



Capítulo 94/94

Tratado de psiquiatría clínica  
Massachusetts General Hospital  
2017 - 2018

# **SALUD MENTAL GLOBAL EN EL SIGLO XXI**

*Trabajamos para su tranquilidad...*

# Salud mental global en el siglo XXI

---

*Richard F. Mollica, MD, MAR*

*Christina P. C. Borba, PhD, MPH*

*Jesse M. Katon*

*Claire E. Oppenheim, BS*

*Gregory L. Fricchione, MD*

*David C. Henderson, MD*

## PUNTOS CLAVE

---

- La salud mental es esencial para la salud general en todo el mundo; sin embargo, hay una necesidad continua de educar a los psiquiatras de los países desarrollados sobre la salud mental global y construir recursos psiquiátricos y de salud mental para satisfacer una necesidad creciente.
- Las enfermedades mentales (que son típicamente trastornos de inicio precoz y alta prevalencia) representan el 13% de la carga total de enfermedad; sin embargo, los recursos sanitarios dedicados a la salud mental son desproporcionadamente escasos.
- La experiencia en países en vías de desarrollo nos ofrece lecciones sobre cómo superar esas dificultades (p. ej., formando nuevos psiquiatras en el mundo en vías de desarrollo con la ayuda de voluntarios de países desarrollados y la Organización Mundial de la Salud y formando a profesionales de atención primaria en las enfermedades mentales).
- Estudios recientes han destacado la importancia de apreciar el sufrimiento psicológico y físico causado por la tortura; la tortura y las experiencias degradantes son como mínimo iguales en cuanto a su impacto físico y mental sobre los supervivientes.
- Hay que prestar especial atención a la salud mental de los niños y los adolescentes y a la salud de las mujeres relacionada con la violencia.

## Perspectiva general

La salud global se ha convertido en un área de creciente interés y dedicación en los últimos años. Citando al anterior director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Dra. Gro Brundtland, «no solo cómo mueren las personas, sino cómo viven se ha convertido en un ingrediente clave en todos los planes sanitarios internacionales».<sup>1</sup> Además, el destacado Surgeon General de EE. UU., David Satcher, escribió en 2001 que, sin duda, había llegado el momento de la salud mental global.<sup>2</sup> Uno de los motivos de este nuevo interés fue el desarrollo de una medida de investigación importante denominada *años de vida ajustados según la discapacidad* (AVAD). La medida de AVAD significa la suma de años de vida perdidos por muertes prematuras en la población en comparación con los años de vida perdidos por discapacidad para casos incidentes del trastorno de la salud en cuestión. Como medida sanitaria, amplía el concepto de años potenciales de vida perdidos por muerte prematura para incluir los años equivalentes de vida saludable perdidos por discapacidad. Los AVAD se convierten en una sola unidad de carga global de enfermedad que puede aplicarse en todo el mundo.<sup>3,4</sup>

Además del 13% de la carga de enfermedad en la salud global que representan las enfermedades mentales, existen cargas ocultas e indefinidas que hay que considerar.<sup>5</sup> La «carga oculta» queda reflejada en las consecuencias sociales que llevan al desempleo, la estigmatización y las violaciones de los derechos humanos, y no solo en los hallazgos patológicos. También existe el concepto de «carga indefinida», que engloba el impacto negativo que los efectos sociales y económicos ejercen sobre las familias, los amigos y las comunidades de aquellos que sufren

trastornos mentales. Los afectados potenciales de enfermedades mentales relacionados con discapacidades incluyen el llamado capital social y el desarrollo comunitario.

En este capítulo exploraremos por qué la enfermedad mental es costosa en todo el mundo (p. ej., es prevalente) y aportaremos una mirada en profundidad de una parte del mundo en vías de desarrollo, Etiopía. Se examinarán las iniciativas dirigidas a constituir servicios de salud mental en atención primaria de los países en vías de desarrollo, junto con la necesidad de investigar la salud mental global. A continuación, resumiremos el Programa de Acción global en Salud Mental de la OMS, que intenta responder a las necesidades mundiales en esta área. Por último, describiremos nuevas iniciativas cuyo fin es reducir la carga global de enfermedad secundaria a enfermedades mentales.

## Coste de la enfermedad mental

La enfermedad mental confiere una gran discapacidad no solo en países ricos, sino también en aquellos de ingresos bajos y medios. Además, el reconocimiento de la enfermedad mental parece estar en ascenso en todo el mundo. En el informe de 2005 de la OMS, globalmente, el 31,7% de todos los años vividos con discapacidad se debían a trastornos neuropsiquiátricos. En 2004, el 4,3% de todos los AVAD perdidos se debían a trastornos depresivos unipolares.<sup>2</sup> En países de ingresos altos, la enfermedad de Alzheimer y otras demencias eran la cuarta causa de carga de enfermedad en 2004. Se ha estimado que en 2030 los trastornos depresivos unipolares se convertirán en la primera causa de carga de enfermedad, y las enfermedades cardiovasculares pasarán al segundo puesto en las causas de carga de enfermedad ([tabla 94-1](#)).<sup>32</sup>

**Tabla 94-1**

**Carga de enfermedad medida en años de vida ajustados según la discapacidad (AVAD)**

Estimación de 2004			Proyección para 2030		
<i>Puesto</i>	<i>Causa</i>	<i>% de AVAD totales</i>	<i>Puesto</i>	<i>Causa</i>	<i>% de AVAD totales</i>
1	Infecciones respiratorias bajas	6,2	1	<b>Depresión mayor unipolar</b>	6,2
2	Enfermedades diarreicas	4,8	2	Cardiopatía isquémica	5,5
3	<b>Depresión mayor unipolar</b>	4,3	3	Accidentes de tráfico	4,9
4	Cardiopatía isquémica	4,1	4	Enfermedad cerebrovascular	4,3
5	VIH/sida	3,8	5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3,8

Estimación de 2004			Proyección para 2030		
Puesto	Causa	% de AVAD totales	Puesto	Causa	% de AVAD totales
6	Enfermedad cerebrovascular	3,1	6	Infecciones respiratorias bajas	3,2
7	Prematuridad y bajo peso al nacer	2,9	7	Tuberculosis	2,9
8	Asfixia y traumatismos al nacimiento	2,7	8	Defectos de la refracción	2,7
9	Accidentes de tráfico	2,7	9	VIH/sida	2,5
10	Infecciones neonatales y otras	2,7	10	Diabetes mellitus	2,3

La enfermedad mental ha aumentado de importancia en el escenario de la salud pública mundial por varios motivos: la mayor esperanza de vida ha provocado un aumento en la prevalencia de demencias; la inestabilidad de la sociedad ha resultado en lazos familiares y sociales frágiles y menos apoyo social; las guerras civiles y los conflictos internacionales han creado más refugiados y casos de trastorno de estrés postraumático (TEPT); y los cambios sociales hacia la tecnología y la comercialización quizás hayan contribuido a la alienación y la depresión. En conjunto, estos factores pueden llevar a un entorno hostil para la salud mental.

## Prevalencia de los trastornos mentales

En 1990 se diseñó una recopilación del programa de entrevista diagnóstica ajustado según la nosología de la Clasificación Internacional de Enfermedades y el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*, 4.ª Ed., y fueron diseñados los criterios diagnósticos denominados Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Posteriormente, en 1998, la OMS formó el International Consortium in Psychiatric Epidemiology para llevar a cabo estudios comparativos transnacionales de la prevalencia y los correlatos de enfermedades mentales; pasó a usar la CIDI por todo el mundo (en siete regiones de Norteamérica, Latinoamérica y Europa)<sup>10,11</sup> (tabla 94-2). El inicio precoz de los trastornos mentales es frecuente, al igual que su cronicidad. Esto resulta especialmente cierto en los trastornos de ansiedad; la mediana de la edad de inicio para los trastornos de ansiedad fue de 15 años, mientras que la correspondiente a los trastornos afectivos era 26 años, y de los trastornos por consumo de drogas y otras sustancias, 21 años. Algunas medidas socioeconómicas (como ingresos bajos, nivel educativo escaso, desempleo y no estar casado) se asociaban positivamente con tener un trastorno mental.

**Tabla 94-2**

**Prevalencias: a lo largo de la vida de trastornos del DSM-III-R en los ICPE Survey Studies**

	<b>Brasil</b>	<b>Canadá</b>	<b>Alemania</b>	<b>México</b>	<b>Holanda</b>	<b>Turquía</b>	<b>EE. UU.</b>
Trastornos de ansiedad	17,4	21,3	9,8	5,6	20,1	7,4	25
Trastornos afectivos	15,5	10,2	17,1	9,2	18,9	7,3	19,4
Trastornos inducidos por sustancias	16,1	19,7	21,5	9,6	18,7	0	28,2
Todos los trastornos del estudio	36,3	37,5	38,4	20,1	40,9	12,2	48,6

Adaptado de WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology: Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders, *Bull World Health Organ* 78:413–426, 2000.

<sup>5</sup> Prevalencias expresadas en porcentajes.

El International Consortium concluyó que los trastornos mentales son una de las primeras causas de carga de enfermedad de todos los grupos. Esto se debe a su elevada prevalencia, cronicidad, edad de inicio temprana, y el deterioro grave resultante. Se recomendó prevención, alcance e intervención precoz para las personas con trastornos mentales. El consorcio exigió programas de garantía de calidad que examinaran el problema del tratamiento inadecuado de los trastornos mentales. Una de estas áreas problemáticas (TEPT en sociedades tras conflictos) fue investigada por de Jong et al. en 2001.<sup>12</sup> Se encontró TEPT en el 37,4% de los estudiados en Argelia, el 28,4% en Camboya, el 17,8% en Gaza y el 15,8% en Etiopía.

## **Etiopía y salud mental en los países en vías de desarrollo: ejemplo de salud mental global**

Etiopía es un país africano del tamaño de Texas con una población de 75 millones. Desafortunadamente, ha sufrido muchos desastres (como sequía, hambruna, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], tuberculosis, paludismo, desplazamientos internos [debidos a guerras civiles y en las fronteras], pobreza extrema y otros estresantes y acontecimientos traumáticos). A pesar de todo, solo hay 41 psiquiatras en el país y únicamente un hospital psiquiátrico (Amanuel Hospital) con 268 camas.<sup>13</sup> Además, existen 10 clínicas psiquiátricas ambulatorias establecidas por el Gobierno y repartidas por todo el país. Actualmente, se está construyendo un nuevo hospital general alrededor del área de Kotebe en Adís Abeba, que tendrá cierto número de camas psiquiátricas. Sin embargo, estos servicios siguen siendo tristemente inadecuados para la gran población, y mayormente inaccesibles a la población etíope residente fuera de la capital.<sup>14</sup> En 2003, la universidad de Adís Abeba creó un programa de formación de residencia en psiquiatría que graduó a su primera clase en 2006, aumentando significativamente el número de psiquiatras del país. Actualmente, hay 30 psiquiatras formados en Etiopía mientras el programa de residencia continúa creciendo y desarrollándose. Además de los psiquiatras existentes hoy en día en Etiopía, hay 461 profesionales de enfermería psiquiátrica en ejercicio.<sup>15</sup>

En la región rural de Butajira, Awas et al.<sup>15</sup> encontraron que la prevalencia de problemas mentales era del 17,4%. Los problemas mentales son más frecuentes en mujeres, ancianos, analfabetos, personas con ingresos bajos, aquellos que abusan del alcohol, y en los viudos o divorciados. Se encontró consumo de alcohol problemático en el 3,7%, y consumo de *khat* (catinona, un compuesto anfetamínico presente en una planta que se mastica) en el 50%.

Con la CIDI, los trastornos mentales mayores tienen una prevalencia a lo largo de la vida del 31,8% en Etiopía. De estos, se encuentra ansiedad en el 75,7%, trastornos disociativos en el 6,3%, trastornos afectivos en el 6,2%, trastornos somatomorfos en el 5,9% y esquizofrenia en el 1,8%.<sup>15</sup>

En la región urbana de Adís Abeba, Kebede et al.<sup>16</sup> describieron en 1999 que los problemas mentales eran prevalentes (11,7%) en su muestra de 10.203 personas. Los problemas mentales se asociaban más con mujeres, ancianos, analfabetos, desempleados e individuos con familias pequeñas. Podría haberse producido una infracomunicación de enfermedad mental en áreas urbanas de Etiopía por el impacto del estigma, así como presiones gubernamentales existentes en el momento de los estudios. Tadesse et al.<sup>17</sup> encontraron en 1999 que la prevalencia de trastornos de la infancia y adolescencia en el distrito de Ambo en Etiopía era del 17,7%; esta cifra es menor que la prevalencia (21%) en EE. UU.<sup>18</sup>

Como comparación, en el estudio Epidemiological Catchment Area de EE. UU., la prevalencia a lo largo de la vida de los trastornos mentales mayores era del 29-38%.<sup>19</sup> Los trastornos de ansiedad y somatomorfos oscilaban entre el 10,4 y el 25%, mientras que el trastorno de depresión mayor (TDM) ocupa el intervalo de 3,7-6,7%.

Ninguna exposición sobre salud mental en Etiopía estaría completa sin hacer referencia a la epidemia de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida); en 2009 había 1.116.216 personas vivas con VIH/sida en el país.<sup>20</sup> Esto supone la tercera carga de población del mundo. La prevalencia global en adultos de infección por el VIH en Adís Abeba está entre el 10 y el 23%. Nadie ha realizado un estudio de las enfermedades psiquiátricas concomitantes asociadas con esta epidemia en Etiopía, pero la prevalencia de solo depresión en otras cohortes de pacientes con infección por el VIH oscila entre el 11 y el 35%.

En el *Atlas of Mental Health Resources* de 2005 de la OMS se señaló que no había política de salud mental, ni programa nacional ni asistencia comunitaria en salud mental, así como tampoco políticas sobre el consumo de drogas y otras sustancias ni leyes aplicables sobre la salud mental en Etiopía.<sup>21</sup> Otro obstáculo evidente era el escaso número de psiquiatras y profesionales de enfermería psiquiátrica, y la ausencia de psicólogos y trabajadores sociales. No obstante, desde 2005 se han producido cambios drásticos y mejoras en el sistema de salud mental de Etiopía. Como mencionamos, el número de profesionales de salud mental ha aumentado debido al desarrollo de varios programas de formación en psiquiatría en los últimos años. Además, de acuerdo con la estrategia nacional de salud mental de Etiopía,<sup>14</sup> el programa de neurología de la Addis Abbaba University ha graduado a 11 nuevos neurólogos.

## Servicios de salud mental en atención primaria en los países en vías de desarrollo

En 1974, la conferencia de Alma-Ata de la OMS estableció varias prioridades en salud mental (es decir, discapacidad mental crónica [incluido el retraso mental], demencia, adicciones, epilepsia y psicosis «funcionales»). Notablemente, cada año, hasta el 30% de la población mundial tiene algún tipo de trastorno mental, y al menos dos terceras partes de esas personas no recibirán un tratamiento adecuado.<sup>22</sup> En 2001, la OMS publicó el *World Health Report*, centrado en la salud mental.<sup>10</sup> Apuntaba soluciones a los problemas de la salud mental mundial: provisión de tratamiento en atención primaria; disponibilidad de psicotrópicos; asistencia en la comunidad; educar al público; involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores; establecer políticas nacionales y legislación; desarrollo de recursos humanos; conexión con otros sectores; vigilancia de la salud mental comunitaria, y respaldo de más iniciativas de investigación.

De acuerdo con una revisión de los estudios de intervención en salud mental, se planteó que deberían priorizarse proyectos de demostración con métodos rigurosos de evaluación y resultados, y modelos de servicios de salud mental adecuados.<sup>23</sup>

Los psiquiatras pueden hacer avanzar la causa de la salud mental en el mundo contribuyendo a la educación de los no psiquiatras (es decir, médicos de atención primaria, profesionales de enfermería, oficiales sanitarios y cuidadores [los que con más probabilidad proporcionarán la asistencia de salud mental en los países en vías de desarrollo]). A través de la educación, la interconsulta y la supervisión del tratamiento de pacientes es posible que un número bajo de psiquiatras hagan notar su impacto. Varios estudios basados en la evidencia han demostrado que los profesionales del sistema de atención primaria, con la formación, la asistencia y la supervisión adecuadas, son capaces de identificar, diagnosticar y tratar a aquellos que sufren trastornos mentales. Por este motivo, los profesionales de la medicina psicosomática, que habitualmente enseñan diagnósticos psiquiátricos y tratamiento a no psiquiatras, y realizan interconsultas clínicas son embajadores ideales de la psiquiatría global.

Las series de 2007 de *Lancet* identificaron barreras fundamentales al progreso de los objetivos de salud mental global, junto con distintas estrategias para ayudar a superarlas. Una de las estrategias mencionadas con más



frecuencia era la integración de la asistencia de salud mental en la asistencia sanitaria general. El tratamiento de los trastornos psiquiátricos en atención primaria es un método crítico y demostrado de aumentar el acceso y la calidad de una asistencia sanitaria global, ya que los trastornos físicos y mentales están muy relacionados. Las enfermedades psiquiátricas y neurológicas a menudo se producen concomitantemente con enfermedades físicas crónicas, como cardiopatías y accidente cerebrovascular, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas, cáncer y VIH/sida. En EE. UU., los datos estadísticos recientes de la National Comorbidity Survey estadounidense mostraron que el 68% de las personas diagnosticadas de trastornos de la salud mental desarrollaban al menos un trastorno físico. La ausencia de tratamiento de los problemas de salud mental concomitantes aumenta los costes globales de la asistencia sanitaria, impidiendo al mismo tiempo su eficacia. Además, debido a la estigmatización de la enfermedad mental en muchas culturas, los afectados tienden a describir el malestar mental somáticamente y, por ese motivo, si buscan tratamiento, a menudo lo harán en atención primaria.

Las series de 2007 de *Lancet* también describieron directrices de modelos innovadores que integrarían eficazmente los sistemas de salud mental y atención primaria. Estas directrices abogan por recursos humanos de bajo coste, un presupuesto específico para salud mental en atención primaria, y el nombramiento y la formación de profesionales de salud mental para supervisar y respaldar a la plantilla de atención primaria.<sup>23</sup> Desde 2007 se han producido ciertos avances en los países en vías de desarrollo hacia la integración de los sistemas de salud mental y atención primaria. Los líderes políticos y encargados de las decisiones de algunos países han aumentado la financiación destinada a salud mental en los últimos años. Además, ha habido cierto movimiento hacia la descentralización de la asistencia sanitaria y la reorganización de la asistencia de salud mental en atención primaria al proporcionar formación en salud mental a los médicos de atención primaria junto con la mejora de la disponibilidad y la accesibilidad de psicotrópicos.<sup>24</sup>

## Iniciativa de formación en salud pública en Etiopía

En 1997, el Gobierno etíope, con la ayuda del Carter Center, estableció la Ethiopian Public Health Training Initiative (EPHTI), que surgió de las conversaciones entre el expresidente estadounidense Jimmy Carter y el entonces primer ministro de Etiopía Meles Zenawi. La iniciativa tenía dos objetivos principales: fortalecer la capacidad de enseñanza de las facultades de Salud Pública etíopes mediante la educación de su personal docente y colaborar con los etíopes para desarrollar materiales creados específicamente con el fin de satisfacer las necesidades de aprendizaje del personal de los centros de salud.

Se han creado módulos (p. ej., sobre paludismo, diarrea, deshidratación, neumonía, sarampión, infección por el VIH, sida, sífilis, tuberculosis, tracoma, ascariosis, malnutrición, lombrices intestinales, lactancia materna, inmunización, enfermedades febriles agudas, anemia y planificación familiar) con el fin de educar a los trabajadores de salud pública, y en mayo de 2002 el consejo etíope aprobó un programa para formar al personal sanitario sobre salud mental en Etiopía.

Este módulo de formación se usa en facultades de Salud Pública en Etiopía. Las interacciones con atención primaria tienen lugar en cada unidad, puesto que los pacientes acuden a esas unidades sanitarias en busca de medicina general. Los profesionales de enfermería psiquiátrica y trabajadores sanitarios tienen la misión de educar a los médicos, profesionales de enfermería y trabajadores sanitarios de atención primaria sobre la salud mental. Hoy en día, más de 26.000 profesionales sanitarios formados por la EPHTI llegan al 90% de la población de Etiopía.

La historia etíope es importante para la psiquiatría internacional. La provisión de buenos servicios mentales en los países en vías de desarrollo requiere un enfoque bimodal como el adoptado en Etiopía. También es importante establecer una residencia en psiquiatría dentro del país. Ofrece una mínima protección frente a la «fuga de cerebros» que tiene lugar con frecuencia cuando los médicos se forman en otros países, y proporciona recursos humanos y un buen hacer profesional, muy necesarios. Este modelo podría ser replicado en otros países en vías de desarrollo. Por ejemplo, en 2007 la EPHTI Replication Conference dio a ministros, líderes y profesionales de salud mental de 10 Gobiernos africanos la oportunidad de conocer las estrategias usadas en el modelo EPHTI y comentar cómo esas estrategias podrían ayudar a mejorar la escasez de profesionales de salud mental en sus propios países. Como nunca habrá suficientes psiquiatras en países como Etiopía, es importante formar a otros profesionales de salud mental. A finales de 2010, como parte del acuerdo original, la EPHTI dependiente del Carter Center se trasladó oficialmente a los ministerios de salud y educación federales etíopes.

## Psiquiatría infantojuvenil

El conocimiento de los problemas de salud mental de los niños y los adolescentes de todo el mundo será un objetivo educativo importante en el siglo XXI.<sup>25</sup> Aunque la investigación sobre la salud mental infantojuvenil es limitada,

sabemos que cerca del 10-20% de los niños están afectados por problemas de salud mental en el mundo.<sup>26</sup> Ser conscientes de los estresantes sufridos por los niños y los adolescentes en áreas inmersas en conflictos y estudiar la naturaleza de sus respuestas proporciona la oportunidad de aprender más sobre la resiliencia y lo que debe hacerse para desarrollar programas más eficaces. Incluso en países desarrollados, la probabilidad de que un psiquiatra atienda a un niño, un adolescente o una familia de una cultura diferente ha aumentado notablemente (debido a la mayor inmigración y migración). La sensibilidad transcultural es crucial para reconocer las diferencias en la presentación, el cumplimiento y las intervenciones aceptables.

Superar la falta de psiquiatras de niños y adolescentes formados en los países en vías de desarrollo requiere estrategias innovadoras para enseñar y proporcionar asistencia clínica. En los países de ingresos bajos y medios existen actualmente paquetes y manuales que guían los programas de formación para tratar los trastornos mentales infantiles. No obstante, será necesario realizar muchos estudios en los países de ingresos bajos y medios, ya que la inmensa mayoría (90%) de los niños y los adolescentes del mundo viven en esos países. Además, es esencial integrar y formar asociaciones entre la asistencia de salud mental infantojuvenil y agencias situadas fuera del sector sanitario, como sistemas de justicia penal, educación y trabajo social.<sup>26</sup>

Aunque se han desarrollado algunas intervenciones o incluso se han puesto en marcha con éxito en distintos países de ingresos bajos, medios y altos, sigue habiendo muchas áreas descubiertas y limitaciones en esas intervenciones concretas. Si bien son necesarias intervenciones específicas con los niños y los adolescentes, también hay que reconocer que la salud mental materna es inseparable de la salud mental infantojuvenil, así como del desarrollo cognitivo y motor. Los efectos de los trastornos mentales maternos sobre el desarrollo del niño han sido menos estudiados en países de ingresos bajos y medios que en países desarrollados donde, por ejemplo, sabemos que la depresión posparto afecta al 10-15% de las mujeres y está ligada a consecuencias adversas en el desarrollo del hijo. Aunque no se ha estudiado tanto en países de ingresos bajos y medios, la prevalencia de depresión materna parece ser ligeramente mayor en esos países, lo que implica un impacto incluso más importante sobre la salud mental de los niños y los adolescentes. La psiquiatría infantojuvenil es un área de especialización importante; sin embargo, la asistencia a los niños y los adolescentes eficaz y global tiene que incluir también la salud mental de toda la unidad familiar.<sup>27</sup> Los países desarrollados tienen mucho que aprender del modo en que los países menos desarrollados han apoyado a familias y personas con trastornos mentales.

## Psiquiatría en áreas de conflicto

El daño psicológico causado por la violencia, el terror, las torturas y las violaciones de la guerra y los conflictos violentos no ha sido abordado adecuadamente ni convertido en una prioridad en el campo de la medicina psiquiátrica.<sup>28</sup> No es de extrañar que actualmente un cuerpo sustancial de investigación ponga de relieve que la salud mental es un problema grave en las poblaciones después de los conflictos.<sup>28</sup> Se necesitan más investigaciones basadas en la evidencia destinadas a maximizar los beneficios de las intervenciones (p. ej., programas psiquiátricos y actividades) para las sociedades afectadas por conflictos perturbadores.

Las personas afectadas directamente por guerras, conflictos civiles y terrorismo (incluidos refugiados, solicitantes de asilo, personas desplazadas internas [PDI] e inmigrantes ilegales) se esfuerzan en recomponer sus vidas tras soportar una crueldad y una violencia inimaginables. Los actos crueles y violentos presenciados y vividos por estos individuos son de muchos tipos; uno de los más frecuentes es la *tortura*. En su informe anual más reciente, Amnistía Internacional (AI) concluyó que en 112 países, el 70% del mundo, se tortura a los ciudadanos. El informe señala además que, aunque se han producido muchos movimientos eficaces de derechos humanos en la última década, sigue habiendo «distorsión de la soberanía», lo que significa que se sigue dejando atrás a millones de personas que continúan en peligro.<sup>29</sup> En los siguientes apartados se describe y define la tortura (como recogen las principales convenciones internacionales existentes), se exponen sus efectos físicos y psiquiátricos fundamentales (especialmente las consecuencias para la salud mental de la vivencia) y se presenta un modelo de base científica culturalmente válido para identificar y tratar a los supervivientes de torturas en el sector sanitario.

## Definiciones de tortura

Aunque la palabra «tortura» suele emplearse sin restricciones en el lenguaje cotidiano, su uso debería diferenciarse claramente de las palabras dedicadas a las acciones inhumanas y degradantes que no llegan a englobar la auténtica definición de «tortura». Una de las definiciones más citadas es la Declaración de Tokio de 1975 de la World Medical Association (WMA):<sup>30</sup> «Infligir sufrimiento físico o mental de forma deliberada, sistemática o gratuita, por parte de una o más personas que actúan por su cuenta o bajo las órdenes de cualquier autoridad, para forzar a otra persona a comunicar información, llevar a cabo una confesión o cualquier otro motivo».



La otra definición citada a menudo proviene de la Convención contra la Tortura de la Organización de las Naciones Unidas de 1984, que amplía esta definición, diferenciando los componentes legales y políticos asociados típicamente con la tortura:<sup>31</sup> «Cualquier acto por el cual se inflige dolor o sufrimiento intenso, físico o mental, intencionadamente a un individuo con fines como obtener de él o de una tercera persona información o una confesión, castigarle por un acto que él o una tercera persona ha cometido o se sospecha que ha cometido, o intimidarle o coaccionarle a él o a una tercera persona, o por cualquier motivo basado en cualquier tipo de discriminación, en que ese dolor o sufrimiento se inflige por un oficial público u otra persona actuando de forma oficial o por la instigación de este, o con su asentimiento o aquiescencia».

Estas definiciones de tortura internacionalmente aceptadas comparten dos elementos básicos: las personas están cautivas y son sometidas a un sufrimiento mental y físico extremo, y los autores tienen un objetivo o agenda política.

Los profesionales sanitarios (incluidos los clínicos de atención primaria y especialistas en salud mental) no suelen tener presentes estas convenciones internacionales. Sin embargo, estar al tanto de las dos características centrales de la tortura ayuda a identificar a aquellos que podrían haber sido torturados y quizás no soliciten ayuda médica y psiquiátrica relacionada con la tortura. La mayoría de las personas afectadas saben que han sido víctimas de actos inhumanos y crueles, pero no son capaces de contextualizar estas acciones como tortura respecto a las convenciones internacionales. En ocasiones, los profesionales sanitarios son las primeras autoridades civiles que comunican al paciente lo que es obvio: es decir, que ha sido torturado.

## Tipos y objetivo de la tortura

El [cuadro 94-1](#) resume los tipos más frecuentes de tortura. Los torturadores utilizan estas técnicas para conseguir varios fines. El objetivo principal de la tortura es destrozarse a una persona física y mentalmente con el objetivo de lograr que la víctima, su familia y su comunidad sean política, social y militarmente impotentes. Como expone Mollica<sup>32</sup> en *Healing Invisible Wounds: Paths to Hope and Recovery in a Violent World*, la humillación es un instrumento de tortura fundamental. Segundo, los torturadores aspiran a sembrar el terror en toda la comunidad o la cultura en la que vive la víctima. Un solo acto de tortura puede tener efectos devastadores en la comunidad al completo (p. ej., violación sistemática de las mujeres durante la guerra civil en Bosnia).

### **Cuadro 94-1 Formas más frecuentes de tortura**

- Golpes, patadas, golpes con objetos
- Golpes en la cabeza
- Amenazas, humillación
- Ser encadenado o atado a otros
- Exposición al calor, el sol o a una luz intensa
- Exposición a la lluvia, inmersión corporal o al frío
- Ser encerrado en un saco, una caja o un espacio muy pequeño
- Ahogamiento, inmersión de la cabeza en agua
- Asfixia
- Agotamiento, trabajo penoso
- Exposición a condiciones no higiénicas productoras de infecciones y otras enfermedades
- Vendar los ojos
- Aislamiento, encierro solitario
- Ejecución simulada
- Obligación de presenciar la tortura de otros
- Inanición
- Privación de sueño
- Suspensión por las manos y/o pies de una barra de metal
- Violación, mutilación de los genitales
- Humillación sexual
- Quemaduras
- Golpes en la planta de los pies con barras

- Trauma acústico
- Obligación de permanecer de pie
- Obligación de tirar orina o heces a otros prisioneros o recibir orina o heces de estos
- Administración de medicinas (no terapéutica)
- Inserción de agujas bajo las uñas de manos y pies
- Imposición de escribir confesiones numerosas veces
- Shocks repetidos con instrumentos eléctricos

Tomado de Mollica RF, Caspi-Yavin Y, Lavelle J, et al. The Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) manual: Cambodian, Laotian, and Vietnamese versions, *Torture* (Suppl 1):19-42, 1996.

## Efectos médicos y psiquiátricos de la tortura

El impacto médico y psiquiátrico de la tortura ha sido descrito extensamente.<sup>33-35</sup> Como describió el famoso epidemiólogo noruego Leo Eitinger en su estudio epidemiológico a gran escala de supervivientes de los holocaustos noruego y judío, todos los sistemas del cuerpo resultan afectados por la violencia extrema.<sup>36-37</sup> El profesional sanitario y de salud mental, al averiguar el tipo de tortura experimentado, se hará una idea preliminar de las marcas físicas de tortura que podría encontrar. Por ejemplo, golpear con bastones las plantas de los pies (llamado *falanga* en Latinoamérica) puede resultar en problemas traumatológicos graves. Como la violencia sexual es una forma frecuente de tortura, los profesionales médicos tienen que identificar sus efectos (incluidos un riesgo mayor de cáncer de cuello uterino, infección por el VIH y sida, y diversas disfunciones sexuales, también impotencia) y tratarlos. Los estudios han mostrado que muchas víctimas de tortura tienen déficits sensitivos y mnésicos persistentes y generalizados, deterioro cognitivo, dolor crónico y ciertos tipos de problemas motores (tan graves como paraplejía). Otros síntomas físicos más específicos son cefaleas, alteraciones de la audición, molestias digestivas y dolor articular. Es característico observar también cicatrices en la piel y luxaciones y fracturas óseas.<sup>36-38</sup>

Hasta hace muy poco tiempo, los efectos psiquiátricos de la tortura permanecieron mayormente invisibles, debido a la dificultad de valorar síntomas mentales en poblaciones culturalmente distintas, la búsqueda infructuosa de un «síndrome de la tortura» único y una concepción errónea sostenida en algunos círculos médicos de que la violencia extrema casi siempre provoca TEPT.<sup>35-39-40</sup>

Dos décadas de trabajo en la identificación de las secuelas médicas y psiquiátricas de la tortura han demostrado que no existe un «síndrome de la tortura» y que el TEPT y la depresión pueden identificarse fácilmente en todas las culturas. Además, aunque los síntomas físicos son frecuentes en supervivientes de torturas, por lo general estos síntomas corporales son signos de estrés emocional relacionado con la tortura y no impiden que los supervivientes revelen la naturaleza de su tortura y el impacto que esas experiencias tuvieron sobre su cuerpo y mente.

Estudios recientes han destacado la importancia de apreciar el sufrimiento físico y psicológico causado por la tortura; la tortura y las experiencias degradantes son, como mínimo, iguales en cuanto a su impacto físico y mental sobre los supervivientes.<sup>41</sup>

Además, los estudios de Mollica et al.<sup>42</sup> confirmaron los hallazgos de 1965 de Eitinger<sup>36</sup> referentes a la superposición de malestar físico y psicológico debidos a la violencia extrema. Gronvik y Lonnum, en la serie de artículos de Strom que estudiaron a los supervivientes noruegos de campos de concentración, relacionaron el síndrome del campo de concentración con alteraciones encefálicas.<sup>43</sup> Thygesen et al.,<sup>44</sup> en su estudio de 1.000 supervivientes de campos de concentración residentes en Dinamarca, pusieron de manifiesto una morbilidad neurológica y psiquiátrica significativa en su población de estudio asociada con la tortura descrita con más frecuencia: «Golpes y patadas en la cabeza». La investigación acerca del impacto sobre la salud mental después de la guerra en prisioneros de guerra (PDG) estadounidenses supervivientes de torturas y poblaciones de refugiados expuestos a violencia de masas ha apuntado conclusiones similares a los estudios pioneros previos. Hay indicios abundantes sobre la relación entre los malos tratos extremos asociados con la condición de PDG de la Segunda Guerra Mundial, Corea y Vietnam y el declive del estado neurocognitivo del PDG.<sup>45-50</sup> Los estudios de casos clínicos han documentado hallazgos neuropsiquiátricos crónicos (como exploración neurológica anómala y atrofia encefálica) en supervivientes de torturas.<sup>51-52</sup> Rasmussen,<sup>34</sup> en su análisis de 200 supervivientes de tortura, encontró que el 64% tenían déficits neurológicos: dos terceras partes de estos habían sufrido un traumatismo craneal. Otros estudios sobre supervivientes de tortura han revelado asociaciones similares entre la presencia de síntomas neuropsiquiátricos y el traumatismo craneoencefálico (TCE).<sup>53</sup>

Mollica et al.<sup>42,54</sup> han demostrado en numerosos estudios los efectos a largo plazo de la violencia de masas. Estos autores<sup>55-58</sup> encontraron muchos ejemplos de que los supervivientes camboyanos de violencia de masas y presos

políticos vietnamitas habían sido sometidos a TCE como forma habitual de tortura, que posteriormente se asociaba en gran medida con TEPT, depresión y síndrome posconmocional. Todos estos estudios apuntan en la dirección de la hipótesis original de Eitinger<sup>32</sup> de que la violencia extrema tiene un componente psicológico (debido a la degradación y la humillación de los acontecimientos traumáticos extremos) y el TCE resultante. En efecto, esto significa que el TEPT y la depresión (que se ha demostrado que son muchísimo más frecuentes en los supervivientes de tortura con TCE que en aquellos con traumatismos craneales) podrían estar enmascarando una lesión encefálica subyacente más grave.<sup>42-59,60</sup>

## Tratamiento médico y psiquiátrico de los supervivientes de torturas

Los supervivientes de torturas de todas las culturas buscan asistencia principalmente para sus problemas físicos y de salud mental en los líderes espirituales, sus mayores, sanadores tradicionales y médicos generales. Rara vez acuden de primeras a los psiquiatras;<sup>33-61</sup> esto se debe al estigma asociado con la asistencia psiquiátrica en la mayoría de las sociedades, y también al hecho de que la mayoría de los supervivientes de torturas no son conscientes de que sus problemas médicos y psiquiátricos están relacionados con la tortura sufrida. Por lo general, estas personas buscan ayuda de todos los sanadores de su comunidad al mismo tiempo, con la esperanza de que al menos un enfoque alivie su sufrimiento. El tratamiento de los profesionales sanitarios y de salud mental, tal como se expone en este apartado, no anula la utilidad de los enfoques complementarios.

Por lo general, los profesionales sanitarios y de salud mental suelen evitar la identificación de la tortura como causa de enfermedad médica y psiquiátrica, en gran medida porque no les parece que cuenten con las herramientas o el conocimiento para ayudar a las víctimas de torturas incluso si descubren sus antecedentes del acontecimiento traumático. Por este motivo, a menudo se pasa por alto la historia traumática del paciente. Como resultado, los supervivientes de torturas y los clínicos crean una relación de médico y paciente basada en la evitación del tema de la tortura.

En los últimos 10 años, el Harvard Program in Refugee Trauma (HPRT) ha desarrollado un modelo de 11 puntos (como se recoge en *Healing the Wounds of Mass Violence*) para la identificación y el tratamiento de los problemas físicos y psiquiátricos de supervivientes de torturas; se ha incorporado con éxito a la formación de profesionales sanitarios y de salud mental de EE. UU. y países que han pasado por conflictos (como Perú, Uganda, Ruanda, Camboya, Iraq y Afganistán; [cuadro 94-2](#)). A continuación se expone el programa de 11 puntos.

### Cuadro 94-2 Modelo de recursos de 11 puntos para el reconocimiento y el tratamiento de las reacciones a acontecimientos traumáticos

1. ¡PREGUNTE! La conversación franca con preguntas como: «Muchos pacientes sienten que sus vivencias de violencia masiva o acontecimientos traumáticos han afectado en gran medida a su salud y bienestar. ¿A usted le ha pasado esto?». Escuche la respuesta y valide la historia traumática del paciente. Esta acción tan sencilla suele ser curadora por sí misma. Utilice expresiones del tipo «ya veo» o «entiendo cómo le afecta eso»
2. IDENTIFIQUE efectos físicos o mentales concretos debidos a los resultados o a la amenaza continua de violencia o tortura. Por ejemplo, ¿refiere el paciente cefaleas, dolor de estómago, lumbalgia o alteraciones del sueño? ¿Muestra sentimientos de ansiedad y depresión? ¿Han empeorado los trastornos médicos o psiquiátricos?
3. DIAGNOSTIQUE Y TRATE. La mayoría de los pacientes *no* tendrán una enfermedad mental grave. La mayor parte de los pacientes se beneficiarán de prestar atención a su duelo, ansiedad generalizada, depresión, insomnio y TEPT. Utilice el Simple Screen de HPRT para decidir (v. página web de HPRT en [www.hppt-cambridge.org](http://www.hppt-cambridge.org))
4. DERIVE los casos de enfermedad mental grave encontrados en la detección sistemática (es decir, peligrosos para sí mismo y los demás, duelo complicado, formas graves de TEPT o depresión, discapacidad física y social) a un profesional de salud mental
5. REFUERCE Y ENSEÑE comportamientos positivos y técnicas de afrontamiento durante la consulta del paciente. Recuerde al paciente que se fortalezca en el plano físico, espiritual y mental. Utilice frases del tipo: «Me gustaría que siguiera por el buen camino, es bueno para usted y le ayudará a afrontar». Anime a hacer ejercicio, relajación y técnicas anti-ansiedad
6. RECOMIENDE el altruismo, el trabajo y las actividades espirituales. Use frases como: «Le recomiendo encarecidamente que trabaje y esté ocupado, intente ayudar a otros, y consulte con su guía religioso o realice actividades espirituales como meditar o rezar»
7. REDUZCA los comportamientos de alto riesgo (como fumar, beber, consumo de drogas y sexo sin protección). Haga preguntas del estilo de «¿ha empezado a consumir o ha aumentado el consumo de cigarrillos, drogas o alcohol?, ¿está teniendo sexo sin protección?»
8. SEA CULTURALMENTE SENSIBLE a las diferencias en el significado y las interpretaciones del malestar emocional en las culturas. Las distintas culturas tienen ideas diferentes sobre las causas de enfermedad. Preste mucha atención

a la cuantía de las dosis y los efectos secundarios porque estos se relacionan con factores en los que influye la etnia (como el grado de tolerancia y el peso corporal). Sea consciente del «umbral mantenido» preexistente para acontecimientos traumáticos o circunstancias difíciles (p. ej., acontecimientos traumáticos previos, dificultades domésticas o económicas, violencia doméstica o comunitaria). Es posible que algunos pacientes tengan menos capacidad para más acontecimientos traumáticos o ansiedad en sus vidas

9. **PRESCRIBA** psicotrópicos en caso necesario. Las prescripciones de medicación psicotrópica deberían ajustarse a la raza y la etnia del paciente, porque hay diferencias bien documentadas en el metabolismo de los fármacos y la respuesta al tratamiento según la raza/etnia. En el folleto de psicofarmacología de HPRT encontrará guías simples y detalladas sobre los fármacos más usados para tratar reacciones de duelo, ansiedad generalizada, depresión, TEPT e insomnio
10. **TERMINE Y PROGRAME** consultas de seguimiento. Añada los síntomas físicos y emocionales a la lista de problemas. Utilice frases como «gracias por hablarme de esos acontecimientos tan perturbadores. Me ha ayudado a entender mejor su situación». A continuación pregunte al paciente «¿cómo le gustaría que lo ayude?». Establezca un plan con el paciente que incluya consultas de seguimiento. Simplemente mantener una conversación adicional con el paciente en fechas posteriores puede ser muy útil para fortalecer la salud mental del paciente
11. **PREVENGA EL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL** hablando con los compañeros. Encargarse de estos asuntos puede resultar estresante a los médicos. Recomendamos que comente regularmente estos casos y sus propias reacciones con al menos un compañero para prevenir el síndrome de desgaste profesional

---

HPRT, Harvard Program in Refugee Trauma; TEPT, trastorno de estrés postraumático.

### **Pregunte al paciente por la historia traumática**

En el centro de los problemas físicos y psicológicos de los supervivientes de torturas está la «historia traumática» de los pacientes.<sup>33,61,62</sup> Muchos refieren sin problemas la historia del suceso a sus profesionales sanitarios y de salud mental, independientemente de su sexo, su grupo étnico o la gravedad de la tortura, si el profesional les pregunta por ella. No es infrecuente que los supervivientes de torturas no describan su historia en entornos médicos, porque no creen que la consulta del médico sea un lugar apropiado para revelarla. Por este motivo, los profesionales sanitarios y de salud mental deben preguntar específicamente al paciente por su vivencia de torturas. Muchos profesionales sanitarios temen hacer esto porque les da miedo abrir una caja de Pandora (llena de malestar emocional) que no pueda cerrarse en la consulta breve del médico. Sin embargo, este temor es infundado. Los pacientes usarán su tiempo, independientemente de lo limitado que sea, para transmitir un relato breve de su experiencia traumática y, en realidad, podrían beneficiarse de una consulta médica bien delimitada, porque fija límites alrededor de su malestar emocional. En otras palabras, el paciente cree que no puede perder el control durante una consulta médica breve. No es necesario que los médicos recojan toda la historia traumática en una sola consulta. De hecho, resulta útil para el paciente que la historia se recoja a lo largo del tiempo. Los médicos y psiquiatras pueden emplear preguntas sencillas (v. [cuadro 94-2](#)).

### **Identifique efectos físicos y mentales concretos**

La historia traumática, cuando se obtiene, es un componente esencial de la anamnesis de la enfermedad actual. Conocer lo que sucedió realmente al paciente permite al profesional descubrir las secuelas físicas y mentales asociadas con la tortura. Los médicos y psiquiatras deben diferenciar entre síntomas de malestar emocional que son expresiones culturales de sufrimiento y síntomas más específicos de enfermedades y trastornos. Resulta útil para los profesionales sanitarios y de salud mental revisar la descripción de AI de los tipos de tortura más frecuentes en el país de origen del paciente (presentes en la página web de AI: [www.amnesty.org](http://www.amnesty.org)) y averiguar qué síntomas de malestar emocional son significativos en la cultura del paciente. Esta revisión ayudará a construir una alianza terapéutica con el paciente y ahorrará al profesional la detección de los síntomas somáticos asociados con trastornos médicos mayores.

Además, el profesional de la medicina y la psiquiatría siempre debe estar alerta ante posibles efectos físicos y psicológicos crónicos de la violencia sexual y los traumatismos craneales (es decir, las dos formas más frecuentes de tortura).

### **Diagnostique y trate**

La mayoría de los supervivientes de torturas no sufren enfermedades mentales graves; sin embargo, pueden tener un sufrimiento emocional que afecta a su bienestar. Desesperación, impotencia, venganza y odio son las emociones asociadas con más frecuencia a la humillación de la tortura. Muchas personas no cumplen por poco los criterios diagnósticos de depresión y TEPT. A pesar de todo, los profesionales sanitarios y de salud mental deberían tratar los síntomas (p. ej., desmoralización, desesperación, recuerdos intrusivos de las torturas, pesadillas e insomnio). Muchos otros cumplen totalmente los criterios de reacción de duelo compleja, trastorno de ansiedad generalizada (TAG), insomnio crónico, TDM y TEPT.<sup>35,63</sup> El TDM es el trastorno psiquiátrico más frecuente en supervivientes de torturas y a menudo se produce concomitantemente con TEPT. También es importante evaluar un TCE subyacente.

### Uso de instrumentos de detección sistemática para el diagnóstico psiquiátrico

Dos instrumentos usados con éxito en las últimas dos décadas son la Hopkins Symptom Checklist 25 (HSCL-25) y el Harvard Trauma Questionnaire (HTQ). Estos instrumentos han sido traducidos a más de 30 idiomas, y sus propiedades psicométricas resultan válidas en las distintas culturas.<sup>64</sup>

Al inicio de los años ochenta, el HPRT recibió la información de que la HSCL-25 podría facilitar la entrevista psiquiátrica con pacientes refugiados.<sup>65</sup> La HSCL es un instrumento de detección sistemática bien conocido y ampliamente usado cuyos orígenes se remontan a los años cincuenta.<sup>66</sup> Ha sido refinada desde su creación, lo que ha dado lugar a su versión más habitual, la SCL-90.<sup>67</sup> Los creadores de la HSCL, Rickels et al., demostraron la utilidad de una versión de 25 puntos de la HSCL en un centro de familia o un servicio de planificación familiar.<sup>68,69</sup> Notablemente, cuando se usaban versiones indochinas de la HSCL-25, los pacientes lograban comunicar sus síntomas con escaso malestar.

El HTQ reveló, además, que esos mismos pacientes podían responder a listas de acontecimientos traumáticos y síntomas sin volver a traumatizarse. De hecho, los pacientes se mostraban agradecidos porque el profesional sanitario supiera del suceso traumático y les entrevistara acerca de este.

Hemos aprendido dos grandes lecciones del uso de estas listas de verificación simples con supervivientes de acontecimientos traumáticos: la lista de verificación reconoce las experiencias vitales traumáticas de los supervivientes y les da permiso *de facto* para añadir detalles de su vivencia traumática, y la lista de verificación ayuda a los supervivientes a «poner en palabras» acontecimientos y síntomas que tal vez resulten abrumadores en una entrevista abierta.

A pesar de todo, las listas de verificación nunca sustituyen a un profesional de salud mental; estos instrumentos deberían ser administrados por trabajadores sanitarios bajo la supervisión de un psiquiatra, un médico o un profesional de enfermería. En *Measuring Trauma, Measuring Torture*<sup>20</sup> encontrará más información sobre la aplicación de estas herramientas de detección sistemática.

### Tratamiento psiquiátrico

Los datos científicos sobre el tratamiento de supervivientes de torturas respaldan el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), psicoterapia de apoyo general y terapia cognitivo-conductual.

El tratamiento de los supervivientes de torturas con estas modalidades en estudios clínicos aleatorizados ha emergido lentamente por los dilemas éticos que surgen en el tratamiento de los supervivientes de torturas. Sin embargo, en un estudio reciente de TEPT, el uso de terapia de exposición prolongada (una terapia que favorece el procesamiento emocional de los acontecimientos traumáticos ayudando a los pacientes a enfrentarse a los recuerdos traumáticos y las situaciones asociadas con ellos) resultó un tratamiento más efectivo para mujeres veteranas y personal en activo que la psicoterapia estándar; no se ha estudiado la terapia de exposición por sí misma en el tratamiento de los supervivientes de torturas.<sup>24</sup>

Un estudio reciente de investigadores daneses mostró que la tasa de remisión de problemas de salud mental en supervivientes de torturas usando una estrategia de tratamiento multidisciplinaria era limitada.<sup>32</sup> El tratamiento del TEPT y la depresión en supervivientes de torturas es menos eficaz que en pacientes no traumatizados con TEPT y depresión.<sup>24</sup>

Además, los estudios clínicos específicos con psicotrópicos en el tratamiento de supervivientes de torturas solo han sido realizados en otras poblaciones traumatizadas (como víctimas de guerra y supervivientes de violencia criminal y accidentes).

### Derive

Los profesionales sanitarios que carezcan de formación especializada en psiquiatría deben aprender a identificar y derivar a psiquiatras. Si fracasan las estrategias genéricas del tratamiento de los supervivientes de torturas (como

la psicoterapia y el uso de psicotrópicos), el profesional sanitario tendrá que considerar que un abordaje terapéutico más específico quizás logre la remisión del cuadro clínico del paciente.

### **Refuerce y enseñe**

Es fundamental que los profesionales sanitarios y de salud mental apunten las técnicas de afrontamiento que el paciente ya esté utilizando para gestionar su sufrimiento secundario a la tortura. Resulta extremadamente importante que el profesional sanitario y de salud mental señale la capacidad de autocuración intrínseca a los supervivientes de torturas.

### **Recomiende trabajo, altruismo y espiritualidad**

Numerosos estudios han identificado métodos de autocuración usados con frecuencia por supervivientes de torturas y otras víctimas de violencia extrema (p. ej., altruismo, trabajo y actividades espirituales).<sup>24</sup> Hay que animar a los supervivientes de torturas a tomar parte en actividades en las que ayuden a otros, realizar actividades económicas productivas, y satisfacer creencias espirituales y existenciales. Los supervivientes de torturas y de violencia extrema tienen un deseo intrínseco –a pesar de la escasez general de recursos– de «ayudar a los demás»; en realidad, ayudando a los demás se ayudan a sí mismos.

### **Reduzca comportamientos de alto riesgo**

Los comportamientos de alto riesgo (como fumar, beber, consumir drogas y tener relaciones sexuales sin protección) son más prevalentes después de la tortura.

### **Sea culturalmente sensible a la hora de comunicar y prescribir**

En algunos entornos culturales, los psicotrópicos se consideran un signo de debilidad o fracaso, o la señal de que las personas no pueden superar sus propios problemas. Muchos otros temen hacerse adictos a los medicamentos. Hay que explorar las creencias culturales relacionadas con el cumplimiento de la medicación.

Los pacientes de distintas culturas, grupos de edad y clases sociales interpretan de forma diferente los acontecimientos traumáticos y la respuesta a los mismos (p. ej., el deshonor asociado a la violencia sexual agrava los dolorosos sentimientos de humillación experimentados por el superviviente de torturas). Los diagnósticos occidentales y los planes de tratamiento que implican medicación pueden parecer ominosos y muy estigmatizadores. Como los diagnósticos legos son frecuentes en determinadas culturas, es posible que la traducción literal de las preguntas o diagnósticos del médico carezca de sentido. El uso de intérpretes médicos cuya historia nativa se asemeja a la del paciente ayuda a desarrollar una alianza terapéutica de apoyo y culturalmente apropiada con el paciente.

### **Prescriba**

Hay que seguir varios principios básicos en el tratamiento de los pacientes de diversos grupos culturales y étnicos para garantizar la seguridad en la prescripción de psicotrópicos.<sup>74-76</sup>

### **Identifique los síntomas objetivo**

Identifique síntomas objetivo que interfieran con la función o causen un malestar importante. Los supervivientes de torturas pueden presentar una combinación de depresión, TEPT, TAG, otros tipos de trastornos de ansiedad, o problemas de consumo de drogas y otras sustancias.

### **Preste atención al «modelo explicativo» del paciente**

La experiencia de la enfermedad y el significado en torno al uso de un psicotrópico son importantes para el paciente.

### **Use el asesoramiento**

El asesoramiento ayuda a determinar las causas de un mal cumplimiento, además de eliminar las barreras económicas y psicosociales al uso de medicación.

### **Simplifique el régimen farmacológico**

Simplificar el régimen de medicación ayudará a mejorar el cumplimiento.



### **Preste atención a las diferencias étnicas en el metabolismo y la respuesta a la medicación**

La investigación ha puesto de manifiesto que los asiáticos, por lo general, responden a dosis más bajas de antidepresivos, y habitualmente requieren dosis de inicio y mantenimiento de la mitad de la dosis estándar.

Ciertas poblaciones étnicas responden de forma distinta a los psicotrópicos; por este motivo, los pacientes pueden sufrir efectos secundarios inesperados con esas dosis debido a diferencias biológicas en el metabolismo de la medicación.

### **Programe consultas de seguimiento**

Los profesionales sanitarios, en particular, tienen habitualmente consultas breves con sus pacientes médicos de forma regular a lo largo del tiempo; el personal médico suele aducir esto como barrera al tratamiento del superviviente de torturas. Sin embargo, el entorno médico breve es ideal para aquellos muy traumatizados. La advertencia debe ser «un poco, mucho, a lo largo de un largo período de tiempo».

### **Prevenga el síndrome de desgaste profesional**

Las personas que trabajan con supervivientes de torturas están expuestas a estresantes únicos relacionados con la intensidad del sufrimiento experimentado por el superviviente; estos dan lugar al síndrome de desgaste profesional (*burnout*) y enfermedades inducidas por el estrés.

Los factores de riesgo para el síndrome de desgaste profesional son demandas excesivas de uno mismo, de otros y de la situación laboral; falta de recursos, personal y tiempo para completar un trabajo; demasiado tiempo en el mismo trabajo; expectativas no realistas sobre la recuperación de los pacientes; y ausencia de apoyo clínico/personal en el trabajo.<sup>27</sup> Los que tratan a supervivientes de torturas pueden experimentar incluso otras enfermedades relacionadas con el estrés tan graves como traumatización vicaria, depresión o TEPT.<sup>28</sup>

Hay que potenciar los factores protectores (p. ej., atributos personales que promuevan la resiliencia, autoestima, ingenio, una constitución física o psicológica fuerte, o simplemente el deseo y la capacidad de ayudar a los demás) en los profesionales. Estos factores protectores podrían reducir la probabilidad de sufrir enfermedades relacionadas con el estrés.

### **Evaluación**

Se han establecido numerosas medidas de resultados relacionadas con el tratamiento médico y psiquiátrico de los supervivientes de torturas. Estas medidas no solo se centran en la mejora de los síntomas, sino también en la salud autopercebida y el funcionamiento social del paciente.

El estado de salud autopercebido es una medida simple que proporciona una visión general de la salud y el bienestar del paciente, y resulta extremadamente sensible al progreso del tratamiento.

## **Investigación psiquiátrica en los países en vías de desarrollo**

De acuerdo con Kleinman y Han,<sup>29</sup> la investigación es esencial para mejorar la salud de las poblaciones, abordar la carga global de enfermedad, organizar y financiar sistemas apropiados de asistencia en salud mental, demostrar los resultados y reducir la discapacidad.<sup>28</sup> Cada vez es más obvio que existen desequilibrios importantes en los resultados de la investigación psiquiátrica cuando se tienen en cuenta las densidades de población y la carga de enfermedad.<sup>30</sup> Si se considera la carga impuesta por las enfermedades psiquiátricas, está claro que la investigación sobre salud mental es un área infradotada en el mundo. Los países de ingresos altos (con tan solo el 15% de la población mundial) aportan el 94% de los artículos de salud mental, mientras que los países de ingresos bajos y medios, que tienen más del 85% de las personas del mundo, solo contribuyeron con el 6% de la bibliografía. Aunque han aumentado los estudios piloto en todo el planeta, casi nunca hay un seguimiento o una ampliación de esos estudios, incluso si han sido bien investigados y producido resultados positivos. Esta falta de ampliación se debe sobre todo a la ausencia de la financiación necesaria para poner en práctica iniciativas investigadoras de mayor tamaño.<sup>31</sup> La psiquiatría tiene que seguir mejorando el estudio de las enfermedades mentales del mundo.<sup>31</sup>

También deben realizarse estudios etnográficos multidisciplinares sobre la aparición del estigma. Estos estudios tienen que incluir asimismo perspectivas antropológicas y epidemiológicas. Por ejemplo, podría establecerse una base de datos detallada con aproximadamente 100.000 personas en laboratorios de población, consumada con vigilancia epidemiológica, investigación clínica pertinente, estudios sociológicos y etnografías antropológicas. En esos laboratorios, sería posible llevar a cabo proyectos de muestra y distintos contextos culturales (usando criterios

diagnósticos psiquiátricos comparables, un foco de atención en el proceso de tratamiento y una valoración a ciegas de los resultados psiquiátricos). Esto es necesario para extrapolar los programas de intervención. No obstante, el éxito en la aplicación del Global Program Against Stigma and Discrimination Because of Schizophrenia de la World Psychiatric Association en más de 20 países de todo el mundo ha demostrado que la reducción del estigma y la discriminación en salud mental es un objetivo conseqüible.<sup>82</sup>

Se necesitan estudios en función del sexo para examinar los efectos de la pobreza, la condición de refugiado y la exposición a la violencia y las enfermedades infecciosas sobre la salud mental de las mujeres y la producción de depresión. Hay que prestar especial atención a la depresión posparto por sus implicaciones potenciales de salud pública y efectos intergeneracionales. Los estudios también deberían dedicarse a los hombres y los efectos del alcoholismo y la violencia. Además, debería prestarse atención a los aspectos neuropsiquiátricos y psicosociales de la infección por el VIH y el sida y a la tuberculosis resistente a múltiples fármacos. Los asuntos de cumplimiento, depresión y evolución de la enfermedad resultan especialmente importantes en estas epidemias. La violencia política y los acontecimientos traumáticos de los refugiados que provocan «heridas invisibles»<sup>83</sup> son áreas importantes de investigación mundial.

El suicidio debería ser otra área de especial interés. Aunque hay algunas investigaciones sobre el suicidio en países como China, en los que la tasa de suicidio es muy elevada a pesar de que se comunican muchos menos de los reales,<sup>84</sup> es necesario realizar más investigaciones extensas en otras áreas del mundo en las que el suicidio se infranotifica hasta en un 100%.<sup>24</sup> La investigación sobre servicios de salud mental (que examine modelos de atención primaria, incluyendo al sector público y el privado) también es necesaria. La detección y el tratamiento de los trastornos mentales frecuentes mediante la integración de los servicios de salud mental en atención primaria son obligatorios. Requerirán formación de alto nivel, investigación sobre las mejores prácticas psiquiátricas y normas éticas globales.

Hay que seguir desarrollando centros colaborativos internacionales para alcanzar esos objetivos. Esos centros colaborativos tienen que ser multidisciplinarios.

Ha surgido el interés en la promoción de la salud mental y la prevención de enfermedades mentales debido a la carga de enfermedad secundaria a las enfermedades mentales. En diciembre de 2000, tuvo lugar la Inaugural World Conference on the Promotion of Mental Health and the Prevention of Mental and Behavioral Disorders: The Coming Together of Science, Policy and Programs Across Cultures en Atlanta, Georgia.<sup>85</sup> Se han producido encuentros posteriores en Londres, Auckland, Oslo, Melbourne, Washington D. C. y Perth. Además, se ha establecido una estrategia de acción mundial para promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales y conductuales, y se fundó el Perth Charter en 2012. Son obvios avances considerables en varias áreas; los estudios controlados y aleatorizados, estudios de series temporales y estudios comunitarios cuasiexperimentales han demostrado el notable éxito de los programas para reducir factores de riesgo y comportamientos problemáticos.<sup>86</sup> Por ejemplo, es posible reducir los malos tratos infantiles, los partos prematuros, el bajo peso al nacimiento y los apegos inseguros mediante intervenciones realizadas durante la etapa prenatal, de lactante y preescolar.

Además, se pueden reducir el comportamiento agresivo y la violencia mediante formación parental, intervenciones centradas en el buen comportamiento en escuelas elementales, y programas integrales de promoción de la salud mental en colegios de primaria y secundaria. Es posible reducir el inicio del hábito tabáquico en los adolescentes de 14 años mediante intervenciones precoces en los años de escuela elemental. Con el mismo principio, el consumo de drogas se reduce en los alumnos de 17-18 años gracias a la formación en habilidades para la vida durante los años anteriores. Los encuentros sexuales sin protección de los adolescentes disminuyen mediante la formación en habilidades conductuales a lo largo de la educación secundaria. Es posible disminuir los embarazos en adolescentes y los estilos negativos de comunicación conyugal y divorcios con educación y formación en habilidades para las parejas jóvenes.

Los estudios de investigación también han puesto de manifiesto que se puede prevenir la aparición de algunos trastornos mentales específicos, al menos a corto plazo, mediante estrategias cognitivo-conductuales. Esos hallazgos han sido descritos para el TDM en adolescentes de alto riesgo, el TAG (en niños de 7-14 años ansiosos) y el TEPT en víctimas de accidentes industriales y de motocicleta. Estos primeros estudios son alentadores y apuntan a que la investigación sobre prevención debería ser más prioritaria.

Hace menos tiempo se han producido más investigaciones acerca de la crisis global de violaciones de los derechos humanos. La crisis es realmente global, ya que los datos muestran que las personas con discapacidad mental sufren violaciones de los derechos humanos en todo el globo. En uno de esos estudios, Drew et al.<sup>88</sup> entrevistaron a personas que viven con discapacidades mentales y psicosociales en países de ingresos bajos y medios. Preguntaron a los participantes por las violaciones de los derechos humanos que hubieran experimentado, el contexto en que se produjeron las violaciones y qué creen que debe hacerse para mejorar la crisis de violación de los derechos humanos. Los participantes refirieron una gran variedad de violaciones de los

derechos humanos, civiles, culturales, sociales, políticos y económicos. Debido a la crisis continua, es esencial seguir con la investigación sobre la violación de los derechos humanos de modo que sea posible vigilar el progreso a escala nacional y global.

## Programa de Acción Global en Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud

A pesar de la presencia de múltiples obstáculos (como centralización de los servicios en grandes instituciones, falta de conocimiento entre trabajadores sanitarios y políticos, mala organización y financiación de los servicios, escasa garantía de calidad, carencia de psicotrópicos y estigma), en 2001 la OMS definió un Programa de Acción Global en Salud Mental para abordar muchas de las necesidades ya mencionadas en este capítulo. A través de su proyecto Atlas actualizado en 2011,<sup>82</sup> la OMS recogió información de 184 países. Este análisis mostró que en ese año el 60% de los países contaban con una política de salud mental, el 71% tenían un plan de salud mental, y el 59% describían la presencia de legislación específica de salud mental. Los países de ingresos más altos tienen típicamente más centros y tasas más elevadas de ingresos y uso. La mediana global del número de centros por cada 100.000 personas es de 0,61 para los centros ambulatorios, de 0,05 para los centros de día, de 0,01 para los centros residenciales comunitarios y de 0,04 para los hospitales mentales. La tasa de psiquiatras existentes en el mundo es extremadamente variada, desde 0,05 por cada 100.000 personas en países de ingresos bajos hasta 8,59 por cada 100.000 personas en los países de ingresos altos.

El Programa de Acción Global en Salud Mental aspira a respaldar a los Estados miembros de la OMS en la promoción de su capacidad de reducir el estigma y la carga de los trastornos mentales. Esta iniciativa se centra en la carga de seis trastornos: depresión, esquizofrenia, trastornos por consumo de drogas y otras sustancias y adicción, demencia, epilepsia y suicidio. La información relativa a la magnitud, la carga, los determinantes y el tratamiento de los trastornos mentales se divulga para aumentar el conocimiento. Se espera que la divulgación de información conduzca a la defensa frente al estigma y la discriminación, y propicie mejores decisiones políticas. Se ha concebido una «universidad» de base amplia con el fin de investigar en salud mental, aprovechando la red mundial de centros colaboradores de la OMS y expertos en salud mental para fundar programas de especialización a escala local y regional dedicados a la investigación y la evaluación en salud mental. Esto conducirá a la promoción de la capacidad de investigación local, que contribuirá al desarrollo de información de salud mental culturalmente relevante. Así se aumentará la capacidad de la OMS de conocer y responder a las tendencias cambiantes en las áreas de estudio prioritarias.

## Conclusión

La psiquiatría internacional ha adquirido una nueva urgencia ahora que la carga de enfermedad secundaria a las enfermedades mentales alrededor del mundo ha sido reconocida como crisis de salud pública. Es necesario divulgar la información sobre la epidemiología y la carga de las enfermedades mentales de modo que se produzca un trasfondo de apoyo para el desarrollo de políticas y legislación de salud mental en aquellos países en los que no existan actualmente. Con la llegada de mejoras en las políticas, los servicios podrían recibir mayor prioridad. Para que los servicios y recursos se usen de forma eficiente y efectiva, son necesarias mejores investigaciones sobre resultados psiquiátricos y proyectos de demostración psiquiátricos prácticos.

Los modelos como el que se está construyendo en Etiopía (que usa una asistencia en niveles con colocalización de servicios de atención primaria y de salud mental en la unidad sanitaria con profesionales sanitarios que atienden juntos a los pacientes) son prometedores, pero tendrán que ser estudiados en cuanto a sus resultados. La supervisión de los profesionales sanitarios por profesionales de enfermería psiquiátrica y la supervisión de ambos por psiquiatras consultores aprovecha al máximo los recursos disponibles. La colocalización de profesionales de salud mental debería colaborar en la formación de médicos y profesionales de enfermería de atención primaria. Los psiquiatras que trabajan en países en vías de desarrollo deberían tener buenas habilidades de interconsulta, porque a menudo se les llamará para consultarles sobre pacientes, y después tendrán que supervisar a otros, con frecuencia a distancia. Además, por la elevada prevalencia de infección por el VIH, tuberculosis, paludismo y otras enfermedades neuromédicas, los psiquiatras internacionales deben estar bien formados en neuropsiquiatría y enfermedades psicosomáticas.

La mejor forma de alcanzar los objetivos de educación internacional, asistencia clínica, mejora de los servicios e investigación es desarrollar un centro internacional de investigación y formación psiquiátrica. De esta manera, un centro así ayudará a revolucionar el desarrollo y la distribución de psiquiatría de vanguardia adaptada para el uso

en áreas del mundo con recursos escasos.<sup>88,89</sup> Esa empresa podría ayudar a desarrollar políticas, recursos e investigación en salud mental, y la puesta en marcha de servicios de forma caritativa y basada en la evidencia en los países en vías de desarrollo.

Acceda *online* a las preguntas de opción múltiple (en inglés) en <https://expertconsult.inkling.com>

## Bibliografía

1. Brundtland GH. Mental health in the 21st century. *Bull World Health Organ.* 2000;78:411.
2. Satcher D. Global mental health: its time has come. *JAMA.* 1697;285:2001.
3. Murray CJL, Lopez AD, eds. *The global burden of disease: comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Global Burden of Disease and Injury Series*, vol. 1. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank; 1996.
4. Murray CJL, Lopez AD, eds. *Global health statistics. Global Burden of Disease and Injuries Series*, vol. 2. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank; 1996.
5. Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet.* 1997;349:1498-1504.
6. Weiss MG, Isaac M, Parkar SR, et al. Global, national, and local approaches to mental health: examples from India. *Trop Med Int Health.* 2001;1:4-23.
7. Prince M, Patel V, Saxena S, et al. No health without mental health. *Lancet.* 2007;370:859-877.
8. World Health Organization *Global burden of disease: 2004 update.* Geneva: World Health Organization; 2004.
9. World Health Organization. Available at: [www.who.int/msa/mnh/ems/dalys/table.htm](http://www.who.int/msa/mnh/ems/dalys/table.htm).
10. World Health Organization *The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope.* Geneva: World Health Organization; 2001.
11. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bull World Health Organ* 78:413-426, 2000.
12. de Jong J, Komproe I, VanOmmeren N, et al. Lifetime events and post traumatic stress disorder in four post conflict settings. *JAMA.* 2001;286:555-562.
13. Toronto Addis Ababa Academic Collaboration. Available at: [http://www.missbdesign.com/clients/TAAAC/programs\\_Psychiatry.html](http://www.missbdesign.com/clients/TAAAC/programs_Psychiatry.html).
14. Federal Democratic Republic of Ethiopia Ministry of Health. National Mental Health Strategy. Addis Ababa: Ethiopian Ministry of Health; 2012.
15. Awas M, Kebede D, Alem A. Major mental disorders in Butajira, southern Ethiopia. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1999;397:56-64.
16. Kebede D, Alem A, Rashid E. The prevalence and sociodemographic correlates of mental distress in Addis Ababa, Ethiopia. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1999;397:5-10.
17. Tadesse B, Kebede D, Tegegne T, et al. Childhood behavioural disorders in Ambo district, western Ethiopia. I. Prevalence estimates. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1999;397:92-97.
18. Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK, et al. The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA Study (Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1996;35:865-877.
19. Narrow WE, Regier DA, Rae DS, et al. Use of services by persons with mental and addictive disorders. Findings from the National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment Area Program. *Arch Gen Psychiatry.* 1993;50:95-107.
20. Malaju MT, Alene GD. Assessment of utilization of provider-initiated HIV testing and counseling as an intervention for prevention of mother to child transmission of HIV and associated factors among pregnant women in Gondar town, North West Ethiopia. *BMC Public Health.* 2012;12:226.
21. World Health Organization *Atlas of mental health resources in the world 2001.* Geneva: World Health Organization; 2001.
22. Chisholm D, Flisher AJ, Lancet Global Mental Health Group et al. Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet.* 2007;370(9594):1241-1252.
23. Cohen A. *The effectiveness of mental health services in primary care: the view from the developing world.* Geneva: World Health Organization; 2001: Nations for Mental Health.
24. Eaton J, McCay L, Semrau M, et al. Scale up of services for mental health in low-income and middle-income countries. *Lancet.* 2011;378(9802):1592-1603.

25. Belfer ML. International child mental health. In: Georgiopoulos AM, Rosenbaum JF, eds. *Perspectives in cross cultural psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
26. Kieling C, Baker-Hennigham H, Belfer M, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*. 2011;378(9801):1515–1525.
27. Lopes Cardozo B, Fricchione GL. Mental health in areas of conflict. In: Georgiopoulos AM, Rosenbaum JF, eds. *Perspectives in cross cultural psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
28. McDonald LS, Bhasin R, Mollica RF. Project 1 billion. A global model for mental health recovery in post conflict societies. In: Georgiopoulos AM, Rosenbaum JF, eds. *Perspectives in cross cultural psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
29. Amnesty International. Amnesty International Annual Report 2013. London: International Amnesty; 2013.
30. World Medical Association *A declaration on human rights*. Geneva: World Medical Association; 1975.
31. UNHCR. Convention against torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, 2002, UNHCR.
32. Mollica RF. *Healing invisible wounds: paths to hope and recovery in a violent world*. Orlando, FL: Harcourt Press; 2006.
33. Quiroga J, Jaranson J. Politically-motivated torture and its survivors: a desk study review of the literature. *Torture*. 2006;15(2–3):1–111.
34. Rasmussen OV. Medical aspects of torture. *Dan Med Bull*. 1990;37(Suppl. 1):1–88.
35. Goldfeld AE, Mollica RF, Pesavento BH, et al. The physical and psychological sequelae of torture. Symptomatology and diagnosis. *JAMA*. 1988;259(18):2725–2729.
36. Eitinger L. Concentration camp survivors in Norway and Israel. *Isr J Med Sci*. 1965;1(5):883–895.
37. Eitinger L. *Mortality and morbidity after excessive stress*. Oslo, Norway: Oslo University Press; 1973.
38. Roche P. Survivors of torture and trauma: a special group of patients with chronic pain. *Australian Physiotherapy*. 1992;38:156–157.
39. Carlsson JM, Mortensen EL, Kastrup M. A follow-up study of mental health and health-related quality of life in tortured refugees in multidisciplinary treatment. *J Nerv Ment Dis*. 2005;193(10):651–657.
40. Mollica RF. Waging a new kind of war. Invisible wounds. *Sci Am*. 2000;282(6):54–57.
41. Basoglu M, Livanou M, Crnobaric C. Torture vs other cruel, inhuman, and degrading treatment: is the distinction real or apparent? *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(3):277–285.
42. Mollica RF, Henderson DC, Tor S. Psychiatric effects of traumatic brain injury events in Cambodian survivors of mass violence. *Br J Psychiatry*. 2002;181:339–347.
43. Strom A, Refsum SB, Eitinger L, et al. Examination of Norwegian ex-concentration-camp prisoners. *J Neuropsychiatr*. 1962;4:43–62.
44. Thygesen P, Hermann K, Willanger R. Concentration camp survivors in Denmark: persecution, disease, disability, compensation. A 23-year follow-up. A survey of the long-term effects of severe environmental stress. *Dan Med Bull*. 1970;17(3):65–108.
45. Sulway MR, Broe GA, Creasey H, et al. Are malnutrition and stress risk factors for accelerated cognitive decline? A prisoner of war study. *Neurology*. 1996;46(3):650–655.
46. Sutker P, Vasterling JJ, Brailey K, et al. Memory, attention, and executive deficits in POW survivors: contributing biological and psychological factors. *Neuropsychology*. 1995;9:118–125.
47. Sutker PB, Allain AN. Assessment of PTSD and other mental disorders in World War II and Korean conflict POW survivors and combat veterans. *Psychol Assess*. 1996;8:18–25.
48. Sutker PB, Allain Jr AN, Johnson JL, et al. Memory and learning performances in POW survivors with history of malnutrition and combat veteran controls. *Arch Clin Neuropsychol*. 1992;7(5):431–444.
49. Sutker PB, Galina ZH, West JA, et al. Trauma-induced weight loss and cognitive deficits among former prisoners of war. *J Consult Clin Psychol*. 1990;58(3):323–328.
50. Sutker PB, Winstead DK, Galina ZH, et al. Assessment of long-term psychosocial sequelae among POW survivors of the Korean Conflict. *J Pers Assess*. 1990;54(1–2):170–180.
51. Jensen TS, Genefke IK, Hyldebrandt N, et al. Cerebral atrophy in young torture victims. *N Engl J Med*. 1982;307(21):1341.
52. Sommier F, Jensen TS, Pedersen H, et al. Cerebral atrophy in young torture victims. *Acta Neurol Scand*. 1982;65(90):321–322.
53. Petersen HD, Jacobsen P. Psychical and physical symptoms after torture. A prospective controlled study. *Forensic Sci Int*. 1985;29(3–4):179–189.
54. Mollica RF, Brooks R, Tor S, et al. The enduring mental health impact of mass violence: A community comparison study of Cambodian civilians living in Cambodia and Thailand. *Int J Soc Psychiatry*. 2014;60(1):6–20.

55. Jacobs U, Iacopino V. Torture and its consequences: a challenge to clinical neuropsychology. *Prof Psychol Res Pr.* 2001;32(5):458–464.
56. Mollica RF, Wyshak G, Lavelle J. The psychosocial impact of war trauma and torture on Southeast Asian refugees. *Am J Psychiatry.* 1987;144(12):1567–1572.
57. Weinstein CS, Fucetola R, Mollica R. Neuropsychological issues in the assessment of refugees and victims of mass violence. *Neuropsychol Rev.* 2001;11(3):131–141.
58. Moreno A, Grodin MA. Torture and its neurological sequelae. *Spinal Cord.* 2002;40(5):213–223.
59. Bryant RA. Posttraumatic stress disorder and traumatic brain injury: can they co-exist? *Clin Psychol Rev.* 2001;21(6):931–948.
60. Mollica RF, McInnes K, Poole C, et al. The dose-effect relationships between torture and psychiatric symptoms in Vietnamese ex-political detainees and a comparison group. *J Nerv Ment Dis.* 1998;186(9):543–553.
61. Mollica RF. Assessment of trauma in primary care. *JAMA.* 2001;285(9):1213.
62. Mollica RF. Surviving torture. *N Engl J Med.* 2004;351(1):5–7.
63. Campbell TA. Psychological assessment, diagnosis, and treatment of torture survivors: a review. *Clin Psychol Rev.* 2007;27(5):628–641.
64. Silove D, Manicavasagar V, Mollica R, et al. Screening for depression and PTSD in a Cambodian population unaffected by war: comparing the Hopkins Symptom Checklist and Harvard Trauma Questionnaire with the structured clinical interview. *J Nerv Ment Dis.* 2007;195(2):152–157.
65. Murphy J: Psychiatric instrument development for primary care research: patient self-report questionnaire, National Institute of Mental Health, Division of Biometry and Epidemiology, contract no. 80M014280101D.
66. Parloff MB, Kelman HC, Frank JD. Comfort, effectiveness, and self-awareness as criteria of improvement in psychotherapy. *Am J Psychiatry.* 1954;111(5):343–352.
67. Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale—preliminary report. *Psychopharmacol Bull.* 1973;9(1):13–28.
68. Hesbacher PT, Rickels K, Morris RJ, et al. Psychiatric illness in family practice. *J Clin Psychiatry.* 1980;41(1):6–10.
69. Winokur A, Winokur DF, Rickels K, et al. Symptoms of emotional distress in a family planning service: stability over a four-week period. *Br J Psychiatry.* 1984;144:395–399.
70. Mollica RF, Massagli MP, Silove DM, eds. *Measuring trauma, measuring torture.* Cambridge, MA: Harvard Program in Refugee Trauma; 2004.
71. Schnurr PP, Friedman MJ, Engel CC, et al. Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2007;297(8):820–830.
72. Cassano P, Fava M. Depression and public health: an overview. *J Psychosom Res.* 2002;53(4):849–857.
73. Mollica RF, Cui X, McInnes K, et al. Science-based policy for psychosocial interventions in refugee camps: a Cambodian example. *J Nerv Ment Dis.* 2002;190(3):158–166.
74. Trinh NT, Henderson DC. Culture and psychiatry. In: Stern TA, Herman JB, Gorrindo TL, eds. *Psychiatry update and board preparation.* ed 3. Boston: MGH Psychiatry Academy Publishin; 2012:553–557.
75. Reczycki M, Luippold S, Muscettola G, et al. *Pharmacological treatment of depression in refugee patients and civilian survivors of mass violence.* Cambridge, MA: Harvard Program in Refugee Trauma; 2004.
76. Pi E, Simpson G. Psychopharmacology—cross-cultural psychopharmacology: a current clinical perspective. *Psychiatr Serv.* 2005;56(1):31–33.
77. Pines A, Aronson E. *Career burnout: causes and cures.* New York: Free Press; 1988.
78. Lopes Cardozo B, Kaiser R, Gotway CA, et al. Mental health, social functioning, and attitudes of Kosovar Albanians following the war in Kosovo. *JAMA.* 2000;284(5):569–577.
79. Kleinman A, Han C. *Global mental health: research that matters for the developing world.* Geneva: World Health Organization; 2002.
80. Saxena S, Paraje G, Sharan P, et al. The 10/90 divide in mental health research: trends over a 10-year period. *Br J Psychiatry.* 2006;188:81–82.
81. Patel V. Closing the 10/90 divide in global mental health research. *Acta Psychiatr Scand.* 2007;115:257–259.
82. Sartorius N. Stigma and mental health. *Lancet.* 2007;370(9590):810–811.
83. Mollica RF. Invisible wounds. *Sci Am.* 2000;282:54–57.
84. Zhang J, Li Z. The association between depression and suicide when hopelessness is controlled for. *Compr Psychiatry.* 2013.
85. Mrazek PJ, Hosman CMH, eds. *Toward a strategy for worldwide action to promote mental health and prevent mental and behavioral disorders.* Alexandria, VA: World Federation for Mental Health; 2002.



86. Drew N, Funk M, Tang S, et al. Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. *Lancet*. 2011;378(9803):1664–1675.
87. World Health Organization *Mental health atlas 2011*. Geneva: World Health Organization; 2011.
88. Belkin GS, Fricchione GL. Internationalism and the future of academic psychiatry. *Acad Psychiatry*. 2005;29:240–243.
89. Fricchione GL. International mental health in the 21st century. In: Georgiopoulos AM, Rosenbaum JF, eds. *Perspectives in cross cultural psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.

SNC PHARMA