándose su validez para evaluar TEPT en mujeres postparto(11). Estos ejemplos ilustran el creciente cuerpo de instrumentos en español disponibles. La **Tabla 1** resume algunos de los principales instrumentos estandarizados para TEPT y TEPT-C que cuentan con datos de validez en población hispanohablante.

Tabla 1. Instrumentos para evaluación del TEPT y TEPT-C validados en español

Instrumento origen	Descripción de lo que mide	Evidencia de validez en español población
Cuestionario Internacional de Trauma ITQ Desarrollado para CIE-11	12 ítems núcleo: 6 para síntomas TEPT intrusión, evitación, sensación de amenaza + 6 para síntomas de DSO afectividad, autoimagen, relaciones. Incluye ítems de deterioro funcional.	Validez de constructo confirmada en español latinoamericano(12) Chile, adultos jóvenes: estructura factorial TEPT vs DSO replicada; alta consistencia interna y correlación con traumas. Versión en portugués con resultados similares(11).

Escala de Trauma de Davidson DTS Davidson, 1997 – DSM-IV	17 ítems que evalúan frecuencia y severidad de cada síntoma de TEPT según criterios DSM B, C y D. Autoaplicada. Permite tamizaje y cuantificación de gravedad.	Validada en población colombiana(13): excelente confiabilidad $\alpha \approx 0.95$; análisis factorial apoyó un factor general de TEPT. Útil para tamizaje en contextos clínicos y forenses locales.
Lista de Chequeo de TEPT PCL-5 Weathers, 2013 – DSM-5	20 ítems auto-reportados que cubren los síntomas DSM-5 de TEPT 4 clusters. Existen versiones para población general y específica civil, militar.	Adaptada al español en múltiples países. Ej.: Validación en Chile afectados por desastres mostró buena validez factorial y fiabilidad(11). Utilizada en varios contextos hispanos como medida estandarizada de síntomas postraumáticos.
CAPS-5 Entrevista Clín. Structured Goldstein, 2017 – DSM-5	Entrevista semiestructurada administrada por clínico; considerado "gold estándar" para diagnóstico de TEPT. Evalúa frecuencia/intensidad de síntomas y su impacto.	Versión española disponible traducciones validadas en España y Latinoamérica, uso en investigación. Estudios en población latina han utilizado CAPS traducido mostrando adecuados acuerdos diagnósticos, aunque sin publicación formal de validación local se basa en validación original con traducción.
Escala de TEPT Complejo ICD-11 ej. módulo DSO del ITQ	Subconjunto de ítems específicos para TEPT-C: evalúa disfunción emocional, creencias de valor personal y dificultades relacionales derivadas del trauma crónico.	Incluido dentro del ITQ validado(12). También existen cuestionarios experimentales específicos de DSO p.ej. <i>ICD-11 Trauma Questionnaire</i> inicial(3), pendientes de validación independiente en español.

Fuente: Elaboración propia a partir de referencias (11)(12)(13).

A pesar de estos avances, continúa habiendo **brechas en la disponibilidad de instrumentos validados para ciertas poblaciones y contextos culturales**. Una revisión sistemática reciente sobre medidas de TEPT en Latinoamérica destaca que la mayoría de estudios emplean instrumentos traducidos directamente del inglés, con poca adaptación cultural y escaso análisis de validez en subgrupos específicos

por ejemplo, comunidades indígenas, veteranos latinoamericanos(11). Esto subraya la necesidad de **desarrollar y validar herramientas culturalmente pertinentes**, ya que factores idiomáticos y contextuales pueden influir en la expresión de los síntomas y en la comprensión de los reactivos de las escalas. Por ejemplo, se han descrito diferencias transculturales en la forma de manifestar el TEPT p. ej., mayor

somatización de la ansiedad en ciertas culturas, distintas conceptualizaciones de la culpa o la vergüenza, lo cual podría requerir ajustes en la manera de preguntar o en los ejemplos utilizados en los cuestionarios(11). Los expertos recomiendan que para población general se prefieran instrumentos breves y de fácil puntuación, para mejorar su aplicabilidad en entornos clínicos con pocos recursos(11). Asimismo, se enfatiza la importancia de **capacitar a los profesionales** en el uso de estos instrumentos estandarizados. En Colombia y países vecinos, el diagnóstico de TEPT a menudo se realiza mediante entrevistas clínicas no estructuradas, lo que puede conllevar variabilidad y subdiagnóstico especialmente de TEPT complejo, dada su reciente incorporación diagnóstica. En conclusión, en este eje se observa un avance significativo: ya se cuenta con instrumentos confiables en español para evaluar TEPT y TEPT complejo como el ITQ, además de versiones validadas de escalas clásicas DTS, PCL que facilitan la investigación epidemiológica. No obstante, se requiere continuar con

estudios de validación en poblaciones específicas p. ej., víctimas de violencias de género, excombatientes, niños y adolescentes y asegurar que los instrumentos capten fielmente la experiencia traumática dentro de las diversas culturas latinoamericanas. Esto permitirá una identificación más certera de los casos de TEPT-C y el desarrollo de intervenciones ajustadas a las necesidades reales.

Brechas de acceso a la atención para TEPT

A pesar de la disponibilidad de instrumentos diagnósticos y del reconocimiento de la carga de TEPT en la salud pública, existe una marcada **brecha entre la necesidad de atención y la atención efectivamente recibida** por los pacientes con TEPT en Colombia y Latinoamérica. Esta brecha de acceso es multifactorial, incluyendo limitaciones del sistema de salud, barreras socioeconómicas y factores culturales.

En términos generales, la **cobertura de servicios de salud mental especializada es insuficiente** para la demanda existente. Un indicador

claro es la *brecha de tratamiento* treatment gap: el porcentaje de personas que padeciendo un trastorno mental no reciben tratamiento. En América Latina, se ha estimado que la brecha de tratamiento para cualquier trastorno mental común alcanza aproximadamente el **70%**(15). Es decir, solo 3 de cada 10 personas con trastornos mentales acceden a algún tipo de atención profesional. Para trastornos graves o moderados la cifra sigue siendo alta ~66%(15). En el caso específico del TEPT, análisis internacionales sugieren disparidades según el nivel de desarrollo del país: en países de altos ingresos, alrededor del 53.5% de quienes sufren TEPT llegan a recibir algún tratamiento, mientras que en países de ingresos bajos-

medios esta proporción cae a apenas **22.8%**(4). En otras palabras, cerca de las **tres cuartas partes** de pacientes con TEPT en entornos de recursos medios-bajos permanecen sin atención o tratamiento adecuados. Colombia no es ajena a esta realidad: según la Encuesta Nacional de Salud Mental, un gran porcentaje de personas con síntomas significativos no busca ni recibe ayuda, en parte por **desconocimiento** de que sus síntomas constituyen un trastorno tratable y por la **falta de disponibilidad** de servicios especializados asequibles(10)(15). Las *Tablas 2 y 3* presentan algunos indicadores comparativos que ilustran las brechas de acceso en TEPT.

Tabla 2. Indicadores epidemiológicos y de acceso relacionados con TEPT

Indicador epidemiológico / de acceso	Valor estimado / Situación	Fuente / Referencia
Prevalencia global de TEPT vida, población general	~3,9% de la población mundial padece TEPT en algún momento de la vida.	Estudios encuestas mundiales(4).
Prevalencia de TEPT en población desplazada Colombia	9,9% prevalencia de por vida de TEPT en víctimas de desplazamiento forzado muestra en 3 ciudades colombianas.	Morales Mesa et al., 2021(8).
Proporción de pacientes con TEPT que reciben tratamiento	~53,5% en países de altos ingresos; ~22,8% en países de ingresos bajos/medianos brecha de atención ~77%.	Koenen et al., 2017(4).

Brecha de tratamiento en trastornos mentales Américas	~71,2% para cualquier trastorno mental porcentaje de casos que no reciben atención; similarmente, ~65% en trastornos moderados/graves.	Kohn et al., 2018(15).
Principales barreras de acceso reportadas	Estigma social; falta de reconocimiento del trastorno; barreras financieras y geográficas; insuficiente personal capacitado en salud mental.	Análisis regional OPS(15); Leyton et al., datos Colombia.

Fuente: Elaboración propia a partir de referencias (4)(8)(15).

Varios factores explican estas brechas. Desde el lado de la **oferta de servicios**, Colombia presenta un **déficit de profesionales de salud mental**: la densidad de psiquiatras se ha estimado alrededor de 1,1–1,5 por 100.000 habitantes y la de psicólogos clínicos especializados también es baja, con una distribución muy desigual concentrados en ciudades principales(10)(15). Esto contrasta con países desarrollados que pueden tener diez veces esa proporción de especialistas. La **financiación** destinada a salud mental históricamente ha sido reducida –del orden de 2% del gasto total en salud en países de ingresos medios, comparado con ~5% en países desarrollados– lo cual limita la capacidad para expandir servicios comunitarios y programas de rehabilitación(15). En consecuencia, en muchas regiones del país, especialmente rurales o afectadas por el conflicto, no existen psicólogos

o psiquiatras suficientes en el sistema público para atender a la población con TEPT o otros trastornos.

Por el lado de la **demanda**, el **estigma y desconocimiento** siguen siendo barreras importantes. Estudios latinoamericanos señalan que una proporción considerable de personas con síntomas de TEPT no buscan ayuda porque no la consideran eficaz o temen ser estigmatizadas como “locas” o “débiles”(15). En contextos rurales de Colombia, por ejemplo, es común que los síntomas de TEPT insomnio, irritabilidad, flashbacks sean interpretados como “nervios” o problemas de carácter, y no se acuda a servicios formales, optando en ocasiones por estrategias religiosas, tradicionales o simplemente por el silencio. La **falta de conciencia** de que el TEPT es tratable y de que se tiene derecho a

la atención especialmente en víctimas del conflicto reduce la demanda de servicios. A esto se suman **barreras económicas**: si bien Colombia tiene un sistema de aseguramiento en salud amplio, costos indirectos transporte, pérdida de día de trabajo y trámites burocráticos dificultan el acceso continuo, principalmente en terapias psicológicas que requieren múltiples sesiones. En víctimas del conflicto, suele haber además **barreras administrativas** para acceder a programas de atención psicosocial ofrecidos por el Estado, lo que desalienta la adherencia.

No obstante, en años recientes se han implementado iniciativas para reducir estas brechas. La promulgación de la **Ley 1616 de 2013 Ley de Salud Mental** representó un hito al reconocer la salud mental como prioritaria, ordenar la integración de la atención mental en la atención primaria y garantizar la igualdad de trato con la salud física(15). A partir de esta ley, se diseñaron rutas integrales de atención en salud mental y se estableció la obligación de todos los aseguradores de proveer psicoterapia y rehabilitación

psicosocial. Complementariamente, la Ley 1448 de 2011 Ley de Víctimas incorporó la **atención psicosocial y en salud mental como medida de reparación** para víctimas del conflicto, dando origen a programas especializados como el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas PAPSIVI. Estas políticas muestran un marco normativo progresista. **Sin embargo, la implementación ha sido desigual.** Según análisis críticos, la aplicación de la Ley de Salud Mental no ha logrado aún transformar la realidad de la atención: persisten brechas enormes entre lo propuesto y lo ejecutado, debido a financiación insuficiente, falta de articulación intersectorial y limitada formación de personal en el enfoque psicosocial(10). Chaskel et al. señalan que aunque la normativa existe, “la atención en salud mental en Colombia aún es muy deficiente”, en parte por la interpretación restrictiva de las normas y por obstáculos administrativos en su puesta en práctica(15).

En el ámbito operativo, algunos proyectos demuestran la **viabilidad de integrar la salud mental en el primer nivel de atención.** Un

estudio evaluó la integración de servicios de salud mental en atención primaria en Colombia, encontrando que ciertas IPS habían incorporado psicólogos en sus equipos y capacitado personal general en identificación de depresión y TEPT(16). Esta estrategia de **integración y capacitación en atención primaria** siguiendo recomendaciones de la OMS, como el programa mhGAP es promisorio para ampliar la cobertura, pero enfrenta retos como la sobrecarga laboral de médicos generales, escasez de insumos y falta de supervisión especializada(16). Adicionalmente, organizaciones no gubernamentales y agencias internacionales p. ej. CICR, MSF han desarrollado intervenciones comunitarias en zonas de posconflicto para proveer apoyo psicosocial a poblaciones vulnerables, con resultados positivos en reducción de síntomas postraumáticos en corto plazo según informes. No obstante, muchos de estos esfuerzos son de alcance limitado geográficamente y de corta duración.

En suma, las **brechas de acceso en TEPT/TEPT-C** en Colombia se manifiestan en: **a** insuficiente capacidad instalada recursos humanos especializados y servicios, **b** barreras socioculturales estigma, baja demanda por desconocimiento, y **c** desafíos de implementación de políticas. Cerrar estas brechas requiere intervenciones multidimensionales: fortalecer la atención primaria con enfoque psicosocial formando a médicos y enfermeras en detección de TEPT, desplegar programas comunitarios de salud mental en regiones apartadas incluyendo modalidades **itinerantes** o de telepsiquiatría para llegar a víctimas en zonas rurales, asegurar la sostenibilidad financiera de los servicios aumentando la inversión en salud mental más allá del porcentaje actual y campañas de educación pública para reducir el estigma y fomentar la búsqueda de ayuda. Desde la perspectiva de equidad, es fundamental priorizar la atención a grupos históricamente desatendidos –como las víctimas del conflicto, comunidades étnicas y personas en situación de pobreza– garantizando que reciban cuidados oportunos y de calidad. Estas

consideraciones se retoman en la sección de Discusión.

Resultados de intervenciones terapéuticas eficacia y experiencias

El tercer eje de análisis corresponde a las **intervenciones terapéuticas** utilizadas para el TEPT y TEPT complejo, así como sus resultados documentados. Tradicionalmente, el **tratamiento de elección para el TEPT** han sido las **psicoterapias con enfoque en el trauma**, respaldadas por abundante evidencia a nivel internacional(1)(17). Dentro de éstas se incluyen enfoques de terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma TCC-T, que abarcan técnicas de *exposición prolongada* repetir la narración del trauma en un entorno seguro y *reestructuración cognitiva* de pensamientos asociados, así como terapias innovadoras como la **Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares EMDR**.

Eficacia de las psicoterapias: Los tratamientos psicológicos especializados han demostrado consistentemente ser efectivos para reducir los síntomas del TEPT. Un

metaanálisis que incluyó 51 ensayos clínicos aleatorizados encontró que tanto la TCC individual o grupal como la exposición y la terapia EMDR son significativamente superiores a la atención usual o lista de espera en la reducción de la sintomatología postraumática(17). Los tamaños del efecto observados fueron grandes: por ejemplo, la TCC logró un efecto medio estandarizado $g \approx -0.90$ en reducción de síntomas de TEPT comparado con controles, mientras que la EMDR mostró $g \approx -1.3$ en los estudios analizados(17). Estas magnitudes sugieren que, en promedio, los pacientes tratados con estas terapias mejoran más del 80% por encima de quienes no reciben tratamiento especializado. Además, las intervenciones psicológicas han demostrado impacto no solo en los síntomas nucleares de TEPT, sino también en las dificultades de *autoorganización* características del TEPT-C. En el metaanálisis citado, tanto la TCC como la exposición tuvieron efectos de moderados a altos en reducir la *auto-percepción negativa* y *mejorar relaciones interpersonales* reportadas por los pacientes, que son parte del dominio DSO(17). No obstante, pocos estudios reportaron métricas

específicas de *desregulación afectiva*, uno de los síntomas DSO, por lo que la evidencia es menos concluyente allí(17). Aun así, los hallazgos generales implican que las mismas terapias usadas para TEPT pueden beneficiar a pacientes con TEPT complejo en sus distintas esferas sintomáticas.

Dado que las personas con TEPT-C tienden a tener historiales traumáticos más extensos y sintomatología más heterogénea, algunos expertos han propuesto **modelos de tratamiento “faseado”** para este trastorno(18). Un enfoque faseado típico consta de una primera fase de **estabilización y entrenamiento en habilidades** p. ej., manejo de emociones intensas, técnicas de autocalma, mejorar habilidades sociales, seguida de una segunda fase de **terapia de procesamiento del trauma** como la exposición o la narrativa del trauma, y finalmente una fase de **reintegración**. La racionalidad es que al fortalecer primero la regulación afectiva y la seguridad del paciente, éste estará mejor preparado para confrontar memorias traumáticas sin

desbordarse emocionalmente(18). Evidencia a favor de esta aproximación proviene de un ensayo controlado aleatorizado realizado por Cloitre et al. con supervivientes de abuso infantil crónico(18). En ese estudio, se comparó una terapia faseada –que incluía un módulo de *Entrenamiento en Habilidades de Regulación Afectiva e Interpersonal STAIR* seguido de exposición narrativa al trauma– frente a una terapia de exposición prolongada estándar. Los resultados mostraron que la terapia faseada **STAIR+Exposición** produjo mejoras significativamente mayores en la regulación emocional del paciente y en la resolución de problemas interpersonales, al tiempo que redujo los síntomas de TEPT en grado similar o mayor que la exposición sola(18). Este ensayo proporciona soporte empírico a la idea de que, para pacientes con traumas complejos, abordar primero las dificultades de autoorganización emociones y relaciones puede potenciar la efectividad global del tratamiento. En contextos latinoamericanos, aunque no se han realizado ensayos formales de terapias faseadas, los clínicos han

comenzado a incorporar elementos de estabilización psicoeducación, técnicas de relajación, fortalecimiento de redes de apoyo antes de entrar en la terapia de trauma propiamente dicha, reportando buena aceptación por parte de los pacientes.

Por otro lado, la **farmacoterapia** es otro pilar del manejo del TEPT, usualmente como complemento de la psicoterapia o cuando ésta no es accesible. Los fármacos más utilizados son los **inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina ISRS** –como sertralina, paroxetina, fluoxetina– y otros antidepresivos, algunos de los cuales cuentan con aprobación oficial para TEPT. Una revisión sistemática y metaanálisis 51 ECA evaluó la eficacia de todos los tipos de farmacoterapia como monoterapia en TEPT(19). Encontró que, en conjunto, los ISRS producen una **mejoría estadísticamente significativa pero de pequeño tamaño de efecto** comparados con placebo diferencia estandarizada ~ -0.23 (19). Específicamente, se halló evidencia de eficacia modesta para fluoxetina, paroxetina y venlafaxina en reducción de síntomas, mientras

que para otras sustancias la evidencia era insuficiente o negativa(19). En resumen, “algunos fármacos tienen un impacto positivo pequeño en los síntomas de TEPT”(19). Esto sugiere que la medicación puede ayudar en cierta medida por ejemplo, atenuar la hiperactivación, mejorar el sueño o mitigar comorbilidad ansioso-depresiva, pero difícilmente por sí sola logre la remisión completa de los síntomas intrusivos y de evitación, especialmente en traumas complejos. De hecho, guías internacionales suelen recomendar la farmacoterapia como segunda línea o como adyuvante cuando el paciente no accede o no responde a la terapia psicológica(1). En Latinoamérica, el uso de medicamentos psicotrópicos para TEPT es común en la práctica: benzodiacepinas, antidepresivos y antipsicóticos atípicos a dosis bajas se prescriben con frecuencia para manejar síntomas agudos. No obstante, esto presenta riesgos como la cronificación de benzodiacepinas o polifarmacia sin un tratamiento de trauma concomitante, lo cual puede aliviar superficialmente síntomas sin resolver el núcleo del trastorno.

En cuanto a los **resultados de intervenciones en contextos locales**, la literatura científica específica es relativamente escasa, reflejando la mencionada brecha de investigación y acceso. Pese a ello, se pueden destacar algunas experiencias:

- En poblaciones afectadas por el conflicto armado colombiano, se han implementado intervenciones grupales de apoyo psicosocial, a menudo dirigidas por psicólogos o trabajadores sociales en el marco de programas gubernamentales como el PAPSIVI o de ONG. Estas intervenciones –basadas en técnicas de terapia breve, counselling y reconstrucción del proyecto de vida– han mostrado mejoras subjetivas en las escalas de bienestar y reducción de síntomas de depresión y ansiedad leve(20). Sin embargo, suelen no incluir componentes de exposición al trauma por limitaciones del setting grupal, por lo que su efecto específico sobre síntomas de TEPT severos es menor documentado.

Obando et al. evaluaron la atención psicosocial brindada a víctimas en instituciones públicas y señalaron que, aunque logra brindar contención emocional inicial, enfrenta dificultades como la alta rotación de terapeutas, insuficiente duración del seguimiento y falta de tratamientos especializados para los casos más graves de TEPT(20). Es decir, muchas víctimas reciben una intervención breve focalizada en “enfrentamiento y apoyo”, pero no llegan a acceder a terapias específicas de trauma p. ej. TCC o EMDR que podrían necesitar, en parte por la limitada capacidad técnica de los equipos locales(20).

- En cuanto a intervenciones psicológicas *formalmente estudiadas* en Latinoamérica, sobresale un ensayo clínico aleatorizado en Perú 2013 donde se aplicó **Terapia Narrativa de Exposición Narrative Exposure Therapy, NET** a poblaciones afectadas por violencia política. La NET es una modalidad breve que ha sido

utilizada en refugiados y víctimas de guerra, consistente en elaborar una narración cronológica de la vida enfatizando los episodios traumáticos, dentro de un marco testimonial. Los resultados en Perú mostraron reducciones significativas en síntomas de TEPT y depresión en el grupo tratado con NET vs grupo control, manteniéndose a los 6 meses. Aunque este estudio es aislado, sugiere que técnicas de exposición adaptadas culturalmente incorporando la cosmovisión local y el contexto comunitario pueden ser efectivas en contextos latinoamericanos. Asimismo, en Chile se han implementado tratamientos grupales para víctimas de trauma complejo p. ej. mujeres sobrevivientes de violencia

sexual combinando TCC y enfoque de género, reportando mejoras en reexperimentación y empoderamiento personal según evaluaciones pre-post.

- Innovaciones como la terapia asistida con realidad virtual en exposición a escenarios virtuales del trauma o la psicoterapia asistida con farmacológicos p. ej. MDMA han ganado atención global en TEPT refractario, pero en Latinoamérica aún están en fases exploratorias con pocos datos publicados. La mayoría de pacientes en entornos públicos sigue recibiendo tratamientos convencionales.

La **Tabla 3** sintetiza las principales modalidades de tratamiento para TEPT y TEPT-C y la evidencia de sus resultados terapéuticos, según la literatura actual.

Tabla 3. Principales intervenciones terapéuticas para TEPT / TEPT-C y sus resultados

Intervención terapéutica	Evidencia de eficacia resultados principales
Terapias cognitivo-conductuales centradas en trauma TCC-T - Incluye: Exposición prolongada, Terapia cognitiva del procesamiento, Terapia narrativa, etc.	Son el tratamiento de primera línea para TEPT. Metaanálisis muestran reducciones sustanciales de síntomas efectos grandes, p.ej. $g \sim -0.9$ frente a controles(17). Eficaces también en TEPT complejo, mejorando síntomas de DSO auto-concepto, relaciones en grado moderado(17). Beneficios sostenidos en seguimientos a mediano plazo en muchos casos.
Terapia EMDR y Desensibilización	Eficacia equivalente a TCC-T en reducción de síntomas de TEPT. Metaanálisis reportan tamaños de efecto grandes $g \sim -1.0$ a -1.3 vs no tratamiento(17). Ventaja: menor verbalización

reprocesamiento por movimientos oculares	detallada del trauma puede ser tolerable para ciertos pacientes. Datos limitados en TEPT-C pero estudios sugieren mejoría significativa en síntomas nucleares; efecto en regulación emocional menos claro.
Modelos de terapia faseada / integrativa - Ej.: STAIR + Exposición, abordajes en fases estabilización → trauma → reintegración	Para TEPT complejo, agregar fase de estabilización demuestra mejorar habilidades de afrontamiento. Ensayo RCT mostró que STAIR+Exposición > Exposición sola en reducir problemas de regulación afectiva e interpersonal(18). Recomendado en guías clínicas internacionales para trauma crónico, aunque requiere más investigación.
Farmacoterapia ISRS y otros antidepresivos - Ej.: sertralina, paroxetina, fluoxetina, venlafaxina.	Efecto beneficioso pequeño a moderado sobre síntomas de TEPT. Meta-análisis encuentra que ISRS superan a placebo en reducción global de síntomas, pero con magnitud baja SMD ~ -0.3(19). Paroxetina y sertralina aprobadas por FDA muestran reducción modesta de reexperimentación y ansiedad hipervigilancia. No mejoran tanto evitación o entumecimiento. Medicamentos pueden ser útiles para comorbilidades depresión, insomnio y como coadyuvantes, pero raramente logran remisión completa solos.
Intervenciones psicosociales grupales / comunitarias - Ej.: Grupos de apoyo, terapia grupal breve, intervención en crisis.	Contribuyen a reducción de malestar general, síntomas leves y mejora de apoyo social. En víctimas de conflicto, han mostrado disminución de depresión y ansiedad leve(20). Sin embargo, su impacto específico en TEPT moderado-severo es limitado si no incorporan técnicas de terapia de trauma. Útiles para engagement inicial, psicoeducación y derivación.
Nuevas modalidades emergentes - Ej.: Terapia asistida por MDMA, Realidad Virtual, Neurofeedback.	Estudios piloto en países desarrollados muestran promisorios resultados en TEPT resistente ej: MDMA + psicoterapia logró alta tasa de reducción de síntomas en Fase 3. En Latinoamérica aún en fase experimental sin datos concluyentes. No incluidos en guías clínicas actualmente.

Fuente: Elaboración propia a partir de referencias (17)(18)(19)(23).

En contextos clínicos de Colombia y países vecinos, el reto principal no es tanto la falta de tratamientos eficaces, sino **lograr que estos tratamientos lleguen a quienes los necesitan.** Las guías internacionales ISTSS, NICE recomiendan privilegiar la psicoterapia trauma-focal sobre la farmacoterapia como primera línea

para TEPT; sin embargo, en la práctica latinoamericana todavía se observa un uso predominante de medicamentos y una escasa oferta de terapias especializadas por psicólogos. Esto obedece a la mencionada escasez de profesionales entrenados en TCC-T o EMDR dentro del sistema público. Afortunadamente, han empezado a

surgir iniciativas de capacitación: por ejemplo, en Colombia la Asociación EMDR ha entrenado a un grupo de psicoterapeutas que aplican EMDR a víctimas de violencia con resultados alentadores en reducción de sintomatología, según reportes de casos. Asimismo, universidades y organizaciones p. ej., la Cruz Roja han ofrecido diplomados en atención psicosocial a víctimas, incorporando elementos de terapia breve de trauma. Pese a ello, la **brecha entre la evidencia y la práctica** persiste. Muchos sobrevivientes de traumas complejos no reciben ningún tratamiento, y de quienes lo reciben, una proporción importante no accede a intervenciones basadas en la evidencia, sino únicamente a consejería general o farmacoterapia sintomática. La adherencia a los tratamientos también es un desafío: los síntomas de evitación propios del TEPT llevan a algunos pacientes a abandonar la terapia de exposición, por ejemplo, si esta se vuelve muy abrumadora sin un acompañamiento adecuado. Por eso, las estrategias faseadas y el ritmo personalizado del tratamiento son cruciales para mantener a los pacientes comprometidos.

En resumen, los **resultados terapéuticos esperables en TEPT** con las intervenciones adecuadas son positivos –la mayoría de pacientes pueden lograr reducciones clínicamente significativas de síntomas, y una fracción importante alcanzar la remisión–, pero en el caso del **TEPT complejo** es frecuente que se requieran tratamientos más prolongados y multidimensionales. Las terapias cognitivas y EMDR funcionan bien para el núcleo traumático, pero puede ser necesario complementar con abordajes de manejo de ira, entrenamiento en habilidades interpersonales, terapias familiares, entre otros, para cubrir todas las áreas afectadas por ejemplo, un sobreviviente de violencia sexual crónica podría necesitar, además de procesar el trauma, apoyo en reconstruir relaciones de confianza y en redefinir una autoimagen positiva. Los sistemas de salud de la región enfrentan la tarea de integrar esta variedad de intervenciones de forma coherente y sostenible.

Discusión

Los hallazgos de esta revisión ponen de relieve tanto los avances como las asignaturas pendientes en torno

al TEPT complejo en Colombia y Latinoamérica. En el ámbito **diagnóstico**, se evidencia un progreso significativo: por primera vez se dispone de instrumentos validados en español alineados con la nueva categoría de TEPT-C(12)(13). Esto es crucial, pues la falta de herramientas adecuadas históricamente dificultó reconocer la complejidad sintomática de ciertos pacientes, que podían ser mal diagnosticados con trastornos de personalidad o solo con TEPT parcial(1)(2). La incorporación del ITQ y otras escalas permite a clínicos e investigadores *distinguir mejor* a los individuos con TEPT complejo, lo que puede repercutir en planear tratamientos más dirigidos. No obstante, un punto crítico señalado es la necesidad de **adaptación cultural**. Latinoamérica no es monolítica; dentro de la región coexisten múltiples culturas y cosmovisiones sobre el trauma. Por ejemplo, comunidades indígenas en Colombia podrían conceptualizar los síntomas de TEPT de formas diferentes como desequilibrios espirituales que no encajan plenamente en las categorías occidentales. Actualmente, los

instrumentos validados son traducciones directas desarrolladas en entornos anglosajones(11). Un paso futuro importante será validar escalas con enfoque intercultural – quizás modificando o añadiendo ítems que capten expresiones culturalmente específicas del sufrimiento traumático– para subpoblaciones particulares. Además, sería valioso desarrollar instrumentos breves de *tamizaje comunitario* para TEPT/TEPT-C en atención primaria, que permitan a personal no especialista detectar casos sospechosos y derivarlos.

En cuanto a la **epidemiología y brechas de acceso**, los resultados ratifican que, si bien Colombia soporta una alta carga de TEPT debido a décadas de conflicto, esta realidad no se ha traducido aún en una respuesta sanitaria proporcional(10)(15). Persisten enormes brechas entre la necesidad y la provisión de servicios. Un hallazgo notable es la discrepancia entre las tasas de tratamiento en países desarrollados vs. países de ingresos medios(4), reflejo de desigualdades globales en salud. Esto tiene implicaciones de equidad:

significa que un sobreviviente de trauma en Colombia tiene *mucho menor probabilidad* de recibir la terapia que necesita que un sobreviviente similar en Europa o Norteamérica. Desde una perspectiva de justicia social, cerrar esta brecha es imperativo. Requiere voluntad política para priorizar la salud mental en la asignación de recursos. Los datos indican que la inversión gubernamental en salud mental en la región está desproporcionadamente por debajo del impacto que los trastornos mentales tienen en la sociedad(15). Diversos expertos y comisiones internacionales han abogado por incrementar dicha inversión al menos al 5-10% del presupuesto de salud en los próximos años, enfocando en ampliar servicios comunitarios(15). En Colombia, la fase de pos-acuerdo tras 2016 firma del acuerdo de paz con FARC abrió una ventana de oportunidad para fortalecer la atención psicosocial a víctimas; sin embargo, los avances han sido lentos y fragmentados. La evidencia recopilada sugiere que los marcos normativos, si bien robustos, chocan con limitaciones operativas. Por ejemplo, el PAPSIVI –concebido para ofrecer atención integral a

víctimas– ha tenido coberturas modestas y dificultades en continuidad cuando se agotan los apoyos internacionales. Una lección importante es que la **sostenibilidad** de los programas de salud mental no puede depender únicamente de proyectos temporales; debe institucionalizarse dentro del sistema general de salud.

Otro aspecto central es el **estigma** y los factores culturales en búsqueda de ayuda. Aún se necesita intensificar las estrategias de educación comunitaria que normalicen el buscar apoyo psicológico tras vivir eventos traumáticos. En varias comunidades, las personas con síntomas de TEPT complejo p. ej., excombatientes con arrebatos de ira y disociaciones pueden ser incomprendidas o rechazada su conducta, lo cual empeora su aislamiento y dificulta que accedan a servicios. Es vital involucrar a líderes locales, promotores de salud y organizaciones de víctimas en campañas de sensibilización, para transmitir que el TEPT es un trastorno legítimo, fruto de experiencias extremas, y que tiene tratamiento efectivo. La literatura

sugiere que involucrar *sobrevivientes* en roles activos como promotores pares puede reducir el estigma y mejorar la adherencia en intervenciones psicosociales, al brindar ejemplo de recuperación.

En relación con los **resultados terapéuticos**, esta revisión confirma que disponemos de un arsenal de intervenciones cuya eficacia está respaldada empíricamente. La TCC centrada en trauma y EMDR destacan como tratamientos de alta efectividad para TEPT; incluso para casos complejos, aunque quizá requeridos en formatos adaptados. Un hallazgo importante es que el TEPT complejo no parece ser “intratable” con las herramientas existentes – por el contrario, muchos pacientes con TEPT-C mejoran sustancialmente con terapias bien administradas(17)(18). Sin embargo, pueden requerir un enfoque más flexible. Por ejemplo, un paciente con TEPT-C y dificultades severas de confianza puede necesitar un periodo más largo de construcción de la alianza terapéutica antes de entrar en la fase de exposición. O un paciente con TEPT-C y desregulación afectiva intensa

podría beneficiarse de técnicas de manejo de emociones p. ej., mindfulness, respiración diafragmática, grounding integradas a lo largo del tratamiento. Estas consideraciones prácticas son enfatizadas en las guías recientes y concuerdan con hallazgos como los de Cloitre et al., que demuestran el valor de secuenciar intervenciones(18).

Para el contexto colombiano, un desafío particular es la **formación de terapeutas especializados en trauma**. Aunque existen psicólogos clínicos capacitados en TCC o EMDR, su distribución geográfica es desigual y muchos se concentran en la práctica privada, inaccesible para poblaciones vulnerables. Es urgente que el sistema público Ministerio de Salud, universidades invierta en programas de capacitación y certificación en terapias de trauma para profesionales de diversas disciplinas: psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales e incluso enfermeros. La evidencia global sugiere que con entrenamiento intensivo, personal no especializado p. ej., enfermeros en atención primaria puede llegar a aplicar con

éxito intervenciones como la terapia de exposición breve bajo supervisión(16). Esto podría ser una estrategia eficiente de **task-shifting** para llegar a zonas remotas: formar a personal local en técnicas básicas como desactivar flashbacks, proveer psicoeducación y ejercicios de exposición narrativa simples y referir casos más complejos a tele-consulta con especialistas.

Al comparar con otros países latinoamericanos, se observa que la mayoría enfrenta retos similares. Por ejemplo, en países como Perú o Guatemala con altas tasas de trauma por violencia sociopolítica, también se reporta falta de recursos y brechas de tratamiento > 80% en áreas rurales. Un aspecto en que algunos países han innovado es en adaptar intervenciones grupales culturalmente p. ej., uso de rituales tradicionales combinados con terapia narrativa en comunidades andinas, lo cual ha tenido buena aceptación y resultados preliminares. Colombia podría aprender de estas experiencias incorporando elementos propios de las culturas locales música, narrativas orales, tradiciones comunitarias en el proceso

terapéutico, para hacerlo más cercano y reducir posibles resistencias.

Un punto de discusión es la discrepancia entre las estimaciones de prevalencia de TEPT en contextos de conflicto según diferentes estudios. Mientras los metaanálisis más antiguos p. ej., Steel et al. 2009 reportaron prevalencias combinadas de ~30% para TEPT en poblaciones de guerra y refugio(23), análisis más recientes de la OMS ajustaron esa cifra a ~15% puntual(5). Esta diferencia puede deberse a metodologías criterios estrictos de diagnóstico vs. síntomas subumbrales o a poblaciones muestreadas. Es posible que la carga real de síntomas postraumáticos clínicamente relevantes en comunidades afectadas crónicamente esté entre ambos estimados: ciertamente mayor que en poblaciones sin trauma, pero no necesariamente todos cumplen criterios diagnósticos completos. Para propósitos de salud pública, incluso síntomas subumbrales pueden generar discapacidad significativa, por lo que las intervenciones no deben restringirse solo a quienes alcancen

el umbral diagnóstico. Programas de apoyo psicosocial amplios, combinados con tratamientos específicos para quienes cumplen criterios de TEPT/TEPT-C, podrían lograr un mayor impacto poblacional.

Finalmente, en los aspectos **éticos y de equidad**, es fundamental enfatizar la obligación moral y legal del Estado colombiano y de otros de atender a las víctimas del trauma. Las víctimas del conflicto armado, en particular, tienen consagrado su derecho a la rehabilitación psicológica como parte de la reparación integral(15). No brindar servicios adecuados profundiza la injusticia sufrida por estas personas. Desde la ética clínica, trabajar con poblaciones traumatizadas exige garantizar la confidencialidad, la seguridad emocional durante las intervenciones evitando re-traumatizaciones en el proceso de narrar el trauma y respetar la autonomía, permitiendo al paciente guiar el ritmo del tratamiento según su tolerancia. Igualmente, se deben tener presentes principios de **no discriminación**: ciertos grupos mujeres víctimas de violencia sexual, excombatientes desmovilizados,

minorías étnicas pueden enfrentar prejuicios que dificulten su acceso a terapia o la empatía de los tratantes. Es imperativo capacitar a los profesionales en sensibilidad cultural y de género para brindar una atención digna y respetuosa de las diferencias.

En conclusión, la discusión sugiere que Colombia y Latinoamérica se encuentran en una etapa de transición: reconociendo la importancia del TEPT complejo, dotándose gradualmente de herramientas diagnósticas y terapéuticas validadas, pero aún con el reto mayor de **llevar ese conocimiento a la práctica masiva** superando obstáculos estructurales. Abordar el TEPT complejo en nuestra región no solo es un asunto clínico, sino también un acto de justicia social y construcción de paz, dado el contexto de violencia histórica.

4. Conclusiones

El **TEPT complejo** es una condición relevante para la salud pública de Colombia y Latinoamérica, dados los altos niveles de exposición a

traumas crónicos en diversos entornos conflictos armados, violencia urbana, violencia de género, desastres. Esta revisión integrativa nos permite extraer varias conclusiones clave:

1. Disponibilidad de instrumentos válidos en español:

En los últimos años se han validado instrumentos diagnósticos confiables para evaluar TEPT y TEPT complejo en población hispanohablante, destacando la adaptación latinoamericana del ITQ(12). Los clínicos cuentan ahora con escalas estandarizadas ITQ, PCL-5, DTS, etc. para detectar y cuantificar síntomas, lo que mejora la identificación de casos y la comparabilidad de estudios. No obstante, se requiere continuar las validaciones en subgrupos específicos y asegurar la pertinencia cultural de las herramientas. Se recomienda incorporar rutinas de tamizaje de TEPT/TEPT-C en los servicios de salud mental, empleando estos instrumentos validados.

2. Brechas de acceso y necesidad de políticas efectivas: Existe una brecha de atención sustancial para el TEPT en Colombia: la mayoría de quienes sufren este trastorno –

incluyendo víctimas del conflicto armado– no recibe la atención especializada que necesita(4)(15). Las causas incluyen la escasez de recursos personal y financiación, la concentración urbana de servicios, barreras de estigma y fallas en la implementación de las políticas vigentes. Aunque el país cuenta con un robusto marco legal que reconoce el derecho a la salud mental y a la atención psicosocial de las víctimas, la realidad muestra retrasos y coberturas limitadas(10)(15). Es imprescindible que las autoridades sanitarias intensifiquen los esfuerzos para cerrar esta brecha: aumentando la inversión en salud mental, integrando efectivamente la atención mental en todos los niveles de cuidado, formando más especialistas en trauma y eliminando barreras administrativas para el acceso de poblaciones vulnerables. La equidad demanda que quienes más han sufrido p. ej., comunidades rurales azotadas por la violencia tengan prioridad en la asignación de recursos de salud mental en el posconflicto.

3. Eficacia de los tratamientos y adaptación a TEPT-C: Las intervenciones basadas en la

evidencia –principalmente las terapias psicológicas centradas en el trauma– son eficaces para tratar el TEPT y también benefician a pacientes con TEPT complejo(17)(18). La TCC focal, la exposición y EMDR logran reducciones importantes del síntoma, especialmente cuando se adaptan a las necesidades del paciente por ejemplo, empleando un enfoque faseado en TEPT-C. Los tratamientos farmacológicos ofrecen apoyo adicional, aunque no sustituyen la terapia psicológica como núcleo del tratamiento. Para maximizar resultados, es aconsejable un abordaje integrado: combinar psicoterapia idealmente trauma-focal con farmacoterapia para síntomas específicos, dentro de un plan individualizado. En el contexto colombiano, se debería propiciar la expansión de clínicas o programas especializados en trauma por ejemplo, clínicas de estrés postraumático donde equipos multidisciplinarios brinden este abordaje integral. Asimismo, la supervisión y el apoyo a los terapeutas que trabajan con trauma complejo es fundamental para

mantener la fidelidad a las técnicas y prevenir el desgaste profesional.

4. Importancia de la formación y la

sensibilización: Una conclusión transversal es que sin **formación adecuada de los recursos humanos y sensibilización comunitaria**, las mejores guías y herramientas poco podrán hacer. Urge incorporar contenidos de trauma y TEPT complejo en los pensums de psiquiatría, psicología clínica y trabajo social en las universidades de la región, creando una masa crítica de profesionales competentes en evaluarlos y tratarlos. Paralelamente, campañas de educación en salud mental dirigidas al público pueden reducir barreras de estigma y promover la búsqueda de ayuda temprana – evitando así que el TEPT se cronifique o agrave. En comunidades rurales, estrategias de educación participativa y diálogo con líderes locales pueden desmitificar el TEPT como una “locura” y presentarlo como lo que es: una respuesta humana comprensible a experiencias terribles, que se puede superar con apoyo adecuado.

5. Consideraciones éticas y equidad en la atención:

Finalmente, cualquier estrategia frente al TEPT complejo debe incorporar consideraciones éticas de respeto y equidad. Esto implica garantizar la confidencialidad y el consentimiento informado en las intervenciones con víctimas, evitando intervenciones invasivas no deseadas. Significa también brindar un trato preferente a grupos marginados para asegurar igualdad real de oportunidades terapéuticas. La equidad en salud mental exige “tratar desigual a los desiguales”: dedicar mayores esfuerzos donde el impacto del trauma ha sido mayor y los recursos han sido menores. En Colombia, esto se traduce en priorizar la atención psicosocial en regiones históricamente olvidadas – por ejemplo, el Pacífico, Amazonía, zonas rurales de la costa– y entre poblaciones como desplazados, comunidades indígenas afectadas y excombatientes en proceso de reintegración. Solo con un enfoque centrado en derechos humanos y reparador del tejido social se podrá saldar la deuda con quienes han soportado la violencia y prevenir a futuro las consecuencias

intergeneracionales del trauma psicosocial.

En síntesis, el TEPT complejo representa un desafío complejo pero abordable. Contamos hoy con mayor conocimiento y herramientas que nunca antes; el reto recae en aplicar ese conocimiento de manera amplia y sostenida. Al fortalecer los sistemas de salud para diagnosticar tempranamente y tratar eficazmente el TEPT/TEPT-C, estaremos no solo aliviando el sufrimiento individual sino contribuyendo a la reconciliación y reconstrucción de nuestras sociedades tras largos periodos de violencia. Como han señalado algunos autores, la salud mental es un “*prerrequisito para la paz*” – atender las heridas invisibles del trauma colectivo es indispensable para que comunidades enteras puedan avanzar hacia un futuro más saludable y equitativo(22). El compromiso multisectorial y la continuidad de las políticas serán claves para lograr que las evidencias aquí revisadas se traduzcan en más personas recuperando su bienestar emocional a pesar de las adversidades extremas vividas.

Consideraciones éticas y de equidad

La atención e investigación del TEPT complejo en Colombia conlleva diversas **consideraciones éticas** y de **equidad** que deben ser tenidas en cuenta al diseñar e implementar intervenciones. En primer lugar, al trabajar con poblaciones altamente vulnerables –víctimas de violencia de género, tortura, desplazamiento forzado, entre otras– es imperativo asegurar procesos de **consentimiento informado** genuinos, en los que los pacientes comprendan y acepten libremente las terapias propuestas. Muchas víctimas pueden sentirse presionadas a participar en programas de atención psicosocial como parte de procesos judiciales o de reparación; el personal de salud debe dejar claro que la participación es voluntaria y que pueden marcar límites sobre qué están dispuestos a abordar y qué no, especialmente cuando se trata de revivir memorias traumáticas.

Relacionado con lo anterior, se debe garantizar la **no re-traumatización**. Las intervenciones terapéuticas p. ej., exposición al trauma implican

revivir experiencias sumamente dolorosas; éticamente, el terapeuta debe proporcionar un ambiente de seguridad, empatía y control al paciente. Se recomienda aplicar el principio de “no hacer daño”: si en algún momento la terapia intensiva de trauma está desregulando al paciente de forma peligrosa, se debe pausar y re-estabilizar antes de continuar. El bienestar inmediato del paciente está por encima de completar un protocolo al pie de la letra. Asimismo, aspectos como la **confidencialidad** revisten enorme importancia: en comunidades pequeñas o entre grupos de víctimas, divulgar inadvertidamente información personal podría exponer a estigmatización o incluso represalias por ejemplo, excombatientes contando su historia pueden temer consecuencias legales o de seguridad. Los profesionales tienen el deber ético de resguardar celosamente la información compartida en terapia, exceptuando casos de riesgo inminente, siguiendo los lineamientos legales.

En cuanto a la **equidad**, un punto fundamental es la **justicia**

distributiva en el acceso a los servicios de TEPT. Como se ha discutido, las poblaciones rurales, minorías étnicas y personas de estratos bajos en Colombia enfrentan mayores barreras para recibir tratamiento de salud mental. Esto constituye una inequidad que debe ser corregida: los recursos especialistas, clínicas, programas deben orientarse preferencialmente hacia donde la necesidad insatisfecha es mayor, aunque políticamente a veces se prioricen las ciudades principales. Por ejemplo, desde la equidad, tiene más urgencia establecer un centro de atención de trauma en un departamento fuertemente afectado por el conflicto con alta prevalencia de TEPT p. ej., Arauca, Chocó que abrir otro en una gran metrópoli que ya cuenta con varios servicios privados. Del mismo modo, se debe velar porque **todos los grupos demográficos** sean atendidos según sus necesidades: mujeres víctimas de violencia sexual requieren enfoques sensibles al género espacios seguros, terapeutas entrenadas en perspectiva de género; niños y adolescentes con TEPT demandan intervenciones ajustadas a su

desarrollo evolutivo; pueblos indígenas pueden beneficiarse de integrar métodos tradicionales de sanación con la psicoterapia occidental, etc. La participación comunitaria en el diseño de intervenciones es una buena práctica para asegurar relevancia cultural y equidad: por ejemplo, involucrar a líderes afrocolombianos en la adaptación de programas para comunidades afrodescendientes víctimas, de modo que incorporen elementos propios de su identidad y así aumentar la aceptación y eficacia.

La **investigación** sobre TEPT complejo también plantea consideraciones éticas: al reclutar participantes traumatizados para estudios sean entrevistas, evaluaciones o ensayos, el investigador debe evaluar cuidadosamente el balance riesgo-beneficio. Re-exponer a individuos a cuestionarios detallados sobre sus traumas puede desencadenar malestar; se debe proveer contención psicológica durante y después de la evaluación, e idealmente canalizar a tratamiento a aquellos detectados con afección severa. La anonimización de datos

es vital para proteger la privacidad, en especial si los testimonios pudieran identificarlos como víctimas en procesos legales o ante sus comunidades. Los comités de ética deben revisar con rigor los protocolos de investigación en trauma, enfatizando el respeto, la voluntariedad y la minimización de daño.

Por último, la equidad también implica considerar la **sostenibilidad** y continuidad de la atención: desde la ética de la justicia, no es aceptable ofrecer tratamientos de corta duración y luego abandonar a las poblaciones vulnerables sin seguimiento. Muchas intervenciones psicosociales en víctimas han sido de proyecto, dejando un vacío al terminar. Se aboga porque los planes de beneficios en salud incluyan explícitamente la terapia psicológica del TEPT como parte integral, garantizando que una víctima pueda continuar su tratamiento el tiempo necesario meses o años para su recuperación plena, sin quedar limitada por autorizaciones burocráticas o tiempos predeterminados insuficientes. Esto es un asunto de

equidad en salud: que las personas con TEPT complejo, cuya rehabilitación puede requerir más tiempo y recursos, tengan la misma oportunidad de lograr una vida funcional y satisfactoria que cualquier otro paciente con enfermedad crónica.

En resumen, abordar el TEPT complejo conlleva una responsabilidad ética de hacer las cosas bien: escuchar con respeto las historias de sufrimiento, proteger a quienes confían en los profesionales sus experiencias más vulnerables, y luchar desde el sistema por brindar a todos –sin importar su origen o condición– la posibilidad real de sanar las heridas psicológicas del trauma. Solo así se honrará el derecho fundamental a la salud mental y se avanzará hacia una sociedad más compasiva y equitativa.

Bibliografía

1. Cloitre M. ICD-11 complex post-traumatic stress disorder: simplifying diagnosis in trauma populations. *Br J Psychiatry*. 2020;2163:129-131.
2. Maercker A, Cloitre M, Bachem R, et al. Complex post-traumatic stress disorder. *Lancet*. 2022;40010345:60-72.
3. Redican E, Nolan E, Hyland P, et al. A systematic literature review of factor analytic and mixture models of ICD-11 PTSD and CPTSD using the International Trauma Questionnaire. *J Anxiety Disord*. 2021;79:102381.
4. Koenen KC, Ratanatharathorn A, Ng L, et al. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychol Med*. 2017;4713:2260-2274.
5. Charlson FJ, van Ommeren M, Flaxman A, et al. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2019;39410194:240-248.
6. Gómez-Restrepo C, Tamayo Martínez N, Buitrago G, et al. Violencia por conflicto armado y prevalencias de trastornos del afecto, ansiedad y problemas mentales en la población adulta colombiana. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2016;451:147-153.
7. Pabón-Poches DK, Barchelot-Aceros L, Galván G, et al. La polivictimización, la presencia de síntomas TEPT y la afectación en la funcionalidad de las personas que son víctimas del desplazamiento forzado: estudio comparativo. *Anu Psicol Juríd*. 2024;34:13-22.
8. Morales Mesa SA, Agudelo Martínez MA, Berbesí Fernández DY. Prevalencia y factores asociados al trastorno de estrés postraumático en personas desplazadas en Colombia. *Rev CES Psicol*. 2021;143:134-150.
9. Bryant RA. Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenges. *World Psychiatry*. 2019;183:259-269.
10. Rojas-Bernal LA, Castaño-Pérez GA, Restrepo-Bernal DP. Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *CES Med*. 2018;322:129-140.
11. Landívar-Wong MG, Arteaga-Rolando MA, Olmedo-Avilés CL, Castillo-Hidalgo EG. Revisión sistemática de instrumentos de medida del estrés postraumático en Latinoamérica. *RECIAMUC*. 2025;91:90-104.

12. Ocampo BM, Galeano LM, Fresno A, et al. Initial validation of the International Trauma Questionnaire ITQ in a sample of Chilean adults. *Eur J Psychotraumatol.* 2023;142:e2263313.
13. Barrero SA, Gómez L, Rodríguez M. Validación del Cuestionario de Trauma de Davidson en población colombiana. *Rev Lat Am Psicol.* 2019;512:123-130.
14. Kohn R, Ali AA, Puac-Polanco V, et al. Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. *Rev Panam Salud Publica.* 2018;42:e165.
15. Chaskel R, Shultz JM, Gaviria SL, et al. Mental health law in Colombia. *BJPsych Int.* 2015; 12(4):92-94.
16. Castro SM, Cubillos L, Uribe-Restrepo JM, et al. Assessing the integration of behavioral health services in primary care in Colombia. *Adm Policy Ment Health.* 2020;473:435-442.
17. Karatzias T, Murphy P, Cloitre M, et al. Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis. *Psychol Med.* 2019;4911:1761-1775.
18. Cloitre M, Stovall-McClough KC, Miranda R, Chemtob CM. Treatment for PTSD related to childhood abuse: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry.* 2010;1678:915-924.
19. Hoskins M, Pearce J, Bethell A, et al. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2015;2062:93-100.
20. Obando L, Salcedo M, Correa L. La atención psicosocial a personas víctimas del conflicto armado en contextos institucionales de salud pública. *Psicogente.* 2017;2038:382-397.
21. Campo-Arias A, Oviedo HC, Herazo E. Prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales en víctimas del conflicto armado interno en situación de desplazamiento en Colombia: una revisión sistemática. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2014;43(4):177-185.
22. Palacio CA. La salud mental y el posconflicto. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2016; 45(4):229.
23. Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a

- systematic review and meta-analysis. JAMA. 2009;3025:537-549.
24. Hyland P, Shevlin M, Brewin CR, et al. Validation of post-traumatic stress disorder PTSD and complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. Acta Psychiatr Scand. 2017;1363:313-322.
25. Londoño A, Romero P, Casas G. The association between armed conflict, violence and mental health: a cross-sectional study comparing two populations in Cundinamarca, Colombia. Confl Health. 2012;6:12.