

Jaime Moreno-Chaparro^{1,2}
Sandra Piñeros-Ortiz^{3,4}
Laura Rodríguez-Ramírez¹
Zulma Urrego-Mendoza^{3,5}
Daniel Samacá-Samacá¹
Nathaly Garzón-Orjuela¹
Javier Eslava-Schmalbach^{1,6}

Consecuencias de los conflictos armados sobre la salud mental en adultos: revisión de revisiones de la literatura

¹ Grupo de investigación Equidad en salud, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

² Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

³ Grupo de investigación Violencia y salud, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

⁴ Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

⁵ Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

⁶ Hospital Universitario Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

RESUMEN

Introducción. Los conflictos armados (CA) en el mundo siguen activos y conllevan a un continuo crecimiento de violencia, con una posible afectación de la salud mental (SM).

Objetivo: identificar y sintetizar las diferentes consecuencias de los CA sobre la SM de la población adulta en una revisión de revisiones de la literatura.

Métodos. Búsqueda sistemática de revisiones hasta mayo de 2020 en las siguientes bases de datos: MEDLINE (Ovid), EMBASE, Cochrane Central Register of Controlled Trials, LILACS y recursos adicionales. Los resultados fueron analizados de forma narrativa, describiendo las características de los estudios, participantes y consecuencias en la SM. Igualmente, se realizó un análisis por rango de años de publicación de las revisiones incluidas.

Resultados. Cincuenta y nueve estudios fueron incluidos. Las poblaciones más representativas fueron sobrevivientes, víctimas y refugiados. Se evidenció a nivel general, un predominio de los síntomas relacionados con estrés traumático, ansiedad y depresión, entre ellos miedo, inseguridad, pánico, reexperimentación, tristeza, ira, e incluso comportamiento violento. Adicionalmente, se identificaron resultados en relación con grupos vulnerables como mujeres, refugiados y combatientes. Finalmente, se detallan otras consecuencias referentes a dimensiones físicas, sociales, culturales, ocupacionales y económicas.

Conclusión. Existen múltiples consecuencias de los CA en la SM de adultos predominantemente trastornos depresivos y del estrés traumático, con algunas manifestaciones de tipo disociativo, desregulación afectiva, hostilidad, y deterioro cognitivo.

Palabras clave. Adultos; Salud mental; Conflictos armados; Violencia; Guerra. (DeCS)

Autor de correspondencia: Jaime Moreno-Chaparro. Grupo de investigación Equidad en salud, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: jaamorench@unal.edu.co

Actas Esp Psiquiatr 2022;50(2): 68-91

MENTAL HEALTH CONSEQUENCES OF ARMED CONFLICTS IN ADULTS: AN OVERVIEW

ABSTRACT

Introduction. Armed conflicts (AC) in the world are still active and lead to the growth of violence, with a possible impact on mental health (MH).

Objective. to identify and synthesize the different consequences of AC on MH in the adult population in an overview of the literature.

Methods. Systematic search for reviews until May 2020 in MEDLINE (Ovid), EMBASE, Cochrane Central Register of Controlled Trials, LILACS and additional resources. The results were analyzing narratively, describing the characteristics of the studies, participants, and consequences in the MH. An analysis was made based on the year range of reviews' publication identified.

Results. Fifty-nine studies were included. The most representative populations were survivors, victims, and refugees. In general, among the symptoms predominant in relation to traumatic stress, anxiety, and depression were found fear, insecurity, panic, re-experimentation, sadness, anger, and violent behavior. Additionally, results were identified regarding vulnerable groups such as women, refugees, and combatants. Finally, other consequences linked with physical, social, cultural, occupational, and economic dimensions were detailed.

Conclusions: There are multiple consequences of AC in adult MH referent to depression and traumatic stress, with some kind clinical manifestations like dissociative, emotional instability, hostility, and cognitive impairment.

Key words. Adults; Mental health; Armed conflicts; Violence; War. (MeSH)

INTRODUCCIÓN

Los conflictos armados (CA) se entienden como cualquier interacción violenta organizada entre actores armados que genera consecuencias físicas, psicológicas, mentales y espirituales en las personas¹. En *The war report 2019* se identificó que al menos 69 CA siguen activos en 30 territorios del mundo, lo que conlleva al aumento de violencia y daño de la estructura social². Producto del desarrollo histórico de los CA se detallan un gran número de estudios enfocados en las repercusiones económicas y culturales³⁻⁵, dejando a un lado otras consecuencias relacionadas como la desnutrición y el bajo desarrollo social⁶. En términos de salud, los estudios muestran desenlaces como el aumento de la mortalidad, discapacidad, enfermedades y trastornos con un amplio rango de manifestaciones^{7,8}. Específicamente, en salud mental (SM), la literatura registra un riesgo continuo de desarrollar trastornos y problemas psiquiátricos^{9,10}.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2019 alrededor de 69 millones de personas estaban afectadas por CA¹¹. Se identifica una alta prevalencia de trastornos mentales en zonas de CA, donde uno de cada cinco adultos en estos contextos tiene algún trastorno mental como depresión, ansiedad o psicosis, y en uno de cada diez su severidad es moderada o grave^{11,12}.

Debido al número de personas afectadas a nivel global por hechos violentos inherentes a un CA, en los últimos años ha aumentado la investigación en torno a las consecuencias de este complejo fenómeno sobre la SM^{9,10,13}. Los principales trastornos mentales identificados en las poblaciones estudiadas son depresión, trastorno de ansiedad y los relacionados con estrés traumático^{14,15}. A las manifestaciones clínicas de los trastornos mentales se suman otros efectos psicosociales en la población expuesta, relacionados con la destrucción de la estructura y el bienestar social¹⁶. Este creciente interés en investigar sobre el tema abarca diversos contextos, poblaciones y desenlaces clínicos, sociales y ambientales^{6,17}; Sin embargo, dada la alta cantidad de evidencia disponible es necesario sintetizar los hallazgos y proponer nuevas formas de abordar esta realidad. Por ello, el objetivo del presente estudio fue identificar y sintetizar las diferentes consecuencias de los CA sobre la SM de la población adulta.

METODOLOGÍA

Revisión de revisiones de la literatura que fue llevada a cabo bajo una búsqueda sistemática la cual siguió una estrategia de búsqueda (**Anexo 1**) hasta mayo de 2020 en las siguientes bases de datos: MEDLINE (Ovid), EMBASE, Cochrane Database of Systematic Reviews (Ovid) y LILACS. Adicionalmente, se realizó una búsqueda de literatura gris en Open

Grey y Google Académico, así como una búsqueda por bola de nieve en las referencias de los estudios incluidos.

Se incluyeron estudios secundarios (revisiones narrativas o sistemáticas, con o sin metaanálisis de estudios cuantitativos o cualitativos), enfocados en población adulta (mayor de 18 años) expuesta a algún tipo de CA, en donde se evalúan las posibles consecuencias o afectaciones en la SM de esta población. No se restringió por idioma o año de publicación.

Inicialmente la tamización y extracción de datos se llevó a cabo mediante revisión de título y resumen por cuatro revisores de manera independiente (JM, LR, NG y DS). Los desacuerdos fueron solucionados por consenso entre los revisores. Posteriormente, se revisaron los textos completos de los estudios elegibles con el fin de incluir estudios de manera definitiva. El anterior proceso fue realizado bajo la metodología PRISMA¹⁸.

A causa de la alta heterogeneidad entre los estudios no se logró combinar los resultados, por tal motivo se realizó una síntesis narrativa de los hallazgos. Debido a la necesidad de recolectar la mayor cantidad de información sobre el tema y reconocer un grupo de saberes que se han desarrollado a lo largo del tiempo no se priorizó la evaluación de la calidad de las revisiones incluidas.

Los resultados se presentaron de manera histórica considerando los años de publicación por rangos. Adicionalmente, con el fin de identificar posibles resultados diferenciales, se hizo una síntesis por tipo de población estudiada, basada en la categorización propuesta en el *Glosario de Derecho Internacional Humanitario del Comité Internacional de la Cruz Roja* (ICRC, siglas en inglés "International Committee of the Red Cross") y la *Agencia de la Organización de las Naciones Unidas para los Refugiados* (UNHCR, siglas en inglés "United Nations High Commissioner for Refugees"), en cuatro grupos: víctimas civiles (conjunto de personas inmersas en un CA, que no pertenecen a las fuerzas armadas de un estado o no participan de un levantamiento), refugiados (civiles que se han visto obligados a huir de su lugar de residencia debido a una persecución, guerra o violencia), veteranos (personas de las fuerzas militares retiradas o en proceso de abandono de armas que han estado involucradas en contexto de CA o guerra), y militares o combatientes (personas con derecho a participar directamente en hostilidades en el contexto de CA)^{19,20}.

RESULTADOS

En total se identificaron 677 estudios potencialmente relevantes después de eliminar duplicados (**Figura 1**). Se excluyeron un total de 543 referencias por título y resumen, y 75

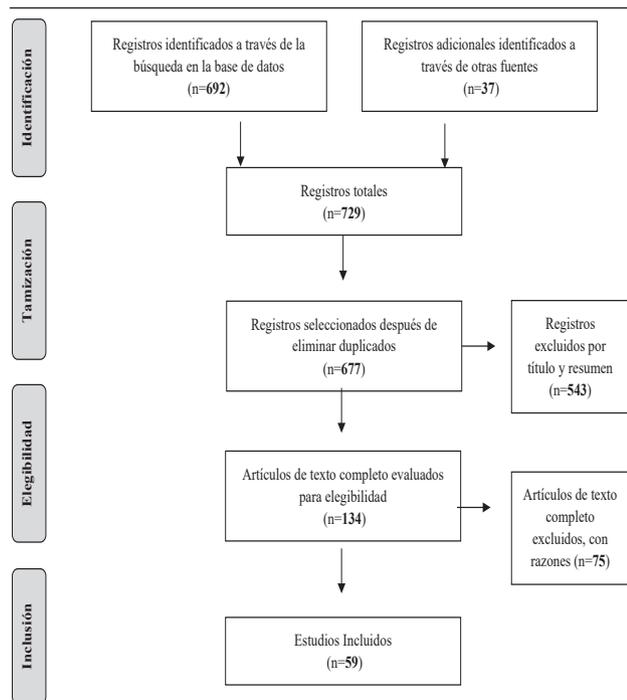


Figura 1 Diagrama de flujo proceso de tamización. Adaptado de: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses, PRISMA®.

estudios posteriores a la revisión de texto completo (Anexo 2). Finalmente, se incluyeron 59 publicaciones para la síntesis de evidencia, 67,8% revisiones sistemáticas y 32,2% revisiones narrativas. El 44% de revisiones incluyeron cualquier tipo de estudios primarios disponibles. Lo que permitió evidenciar una gran diversidad de diseños de estudios primarios, 25,4% estudios transversales, 18,6% estudios controlados aleatorizados, 5% estudios empíricos o reportes de caso, y el 2% estudios históricos.

En cuanto a la población, el 40,8% correspondieron a víctimas, 32,2% a refugiados, 18,6% a veteranos y 8,4% a militares. Las características de los estudios incluidos se detallan en la **Tabla 1**, y la información relacionada con los desenlaces en SM y la conclusión principal de los estudios se resumen en la **Tabla 2**. En cuanto a la localización de los CA identificados en esta revisión en la **Figura 2** se describe la relación de frecuencia entre el número de estudios y países donde se desarrollaron eventos directos (países con exposición directa a la violencia por CA o acciones bélicas) e indirectos (países con otros fenómenos relacionados con CA, mitigación de la violencia y refugio). Por otro lado, en la **Figura 3** se observa la relación entre el año de publicación y número de estudios identificados.

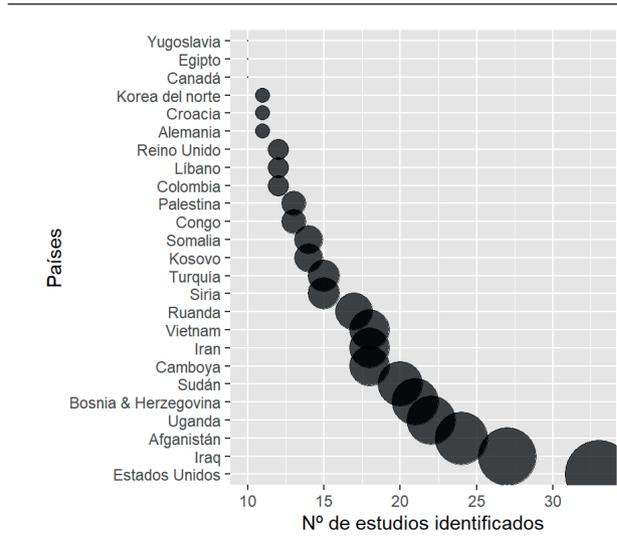


Figura 2 Relación entre número de estudios y países donde se desarrollaron eventos directos o indirectos productos de CA*. *Eventos directos: países con exposición directa a la violencia por CA o acciones bélicas. Eventos indirectos: países con otros fenómenos relacionados con CA, mitigación de la violencia y refugio.

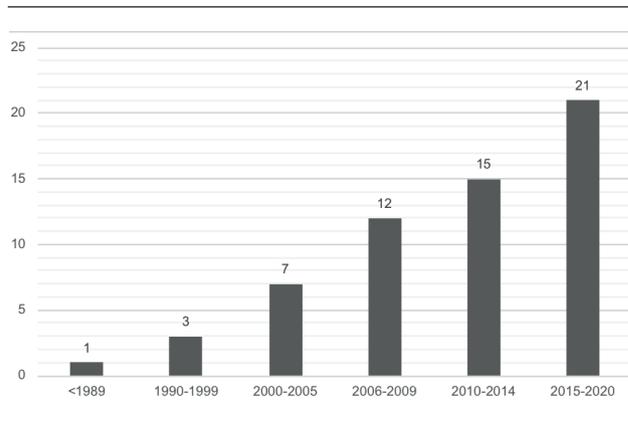


Figura 3 Relación entre año de publicación y número de revisiones incluidas.

La síntesis de resultados de este estudio abarcó información desde finales de la década de los 80, específicamente con una publicación del año 1989 que reportó cohortes nacidas después de la Segunda Guerra Mundial (**Figura 3**), en las que se sospechó una serie de síntomas relacionados con depresión pero con un posible subdiagnóstico²¹. Posteriormente, en la década de los 90 tres estudios evaluaron asociaciones de CA con repercusiones en SM²²⁻²⁴ (**Figura 3**). Los hallazgos mostraron que las reacciones y síntomas más frecuentes fueron las dificultades

Tabla 1		
Características básicas de los estudios incluidos		
Autor	# estudios	Población
Klerman, G. (1989)	13 estudios	Se tuvo en cuenta la población nacida posterior a la segunda guerra mundial
Ørner, R. (1992)	No reportado, toma 82 referencias en total	Veteranos de guerra europeos
Falk, B. (1994)	35 estudios	Población adulta mayor afectada por combate u holocausto
Hyams, K. (1996)	No especificado	Veteranos de la Guerra del Golfo Pérsico
Silove, D. (2000)	No reportado, toma 40 referencias en total	Adultos en general
Basoglu M., Jaranson J.M., Mollica R., Kastrup M. (2001)	No reportado, toma 108 referencias en total	Refugiados
Porter, M., & Haslam, N. (2001)	12 Incluidos	Refugiados
Miller, L. (2003)	No reportado, toma 75 referencias en total	Personas afectadas directa o indirectamente por actos terroristas
Danieli, Y., Brom, D., & Sills, J. (2005)	No reportado, toma 15 referencias en total	Adultos en general
Porter, M., & Haslam, N. (2005).	56 estudios	Comparación entre un grupo de refugiados y no refugiados
Vangiezen, A., Arensman, E., Spinhoven, P., & Wolters, G. (2005)	37 estudios en total, 9 estudios específicos de contexto de guerra	Refugiados o veteranos de guerra
Adamowski, Y. (2006)	No reportado, toma 11 referencias en total	Veteranos de guerra
Murthy, R. S., & Lakshminarayana, R (2006)	No reportado, toma 55 referencias en total	Población civil afectada por la guerra
Orth, U., & Wieland, E. (2006)	39 estudios	Participantes con experiencia militar de guerra, victimización criminal, experiencia civil de guerra, desastres tecnológicos, y traumas de salud debido a la guerra.
Okasha, A. (2007)	No reportado, toma 30 referencias en total	Adultos en general
Hiskey, S., Luckie, M., Davies, S., & Brewin, C. (2008).	10 estudios	Adultos mayores que en su juventud estuvieron expuestos a contextos de guerra
Johnsen, G. E., & Asbjørnsen, A. (2008)	28 estudios	Población afectada por la guerra, combatientes de guerra, veteranos de guerra
Johnson, H., & Thompson, A. (2008).	No reportado, toma 48 referencias en total	Civiles adultos sobrevivientes de traumas de guerra y tortura, refugiados torturados y población desplazada
Tolin, D. & Foa, E. (2008).	290 Incluidos	Adultos en general
Lindert, J., Ehrenstein, O. von, Priebe, S., Mielck, A., & Brähler, E. (2009)	35 estudios	Refugiados en países de primer mundo
Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. & van Ommeren, M. (2009)	161 estudios	Refugiados y poblaciones afectadas por conflictos
Street, A. E., Vogt, D., & Dutra, L. (2009)	No reportado, toma 96 referencias en total	Veteranas de guerra
Tempny, M. (2009)	43 referencias	Refugiados sudaneses
Braquehais, M. & Sher, L. (2010)	No reportado, toma 76 referencias en total	Soldados y fuerzas militares principalmente
Crumlish, N., & O'Rourke, K. (2010)	20 estudios	Refugiados y solicitantes de asilo
Perlman, S., Friedman, S., Galea, S., Nair, H. P., Erős-Sarnyai, M., Stellman, S., Greene, C. (2011)	No reportado, toma 97 referencias en total	Población en general con grupos específicos como los voluntarios y personal de apoyo en rescate
Rizzo, A., Parsons, T. D., Lange, B., Kenny, P., Buckwalter, J. G., Rothbaum, B., & Beger, G. (2011)	No reportado, toma 70 referencias en total	Militares en servicio y veteranos de guerra en Afganistán e Iraq
Roberts, B., & Browne, J. (2011).	15 estudios	Desplazados internos, refugiados y civiles afectados por la guerra
Dossa, N. I., & Hatem, M. (2012)	10 estudios	Mujeres víctimas de violencia relacionada con la guerra
Hassija, C. M., Jakupcak, M., & Gray, M. (2012)	8 estudios	Veteranos de la guerra en Iraq y Afganistán
McFarlane, C. A., & Kaplan, I. (2012)	40 estudios	Refugiados reasentados, solicitantes de asilo, personas desplazadas y personas residentes en su país de origen

Tabla 1
(cont.)

Características básicas de los estudios incluidos

Autor	# estudios	Población
Crosby, S. S. (2013)	No menciona el # de historias	Refugiados (inmigrantes que han huido de sus países, después de la guerra, la violencia o los desastres naturales) y que con frecuencia han sufrido traumas.
Meffert, S., & Ekblad. (2013)	13 estudios	Poblaciones que sufren traumas masivos, es decir, aquellos expuestos y/o desplazados por conflictos armados y poblaciones de refugiados.
Agazio, J., Goodman, P., & Padden, D. (2014)	No reportado, toma 91 referencias en total	Militares estadounidenses y sus familias
Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., & Herazo, E. (2014)	13 estudios	Víctimas del conflicto armado
Hines, L., Sundin, J., Rona, R., Wessely, S., & Fear, N. (2014)	49 estudios	Los participantes de la muestra fueron excombatientes de las guerras de Iraq o Afganistán
Patel, N., Kellezi, B., & Williams, A. C. de C. (2014)	9 estudios	Refugiados sobrevivientes de tortura en Europa y África
Siriwardhana, C., Ali, S. S., Roberts, B., & Stewart, R. (2014)	23 estudios	Refugiados alrededor del mundo
Bogic, M., Njoku, A., & Priebe, S. (2015)	29 estudios	16,010 refugiados afectados por la guerra
Bryan, C., Griffith, J., Pace, B., Hinkson, K., Bryan, A., Clemans, T. & Imel, Z. (2015)	22 estudios	Militares y veteranos
Fulton, J., Calhoun, P., Wagner, H. Schry, A., Hair, L., Feeling, N., Beckham, J. (2015)	33 estudios	Veteranos de Operation Enduring Freedom y Iraqi Freedom
Hassan, G., Ventevogel, P., Jefe-Bahloul, H., Barkil-Oteo, A., & Kirmayer, L. (2016)	No reportado, toma 111 referencias en total	Refugiados sirios
Weiss, W., Ugueto, A., Mahmooth, Z., Murray, L., Hall, B., Nadison, M., Bass, J. (2016)	88 estudios	Sobrevivientes de tortura y otros actos de violencia sistemática se realizaron en Europa
Álzate, M. & Dono, M. (2017)	28 estudios	Población general afectada por conflicto armado de los países mencionados
Ba, I., & Bhopal, R. S. (2017)	20 estudios	Víctimas de violencia sexual de países africanos
Baird, E., Williams, A. de C., Hearn, L., & Amris, K. (2017)	3 estudios	Sobrevivientes de la tortura entre refugiados, solicitantes de asilo, sobrevivientes de guerra y sobrevivientes de violencia organizada, y en diversos entornos, como cárceles, centros de detención, campos de refugiados, centros de alojamiento, instalaciones de atención médica y en la comunidad.
Janulewicz, P. Krengel, M., Maule, A., White, R., Cirillo, J., Sisson, E., Sullivan, K. (2017)	14 estudios	Veteranos de la Guerra del Golfo
Jones, G. L., & Hanley, T. (2017)	8 estudios	Mujeres participantes que han estado en las fuerzas militares.
Morina, N., Malek, M., Nickerson, A., & Bryant, R. (2017)	18 estudios	Sobrevivientes de violencia en masa
Seguin, M., & Roberts, B. (2017)	50 estudios	Civiles afectados por conflictos en los países de bajos y medianos ingresos.
Waszak, D. L., & Holmes, A. (2017).	No reportado, toma 99 referencias en total	Veteranos de guerra después de los ataques de septiembre de 2011
Giordano, A., Bader, C., Richmond, T. & Polomano, R. (2018)	22 estudios	Soldados y fuerzas militares principalmente
Morina, N., Stam, K., Pollet, T. V., & Priebe, S. (2018)	33 estudios	Sobrevivientes de guerra que permanecieron en el área de conflicto
Morina, N., Akhtar, A., Barth, J., & Schnyder, U. (2018)	38 estudios	Población desplazada y refugiados afectados por conflictos armados en una región de guerra o un país inestable
Purgato, M., Gastaldon, C., Papola, D., van Ommeren, M., Barbui, C., & Tol, W. (2018)	28 estudios	Víctimas de crisis humanitarias enmarcadas en conflictos
Weisleder, P., & Rublee, C. (2018)	No reportado, toma 37 referencias en total	Refugiados
Hoppen, T. H., & Morina, N. (2019).	22 estudios	Civiles sobrevivientes de guerras y conflictos
Abu Suhaiban, H., Grasser, L. R., & Javanbakht, A. (2019)	28 estudios	Refugiados y sobrevivientes de torturas
Amodu, O. C., Richter, M. S., & Salami, B. O. (2020)	31 estudios	Mujeres adultos desplazadas

Tabla 2 Descripción y detalles de los estudios incluidos.

Autor	Desenlace/ Consecuencia en salud mental	Conclusiones
Klerman, G. (1989)	Las cohortes nacidas desde la Segunda Guerra Mundial han estado entre las más saludables físicamente y fueron criadas durante un período de prosperidad económica en los Estados Unidos y Europa occidental.	Las hipótesis sobre la relación entre las fuerzas sociales y el mayor riesgo de depresión podrían probarse mediante estudios entre grupos que no experimentaron los mismos cambios sociales
Ørner, R. (1992)	Las continuas reacciones de estrés traumático se asociaron con la intensidad de la experiencia de combate y el informe retrospectivo de las dificultades emocionales en el período inicial al regresar de la guerra.	El estado actual (1992) de trastorno de estrés postraumático (TEPT) surge como un potente pronosticador psicológico, médico y social a largo plazo.
Falk, B. (1994)	En 1994, 4 o 5 décadas después de las experiencias de combate reales de la Segunda Guerra Mundial y de la Guerra de Corea, el TEPT aún existía en muchos veteranos.	Los hallazgos de esta investigación respaldan la idea de que el TEPT puede ser un trastorno retrasado o cíclico, es decir, que, a pesar de no presentarse en los meses o días siguientes al suceso traumático, se puede experimentar TEPT en años posteriores
Hyams, K. (1996)	Los resultados preliminares de los estudios epidemiológicos de veteranos de la Guerra del Golfo Pérsico no muestran un aumento general en las tasas de hospitalización, defectos congénitos o mortalidad debido a causas médicas	Los veteranos de la Guerra del Golfo Pérsico tenían numerosas enfermedades que resultaron de varias causas.
Silove, D. (2000)	Eventos como la tortura, las experiencias en campos de concentración y otras formas de violaciones graves de los derechos humanos pueden ser particularmente amenazantes con un impacto en los síntomas del TEPT.	La comorbilidad del TEPT y la depresión pueden ser particularmente incapacitantes, y los síntomas intrusivos de TEPT pueden ser el predictor más fuerte de la utilización de los servicios de salud a lo largo del tiempo.
Basoglu M., Jaranson J.M., Mollica R., Kasrur M. (2001)	Sobrevivientes de tortura podrían mostrar niveles más altos de traumatización, como lo sugieren los hallazgos de tasas más altas de TEPT en estudios que también involucran sobrevivientes de tortura no activista	Las personas que fueron torturadas en el marco del conflicto armado pero que no están refugiadas tienen menor presencia de síntomas tanto de TEPT como de depresión
Porter, M., & Haslam, N. (2001).	Las personas desplazadas estaban más deterioradas en salud mental, en términos de estrés, en comparación con las personas no desplazadas y que las personas desplazadas internamente.	Los modelos efectivos de salud mental para refugiados deben adaptarse al impacto de los contextos sociales, económicos, políticos y situacionales más amplios de la persona.
Miller, L. (2003)	El aspecto más angustiante de la experiencia traumática es la destrucción de las creencias fundamentales sobre ellos mismos y el mundo	Los sobrevivientes de hechos terroristas suelen presentar síntomas de ansiedad, evitación, negación, deterioro de memoria, disminución en la concentración y pesadillas.
Danieli, Y., Brom, D., & Sills, J. (2005)	La resiliencia individual y comunitaria es un importante factor de protección psicosocial en la lucha contra las consecuencias del terrorismo en particular y la exposición al trauma en general.	Se hace evidente la importancia de una evaluación multidimensional en casos de duelo traumático después de experiencias relacionadas con el terrorismo con el fin de determinar estrategias de intervención.
Porter, M., & Haslam, N. (2005).	El alojamiento posterior al desplazamiento de refugiados reasentados en alojamientos privados permanentes se relaciona con una salud mental significativamente mejor que los reasentados en alojamientos privados institucionales y temporales	Existen diversas condiciones que dificultan el mantenimiento de la salud mental de los individuos, por lo que se sugiere que se tengan en cuenta dichos factores para realizar un acompañamiento integral que promueva la salud mental
Vangiezen, A., Arensman, E., Spinhoven, P., & Wolters, G. (2005).	El grado de participación y la gravedad de los eventos emocionalmente excitantes tienden a asociarse con una mayor consistencia en el tiempo o la amplificación de la memoria.	Es probable que los detalles adicionales de un evento emocionalmente excitante puedan recordarse en una etapa posterior.
Adamowski, Y. (2006)	Durante la Guerra Civil Americana se describió un trastorno mental entre los jóvenes soldados con pensamientos obsesivos sobre el hogar, a quienes se les diagnosticó una forma aguda de nostalgia.	Los soldados con síndrome de estrés agudo de batalla volvieron al servicio más rápido cuando fueron tratados en una etapa temprana y cerca de las operaciones militares.
Murthy, R. S., & Lakshminarayana, R (2006)	Las mujeres tienen una mayor vulnerabilidad a las consecuencias psicológicas de la guerra; además cuanto mayor es la exposición al trauma, tanto física como psicológica, más pronunciados son los síntomas.	El apoyo físico y el apoyo psicológico minimizan los efectos de los traumas relacionados con la guerra, así como el papel de la religión y las prácticas culturales como formas de hacer frente a las situaciones de conflicto.

Tabla 2
(cont.)

Descripción y detalles de los estudios incluidos.

Autor	Desenlace/ Consecuencia en salud mental	Conclusiones
Orth, U., & Wieland, E. (2006)	La ira y la hostilidad están sustancialmente relacionadas con el TEPT entre las muestras que han experimentado todos los tipos posibles de eventos traumáticos.	El tratamiento específico para la ira es necesario no solo si la ira tiene un efecto causal en el TEPT para lograr el bienestar subjetivo y el funcionamiento social.
Okasha, A. (2007)	Las consecuencias de la guerra incluye inevitablemente el deterioro de las estructuras sociales existentes, exponer a las poblaciones al estrés y al trauma y dar como resultado tasas elevadas de psicopatología y morbilidad física en personas.	Las consecuencias para la salud de la guerra persisten, y como resultado, también lo hacen las consecuencias sociales y económicas que dan forma a todas las demás experiencias para una generación que ha sobrevivido una guerra
Hiskey, S., Luckie, M., Davies, S., & Brewin, C. (2008).	El patrón clínico predominante entre los veteranos es el resurgimiento de la sintomatología de re-experiencia y excitación, lo que se denomina "alerta de batalla".	La mediana edad es el período de ausencia de síntomas más marcada, mientras las pérdidas relacionadas con la edad (especialmente la salud física) desencadenan TEPT latente entre los adultos mayores.
Johnsen, G. E., & Asbjørnsen, A. (2008).	El trauma de combate de guerra y el abuso de abuso sexual / físico fueron elegidos para analizar el efecto del tipo de trauma, ambos traumas mostraron un deterioro significativo de la memoria	El deterioro de la memoria verbal está presente en adultos con TEPT y son consistentes en todos los estudios. Se observaron efectos más fuertes para los veteranos de guerra en comparación con las personas expuestas al abuso sexual y físico.
Johnson, H., & Thompson, A. (2008)	Los civiles pueden experimentar una mayor frecuencia de recuerdos intrusivos y menos entumecimiento emocional.	Los factores protectores desempeñen un papel importante en la determinación del efecto psicológico del trauma de guerra y la tortura.
Tolin, D. & Foa, E. (2008).	Una mayor prevalencia de violaciones, agresiones sexuales y el combate entre las participantes femininas podría interpretarse como un contribuyente a las diferencias de sexo en frecuencia de TEPT.	Las mujeres y las niñas tienen más probabilidades que hombres y niños para cumplir con los criterios para el TEPT.
Lindert, J., Ehrenstein, O. von, Priebe, S., Mielck, A., & Brähler, E. (2009).	Un estado económico más alto del país anfitrión puede relacionarse con una menor prevalencia de síntomas entre los migrantes laborales, pero no entre los refugiados.	Los refugiados tienen más probabilidad de presentar depresión y ansiedad que las personas que deciden migrar por ámbitos laborales, esto relacionado a que no cuentan con recursos suficientes para afrontar la vida en el país de acogida.
Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. & van Ommeren, M. (2009)	Tendencia a la reducción del riesgo de salud mental asociado con la exposición acumulativa a TEPT como la duración tiempo transcurrido desde que el conflicto o el reasentamiento aumentaron	La tortura surgió como el factor más fuerte asociado con el TEPT y la exposición acumulativa a los eventos traumáticos fue el factor más fuerte asociado con la depresión.
Street, A. E., Vogt, D., & Dutra, L. (2009)	Las mujeres tienen aproximadamente el doble de probabilidades que sus contrapartes masculinas de ser diagnosticadas con TEPT.	Además de atravesar las situaciones relacionadas con el conflicto, las mujeres afrontan el rol de género impuesto por los hombres.
Tempany, M. (2009)	El funcionamiento de los refugiados no se redujo necesariamente, y ellos mismos a menudo informaron más preocupación con los estresores actuales que con el trauma pasado.	La mayoría de los estudios cuantitativos encontraron altas tasas de psicopatología, particularmente TEPT y depresión.
Braquehais, M. & Sher, L. (2010)	Los datos de prevalencia de TEPT varían bastante de un país a otro, lo que puede deberse a la respuesta genotípica al trauma, las ideas preconcebidas personales y los intereses socioculturales.	Un modelo integral para el TEPT relacionado con la guerra debería integrar tanto los hallazgos genotípicos como los fenotípicos.
Crumlish, N., & O'Rourke, K. (2010)	Ningún tratamiento para el TEPT entre refugiados y solicitantes de asilo tiene una base de evidencia sólida, excepto la terapia de exposición narrativa.	Falta evidencia que soporte los diferentes tratamientos como las terapias cognitivo conductual en el tratamiento de TEPT, ansiedad y depresión en refugiados y solicitantes de asilo.
Perlman, S., Friedman, S., Galea, S., Nair, H. P., Er-Sarnyai, M., Stellman, S., Greene, C. (2011)	3 a 5 días después del evento un 44% sustancial de la población adulta Estados Unidos había experimentado un estrés sustancial, miedo e inseguridad, y tuvieron mayores tasas de estrés postraumático.	Los factores de riesgo para el trastorno de estrés postraumático incluyeron proximidad al sitio del atentado del 11 de septiembre, vivir o trabajar en el bajo Manhattan y/o ser rescatista.
Rizzo, A., Parsons, T. D., Lange, B., Kenny, P., Buckwalter, J. G., Rothbaum, B., & Beger, G. (2011)	El diseño y la implementación de las aplicaciones de realidad virtual es cada vez mayor en varios puntos del ciclo de despliegue militar para prevenir, identificar y tratar el trastorno de estrés postraumático relacionado con el combate en miembros del servicio y veteranos.	Existe un creciente interés en emplear la realidad virtual como método de tratamiento para el TEPT y el estrés en militares en servicio y veteranos de guerra.

**Tabla 2
(cont.)**

Descripción y detalles de los estudios incluidos.

Autor	Desenlace/ Consecuencia en salud mental	Conclusiones
Roberts, B., & Browne, J. (2011)	Las mujeres tienen peor salud psicológica posterior a un conflicto armado, el nivel educativo bajo se asoció con una peor salud psicológica y eventos como el asesinato de un miembro de la familia o un amigo, violación y abuso sexual y, ser discapacitado debido a la violencia son predictores para el daño psicológico.	Los hallazgos proporcionan evidencia sobre las múltiples influencias de los factores de exposición demográficos, socioeconómicos y de trauma en la salud psicológica.
Dossa, N. I., & Hatem, M. (2012)	La Terapia Cognitivo Conductual (TCC), la terapia de procesamiento cognitivo y la terapia de exposición narrativa adaptadas culturalmente pueden ayudar con éxito a los civiles a reducir sus síntomas de TEPT.	La TCC adaptada culturalmente puede ayudar con éxito a civiles mujeres que experimentaron un trauma relacionado con la guerra o el conflicto.
Hassija, C. M., Jakupcak, M., & Gray, M. (2012)	La evidencia respalda modelos de cuatro factores de síntomas de TEPT que clasifican los síntomas de entumecimiento emocional y / o disforia como un grupo de síntomas de TEPT distinto.	Existen asociaciones positivas entre la severidad de entumecimiento / disforia y una mayor participación en comportamientos de riesgo para la salud, funcionamiento interpersonal deteriorado y peor ajuste psicológico.
McFarlane, C. A., & Kaplan, I. (2012).	Las secuelas psicológicas para los sobrevivientes de persecución están relacionadas con situaciones de trauma crónico, prolongado, repetitivo e intergeneracional.	Se encontraron mejoras en los síntomas de estrés postraumático, depresión, ansiedad y síntomas somáticos después de una serie de intervenciones.
Crosby, S. S. (2013)	La tortura surgió como el factor predictivo más fuerte para el TEPT, y la exposición acumulativa a la exposición potencialmente traumática los eventos fueron el factor más fuerte asociado con la depresión.	Los refugiados pueden ver agravado su trauma por las pérdidas adicionales: tradiciones culturales / sociales, la pérdida de habilidades de lenguaje y comunicación, y la pérdida de la carrera y el estatus social.
Meffert, S., & Ekblad. (2013).	La terapia interpersonal mostró los tamaños de efecto más altos tanto para la depresión como para el tratamiento del TEPT.	Con el objetivo de seleccionar una intervención basada en evidencia, lo cual es aceptable y apropiada para la comunidad, las opciones para la intervención de salud mental pueden revisarse con la comunidad.
Agazio, J., Goodman, P., & Padden, D. (2014)	Los síntomas psicológicos de las familias de personas que están en guerra fluctúan en diversas etapas que incluyen anticipación prolongada de un posible duelo, tensión, ira, desorganización emocional y anticipación de regreso.	El bienestar de la unidad familiar impacta directamente en la preparación, retención y efectividad general de los soldados.
Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., & Herazo, E. (2014)	Los datos dejaron ver la alta frecuencia de síntomas de ansiedad y depresivos, posibles casos y trastornos mentales formales, en particular los relacionados con estresores y eventos traumáticos como TEPT.	Las secuelas del conflicto armado interno trascienden el diagnóstico de un trastorno mental. La condición de víctima lleva implícita una serie de daños materiales y consecuencias psicosociales de origen multifactorial.
Hines, L., Sundin, J., Rona, R., Wessely, S., & Fear, N. (2014)	Las tasas de prevalencia de TEPT fueron más altas entre los estudios de personal en Iraq en comparación con el personal en Afganistán.	La categorización de los estudios de acuerdo con la ubicación de implementación y la rama de servicio identificó diferencias entre los subgrupos que brindan más soporte para los factores subyacentes al desarrollo del TEPT.
Patel, N., Kellezi, B., & Williams, A. C. de C. (2014)	El impacto de la tortura en el funcionamiento de una persona se produce en términos de autoestima, sentido de agencia y calidad de vida.	Decidir el tratamiento apropiado requiere atención a los problemas específicos de los posibles participantes y su contexto social y material; normas culturales sobre expresión y gestión de problemas psicológicos.
Siriwardhana, C., Ali, S. S., Roberts, B., & Stewart, R. (2014)	La mayoría de los estudios encontraron niveles relativamente altos de trastornos mentales entre la población afectada y se centraron en un diagnóstico de TEPT. Los trastornos más estudiados fueron TEPT, depresión y ansiedad.	Se demostró que el apoyo social y el apoyo familiar de alta calidad se asocia con una mayor capacidad de recuperación y niveles más bajos de problemas psicológicos en todas las fases de la migración forzada inducida por conflictos.
Bogic, M., Njoku, A., & Priebe, S. (2015)	La exposición a experiencias traumáticas previas a la migración y al estrés posterior a la migración fueron los factores más consistentes asociados con TEPT, depresión y ansiedad.	Los trastornos mentales tienden a ser muy frecuentes en los refugiados de guerra muchos años después del reasentamiento, lo que puede estar influenciado por factores socioeconómicos posteriores a la migración.

**Tabla 2
(cont.)**

Descripción y detalles de los estudios incluidos.

Autor	Desenlace/ Consecuencia en salud mental	Conclusiones
Bryan, C., Griffith, J., Pace, B., Hinkson, K., Bryan, A., Clemans, T. & Imel, Z. (2015)	La relación de la exposición específica al combate con los resultados relacionados con el suicidio fue dos veces mayor que la relación del despliegue general en todos resultados relacionados con el suicidio.	La exposición a asesinatos y atrocidades entre el personal militar y los veteranos es al menos una condición bajo la cual aumenta la vulnerabilidad a los resultados relacionados con el suicidio para personal militar y veteranos.
Fulton, J., Calhoun, P., Wagner, H., Schry, A., Hair, L., Feeling, N., Beckham, J. (2015)	La prevalencia promedio de TEPT entre los veteranos Operation Enduring Freedom/Operation Iraqi Freedom (OEF/OIF) en los estudios incluidos en este metaanálisis fue del 23%, lo que confirma que el TEPT es un problema de considerable magnitud entre esta cohorte de veteranos.	La composición racial de la muestra del estudio fue un predictor significativo de la estimación de prevalencia; específicamente, a medida que aumentaba el porcentaje de participantes caucásicos en la muestra, la estimación de prevalencia de TEPT disminuye.
Hassan, G., Ventevogel, P., Jeeff-Bahloul, H., Barkil-Oteo, A., & Kirmaryer, L. (2016).	El tejido social se ve gravemente alterado, por lo que muchas familias sirias quedan aisladas de las estructuras de apoyo más grandes.	Los sirios afectados por conflictos pueden experimentar varios problemas de salud mental como las exacerbaciones de trastornos mentales preexistentes; nuevos problemas causados por la violencia relacionada con el conflicto y problemas de adaptación.
Weiss, W., Ugueto, A., Mahmooth, Z., Murray, L., Hall, B., Nadison, M., Bass, J. (2016)	Para el TEPT y la depresión, las terapias que resultó más efectiva es la terapia de exposición narrativa mientras que, para la ansiedad, la terapia más efectiva es la TCC.	La TCC que incluye componentes de exposición muestra la mejor evidencia para abordar eficazmente los síntomas de salud mental del TEPT, la depresión y la ansiedad.
Álzate, M. & Dono, M. (2017)	La confianza es una variable que frecuentemente se relaciona con el contacto intergrupar, y este a su vez se relaciona con los procesos conciliatorios	Se hace necesario diseñar modelos explicativos y de diagnóstico que contribuyan a la promoción de los procesos de reconciliación social temprana.
Ba, I., & Bhopal, R. S. (2017)	Las consecuencias sociales pueden conducir a sufrimiento psicológico y físico y viceversa, además el rechazo o estigmatización social puede resultar en la búsqueda tardía de atención y luego en una alta prevalencia de complicaciones relacionadas.	Las consecuencias en salud mental de la violencia sexual en el conflicto están relacionadas a la discriminación y a la falta de apoyo estatal para elaborar la situación.
Baird, E., Williams, A. de C., Hearn, L., & Amris, K. (2017)	No existe ninguna base para la creencia generalizada de que el dolor de la tortura se produce de alguna manera por un trastorno psicológico, aparte del malestar provocado por la reexperimentación.	No hay pruebas suficientes para apoyar o refutar el uso de cualquier intervención para el dolor persistente en los sobrevivientes de tortura.
Janulewicz, P., Kregel, M., Maule, A., White, R., Cirillo, J., Sisson, E., Sullivan, K. (2017).	Los veteranos de la guerra del Golfo tuvieron peor desempeño en el rendimiento en la subprueba visoespacial, los cuatro resultados de atención y función ejecutiva, y dos de las seis subpruebas de aprendizaje y memoria.	El despliegue de la guerra del Golfo está asociado con un impacto significativo en los dominios visoespaciales, de atención, de funciones ejecutivas y de aprendizaje y memoria, pero no en la función motora simple.
Jones, G. L., & Hanley, T. (2017)	Las veteranas que regresaban a casa presentaban dificultades relacionadas con el trauma (hipervigilancia / hiperactivación, depresión e ira).	Las veteranas de guerra encuentran difícil cumplir con los roles femeninos estereotipados, como ser una cuidadora
Morina, N., Malek, M., Nickerson, A., & Bryant, R. (2017)	Los tratamientos de Terapia cognitivo conductual que se centraron en el trauma produjeron un gran cambio, así como lo hicieron la "asesoría" de apoyo y psicoeducación.	Los tratamientos que se ha demostrado que funcionan de manera efectiva en los países desarrollados pueden ser efectivos para tratar las necesidades de salud mental en países de bajos y medianos ingresos.
Seguin, M., & Roberts, B. (2017)	El comportamiento de búsqueda de apoyo fue la estrategia de afrontamiento más comúnmente reportada entre los civiles afectados por conflictos.	La disponibilidad de apoyo social está mediada por el contexto social, que permite y limita las opciones de afrontamiento disponibles para hombres y mujeres afectadas por conflictos.
Waszak, D. L., & Holmes, A. (2017).	Los veteranos presentaron mayor afectación en salud cuando el TEPT era comórbido con otros problemas como el uso de sustancias, trastorno depresivo mayor e ideación suicida.	Los veteranos tienen necesidades complejas y comórbidas de salud primaria y conductual (por ejemplo, politraumatismo, lesiones múltiples, afecciones crónicas de salud y problemas mal definidos).
Giordano, A., Bader, C., Richmond, T. & Polomano, R. (2018).	Una mayor lesión y severidad del dolor plantea riesgos para desarrollar TEPT después de una lesión de combate, mientras que el manejo temprano de los síntomas disminuye los riesgos de TEPT.	Los resultados demuestran una necesidad imperiosa de mejoras en evaluación estandarizada del dolor y los síntomas de salud mental a través de las transiciones en la atención.

Tabla 2 (cont.)		Descripción y detalles de los estudios incluidos.
Autor	Desenlace/ Consecuencia en salud mental	Conclusiones
Morina, N., Stam, K., Pollet, T. V., & Priebe, S. (2018)	Más de la mitad de los participantes con depresión cumplieron con los criterios para el TEPT comórbido lo que se asocia con una angustia mental significativamente más alta que la presencia única de TEPT o depresión.	Tanto la depresión como el TEPT son altamente prevalentes en los sobrevivientes de guerra que se quedaron en el área de conflicto.
Morina, N., Akhtar, A., Barth, J., & Schnyder, U. (2018)	El TEPT, la depresión y los trastornos de ansiedad fueron las enfermedades psiquiátricas más comunes investigadas.	Existe una alta variación entre las tasas de prevalencia de las condiciones psiquiátricas evaluadas (TEPT, depresión y ansiedad)
Purgato, M., Gastaldon, C., Papola, D., van Ommeren, M., Barbui, C., & Tol, W. (2018)	Los síntomas del TEPT disminuyeron sustancialmente entre los adultos que recibieron terapias psicológicas en comparación con aquellos que recibieron el tratamiento habitual, no recibieron tratamiento o estaban en una lista de espera.	Las terapias psicológicas en personas que tienen TEPT, ansiedad o depresión relacionada con el conflicto armado evidencia efectos inmediatos y algunos en mediano y largo plazo.
Weisleder, P., & Rublee, C. (2018)	Las estimaciones de población respaldan la noción de que los refugiados tienen 10 veces más probabilidades de tener TEPT que la población general.	Los trastornos neuropsicológicos son las principales causas de morbilidad entre los sobrevivientes de conflictos armados y la tortura.
Hoppen, T. H., & Morina, N. (2019)	Se estima que aproximadamente 242 millones de sobrevivientes de guerra adultos que residen en regiones (de posguerra) sufren de TEPT (IC del 95%, 198,895,226–288,571,119) y alrededor de otros 238 millones de adultos sobrevivientes de guerra de depresión (IC del 95%, 200,320,269–277,577,934).	354 millones de adultos sobrevivientes de guerras sufren de TEPT y/o depresión mayor y, de estos, alrededor de 117 millones sufren de ambas condiciones. El TEPT y la depresión mayor en las sociedades afectadas por la guerra deben ser priorizados como un grave problema de salud global.
Abu Suhaiban, H., Grasser, L. R., & Javanbakht, A. (2019)	Mientras que la tasa de trastorno de estrés post-traumático se ha documentado tan alto como 88.3% entre los sobrevivientes de tortura de Medio Oriente (ME), África Central (CA), Asia del Sur (SA), Sudeste de Europa (SE). La depresión se registró hasta el 94.7% entre 131 sobrevivientes de tortura africanos y la ansiedad hasta el 91% entre 55 sobrevivientes de tortura sudafricanos.	La edad, el sexo, la gravedad y el tipo de tortura, el período de tiempo para recibir servicios de salud, las dificultades posteriores a la migración, el estado de inmigración, el apoyo social, el estado civil y la religión se han informado como posibles predictores o factores protectores de la angustia psicológica.
Amodu, O. C., Richter, M. S., & Salami, B. O. (2020).	La salud mental se exploró en diez estudios, especialmente en lo que respecta a la carga de atención centrada en las emociones y las responsabilidades familiares que las mujeres cargan, lo que las llevó a experimentar la peor parte de la desintegración familiar de una manera más severa.	El impacto psicológico del trauma sostenido dentro del hogar y de personas ajenas, el miedo persistente a lo desconocido, la pérdida de seres queridos y medios de vida, problemas de vivienda y la falta de apoyo familiar o conexión comunitaria crearon una grave tensión en la salud mental de las mujeres.

emocionales y la evitación de actividades sociales²², además de los recuerdos intrusivos e hipervigilancia²³. La mayoría de las anteriores manifestaciones estuvieron asociadas a intensidad de la experiencia del combate en personas expuestas²², la duración del CA²³, y la imposibilidad de identificar todos los problemas de salud conexos²⁴ (Tabla 2).

Entre el 2000 y 2005 (Figura 3), siete de los estudios se enfocaron en determinar una serie de síntomas como: angustia por la experiencia^{25–27}, disminución de la seguridad y la confianza contextual/personal^{17,28} y, otros como fobias, ansiedad, ataques de pánico y depresión^{27,29}. También incluyen sintomatología de estrés contextual y ambiental posterior, pesadillas, pensamientos intrusivos, reexperimentación y au-

mento de la traumatización²⁶. En un estudio que evaluó la asociación entre memoria y naturaleza de los eventos experimentados, se identificó que, a mayor grado de participación y gravedad el evento tiende a memorizarse con mayor frecuencia y duración con graves afectaciones emocionales directamente relacionadas con el estrés posttraumático²⁹. Dentro de las especificidades por grupos poblacionales, se evidenció que las mujeres tienen un mayor riesgo de ser víctimas de explotación y violencia sexual²⁷. En general, la población víctima de desplazamiento puede tener un incremento en el deterioro de su SM incluso si son desplazados internos²⁸. En ese sentido, brindar apoyo de tipo económico, social, emocional y de refugio podría favorecer la resolución de alteraciones en SM en estas poblaciones³⁰.

Finalmente, en este rango de tiempo varias publicaciones reportaron que un posible predictor del uso de servicios de SM es la presencia de estrés traumático asociado a CA^{7,25,26}. El estrés traumático ha sido definido como un conjunto de trastornos emocionales y de comportamiento directamente relacionados con el miedo, la importancia y el horror posterior a un evento conflictivo, de guerra o terrorista, y se describe como un diagnóstico preponderante²⁷. Es importante mencionar que los estudios coinciden en que el conjunto de trastornos en SM está directamente relacionado con el impacto de la guerra, con el desplazamiento, la vulnerabilidad, la intensidad y la naturaleza de la "dosis" del trauma²⁵.

Entre 2006 y 2009 la cantidad de estudios publicados aumentó a doce (Figura 3) y una particularidad de estos es la disponibilidad de datos de países con CA en algunas zonas del mundo, como en Afganistán donde se evidenciaron altas prevalencias de ansiedad, depresión y estrés postraumático⁶. Camboya con altos niveles de sintomatología psiquiátrica incluso después de 10 años⁶; Sri Lanka donde la población víctima de CA sumó secuelas psicosociales en un 64% junto con altos porcentajes de estrés postraumático (27%), ansiedad (26%) y depresión (25%)⁶, y Uganda donde se encontró que la psicopatología estaba presente hasta dos veces más en los refugiados que en la población general⁶ (Tabla 2).

En ese mismo rango de publicaciones, con datos meta analizados se encontró que el sentimiento de ira y hostilidad (definida como la predisposición a rechazar a otros por una interpretación hiriente y dañina de sus acciones) están sustancialmente relacionadas con el trastorno de estrés postraumático (TEPT) en población que ha experimentado cualquier tipo de evento traumático³¹. El tamaño del efecto fue mayor para el estilo de inhibición y supresión de la ira que para su expresión a través de agresiones físicas o verbales. Se identificó una correlación negativa con la capacidad de regulación de la ira, siendo más evidente en población con experiencias de trauma militar que en poblaciones expuestas a otro tipo de eventos traumáticos no relacionados con CA y en los meses posteriores al evento más que en el tiempo inmediato, sin diferencias por género o edad³¹.

El curso de los síntomas de TEPT se abordó en una revisión publicada en el año 2008, la cual resume la literatura de dos décadas sobre el tema en veteranos de guerra, se analizaron los datos según la forma de presentación del evento en inicio inmediato y curso crónico, también se incluyeron en el análisis las formas de inicio tardío (entre 5-35 años después de finalizadas las guerras) y algunas con duración inferior a 5 años o con períodos de exacerbaciones; en esta revisión el resurgimiento de la experiencia traumática se reportó en 11-34% de los casos, con reactivación de recuerdos intrusivos, síntomas típicos de hiperalertamiento, pesadillas y otros problemas de sueño e irritabilidad³². Los autores concluyen

que no existe claridad para diferenciar las variantes de remisiones y recurrencias de las verdaderas formas de inicio tardío y recomiendan estudiar sistemáticamente la historia de los síntomas del trauma en otras poblaciones y no solo en hombres veteranos de guerra³².

En estudios con veteranos de guerra se identifican consecuencias diferenciales por género, los eventos relacionados con violencia sexual y participación en combates están asociados con mayor riesgo de estrés postraumático, siendo algunos de los factores que explican las diferencias de mayor prevalencia y severidad de estos trastornos en las mujeres^{33,34}.

En cuanto a los síntomas en adultos jóvenes después de un CA, se describen pensamientos obsesivos sobre su hogar, aumento del distanciamiento social autoimpuesto y otros somáticos como fiebre y diarrea³⁵. En adultos mayores (>65 años) se encontró una relación entre un pobre funcionamiento social y un deterioro inevitable de la SM con la exposición al evento traumático y que, adicionalmente, hace que las consecuencias del postconflicto persistan en diferentes generaciones³⁶.

Las consecuencias de los CA sobre el funcionamiento cognitivo continúan explorándose. Un estudio realizado en 2008, evaluó el efecto del combate en la guerra y el abuso sexual sobre el deterioro cognitivo, encontrando que este fue mayor en los veteranos de guerra que presentaron adicionalmente TEPT³⁷. Otro hallazgo importante es la asociación entre tortura y desarrollo de TEPT, destacándose la necesidad de correlacionar la sintomatología de este diagnóstico con las diferentes culturas, dado que en algunas de ellas las reacciones a eventos potencialmente traumáticos varían y no siempre se perciben como un síntoma³⁸.

Finalmente, entre 2006 y 2009 se identificó un aumento de la literatura en población refugiada, la cual presentó una prevalencia de depresión dos veces más alta que en la población general³⁹. Adicionalmente, la exposición a un potencial evento traumático (sumándose a su condición de refugiados), incrementa el riesgo de empeoramiento de los niveles de depresión y/o estrés postraumático^{40,41}.

Entre 2010 y 2020, se evidenció la mayor cantidad de estudios publicados (Figura 3) (n=36), lo que ratifica el aumento de la investigación en el tema. Entre 2010 y 2014 quince estudios concuerdan en que los trastornos más frecuentes son TEPT, ansiedad y depresión⁴²⁻⁴⁵. En casos específicos como el atentado terrorista del 11 de septiembre de 2001, se identificó que la población adulta experimentó un aumento de estrés sustancial y síntomas como miedo, inseguridad, episodios de depresión y ataques de pánico⁴⁶. Por otro lado, en el contexto de la guerra de Iraq y Afganistán, un estudio

observó un grupo de síntomas relacionados con el TEPT como la incapacidad de recordar aspectos del trauma, bajo interés y motivación para actividades significativas, el sentimiento de desapego y un nivel restringido de afecto⁴⁷. Otro estudio de prevalencias en estos dos países documentó tasas de TEPT más altas en muestras de excombatientes de Iraq (12,9% IC95% [11,3-14,4%]) en comparación con Afganistán (7,1% IC95% [4,6-9,6%])⁴⁸. Del mismo modo, un estudio en población desplazada por el CA en Colombia identificó amplias variaciones en las mediciones relacionadas con trastorno mental, con una prevalencia de síntomas del 9,9% al 63%, posibles casos detectados con escalas entre 21% al 97,3% y de trastornos, con o sin entrevistas estructuradas, entre 1,5% al 32,9%⁴⁹. Este estudio adicionalmente relacionó la alta morbilidad en SM con el bienestar emocional y la relación entre estos con otros factores multidimensionales negativos como la pobreza, el desempleo y la exclusión social⁴⁹.

En cuanto a las diferentes poblaciones, se identificó que los combatientes están expuestos a factores estresantes comunes como bombas, enemigos y la expectativa de otras situaciones violentas que tarde o temprano derivan en el desarrollo de TEPT como principal manifestación clínica⁴⁴. Dentro de sus principales síntomas se encuentran las perturbaciones mentales transitorias, así como los trastornos de ánimo, síntomas somáticos y disfunción social^{44,50}. En un estudio se identificó que en las mujeres recae gran parte de la responsabilidad posterior al CA, las cuales llegan a tener peor salud mental, presentando un mayor riesgo de violencia y abuso sexual⁵¹. Algunos estudios en combatientes muestran las consecuencias en la familia, señalando cómo esta debe responder a las exigencias contextuales con un aumento en el nivel de estrés que interrumpe el desarrollo normal de niños y adolescentes, y da lugar a un terreno propicio para la aparición de sentimientos de culpa, ansiedad, somáticos y conductuales, que al final, afectarán aún más la dinámica familiar y comunitaria, ya sea con la presencia o ausencia del combatiente en el grupo familiar⁵².

En la población de refugiados, la tortura se correlacionó con graves alteraciones en las dimensiones física, psicológica, social, ocupacional y espiritual⁴⁵. Los problemas psicológicos incapacitantes incluyen miedo, ansiedad, fobias, depresión y estrés postraumático, que se traducen en alteraciones en las relaciones interpersonales, familiares y comunitarias^{45,53}. Por otro lado, aquellos refugiados que son perseguidos o no encuentran estabilidad mostraron características particulares como la multiplicidad de síntomas de tipo disociativo, desregulación del afecto y problemas interpersonales⁵⁴. Otros datos relevantes fueron los asociados con agravaciones del trauma por desconexión de tradiciones culturales y sociales, pérdida de las habilidades de comunicación, estatus social y ocupacional, los cuales reflejan prevalencias de estrés postraumático y depresión del 30,6% y 30,8% respectivamente⁵⁵.

Adicionalmente, un estudio concluyó que los trastornos previamente descritos presentaron una conexión con graves estresores psicológicos, los cuales afectaron a la población y dieron paso a la resiliencia caracterizada por la necesidad de entender y poner a favor las complejidades sociales, de cohesión familiar y comunitaria como relaciones religiosas⁵⁶.

En los últimos cinco años, el total de estudios publicados aumentó a veintiuno (**Figura 3**). Las consecuencias de CA en la SM estuvieron enfocadas en alteraciones perceptibles de comportamiento, dificultad cognitiva, actitudes de evasión y distracción, aumento de la violencia y angustia mental⁵⁷⁻⁶⁰. En un estudio en países europeos, se investigó una serie de actos de violencia sistemática donde se observaron síntomas relacionados al estrés traumático, seguidos por depresión y ansiedad, lo cual refuerza los hallazgos de estudios de años anteriores⁶¹. Por otra parte, un estudio en diferentes países evaluó alrededor de 23.990 sobrevivientes de CA, estimando que el 23,8% de la población afectada presentó TEPT (IC 95%, 19,5-28,3%) y 23,3% depresión mayor (IC 95%, 19,6-27,2%)⁶². Estimaciones y modelos ajustados a la población mundial revelaron que: 1) al menos uno de cada cinco individuos del planeta experimentó la guerra entre 1989 y 2015, y 2) basados en la prevalencia general meta analítica del 23,8%, alrededor de 242 millones de adultos sobrevivientes de CA que aún residen en regiones de conflicto sufren de TEPT y alrededor de otros 238 millones de depresión mayor⁶² (**Tabla 2**).

Se observa que en los últimos años las mujeres constituyen la población que con mayor frecuencia ha sido analizada desde el enfoque especial de las consecuencias de la violencia sexual en el marco de CA⁶³. Un estudio identificó que producto de estas violencias en el daño psicopatológico no solo incluyó los trastornos ampliamente nombrados en este documento sino una serie de consecuencias sociales desfavorables como el rechazo, la estigmatización, las dificultades físicas y sobre todo la herencia de violencia sexual y mental a nivel intergeneracional^{63,64}. Por otro lado, se evidenció que como consecuencia del trauma por CA, las mujeres desarrollan hipervigilancia en el hogar, ira frecuente ante situaciones cotidianas, cambios en el rol de madres, pérdida de identidad y dificultad en la adaptación social^{65,66}.

En una síntesis descriptiva se identificó que la población refugiada presenta mayor exposición a experiencias potencialmente traumáticas o violencia durante y posterior a CA, identificando una mayor prevalencia de TEPT, depresión y ansiedad¹⁵. En población de refugiados sirios se ha evidenciado que los problemas centrales en el proceso de refugio por un CA están relacionados con la pérdida de la estructura familiar y social, así como el dolor que esto produce⁶⁷. Las pérdidas anteriores repercuten en exacerbaciones de trastornos mentales preexistentes, considerados nuevos problemas directamente

relacionados con la violencia y el desplazamiento, y también otras expresiones psicopatológicas por la adaptación forzosa en otros países⁶⁷. Adicionalmente, dos publicaciones resaltan que aproximadamente en 30 estudios primarios los datos de TEPT varían entre el 2,2% y 88,3% seguidos de depresión con 5,1% a 81%, y ansiedad entre el 1% al 80%⁹. Por otro lado los refugiados tienen hasta 10 veces más probabilidad de tener TEPT que la población general, debido principalmente a su tipo de exposición y a la suma de características inherentes a la condición de refugiados⁶⁸. En 2019 se reportó que la depresión y el TEPT siguen siendo los de mayor representatividad en zonas de conflicto en Nepal (27,9%) y en sobrevivientes africanos posterior a un CA (94,7%)⁶⁴.

En estudios con combatientes se identificó una asociación entre la ideación e intento suicida y suicidio con la exposición a combates enmarcados en un CA, presentando una mayor vulnerabilidad a problemas de la SM que aumentan las dificultades de adaptación posterior al CA⁶⁹. En cuanto a las fuerzas militares en combate se evidenció que aquellos que experimentaron heridas de bala o lesiones graves tuvieron el doble de probabilidad de desarrollar TEPT que la población general. También se reportó en una serie de casos la comorbilidad entre TEPT y depresión, que se configuró como un grave limitante para la vida militar⁷⁰.

En un estudio con veteranos de guerra en Iraq el 23% de los combatientes evaluados presentaron TEPT, con una afectación clara de sus actividades ocupacionales⁷¹. Otra investigación con los veteranos de guerra, identificó que quienes sufrían TEPT eran más propensos a trastornos de consumo de sustancias psicoactivas, afectaciones del sueño, alteraciones a nivel metabólico, disfunción sexual e ideación suicida⁷². Finalmente, en la línea de investigación relacionada con memoria y otras funciones cognitivas, un estudio en veteranos de guerra documentó mayores dificultades en los dominios visuoespaciales, atención, funciones ejecutivas, aprendizaje y memoria especialmente relacionadas con el despliegue en la guerra⁷³.

La tortura y otras formas de violencia asociadas a prácticas de debilitación del ser y la dignidad humanas, frecuentes en el contexto de CA, se reflejan negativamente en la aparición de trastornos traumáticos⁷⁴. Es importante resaltar que se identificaron cinco categorías de variables que pueden contribuir a todos los procesos de resiliencia: recuperación psicosocial, al acercamiento de pares, resignificación grupal, variables emocionales y estrategias de gestión del conflicto⁷⁵.

DISCUSIÓN

En la presente revisión se identificó un gran cúmulo de evidencia científica acerca de las consecuencias negativas en SM de adultos expuestos a CA, con un incremento creciente de publicaciones sobre el tema en los últimos 5 años.

La mayor parte de los estudios recopilados para esta revisión estuvieron orientados a caracterización de psicopatologías y una minoría a las consecuencias psicosociales, predominando constantemente en todos los rangos de tiempo por años de publicación síntomas y trastornos de ansiedad, depresión y TEPT, con amplias variaciones en las prevalencias estimadas y una alta comorbilidad entre estas manifestaciones⁶². La heterogeneidad en los hallazgos de prevalencias de estos trastornos es una característica común en todas las regiones que han experimentado CA; si bien la mayoría de los estudios incluidos en esta revisión corresponde a países de Norteamérica, Europa, Asia y África, revisiones llevadas a cabo en países de Centroamérica y Suramérica replican estos resultados con gran oportunidad de discusión. Por ejemplo, en Colombia, una revisión sistemática en población desplazada por CA identificó una prevalencia de trastornos mentales entre 1,5% al 32,9%, los autores resaltaron la necesidad de utilizar entrevistas estructuradas en la evaluación diagnóstica para obtener resultados más sólidos, cuando se emplea una perspectiva biomédica⁴⁹. La variación anteriormente presentada hace necesaria una reflexión más profunda recurriendo no solo a dicha perspectiva sino también al complejo fenómeno de violencia colombiano y al clima sociopolítico que posiblemente permea la recolección de la información.

A pesar de un mayor rigor metodológico, los rangos de prevalencias de los trastornos mentales siguen siendo amplios, especialmente los relacionados con estrés y trauma. Es así como en Guatemala, un estudio sobre las consecuencias del CA sobre los habitantes de ese país encontró elevadas prevalencias de trastornos mentales identificados con instrumentos estandarizados en diferentes grupos de poblaciones afectadas por la violencia, para el TEPT se evidenciaron frecuencias bajas entre un 2% a 11,8% y prevalencias más altas en otros trastornos entre un 32% a 52% (depresivos entre el 38,8% al 41,8%, ansiedad entre 27,7% al 54,4%, y problemas del sueño en un 75%)⁷⁶. Al igual que en Afganistán, Camboya, Sri Lanka y Uganda, los conflictos de centro y sur América comparten una serie de barreras sociales, culturales y sobre todo de concepción de la psicopatología obviando las repercusiones cotidianas, las alteraciones con bajo reporte o la consecuente problemática de la normalización de la victimización; he aquí el primer llamado a mediciones y resultados conglomerados que estén contextualizados, comunicados y territorializados con lo que se refleja en la realidad.

Otro estudio realizado en población civil de Nicaragua cuando se encontraba inmerso en CA encontró una prevalencia global estimada de trastornos mentales de 27,9% medida con el cuestionario *Self Reporting Questionnaire* (SRQ). En entrevistas estructuradas, las proporciones de prevalencia estimadas y sus intervalos de confianza al 95% para los trastornos más comunes que correspondieron con las clasificaciones actuales de trastornos depresivos, ansiedad y relacio-

nados con TEPT, fueron: neurosis 7,5% (5,2%-9,8%), depresión 6,2% (2,6%-8,1%), y crisis reactiva 3,3% (2,6%-6,5%)⁷⁷. Ante este panorama, encontramos dos opiniones específicas, la primera en la necesidad de construir nuevos métodos para cuantificar los efectos sobre la salud que sean enfocados en modelos integrales y situacionales; además de, a partir de estos resultados volcar la investigación en esos otros reportes, síntomas, expresiones y acciones que pueden afectar o ser manifiestos de una alteración de la SM.

La correlación entre trastornos mentales, duración de los CA, grado de participación en los eventos bélicos e intensidad de las experiencias traumáticas encontrada en varios de los estudios incluidos en esta revisión es concordante con otras revisiones sobre el tema²²⁻²⁴. Un estudio comparativo sobre la prevalencia de trastornos mentales en población de municipios de Colombia, categorizados en función de la presencia e intensidad del CA, encontró que 10,8% de las personas encuestadas en municipios en conflicto permanente tenían cualquier trastorno del afecto o de ansiedad a lo largo la vida, mientras que en municipios con conflicto interrumpido esta prevalencia fue del 7,2%. La prevalencia de TEPT fue mayor en los municipios con conflicto interrumpido, sin alcanzar significancia estadística; sin embargo, los autores advierten la imprecisión de datos de prevalencia de TEPT en municipios sin CA, por lo que no fue posible comparar estas cifras⁷⁸. En cuanto a esto último, se identifica la necesidad de nuevos abordajes y estudios de investigación que permitan por un lado comparar territorios, poblaciones y grupos específicos que están o han sido golpeados por un CA; por otro, aún se evidencia la importancia de estudios longitudinales, de seguimiento y de revisiones que sintetizen esta información para completar el conocimiento y acercarnos a fenómenos multidimensionales poco relacionados.

Desde la perspectiva psicopatológica, cabe resaltar el reconocimiento de síntomas disociativos, del deterioro en las relaciones sociales, los sentimientos de desapego, la restricción de afecto e intereses, que reflejan la evolución del concepto de estrés traumático^{47,49,55,78-80}. Del mismo modo, la evolución de este concepto refleja manifestaciones emocionales, conductuales y cognitivas diferentes a los síntomas clásicos de hipervigilancia, reexperimentación y evitación, como son la presencia de alteraciones en la expresión y regulación de la ira y su relación con la hostilidad^{31,81}. Además, los modelos explicativos acerca de los procesos psicológicos involucrados con estas manifestaciones tienen importantes implicaciones para el campo terapéutico^{31,81}.

Otro hallazgo de suma importancia en el campo de las políticas públicas y de intervenciones terapéuticas en víctimas de CA es el de la asociación entre estrés traumático, alcoholismo, uso de otras sustancias psicoactivas y su relación con conducta suicida, documentada en los estudios

incluidos en esta revisión y en otras publicaciones^{72,82}. En el estudio comparativo realizado en municipios de Colombia, el consumo de alcohol fue mayor en municipios pacificados y el de marihuana fue mayor en municipios con mayor intensidad del conflicto, asociaciones para las cuales se han planteado hipótesis relacionadas con el posible control sobre el consumo de alcohol que ejercerían los grupos armados; sin embargo, es necesario probar estas hipótesis en otro tipo de estudios⁷⁸. En el campo de las intervenciones son relevantes de igual manera los efectos del estrés traumático en el funcionamiento cognitivo, documentado en diversas poblaciones que han sufrido experiencias de violencia^{49,78,80,83,84}.

En cuanto a los efectos diferenciales por grupos poblacionales, las mujeres han protagonizado una mayor vulnerabilidad ante la violencia y la explotación sexual, y la carga social que deben asumir en comparación con los hombres^{28,33,34,63}. En la población de refugiados, diferentes estudios coinciden en una mayor vulnerabilidad de esta población debido a la separación de su familia, pérdida de tradiciones y adaptación forzosa a otros lugares^{40,41,55,68}. No obstante, se ha planteado que las amplias diferencias en las cifras de trastornos mentales en desplazados internos y migrantes podrían estar mediadas por circunstancias psicosociales del lugar al que se migra en términos de cercanía, o de similitudes y diferencias culturales con el lugar de partida⁷⁸. También es relevante comentar que se han indicado probabilidades más altas de desarrollar esquizofrenia u otros trastornos psicóticos producto de adversidades sociales antes y durante la migración en población solicitante de asilo o refugiados de Europa Oriental, Oriente Medio, África del Norte y Asia en Europa Occidental⁸⁵. Aunque no encontraron revisiones que hablen específicamente de este último hallazgo, la literatura mundial ha venido dateando múltiples evidencias que se deben tener en cuenta no solo al momento de la migración sino al de evaluación y seguimiento de la población en sus nuevos destinos; además de la imperiosa necesidad de tener en cuenta en los instrumentos variables o factores pre/pos migratorios, las barreras culturales y económicas, los impactos en la estructura familiar, y las rutinas, ocupaciones y costumbres que seguramente impactarán en los estados de SM.

Un resultado importante de los estudios incluidos es el efecto intergeneracional de la violencia y el trauma de las guerras y los CA, que se ha venido investigando desde finales de la década de los 80, inicialmente desde las teorías del apego⁸⁶, posteriormente desde la epigenética y desde una perspectiva sistémica-sociológica^{87,88}. Estas últimas brevemente mencionadas en los estudios incluidos en esta revisión, indican cómo la afectación traumática de los adultos tiene consecuencias en los roles paternos y en las relaciones con los hijos, en especial con su detrimento del desarrollo y bienestar, que contribuye a la perpetuación de dinámicas

familiares y comunitarias propicias al desarrollo de otras violencias, de problemas y trastornos mentales asociados⁵².

Es relevante resaltar como desde la literatura de enfoque biomédico en el tema, la identificación de las entidades clínicas se basa en criterios de tiempo y exhibición de síntomas, con exclusión de consideraciones relacionadas con la cultura y los contextos altamente anormales en los cuales se está explorando la SM. Bajo estas condiciones, muchas de las manifestaciones sintomáticas podrían resultar incluso adaptativas dentro del marco de anormalidad general de la vida cotidiana que plantean las guerras⁸⁰.

En este mismo sentido, sorprende que apenas una minoría de los estudios cuestione que las reacciones a eventos extremos como la tortura o la exposición a confrontaciones armadas se enmarquen dentro de categorías diagnóstica⁷⁴. Estudios de intervenciones y acompañamiento a víctimas de violencia sociopolítica y de guerras en países de Centroamérica y Suramérica consolidados desde una perspectiva psicosocial a partir del último tercio del siglo XX, indican la importancia de despatologizar las manifestaciones psicológicas normales expresadas por personas expuestas a contextos de gran anormalidad, con el fin de contribuir a la superación de los efectos de la violencia desde la resignificación de la identidad, el reconocimiento de recursos personales y sociales, el fomento de la participación social y del apoyo comunitario, y la distinción del carácter de sujetos de derechos, en las personas víctimas; junto con el apuntalamiento de cambios sociales que favorezcan el bienestar humano, más allá de las guerras^{83,84}.

Dentro de las limitaciones de este estudio podría señalarse que no se lograron identificar suficientes estudios que abordaran la afectación en la SM en las poblaciones adultas desde perspectivas psicosociales o derivadas de la conceptualización positiva de la SM, pues como se mencionó los estudios recolectados en su mayoría estuvieron enfocados desde perspectivas biomédicas, esto debido a la búsqueda predominante de información en bases de datos de carácter biomédico, por lo cual se ve la necesidad de plantear en futuros abordajes la concepción del fenómeno desde las perspectivas psicosociales o derivadas de la conceptualización positiva de la SM, así como estudios sobre la SM de estas poblaciones que trasciendan la descripción de las posibles patologías que se deriven de la exposición a la guerra, sin desconocer su existencia.

CONCLUSIONES

Los efectos negativos de los CA en la SM de la población adulta identificados con mayor frecuencia son los trastornos depresivos y TEPT, con algunas diferencias en las expresiones sintomáticas descritas en investigaciones recientes que amplían el concepto de estrés traumático

para resaltar manifestaciones de tipo disociativo, desregulación afectiva, hostilidad, compromiso y deterioro de procesos cognitivos. Este cambio refleja la evolución conceptual del estrés traumático a lo largo del tiempo.

Resulta imprescindible fomentar la investigación en el tema desde una perspectiva psicosocial, poco representada a la fecha en la literatura internacional en torno a las consecuencias de CA en la SM adulta. Desde la perspectiva biomédica, es importante generar estudios en los cuales se diferencien subpoblaciones dentro de la población adulta expuesta a la violencia por CA, pues existen algunas más vulnerables, que ameritarían estudios de seguimiento con el fin de determinar los mecanismos de afrontamiento y variables asociadas a resiliencia que ameritan protección diferenciada.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno

FINANCIACIÓN

Este estudio hace parte del proyecto de investigación "Red intersectorial basada en la comunidad para el manejo de problemas y trastornos mentales asociados con el desplazamiento forzado por conflicto armado en el municipio de Soacha – Cundinamarca (Estudio piloto)" financiado por la Convocatoria Nacional Sesquicentenario de la Universidad Nacional de Colombia 2017.

BIBLIOGRAFÍA

1. Leader Maynard J. Ideology and armed conflict. *J Peace Res.* 2019;56(5):635–49.
2. Amoroso AM, Jasutis G, Kebebew T, Marcucci G, Baron-Mendoza L, Muscarella L, et al. The War Report: armed conflicts in 2018. Geneva Academy of International Humanitarian Law and Human Rights (Geneva ...; 2019.
3. Holsti KJ, Holsti KJ, Holsti KJ. Peace and war: Armed conflicts and international order, 1648–1989. Vol. 14. Cambridge University Press; 1991.
4. Plümper T, Neumayer E. The unequal burden of war: The effect of armed conflict on the gender gap in life expectancy. *Int Organ.* 2006;60(3):723–54.
5. Levy BS, Sidel VW. Documenting the Effects of Armed Conflict on Population Health. *Annu Rev Public Health [Internet].* 2016 Mar 18;37(1):205–18. Available from: <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032315-021913>
6. Murthy RS, Lakshminarayana R. Mental health consequences of war: a brief review of research findings. *World Psychiatry [Internet].* 2006 Feb;5(1):25–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16757987> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/>

- articlerender.fcgi?artid=PMC1472271
7. Danieli Y, Brom D, Sills J. Sharing Knowledge and Shared Care. *J Aggress Maltreat Trauma* [Internet]. 2005 May 11;10(3-4):775-90. Available from: https://doi.org/10.1300/J146v10n03_12
 8. Organization WH. World health statistics 2018: Monitoring health for the SDGs (sustainable development goals). Geneva: World Health Organization. 2018.
 9. Morina N, Akhtar A, Barth J, Schnyder U. Psychiatric Disorders in Refugees and Internally Displaced Persons After Forced Displacement: A Systematic Review. *Front psychiatry* [Internet]. 2018 Sep 21;9:433. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30298022>
 10. Piñeros-Ortiz S, Moreno-Chaparro J, Garzón-Orjuela N, Urrego-Mendoza Z, Samacá-Samacá D, Eslava-Schmalbach J. Consecuencias del conflicto armado sobre la salud mental en la infancia y adolescencia: revisión de revisiones de la literatura. *Biomédica*. 2021;41(3). <https://doi.org/10.7705/biomedica.5447>
 11. Ommeren M van. Mental health conditions in conflict situations are much more widespread than we thought. [Internet]. World Health Organization. 2019. Available from: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/mental-health-conditions-in-conflict-situations-are-much-more-widespread-than-we-thought>
 12. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whitford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2019;394(10194):240-8.
 13. Stevelink SAM, Jones M, Hull L, Pernet D, MacCrimmon S, Goodwin L, et al. Mental health outcomes at the end of the British involvement in the Iraq and Afghanistan conflicts: a cohort study. *Br J Psychiatry*. 2018;213(6):690-7.
 14. Breslau N. The Epidemiology of Trauma, PTSD, and Other Posttrauma Disorders. *Trauma, Violence, Abus* [Internet]. 2009 Apr 30;10(3):198-210. Available from: <https://doi.org/10.1177/1524838009334448>
 15. Bogic M, Njoku A, Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights* [Internet]. 2015;15:29. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med11&NEWS=N&AN=26510473>
 16. Bohigas JPB, Carrillo JO, Garzón DF, Ramírez MP, Rodríguez N. Trauma histórico. Revisión sistemática de un abordaje diferente al conflicto armado. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2015;44(1):41-9.
 17. Korinek K, Loebach P, Teerawichitchainan B. Physical and Mental Health Consequences of War-related Stressors Among Older Adults: An Analysis of Posttraumatic Stress Disorder and Arthritis in Northern Vietnamese War Survivors. *Journals Gerontol Ser B* [Internet]. 2016 Jan 12;72(6):1090-102. Available from: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv157>
 18. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *Ann Intern Med*. 2009;151(4):W-65.
 19. UNHCR. What is a Refugee? [Internet]. USA for UNHCR. 2020. Available from: <https://www.unrefugees.org/refugee-facts/what-is-a-refugee/>
 20. International Committee of the Red Cross ICRC. GLOSARIO DE DERECHO INTERNACIONAL HUMANITARIO (DIH) PARA PROFESIONALES DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN [Internet]. Geneva; 2016. Available from: https://www.icrc.org/es/download/file/77759/glosario_interior_esp_bookmarks.pdf
 21. Klerman GL, Weissman MM. Increasing rates of depression. *JAMA* [Internet]. 1989;261(15):2229-35. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med3&NEWS=N&AN=2648043>
 22. Ørner RJ. Post-traumatic stress disorders and European war veterans. *Br J Clin Psychol* [Internet]. 1992 Nov 1;31(4):387-403. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1992.tb01014.x>
 23. Falk B, Hersen M, Van Hasselt VB. Assessment of post-traumatic stress disorder in older adults: A critical review. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 1994;14(5):383-415. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0272735894900345>
 24. Hyams KC, Wignall FS, Roswell R. War syndromes and their evaluation: from the U.S. Civil War to the Persian Gulf War. *Ann Intern Med* [Internet]. 1996;125(5):398-405. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med4&NEWS=N&AN=8702091>
 25. Silove D. Trauma and forced relocation. *Curr Opin Psychiatry* [Internet]. 2000;13(2). Available from: https://journals.lww.com/co-psychiatry/Fulltext/2000/03000/Trauma_and_forced_relocation.16.aspx
 26. Basoglu M, Jaranson JM, Mollica R, Kastrup M. Torture and Mental Health BT - The Mental Health Consequences of Torture. In: Gerrity E, Tuma F, Keane TM, editors. Boston, MA: Springer US; 2001. p. 35-62. Available from: https://doi.org/10.1007/978-1-4615-1295-0_3
 27. Miller L. Family Therapy of Terroristic Trauma: Psychological Syndromes and Treatment Strategies. *Am J Fam Ther* [Internet]. 2003 Jul 1;31(4):257-80. Available from: <https://doi.org/10.1080/01926180390201963>
 28. Porter M, Haslam N. Forced displacement in Yugoslavia: a meta-analysis of psychological consequences and their moderators. *J Trauma Stress* [Internet]. 2001;14(4):817-34. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med4&NEWS=N&AN=11776427>
 29. van Giezen AE, Arensman E, Spinhoven P, Wolters G. Consistency of memory for emotionally arousing events: a review of prospective and experimental studies. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2005;25(7):935-53. Available

- from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med5&NEWS=N&AN=15979220>
30. Porter M, Haslam N. Predisplacement and Postdisplacement Factors Associated With Mental Health of Refugees and Internally Displaced Persons A Meta-analysis. *JAMA* [Internet]. 2005 Aug 3;294(5):602–12. Available from: <https://doi.org/10.1001/jama.294.5.602>
 31. Orth U, Wieland E. Anger, hostility, and posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2006;74(4):698–706. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med5&NEWS=N&AN=16881777>
 32. Hiskey S, Luckie M, Davies S, Brewin CR. The emergence of posttraumatic distress in later life: a review. *J Geriatr Psychiatry Neurol* [Internet]. 2008;21(4):232–41. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med6&NEWS=N&AN=19017780>
 33. Tolin DF, Foa EB. Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychol Trauma Theory, Res Pract Policy*. 2008;S(1):37–85.
 34. Street AE, Vogt D, Dutra L. A new generation of women veterans: Stressors faced by women deployed to Iraq and Afghanistan. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2009;29(8):685–94. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735809001135>
 35. Adamowski T, Kiejna A. Mental Disorders Between Military Conflict's Veterans. *Adv Clin Exp Med*. 2006;15(2):355–60.
 36. Okasha A. Mental health and violence: WPA Cairo declaration—international perspectives for intervention. *Int Rev Psychiatry* [Internet]. 2007;19(3):193–200. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med5&NEWS=N&AN=17566897>
 37. Johnsen GE, Asbjornsen AE. Consistent impaired verbal memory in PTSD: a meta-analysis. *J Affect Disord* [Internet]. 2008;111(1):74–82. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med6&NEWS=N&AN=18377999>
 38. Johnson H, Thompson A. The development and maintenance of post-traumatic stress disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war trauma and torture: a review. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2008;28(1):36–47. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med6&NEWS=N&AN=17383783>
 39. Lindert J, Ehrenstein OS von, Priebe S, Mielck A, Brähler E. Depression and anxiety in labor migrants and refugees – A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* [Internet]. 2009;69(2):246–57. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953609002627>
 40. 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 - J Am Med Assoc* [Internet]. 2009;302(5):537–49. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med6&NEWS=N&AN=19654388>
 41. Tempany M. What Research tells us about the Mental Health and Psychosocial Wellbeing of Sudanese Refugees: A Literature Review. *Transcult Psychiatry* [Internet]. 2009 Jun 1;46(2):300–15. Available from: <https://doi.org/10.1177/1363461509105820>
 42. Meffert S, Ekblad S. Global mental health intervention research and mass trauma. *Open Access J Clin Trials*. 2013;5:61.
 43. Dossa NI, Hatem M. Cognitive-behavioral therapy versus other PTSD psychotherapies as treatment for women victims of war-related violence: a systematic review. *ScientificWorldJournal* [Internet]. 2012;2012:181847. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med8&NEWS=N&AN=22629120>
 44. Braquehais MD, Sher L. Posttraumatic stress disorder in war veterans: a discussion of the Neuroevolutionary Time-depth Principle. *J Affect Disord* [Internet]. 2010;125(1–3):1–9. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med7&NEWS=N&AN=19733913>
 45. Patel N, Kellezi B, Williams AC. Psychological, social and welfare interventions for psychological health and well-being of torture survivors [Internet]. 2014. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med7&NEWS=N&AN=00075320-100000000-07779>
 46. Perlman SE, Friedman S, Galea S, Nair HP, Eros-Sarnyai M, Stellman SD, et al. Short-term and medium-term health effects of 9/11. *Lancet (London, England)* [Internet]. 2011;378(9794):925–34. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=medc&NEWS=N&AN=21890057>
 47. Hassija CM, Jakupcak M, Gray MJ. Numbing and dysphoria symptoms of posttraumatic stress disorder among Iraq and Afghanistan War veterans: a review of findings and implications for treatment. *Behav Modif* [Internet]. 2012;36(6):834–56. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med8&NEWS=N&AN=22977267>
 48. Hines LA, Sundin J, Rona RJ, Wessely S, Fear NT. Posttraumatic stress disorder post Iraq and Afghanistan: prevalence among military subgroups. *Can J Psychiatry* [Internet]. 2014;59(9):468–79. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med10&NEWS=N&AN=25569079>
 49. 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):177–85.
50. Rizzo A, Parsons TD, Lange B, Kenny P, Buckwalter JG, Rothbaum B, et al. Virtual reality goes to war: a brief review of the future of military behavioral healthcare. *J Clin Psychol Med Settings* [Internet]. 2011;18(2):176–87. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med7&NEWS=N&AN=21553133>
 51. Roberts B, Browne J. A systematic review of factors influencing the psychological health of conflict-affected populations in low- and middle-income countries. *Glob Public Health* [Internet]. 2011 Dec 1;6(8):814–29. Available from: <https://doi.org/10.1080/17441692.2010.511625>
 52. Agazio J, Goodman P, Padden DL. Chapter 6 impact of deployment on military families. *Annu Rev Nurs Res* [Internet]. 2014;32:109–33. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med10&NEWS=N&AN=25222540>
 53. Crumlish N, O'Rourke K. A Systematic Review of Treatments for Post-Traumatic Stress Disorder Among Refugees and Asylum-Seekers. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. 2010;198(4). Available from: https://journals.lww.com/jonmd/Fulltext/2010/04000/A_Systematic_Review_of_Treatments_for.1.aspx
 54. McFarlane CA, Kaplan I. Evidence-based psychological interventions for adult survivors of torture and trauma: a 30-year review. *Transcult Psychiatry*. 2012;49(3–4):539–67.
 55. Crosby SS. Primary care management of non-English-speaking refugees who have experienced trauma: a clinical review. *JAMA* [Internet]. 2013;310(5):519–28. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med9&NEWS=N&AN=23925622>
 56. Siriwardhana C, Ali SS, Roberts B, Stewart R. A systematic review of resilience and mental health outcomes of conflict-driven adult forced migrants. *Confl Health* [Internet]. 2014;8(1):13. Available from: <https://doi.org/10.1186/1752-1505-8-13>
 57. Morina N, Malek M, Nickerson A, Bryant RA. Meta-analysis of interventions for posttraumatic stress disorder and depression in adult survivors of mass violence in low- and middle-income countries. *Depress Anxiety* [Internet]. 2017;34(8):679–91. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med13&NEWS=N&AN=28419625>
 58. Morina N, Stam K, Pollet T V, Priebe S. Prevalence of depression and posttraumatic stress disorder in adult civilian survivors of war who stay in war-afflicted regions. A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *J Affect Disord* [Internet]. 2018;239:328–38. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med1&NEWS=N&AN=30031252>
 59. Seguin M, Roberts B. Coping strategies among conflict-affected adults in low- and middle-income countries: A systematic literature review. *Glob Public Health* [Internet]. 2017;12(7):811–29. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med13&NEWS=N&AN=26609735>
 60. Purgato M, Gastaldon C, Papola D, van Ommeren M, Barbui C, Tol WA. Psychological therapies for the treatment of mental disorders in low- and middle-income countries affected by humanitarian crises [Internet]. 2018. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=coch&NEWS=N&AN=00075320-100000000-10313>
 61. Weiss WM, Uguento AM, Mahmooth Z, Murray LK, Hall BJ, Nadison M, et al. Mental health interventions and priorities for research for adult survivors of torture and systematic violence: a review of the literature. *Torture J*. 2016;26(1):27.
 62. Hoppen TH, Morina N. The prevalence of PTSD and major depression in the global population of adult war survivors: a meta-analytically informed estimate in absolute numbers. *Eur J Psychotraumatol* [Internet]. 2019 Feb 22;10(1):1578637. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30834069>
 63. Ba I, Bhopal RS. Physical, mental and social consequences in civilians who have experienced war-related sexual violence: a systematic review (1981–2014). *Public Health* [Internet]. 2017;142:121–35. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med13&NEWS=N&AN=27622295>
 64. Abu Suhaiban H, Grasser LR, Javanbakht A. Mental Health of Refugees and Torture Survivors: A Critical Review of Prevalence, Predictors, and Integrated Care. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019 Jun 28;16(13):2309. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31261840>
 65. Jones GL, Hanley T. The psychological health and well-being experiences of female military veterans: a systematic review of the qualitative literature. *J R Army Med Corps* [Internet]. 2017;163(5):311–8. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med13&NEWS=N&AN=28356493>
 66. Amodu OC, Richter MS, Salami BO. A Scoping Review of the Health of Conflict-Induced Internally Displaced Women in Africa. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 Feb 17;17(4):1280. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32079235>
 67. Hassan G, Ventevogel P, Jefee-Bahloul H, Barkil-Oteo A, Kirmayer LJ. Mental health and psychosocial wellbeing of Syrians affected by armed conflict. *Epidemiol Psychiatr Sci* [Internet]. 2016;25(2):129–41. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med1&NEWS=N&AN=30031252>

- rence&D=med12&NEWS=N&AN=26829998
68. Weisleder P, Rublee C. The Neuropsychological Consequences of Armed Conflicts and Torture. *Curr Neurol Neurosci Rep* [Internet]. 2018;18(3):9. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med1&NEWS=N&AN=29445906>
 69. Bryan CJ, Griffith JE, Pace BT, Hinkson K, Bryan AO, Clemans TA, et al. Combat Exposure and Risk for Suicidal Thoughts and Behaviors Among Military Personnel and Veterans: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Suicide Life-Threatening Behav* [Internet]. 2015 Oct 1;45(5):633–49. Available from: <https://doi.org/10.1111/sltb.12163>
 70. Giordano NA, Bader C, Richmond TS, Polomano RC. Complexity of the Relationships of Pain, Posttraumatic Stress, and Depression in Combat-Injured Populations: An Integrative Review to Inform Evidence-Based Practice. *Worldviews evidence-based Nurs* [Internet]. 2018;15(2):113–26. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med13&NEWS=N&AN=29443439>
 71. Fulton JJ, Calhoun PS, Wagner HR, Schry AR, Hair LP, Feeling N, et al. The prevalence of posttraumatic stress disorder in Operation Enduring Freedom/Operation Iraqi Freedom (OEF/OIF) Veterans: a meta-analysis. *J Anxiety Disord* [Internet]. 2015;31:98–107. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med11&NEWS=N&AN=25768399>
 72. Waszak DL, Holmes AM. The Unique Health Needs of Post-9/11 U.S. Veterans. *Workplace Health Saf* [Internet]. 2017;65(9):430–44. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med13&NEWS=N&AN=28849739>
 73. Janulewicz PA, Krengel MH, Maule A, White RF, Cirillo J, Sisson E, et al. Neuropsychological characteristics of Gulf War illness: A meta-analysis. *PLoS One* [Internet]. 2017;12(5):e0177121. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=medc&NEWS=N&AN=28520755>
 74. Baird E, Williams A, Hearn L, Amris K. Interventions for treating persistent pain in survivors of torture. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017;(8). Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD012051.pub2>
 75. Alzate M, Dono M. Reconciliación social como estrategia para la transformación de los conflictos sociopolíticos, variables asociadas e instrumentos de medición. *Univ Psychol*. 2017;16(3).
 76. Ferraz MPT, De Jesús Mari J, Herrera W. Trastornos mentales y conflicto armado interno en Guatemala. *Actas Esp Psiquiatr*. 2005;33(4):238–43.
 77. Penayo U, Caldera T, Jacobsson L. Prevalencia de trastornos mentales en adultos de Subtiava, León, Nicaragua. 1992;
 78. Gómez-Restrepo C, Tamayo-Martínez N, Buitrago G, Guarnizo-Herreño CC, Garzón-Orjuela N, Eslava-Schmalbach J, 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;45:147–53.
 79. Menchero MS. Las consecuencias de la guerra en las emociones y la salud mental. Una historia de la psicopatología y medicalización en los frentes bélicos de Occidente (1914–1975). *Rev Estud Soc*. 2017;(62):90–101.
 80. Médicos Sin Fronteras. Tres veces víctimas. Víctimas de la violencia, el silencio y el abandono. Conflicto armado y salud mental en el departamento de Caquetá, Colombia. Recuperado de <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/7372.pdf>; 2010.
 81. Perlick DA, Sautter FJ, Becker-Cretu JJ, Schultz D, Grier SC, Libin A V, et al. The incorporation of emotion-regulation skills into couple-and family-based treatments for post-traumatic stress disorder. *Mil Med Res*. 2017;4(1):21.
 82. Dworkin ER, Bergman HE, Walton TO, Walker DD, Kaysen DL. Co-Occurring Post-Traumatic Stress Disorder and Alcohol Use Disorder in US Military and Veteran Populations. *Alcohol Res Curr Rev*. 2018;39(2):161.
 83. Arévalo Naranjo L. Atención y reparación psicosocial en contextos de violencia sociopolítica: una mirada reflexiva. *Rev Estud Soc*. 2010;(36):29–39.
 84. Martín-Baró I. La violencia y la guerra como causas del trauma psicosocial en El Salvador. *El Salvador UCA Ed*. 1990;
 85. Hollander A-C, Dal H, Lewis G, Magnusson C, Kirkbride JB, Dalman C. Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden. *bmj*. 2016;352.
 86. Bowlby J. A secure base: Parent-child attachment and healthy human development. *Basic books*; 2008.
 87. Tsankova N, Renthal W, Kumar A, Nestler EJ. Epigenetic regulation in psychiatric disorders. *Nat Rev Neurosci*. 2007;8(5):355–67.
 88. Yehuda R, Halligan SL, Grossman R. Childhood trauma and risk for PTSD: relationship to intergenerational effects of trauma, parental PTSD, and cortisol excretion. *Dev Psychopathol*. 2001;13(3):733–53.

Anexo 1		Estrategia de Búsqueda
Reporte de búsqueda electrónica No. 1		
Base de datos	MEDLINE(R)	
Plataforma	Ovid	
Fecha de búsqueda	01-05-2020	
Rango de fecha de búsqueda	Sin restricción	
Restricciones de lenguaje	Sin restricción	
Otros límites	Revisiones, máxima sensibilidad	
Estrategia de búsqueda (resultados)	<ol style="list-style-type: none"> 1. exp Adult/ (7132696) 2. middle aged.ab,ti. (41529) 3. aged.ab,ti. (562605) 4. 1 OR 2 OR 3 (7368951) 5. exp Armed Conflicts/ (10326) 6. war.ab,ti. (38019) 7. (War and (conflict or crimen)).ab,ti. (1918) 8. 5 OR 6 OR 7 (44491) 9. 4 AND 8 (11102) 10. limit 8 to "reviews (best balance of sensitivity and specificity)" (467) 	
Referencias identificadas	467	
Reporte de búsqueda electrónica No. 2		
Base de datos	Embase	
Plataforma	Elsevier	
Fecha de búsqueda	01-05-2020	
Rango de fecha de búsqueda	Sin restricción	
Restricciones de lenguaje	Sin restricción	
Otros límites	Revisión	
Estrategia de búsqueda (resultados)	<ol style="list-style-type: none"> 11. 'adult'/exp OR adult* (9266026) 12. 'older adult*':ab,ti (96838) 13. 1 OR 2 (9266026) 14. 'war'/exp (31774) 15. 'armed conflict*':ab,ti (1282) 16. 'crimean war':ab,ti (117) 17. 4 OR 5 OR 6 (32327) 18. 3 AND 7 (6565) 19. 8 AND 'Review'/it (280) 20. 9 AND 'Review'/it AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim) (60) 	
Referencias identificadas	60	
Reporte de búsqueda electrónica No. 3		
Tipo de búsqueda	Nueva	
Base de datos	Cochrane Database of Systematic Reviews	
Plataforma	Ovid	
Fecha de búsqueda	01-05-2020	
Rango de fecha de búsqueda	Sin restricción	
Restricciones de lenguaje	Sin restricción	
Otros límites	Revisión	

Anexo 2		Estudios excluidos con razones	
#	Autor	Título	Razón de exclusión
1	Allen, I. M. (1986).	Posttraumatic stress disorder among black Vietnam veterans.	No es revisión
2	Mino, Y., & Ohara, H. (1991).	[A review on mental health and psychiatric services in England].	No enfocado en conflicto armado
3	Choy, T., & De Bosset, F. (1992).	Post-traumatic stress disorder: an overview.	No es revisión
4	Coulter, N. A. (1992).	Militarism: a psychosocial disease.	No es revisión
5	Camp, N. M. (1993).	The Vietnam War and the ethics of combat psychiatry.	No enfocado en salud mental
6	Goreta, M. (1994).	Posttraumatic stress disorder resulting from war traumas and its forensic- psychiatric meaning	No es revisión
7	Loo, C. M. (1994).	Race-related PTSD: the Asian American Vietnam veteran.	No es revisión
8	Wood, D. P., & Hirschberg, B. C. (1994). Hypnosis	Hypnosis with the surgical patient.	No es revisión
9	Jongedijk, R.A., Carlier, I. V.E., Schreuder, B.J.N. and Gersons, B.P.R. (1996)	Is there a place for the Complex Post-Traumatic Stress Disorder?	No encontrado
10	Mazor, A., & Mendelsohn, Y. (1996).	Continuous suffering: A systemic couple therapy of an adult child survivor	No es revisión
11	Subilia, L., Bertrand, D., & Loutan, L. (1996).	[Identification of victims of violence and torture: the practitioner's role].	No es revisión
12	Smith, L. (1997)	Critical thinking, health policy, and the Hmong culture group, Part II.	No es revisión
13	Flint, A. J. (1998).	Management of anxiety in late life.	No enfocado en conflicto armado
14	Hodgins, S. (1998).	Epidemiological investigations of the associations between major mental disorders and crime: methodological limitations and validity of the conclusions.	No es revisión
15	Joshi, P. T. (1998).	Guidelines for international trauma work	No es revisión
16	de Vries, M., Soetekouw, P.M., van Bergen, L.F., van der Meer, J.W., Bleijenberg, G. (1999)	[Somatic and psychological symptoms in soldiers after military clashes and peace-keeping missions].	No enfocado en salud mental
17	Mander, G. (1999).	The absent father and his return: Echoes of war	No es revisión
18	Van der Hart, O., Brown, P., & Graafland, M. (1999)	Trauma-induced dissociative amnesia in World War I combat soldiers.	No es revisión
19	Solomon, Z. (2000).	The psychological consequences of war: The Israeli experience	No encontrado
20	Breslau, N. (2001).	The epidemiology of posttraumatic stress disorder: what is the extent of the problem?.	No es revisión
21	Solomon, Z. (2001).	The impact of posttraumatic stress disorder in military situations.	No encontrado
22	Rose, S. C., Bisson, J., Churchill, R., & Wessely, S. (2002).	Psychological debriefing for preventing post-traumatic stress disorder (PTSD)	No enfocado en conflicto armado
23	Kaiman, C. (2003).	PTSD in the World War II combat veteran.	No es revisión
24	Hunter, E. C., Sierra, M., & David, A. S. (2004).	The epidemiology of depersonalisation and derealisation. A systematic review.	No enfocado en conflicto armado

Anexo 2 (cont.)		Estudios excluidos con razones	
25	O'Donnell, C. (2005).	The greatest generation meets its greatest challenge: Vision loss and depression in older adults	No es revisión
26	Vickers, B. (2005).	Cognitive model of the maintenance and treatment of post-traumatic stress disorder applied to children and adolescents	No enfocado a la población
27	Kloner, R. A. (2006).	Natural and unnatural triggers of myocardial infarction.	No enfocado en salud mental
28	Schraiber, L. B., D'Oliveira, A. F. P., & Couto, M. T. (2006).	[Violence and health: recent scientific studies].	No enfocado en salud mental
29	Stein, D. J., Ipser, J. C., Seedat, S., Sager, C., & Amos, T. (2006).	Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder (PTSD)	No enfocado en conflicto armado
30	Bader, K., & Schäfer, V. (2007)	Sleep disturbances following traumatic experiences in childhood and adolescence: A review	No enfocado a la población
31	Talbott, J. A. (2007).	Association Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in Cohorts of First-Episode Patients: A Systematic Review Marshall M, Lewis S, Lockwood A, et al (Univ of Manchester, England; Univ of Cambridge, England)	No es revisión
32	Dekel, R., & Goldblatt, H. (2008).	Is there intergenerational transmission of trauma? The case of combat veterans' children.	No enfocado a la población
33	Peterson, A. L., Baker, M. T., & McCarthy, K. R. (2008).	Combat stress casualties in Iraq. Part 1: behavioral health consultation at an expeditionary medical group.	No es revisión
34	Allen, J., & Annells, M. (2009).	A literature review of the application of the Geriatric Depression Scale, Depression Anxiety Stress Scales and Post-traumatic Stress Disorder Checklist to community nursing cohorts.	No es revisión
35	Dausch, B. M., & Saliman, S. (2009).	Use of family focused therapy in rehabilitation for veterans with traumatic brain injury.	No es revisión
36	Belevitin, A. B., Nikitin, A. E., Shamre, V. K., & Kurasov, E. S. (2010).	[Mental disorders at hypertensive illness at military men of young age (analysis of a condition of a problem)].	No enfocado en salud mental
37	Benagiano, G., Carrara, S., & Filippi, V. (2010).	Social and ethical determinants of human sexuality: 2. Gender-based violence.	No enfocado en salud mental
38	Grzywa, A., Kucmin, A., & Kucmin, T. (2010).	[Suicide problems--epidemiology, factors, motives and prevention. Part II].	No es revisión
39	Lorber, W., & Garcia, H. A. (2010).	Not supposed to feel this: traditional masculinity in psychotherapy with male veterans returning from Afghanistan and Iraq.	No es revisión
40	Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., & Bisson, J. I. (2010).	Early psychological interventions to treat acute traumatic stress symptoms	No enfocado en conflicto armado
41	Woon, F. L., Sood, S., & Hedges, D. W. (2010).	Hippocampal volume deficits associated with exposure to psychological trauma and posttraumatic stress disorder in adults: a meta-analysis.	No enfocado en conflicto armado.
42	Gómez-Sánchez, P. I., Urquijo-Velásquez, L. E., & Villarreal, C. (2011)	Estrategia FIGO para la prevención del aborto inseguro: experiencia en Colombia TT - Experience in Colombia regarding the FIGO strategy for preventing unsafe abortion	No enfocado en salud mental
43	Marasović Šušnjara, I., Definis Gojanović, M., Vodopija, D., Čapkun, V., & Smoljanović, A. (2011).	Influence of war on quantitative and qualitative changes in drug-induced mortality in Split-Dalmatia County, Croatia.	No es revisión

Anexo 2 (cont.)		Estudios excluidos con razones	
44	Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013).	Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults	No enfocado en conflicto armado
45	Gillies, D., Taylor, F., Gray, C., O'Brien, L., & D'Abrew, N. (2013)	Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents	No enfocado en la población
46	López, B. E. A. (2013)	Salud mental y violencia política. Atender al enfermo psiquiátrico o reconocer al sujeto de la micropolítica TT - Mental Health and Political Violence. Care of Psychiatric Patient or Acknowledge of the Micropolitics of the Subject	No enfocado en la población
47	Orlowski, H. V., Klauer, T., Freyberger, H. J., Seidler, G. H., & Kuwert, P. (2013).	[The psychology of being unaccounted for, based on the example of children of missing German soldiers from World War II].	No encontrado
48	Sijbrandij, M., Reitsma, J. B., Roberts, N. P., Engelhard, I. M., Olf, M., Sonneveld, L. P., & Bisson, J. I. (2013).	Self-report screening instruments for post-traumatic stress disorder (PTSD) in survivors of traumatic experiences	No enfocado en conflicto armado
49	Unwin, B. K., Goodie, J., Reamy, B. V., & Quinlan, J. D. (2013).	Care of the college student.	No enfocado en conflicto armado
50	Bormann, J. E., Weinrich, S., Allard, C. B., Beck, D., Johnson, B. D., & Holt, L. C. (2014).	Chapter 5 mantram repetition: an evidence-based complementary practice for military personnel and veterans in the 21st century.	No es revisión
51	Cowlishaw, S., Evans, L., Suomi, A., & Rodgers, B. (2014).	Couple and family therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD)	No es una revisión
52	Kelly, U., Boyd, M. A., Valente, S. M., & Czekanski, E. (2014).	Trauma-informed care: keeping mental health settings safe for veterans.	No es una revisión
53	Uphold, C. R., Jordan, M., & Freytes, M. (2014).	Chapter 8 family caregivers of veterans: a critical review of the empirical literature and recommendations for future research.	No enfocado en la población
54	Kantha, S. S. (2015).	Suicides of 84 newsworthy Japanese between 1912 and 2015	No enfocado en salud mental
55	Paslakis, G., Graap, H., & Erim, Y. (2015).	[Media Exposure and Posttraumatic Stress Disorder: Review and Implications for Psychotherapy].	No enfocado en conflicto armado
56	Pfefferbaum, B., Jacobs, A. K., Nitiéma, P., & Everly, G. S. (2015)	Child debriefing: a review of the evidence base.	No enfocado en la población
57	Rousseau, C., Jamil, U., Bhui, K., & Boudjarane, M. (2015).	Consequences of 9/11 and the war on terror on children's and young adult's mental health: a systematic review of the past 10 years.	No enfocado en la población
58	Sibai, A. M., Rizk, A., & Kronfol, N. M. (2015).	Aging in Lebanon: Perils and prospects	No es revisión
59	Silva, R. S., de Vargas, F., Hoffmeister, F. X., Prates, P. F., & Vasconcellos, S. J. L. (2015)	Adolescentes em conflito com a lei no Brasil: pesquisar para intervir TT - Teenagers in Conflict with the Law in Brazil: Research to Intervene	No enfocado en la población

Anexo 2 (cont.)		Estudios excluidos con razones	
60	Terasaki, G., Ahrenholz, N. C., & Haider, M. Z. (2015)	Care of Adult Refugees with Chronic Conditions.	No es revisión
61	Abou-Abbass, H., Bahmad, H., Ghandour, H., Fares, J., Wazzi-Mkahal, R., Yacoub, B., ... & Tamim, H. (2016)	Epidemiology and clinical characteristics of traumatic brain injury in Lebanon: A systematic review.	No enfocado en salud mental
62	Jeschke, E. A. (2016).	Postdeployment Reintegration: The Ethics of Embodied Personal Presence and the Formation of Military Meaning.	No es revisión
63	Purgato, M., Gastaldon, C., Papola, D., van Ommeren, M., Barbui, C., & Tol, W. A. (2016).	Psychological and social interventions for the prevention of mental disorders in people living in low- and middle-income countries affected by humanitarian crises	No es revisión
64	Stein, J. Y., Crompton, L., Ohry, A., & Solomon, Z. (2016)	Attachment in detachment: The positive role of caregivers in POWs' dissociative hallucinations.	No es revisión
65	Amoroso, T., & Iverson, K. M. (2017).	Acknowledging the Risk for Traumatic Brain Injury in Women Veterans.	No enfocado en salud mental
66	Gopalan, S. S., Das, A., & Howard, N. (2017).	Maternal and neonatal service usage and determinants in fragile and conflict-affected situations: a systematic review of Asia and the Middle East.	No enfocado en salud mental
67	Hendin, H. (2017).	Psychodynamic Treatment of Combat Veterans with PTSD at Risk for Suicide.	No es revisión
68	Slack, M. (2017).	Women as victims of war	No enfocado en salud mental
69	Lewis, C., Roberts, N. P., Bethell, A., Robertson, L., & Bisson, J. I. (2018)	Internet-based cognitive and behavioural therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults	No enfocado en conflicto armado
70	Romeu-Bordas, A. (2018).	History of American military nursing during world war II	No enfocado en la población
71	Doody, C. B., Robertson, L., Uphoff, N., Bogue, J., Egan, J., & Sarma, K. M. (2019).	Pre-deployment programmes for building resilience in military and frontline emergency service personnel	No enfocado en salud mental
72	Belsher, B. E., Beech, E., Evatt, D., Smolenski, D. J., Shea, M. T., Otto, J. L., ... & Schnurr, P. P. (2019).	Present-centered therapy (PCT) for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults	No enfocado en conflicto armado
73	Canan, F., & North, C. S. (2019).	Dissociation and disasters: A systematic review.	No enfocado en conflicto armado
74	Gondek, D., Bann, D., Ning, K., Grundy, E., & Ploubidis, G. B. (2019).	Post-war (1946-2017) population health change in the United Kingdom: A systematic review.	No enfocado en salud mental
75	Guerra, J. V. V., Alves, V. H., Rachedi, L., Pereira, A. V., Branco, M. B. L. R., Santos, M. V. D., ... & Carvalho, B. F. (2019).	Forced international migration for refugee food: a scoping review.	No enfocado en salud mental