

UNIVERSIDAD DE OVIEDO

IMPACTO SOBRE LA SALUD MENTAL DE LOS CONFLICTOS BÉLICOS

Trabajo Fin de Máster en Análisis
y Gestión de Emergencia y Desastres

Autora: Laura Cepedal Rodríguez

Director: Pedro Arcos González

Oviedo, Junio 2013

Universidad de Oviedo. Trabajo fin de Máster en Análisis y Gestión de Emergencia y Desastre.

Título: Impacto sobre la Salud Mental de los Conflictos Bélicos

Autora: Laura Cepedal Rodríguez.

Fecha: Junio de 2013

RESUMEN

Introducción: Los conflictos bélicos producen en la población civil y militar un importante deterioro de su salud mental tanto a corto como a largo plazo. Por eso es necesario realizar un correcto abordaje psicosocial en cada una de sus etapas: prebélica, bélica y post-bélica.

Objetivos: El objetivo principal es describir el impacto de los conflictos bélicos en términos de prevalencia de salud mental, alteraciones derivadas del mismo durante sus distintas etapas en la población civil y militar. Objetivos secundarios son definir qué es un conflicto bélico, sus etapas, identificar y analizar una serie de intervenciones psicosociales.

Metodología: Revisión bibliográfica en la que se han revisado 31 artículos de tipo descriptivo, analítico y experimental en bases de datos como Pub-med y el Índice Médico Español, así como libros. Los sujetos de estudio son la población civil (niños, adolescentes y adultos).

Resultados: Los resultados más prevalentes en militares durante la fase bélica fueron 21,1% TEPT entre aquellos que habían participado en varias operaciones, 20,3% consumo excesivo de alcohol entre los que participaron una. 85% evacuados por bajo estado de ánimo. El 29,1% de los niños presentaban dificultades para dormir y niveles elevados de TEPT y otras enfermedades mentales en la población civil. En la fase post-bélica el 59% de los veteranos que sufrieron estrés por combate presentaron a la larga TEPT, dependencia al alcohol 18,9%. Las mujeres de los veteranos de sufrieron sobretodo trastorno de ansiedad generalizada y TEPT. Las intervenciones psicosociales muestran buenos resultados. Ancianos que participaron en la Segunda Guerra Mundial con TEPT padecen mayores niveles de otras enfermedades que aquellos que no.

Conclusiones: Es importante realizar labores de prevención durante las fases prebélica, bélica y post-bélica. Las intervenciones psicosociales muestran buenos resultados en general. Las enfermedades mentales más prevalentes son TEPT, depresión, trastornos de ansiedad y consumo de alcohol.

PALABRAS CLAVE. Salud mental, conflictos bélicos, civil, militar, niños, trastorno de estrés postraumático, enfermedades mentales, rehabilitación psicosocial, guerra, terapia psicosocial.

IMPACTO SOBRE LA SALUD MENTAL DE LOS CONFLICTOS BÉLICOS

ABSTRACT

Introduction: War conflicts cause a significant damage to civilian and military's mental health both short and longer terms. Therefore it is necessary to make a correct psychosocial approach in each of its stages: pre-war, wartime and post-war.

Objective: The main objective is to describe the impact of war conflicts in terms of mental health prevalence during all stages, derived alterations. Secondary objectives are defining what a war conflict is, define its stages, identify psychosocial interventions and analyze the quality of them.

Methodology: Literature review in which 31 descriptive, analytical and experimental scientific articles have been revised, consulted in databases such as Pub-med and Spanish Medical Index as well as books. The study subjects are civilians (children, teenagers and adults) and military.

Results: The most prevalent military mental illnesses during wartime were TEPT (21,1%) among those who had participated in several operations, and excessive alcohol consumption (20,3%) among those who participated once. 85% were evacuated by low mood. 29,1% of children found sleeping difficulties and elevated levels. Civilians showed elevated levels of PTSD and other mental illnesses. Wives of Veterans had high levels of generalized anxiety disorder and PTSD. Psychosocial interventions show good Results.

Conclusion: It is important to prevent the effects of war in all stages: prewar, wartime and postwar. Psychosocial interventions show good results in general. The most prevalent mental illnesses are: PTSD, depression, anxiety disorders and alcohol consumption.

KEY WORDS. Mental health, war conflicts, civilian, military, children, post-traumatic stress disorder, mental diseases, psychosocial rehabilitation and psychosocial therapy.

IMPACTO SOBRE LA SALUD MENTAL DE LOS CONFLICTOS BÉLICOS

ÍNDICE

Introducción	4
Objetivos	5
Material y método	5-6
Resultados	6-18
1. Definición de conflicto bélico.....	6
2. Fase prebélica.....	6-7
a) Enfermedades mentales en militares en la fase prebélica.....	6
b) Intervenciones psicosociales en militares en la fase prebélica.....	6
c) Enfermedades mentales en la población civil en la fase prebélica.....	7
d) Intervenciones psicosociales en la población civil en la fase prebélica.....	7
3. Fase bélica.....	7-13
a) Enfermedades mentales en militares durante la fase bélica.....	7-8
b) Intervenciones psicosociales militares en la fase bélica.....	8-10
c) Enfermedades mentales en la población civil durante la fase bélica.....	10-11
d) Intervenciones globales en la población civil en la fase bélica.....	12-13
4. Fase post-bélica.....	14-18
a) Enfermedades mentales en militares en la fase post-bélica.....	14-15
b) Intervenciones psicosociales militares en la fase post-bélica.....	15
c) Enfermedades mentales en la población civil en la fase post-bélica.....	16-17
d) Intervenciones psicosociales en la población civil en la fase post-bélica....	18
Discusión	19
Conclusión	20
Bibliografía	21-25

INTRODUCCIÓN

Los conflictos bélicos producen en la población civil y militar afectada un grave deterioro de la salud mental, tanto a corto como a largo plazo: Destruyendo la paz, amenazando la integridad física y psíquica de las personas, haciendo peligrar los derechos humanos y poniendo en compromiso el actual y futuro desarrollo de una determinada comunidad.

“Uno de cada seis niños en el mundo vive en una zona de conflicto armado, y la población civil tiene más probabilidades de morir que los soldados”, durante el último siglo ha ido aumentando progresivamente en comparación con los militares¹.

Como consecuencia de la guerra y la falta de adultos en las filas de combate en algunos países se reclutan niños soldado: *“Se da en diversos países del mundo (aproximadamente 300.000 en todo el mundo), considerándose un problema global que afecta a cientos de miles de niños y niñas. Sin embargo, los estudios realizados en cuanto a los efectos que pueden tener los conflictos bélicos sobre la salud mental de los niños y niñas soldado son todavía escasos. Se convierten en víctima y agresor (a veces voluntario y a veces forzoso) al mismo tiempo. Son maltratados, adoctrinados en la cultura de la violencia siendo obligados a ser testigos de actos violentos y en ocasiones incluso a asesinar a otros niños. Todo ello contribuye a crear una sensación de alienación respecto a su familia y entorno anterior, tras cometer estos actos violentos unos evitan regresar a sus hogares por miedo a ser vistos como asesinos por su entorno y otros han sufrido la pérdida de sus seres queridos².*

Ser testigo en primera persona de imágenes aterradoras, el miedo, la violencia, la separación o muerte de miembros de la familia y resto de seres queridos, la destrucción del hogar, las cuantiosas pérdidas económicas, la inseguridad alimentaria, la pérdida de seguridad y confianza, así como la desestructuración del funcionamiento normal de una determinada comunidad pueden desencadenar graves problemas psicológicos y psiquiátricos que tienen probabilidad de presentarse tanto durante el conflicto, como un tiempo después de que este haya sido superado, con fenómenos como por ejemplo el estrés postraumático o la depresión. Existen en la actualidad un gran número de personas que se encuentran desplazadas o refugiadas y se ha observado un aumento en el índice de morbilidad psiquiátrica, así como en la de los militares que participan en los conflictos bélicos. Hay que tener en cuenta que las guerras son susceptibles de suceder en cualquier territorio, debido a ello es importante reevaluar los diferentes programas y modelos, ya que deben analizarse desde una visión más integral y sociocultural.

Encuentro por tanto necesaria la descripción del conflicto bélico y de su impacto, la identificación de los distintos problemas de salud mental y su prevalencia, conocer las diferentes necesidades de salud, la revisión y coordinación eficaz de una serie de actividades destinadas a prevenir, proteger, promover y restablecer la salud mental para lograr el bienestar psicosocial de la población en el menor plazo de tiempo posible.

OBJETIVOS

Objetivo principal: Describir el impacto de los conflictos bélicos en términos de prevalencia de salud mental y sus correspondientes alteraciones derivadas del mismo durante sus distintas etapas en la población civil (niños, adultos, ancianos) y militar.

Objetivos específicos:

1. Definir qué es un conflicto bélico y cuáles son sus etapas.
2. Enumerar y reevaluar una serie de intervenciones psicosociales destinadas a restablecer la salud mental que se encuentre dañada como consecuencia de los conflictos bélicos.

MATERIAL Y MÉTODO

Planteamiento metodológico: Revisión bibliográfica en cuya recogida de información se han tomado como referencia artículos científicos publicados en las siguientes bases de datos:

- Pubmed
- Índice Médico Español

Se seleccionaron aquellos publicados en inglés y en español sin especificar un periodo cronológico concreto, incluyéndose un total de 31 artículos tanto de tipo descriptivo como analítico y experimental.

También se han utilizado libros y se han revisado algunas referencias bibliográficas que aparecían en los artículos.

Descriptor de búsqueda: "Mental health and war conflicts". "Mental health impact and armed conflicts". "Mental health disease and war". "Mental health diseases and war and interventions". "Mental health diseases and war and rehabilitation". "Mental health injuries and war and rehabilitation". "Psychosocial and mental health consequences of exposure to war". "Civilian psychopathology and war". "Psychopathology and war". "Psychological therapy after war". "PTSD mental health postwar"

Sujetos de estudio: Población civil (niños, adolescentes, adultos y ancianos) y militar.

Variables a medir:

1. Tipo de población: civil o militar.
2. País de intervención.
3. Presencia o no de enfermedades mentales previas.
4. Distintos tipos de alteraciones que se producen en la salud mental de la población civil y militar durante y tras un conflicto bélico.
5. Sexo (masculino o femenino)
6. Edad (niños 1-13 años, adolescentes 13-18, adultos 18-65 años, ancianos > 65 años)

7. Necesidades de salud mental ante conflictos bélicos.
8. Intervenciones psicosociales.
9. Restablecimiento de la salud mental tras la realización de intervenciones.

RESULTADOS

Definición de conflicto bélico

“Es todo enfrentamiento protagonizado por grupos armados regulares o irregulares con objetivos percibidos como incompatibles en el que el uso continuado y organizado de la violencia. Provoca un mínimo de 100 víctimas mortales en un año y/o un grave impacto en el territorio (destrucción de infraestructuras o de la naturaleza) y la seguridad humana (ejemplo: población herida o desplazada, violencia sexual, inseguridad alimentaria, impacto en la salud mental y en el tejido social o disrupción de los servicios básicos). Pretende la consecución de objetivos diferenciables de los de la delincuencia común y normalmente vinculados a demandas de autodeterminación y autogobierno, aspiraciones identitarias, control de los recursos o del territorio, la oposición al sistema político, económico, social o ideológico de un Estado o a la política interna o internacional de un gobierno, lo que en ambos casos motiva la lucha para acceder o erosionar al poder.”³

Los resultados del impacto en la salud mental de la población civil y militar han sido clasificados dentro de cada etapa de los conflictos bélicos.

FASE PREBÉLICA

“Situación de paz durable y paz estable, evoluciona hacia una paz inestable (con un inicio de tensiones) hasta llegar a un nivel de alta tensión con incluso inicios de violencia directa. Es necesaria la prevención de conflictos, con el fin de mitigar tensiones y evitar pasar a la siguiente fase.”⁴

Enfermedades mentales en militares en la fase prebélica

No hay manera de predecir con seguridad quienes podrán desarrollar estrés por combate u otras patologías mentales, sin embargo, sería fácil pronosticar que aquellos que tuvieran algún antecedente psicológico o psiquiátrico o que mostrasen signos de inadaptación al servicio militar tendrían más probabilidades de presentarlo en el futuro.

Intervenciones psicosociales militares en la fase prebélica

1. Hacer screenings para conocer el estado de salud mental y determinar el riesgo de padecer una enfermedad mental.
2. Promoción de la salud: A través de programas para dejar de fumar, llevar una dieta equilibrada y ejercicio, ya que se ha demostrado que aquellos que padecían TEPT y otras enfermedades mentales presentaban altos niveles de hipertensión, hiperlipidemia, obesidad y adicción al tabaco en comparación con aquellos sin historial psiquiátrico.⁵
3. La mayoría de los soldados que sin ser expuestos a combate presenten problemas mentales o psicológicos no resultan aptos para realizar el despliegue en el terreno, una vez detectado lo ideal sería que fueran repatriados.⁶

Enfermedades mentales en la población civil durante la fase prebélica

En esta fase se encontrarían todos aquellos individuos susceptibles de desarrollar patología mental como daño colateral de la guerra, es decir, todos los sanos y aquellos que presenten enfermedades mentales previas a la exposición de un conflicto bélico, como puedan ser: depresión, ansiedad, abuso de sustancias, etc

Intervenciones psicosociales a realizar en la población civil durante la fase prebélica

Realizar labores de prevención, monitorización, tratamiento y rehabilitación si estas existieran, es decir, serían las propias de cada población o comunidad de origen que aún no ha sido expuesta a un conflicto bélico, por tanto, estas no serán desarrolladas.

FASE BÉLICA

“Si la prevención no cumple con su cometido se produce un Conflicto armado o guerra. Se sucede una serie de escaladas de hostilidades hasta que se llega a un acuerdo de alto al fuego.”⁷

Enfermedades mentales en militares durante la fase bélica

En una encuesta realizada al personal militar durante su despliegue en Iraq, los principales resultados fueron distrés psicológico “General Health Questionnaire-12” (GHQ-12) y síntomas de trastorno por estrés postraumático (TEPT). De 611 participantes, el 20,5% se encontraban por debajo de la línea de corte del GHQ-12 y 3,4% tenían probabilidades de padecer TEPT.

Como factores de riesgo para desarrollar síntomas de TEPT se asociaba: Haber sentido su vida amenazada y pobre liderazgo.⁸

No existe diferencia de género en síntomas de TEPT o de estado de salud según Rona et al. Sin embargo, otros estudios (Hotof et al), afirman que el personal femenino desplegado en Bosnia tenía mayor probabilidad de tener resultados por debajo del umbral de GHQ y en el caso de los veteranos de la guerra del golfo era más común entre hombres.

Tabla 1. Diferencias entre aquellos que han participado una vez y los que lo han hecho varias veces. Datos obtenidos de American Journal of Public Health, un estudio realizado por Anna Kline, Maria Falca-Dodson, Bradley Sussner, Donald S. Ciccone, Helena Chandler y Lanora Callahan.⁹

%	Han participado una vez	Han participado en varias operaciones militares
TEPT (DSM-IV)	9	21,1
T. Depresivo mayor	2	5,1
Otras depresiones	2,3	6,6
Consumo excesivo de alcohol en los últimos 12 meses	20,3	19,5
Dependencia de alcohol en los últimos 12 meses	6,6	9
Otras drogas	11,6	10

En un estudio retrospectivo realizado por The British Journal of Psychiatry (BjPsych) se llevaron a cabo evaluaciones psiquiátricas a 116 militares evacuados al psiquiátrico de Catterick Garrison (Reino Unido): Los evacuados (101) fueron principalmente los no combatientes (unidades de apoyo) con un 69%, el 21% se encontraba en servicio de reserva y el 37% presentaba historial de contacto con los servicios de salud mental. Sólo el 3% presentó reacción de estrés por combate. El 85% de los casos de evacuación se debían a un estado bajo de ánimo atribuido a la nostalgia por la separación entre amigos, familia o simplemente a dificultades para adaptarse al medio. La mayoría de ellos eran hombres (87%), rango de edad 15-55 años (28,2 años de edad media), de los cuales el 21% eran reservas, el 40% estaban casados y el 37% tenía historial psiquiátrico previo.¹⁰

*“No todo el mundo tiene el mismo riesgo de desarrollar una reacción de estrés por combate: estar en el servicio de reserva, ser de mayor edad, bajo nivel educativo, bajo rango y baja idoneidad de combate aumentan el riesgo. Los de mayor edad y en servicio de reserva serán los primeros en presentar dificultades psiquiátricas”.*¹¹

NIÑOS SOLDADO¹²

Principal sintomatología psicológica a nivel internalizante: síntomas de ansiedad, síntomas y trastornos depresivos, sentimientos de pérdida y desarraigo, sentimientos de culpa y vergüenza, sintomatología postraumática (alucinaciones visuales y auditivas, embotamiento emocional, hiperactivación psicofisiológica, síntomas intrusivos), trastorno por estrés postraumático.

A nivel externalizante: Conducta agresiva, ira y violencia. Siendo especialmente más grave si ocurre en edad temprana, ya que dificulta el establecimiento de vínculos de confianza.

La prevalencia de TEPT entre niños y adolescentes se encuentra entre un 10% y 90%, siendo las más afectadas las niñas. En un estudio realizado en Uganda el 97% mostraron estrés postraumático¹³

Intervenciones psicosociales militares en la fase bélica

MILITARES

1. Los cuestionarios como un tipo de screening que detecte el estado de salud mental y si existe abuso de sustancias.
2. Entrevistas clínicas como método de diagnóstico.
3. Evitar la estigmatización y facilitar la cooperación: Se sabe que son pequeños números de personas las que acceden a beneficiarse de la asistencia o apoyo mental (servicios sanitarios de salud mental) por miedo al estigma¹⁴, por tanto muchas veces los resultados obtenidos no muestran la prevalencia real de los problemas de salud mental.
4. Aumentar la atención a posibles signos o síntomas de salud mental que puedan sugerir un problema subyacente entre aquellos que digan que se encuentran enfermos, para poder detectar de manera temprana a aquellos que necesiten ayuda, con el fin de poder reconocer alteraciones que no habían sido diagnosticadas previamente, como por ejemplo TEPT, depresión o riesgo de suicidio.^{15,16}
5. Llevar a cabo periodos de descanso y recuperación: Se ha asociado mejor estado de bienestar a aquellos que lo realizaban.¹⁷
6. Facilitar la accesibilidad de la ayuda: A un 10% de personas les habría gustado recibir ayuda en situaciones de estrés, problemas emocionales o familiares. Además, afirman que menos del 40% confirmaban haber recibido ayuda, de las cuales la más común venía por parte de un amigo (68% del 40%) o de la cadena de mando (43%), ayuda de un capellán o de un médico era menos común (18% y 13%) respectivamente.¹⁸
7. Recibir instrucciones previas: La US Mental Health Advisory Team descubrió que las unidades que recibían educación o instrucciones previas antes de entrar en el terreno demostraron tener mejor salud mental que aquellos que no. Según este estudio pasar tiempo en una zona hostil no significó un factor de riesgo de salud mental para TEPT, pero sí lo fue el nivel de percepción de amenaza.¹⁹
8. Mejorar el liderazgo y la cohesión entre los miembros de la unidad: El apoyo social actúa como factor protector a la hora de desarrollar sintomatología de TEPT y distrés psicológico.
9. Observar si existen signos de inadaptación al servicio militar que puedan producir problemas de salud mental a largo plazo. En ese caso evitar retenerles allí, puede resultar aún más problemático, ya que muchas veces los problemas de salud mental a largo plazo y una baja identidad militar son una causa y no una consecuencia a la hora de desarrollar su trabajo.

NIÑOS SOLDADO

1. Screenings: Evaluar el estado de salud mental antes de llevar a cabo programas de intervención y averiguar si existe abuso de sustancias (alcohol, marihuana, anfetaminas...) que dificulten su reintegración social.
2. Cubrir las necesidades básicas según la pirámide de Maslow (alimentación, atención sanitaria, hogar, protección, seguridad y afecto) y posteriormente comenzar con las intervenciones psicológicas (Machel, 1996; McConnan y Uppard, 2001; Summerfield, 1999)

3. Respetar la cultura y las creencias: En ocasiones se fomenta el apoyo social mediante ritos de purificación religiosa propios de cada comunidad, se evita la estigmatización y se logra que vuelvan a ser aceptados en sociedad y reintegrados. Combinando la tradición cultural y las técnicas psicológicas para potenciar el beneficio de la respuesta.
4. Actividades en el colegio: Relacionarse con otros niños, realización de actividades deportivas (Machel, 1996; Kimmel y Roby, 2007), juegos, cantar canciones...
5. Tratamiento del TEPT complejo y también de su sintomatología asociada: alteraciones en la capacidad de regular las emociones, alteraciones de conciencia e identidad, alteraciones en la autopercepción, alteraciones en la percepción del agresor, trastornos de somatización, alteraciones en la percepción de los demás tratando de establecer vínculos de confianza, alteraciones en el sistema de creencias sobre el sentido de la vida.
6. Además de las intervenciones específicas de esta fase, también se implementan las mismas técnicas que en la población civil en la fase bélica y postbélica y que se desarrollaran más adelante: creación de grupos de psicoterapia, psicoterapia individual, socioterapia y tratamiento psicofarmacológico.
7. Prevenir que se vuelvan a unir a un grupo armado.

Existen evidencias de que muchos niños y niñas han mejorado sus síntomas y logrado reintegrarse con mayor éxito gracias a intervenciones encaminadas a dotar de los debidos recursos materiales, educación y salud física de manera más global a comunidades y familias completas que las realizadas de manera individual.^{20,21}

En Sierra Leona se ha observado que el apoyo social, ir al colegio y aumentar el nivel de aceptación por parte de la comunidad actúan como factores protectores.²²

Enfermedades mentales en la población civil durante la fase bélica

ADULTOS Y ADOLESCENTES

Las causas más comunes entre los pacientes psiquiátricos refugiados y desplazados durante la guerra en Croacia fueron los suicidios, prolongados comportamientos de riesgo, descompensación psicológica, alcoholismo y las enfermedades psiquiátricas previas exacerbadas.²³

En Gaza (Llosa et al.) se realizó un estudio en personas mayores de 15 años, donde se descubrió que el TEPT como diagnóstico primario o secundario (157 casos) ha coexistido comúnmente con la depresión (84/157, 54%) u otros trastornos de ansiedad (23/157, 15%), seguida por la depresión (146 casos) junto con otros trastornos de ansiedad (29/146, 20%)²⁴

En el caso de la población civil colombiana que vive en zonas de conflicto activo se llegó a la conclusión (Bell et al) de que la violencia relacionada directamente con el conflicto estaba altamente relacionada a trastornos de ansiedad, mientras que la indirecta presentaba mayor asociación con el abuso de sustancias (mayor en hombres) y la agresividad. La depresión y el riesgo de suicidio se presentaron de manera similar en ambos grupos. La edad media de las personas de su estudio era de 39,5 años en hombres y 35,78 años en mujeres, algunos de los síntomas prevalentes que presentaron fueron los siguientes:

Bajo estado de ánimo (46,8%), preocupación excesiva y desesperanza (39,9%), miedo y sentimientos de amenaza (23,4%), síntomas de ansiedad (19,9%), llanto (16,7%), trastornos del sueño (16,6%), ideación suicida / intentos (4,3%), alcohol / abuso de sustancias (2,3%)²⁵

NIÑOS

Los niños pueden presentar una amplia variedad de problemas psicológicos, desde ansiedad y depresión a trastorno de estrés postraumático. La prevalencia del TEPT variará dependiendo de la naturaleza del conflicto y de lo que hayan visto²⁶

El impacto del trauma en preescolares puede presentarse con trastornos y síntomas inespecíficos debido a la exposición a violencia directa o indirecta. En la franja de Gaza a un total de 309 (3-6 años) que vivían expuestos al trauma de guerra se les realizó una serie de cuestionarios (“Gaza Traumatic Checklist”, cuestionario de comportamiento, cuestionario de capacidades y dificultades y escala de hiperactividad) con el fin de descubrir problemas de comportamiento y de emociones. Los niños tenían mayor hiperactividad que las niñas, pero similares niveles de disminución en la concentración, déficit de atención, llanto, dificultad para dormir, dormían con sus padres, dependencia, preocupaciones y miedos que presentaban mayores niveles comparados con niños británicos no expuestos.²⁷

Tabla 2. Datos más significativos extraídos y posteriormente traducidos de “*Trauma exposure in pre-school children in a war zone*” (*The British Journal of Psychiatry*)²⁸

Manifestaciones	Preescolares de Gaza, 3-6 años (%)	Niños británicos de 3 años (%)	Niños británicos de 8 años (%)
Dificultad para dormir por la noche	29.1	12.1	8.0
Duermen con sus padres	30.4	11.2	2.0
Hiperactividad	25.2	12.9	7.0
Poca concentración	17.5	5.7	6.0
Búsqueda de atención	20.1	9.2	6.0
Preocupaciones	16.5	2.3	20.0
Miedos	14.2	9.2	2.0
Complicaciones para comer	36.6	11.8	11.0
Dependencia	24.6	5.4	7.0

Intervenciones psicosociales globales a realizar en la población civil en la fase bélica

NIÑOS, ADOLESCENTES Y ADULTOS

El gobierno de Croacia en colaboración con la Organización Mundial de la Salud y UNICEF implementó un modelo de forma piramidal con el fin de responder a las altas demandas de ayuda psicosocial que se implementó tanto **durante** como **después** de la guerra:

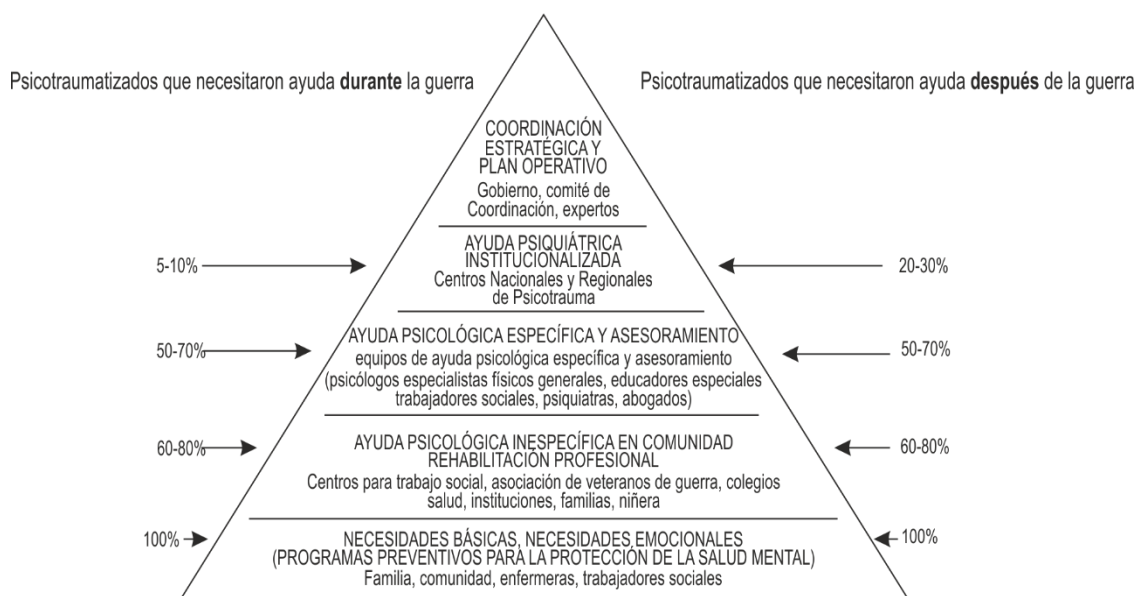


Figura 1. Modelo piramidal de ayuda psicosocial a las personas traumatizadas durante y después de la guerra en Croacia junto con los porcentajes de personas que necesitaban ayuda en los diferentes niveles del programa. Traducido del esquema original perteneciente al Croatian Medical Journal²⁹

Con el fin de abordar las necesidades psicosociales que presentaba la población civil y militar en Croacia, se crearon unidades de Coordinación Estratégica y Plan Operativo (con la colaboración del gobierno y comité de coordinación y expertos), ayuda psiquiátrica institucionalizada (centros nacionales y regionales del psico-trauma) donde entre el 5-10% requirieron sus servicios durante la guerra y 20-30% después, ayuda psicológica específica y asesoramiento (psicólogos, educadores, médicos generalistas, trabajadores sociales, psiquiatras y abogados especialistas) 50-70% solicitaron ayuda durante y después, ayuda psicológica inespecífica en comunidad y rehabilitación profesional (centros para trabajo social, asociación de veteranos de guerra, colegios, instituciones, familias, niñeras) 60-80% durante y después y programas preventivos para la protección de la salud mental (radicando en la comunidad, familia, enfermeras, trabajadores sociales) que abarcaron un 100% tanto durante como después.³⁰

El Centro Nacional de Psicotrauma realizaba el diagnóstico y evaluación de la habilidad de trabajo, el tratamiento de los psicotraumatizados, el desarrollo de métodos diagnósticos para el TEPT y desórdenes relacionados así como también desarrolló terapias basadas en:

1. Grupos de psicoterapia o grupo de psicoterapia combinada con psicoterapia individual: *“Es el método más común para abordar el tratamiento de una persona psicotraumatizada. Se utiliza la psicoterapia psicoanalítica, psicoterapia cognitiva del comportamiento así como psicoterapia integral. Se puede utilizar en personas que han estado en campos de concentración, en familias, tratar el tema del duelo...etc. Se lleva a cabo en cinco fases”*³¹ : fase introductoria, introducción al

TEPT y síntomas, cambio de rol de “víctima” a “superviviente”, reconstrucción de su experiencia traumática, ayuda para reintegrarse en familia y en el trabajo y fase final.

2. Socioterapia: Se centra en mejorar la relación del paciente con su entorno y las relaciones con su gente cercana, familia, trabajo... Se realiza de manera diaria e incluye terapia ocupacional, terapia comunitaria, excursiones, terapia de recreación, biblioterapia y musicoterapia.³²
3. Tratamiento psicofarmacológico: En algunos casos se combinaba la terapia psicológica con el tratamiento farmacológico, en el caso del TEPT el tratamiento puede ser complejo, dependiendo de la sintomatología se decidirá el tipo de medicación (antidepresivos tricíclicos, inhibidores de monoamino oxidasa, inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina, estabilizadores del estado de ánimo, hipnóticos para el insomnio, antipsicóticos...), la dosis y la duración del tratamiento. *“La medicación suele utilizarse de manera paliativa y rara vez es suficiente para lograr la completa remisión del TEPT, en el caso de convertirse en crónico se necesitaría realizar tratamiento farmacológico por lo menos durante un año”.*³³
4. En el caso de los preescolares pueden presentar trastornos y síntomas inespecíficos, por tanto, es necesaria la evaluación e intervención directa sobre los mismos.
5. El beneficio de los muñecos: En un campamento de refugiados durante la segunda guerra de Israel-Lebanon a 35 niños, se les regaló un muñeco “Huggy-Puppy” con la intención de que estos cuidaran de él. Posteriormente se realizó un segundo estudio a 191 niños y demostró ser un método rentable, ya que se lograron reducir importantes niveles de estrés y también se observó que a mayor apego y participación mejores resultados se obtenían.³⁴
6. Fomentar el apoyo social: Bajo la ocupación de Kuwait se llevó a cabo un estudio en niños (Haidi and Llabre, 1998) en el que se demostró que el apoyo social moderaba el efecto de los síntomas de TEPT en niñas, aunque no se observaba mejoría significativa en niños.³⁵

FASE POSTBÉLICA

*“Siguen predominando las tensiones, pudiendo convertirse en una nueva fase prebélica si no se previene y no se llega a un acuerdo firme, también pueden formar parte de ella los conflictos no resueltos.”*³⁶

Enfermedades mentales en militares durante la fase post-bélica

La reacción de estrés por combate es un fuerte predictor del impacto post-conflicto en la morbilidad psicológica de veteranos de guerra, un estudio realizado en el Líbano estableció que el 59% de los veteranos que sufrieron estrés por combate presentaron a la larga síndrome de estrés postraumático (TEPT) (Solomon et al 1987b)³⁷

Al final de la guerra de Iraq los niveles de enfermos psiquiátricos entre las filas británicas disminuyeron, sugiriendo que en realidad el miedo a convertirse en víctima de guerra era la primera causa de sus síntomas. Además, muchos de ellos se resolvieron a su vuelta a casa.³⁸

Además sería importante tener en cuenta la religión, en un estudio realizado en Croacia demostró que más del 20% de los veteranos con TEPT habían tenido un intento de suicidio y el resto presentaba un elevado riesgo en comparación con aquellos que estaban sanos. *La esperanza es un buen predictor para el riesgo de suicidio en veteranos de guerra con TEPT. En el caso de los creyentes con afrontamiento positivo (colaboran, buscan apoyo espiritual, ayudan a otros) presentaban menor riesgo que aquellos creyentes con afrontamiento negativo (se sentían “abandonados por dios”).*³⁹

Un 30% de veteranos de guerra han padecido TEPT después de servir en Vietnam y más del 10% después de la guerra del Golfo.⁴⁰

TEPT, ansiedad y depresión son prevalentes en estudios de cohortes militares después de la guerra.⁴¹

Tabla 3. Prevalencia de enfermedades mentales con mayor porcentaje en veteranos australianos 3 décadas después de la guerra de Vietnam. Datos obtenidos de The American Journal of Epidemiology. Estudio realizado por Brian I. O’Toole, Stanley V. Catts, Sue Outram, Katherine R. Pierse y Jill Cockburn.⁴² (32)

Trastorno por consumo de alcohol	9,4%
Dependencia al alcohol	18,9%
T. Depresivo moderado, un único episodio	13,4%
T. Depresivo severo, un único episodio	10,2%
Depresión severa recurrente sin síntomas somáticos	11,4%
Distimia	10,9%
Trastorno de ansiedad generalizada	11,8%
Trastorno de estrés postraumático (TEPT) no relacionado con el combate	8,7%
Trastorno de dolor persistente	12,9%

MUJERES DE VETERANOS DE GUERRA

12 años después de la guerra de Bosnia y Herzegovina las mujeres de los veteranos de guerra que habían sufrido TEPT todavía mostraban elevados niveles de síntomas de TEPT y corrían un gran riesgo de desarrollar morbilidad somática y psiquiátrica en comparación con las mujeres de veteranos que no habían sufrido TEPT. Los datos reflejan unos porcentajes de TEPT (33,1%), trastorno depresivo (37%), distimia (26,6%), trastorno de pánico con agorafobia (13%), trastorno de ansiedad generalizada (63%) y riesgo de suicidio (19,5%)⁴³

Intervenciones psicosociales militares en la fase post-bélica

1. Programa de prevención: Tanto si la persona ha sido expuesta a combate como si no.⁴⁴
2. Screenings y entrevistas clínicas: Para conocer el estado de salud mental y en el caso de los repatriados identificar las razones por las que lo han sido ya que puede llevar a confusión a la hora de conocer los factores etiológicos.
3. Creación de asociaciones de veteranos de guerra⁴⁵: Para compartir experiencias con otros compañeros y favorecer a su reinserción social.
4. Fomentar el apoyo a la hora de reintegrarse a la vida en sociedad con éxito con programas de salud mental, trabajo social, prevención de riesgo de suicidio, programas de salud en la mujer. Incluir relaciones de colaboración entre las agencias de la comunidad, las diferentes administraciones del gobierno y demás equipos interdisciplinarios.⁴⁶
5. Creación de grupos de terapia con grupos psicoeducativos: *“Es un programa multinivel dirigido a la atención de los veteranos de guerra, con el fin de educarles en el conocimiento de su enfermedad y su tratamiento (psicofarmacológico, social y psicoterapéutico). Los temas a tratar cambiaban cada semana, con el fin de buscar la relación entre las emociones como la rabia, ira, miedo, culpa, luto y su significado.”*⁴⁷
6. Al igual que con la población civil y militar durante la guerra, se llevan a cabo los grupos de psicoterapia, psicoterapia individual, socioterapia y tratamiento psicofarmacológico, que ya han sido antes desarrollados.
7. Desarrollar actuaciones dirigidas a asesorar y fomentar un afrontamiento positivo de colaboración religiosa en el caso de los creyentes para prevenir la pérdida de esperanza y a su vez el riesgo de suicidio.⁴⁸

Enfermedades mentales en la población civil durante la fase post-bélica

ADULTOS

En Croacia el estrés postraumático y desórdenes relacionados generaron un gran impacto, en el año 2000 el número de hospitalizaciones en hombres fue de 3.071 (88,6%), mujeres 395 (11,4%) haciendo un total de 3.466.⁴⁹

Tabla 4. Porcentajes de enfermedad mental en desplazados. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de un estudio realizado por The American Medical Association durante época de post-guerra en Jaffna (Sri Lanka) Husain et al.⁵⁰

SEXO	TEPT	ANSIEDAD	DEPRESIÓN
Hombre	5,1%	19,9%	15,5%
Mujer	7,9%	38,4%	25,2%

En esta tabla se puede observar claramente que tanto en hombres como mujeres los trastornos de ansiedad fueron predominantes y que las mujeres presentaron mayores niveles de TEPT, ansiedad y depresión que los hombres. Otro estudio realizado en el este de Afghanistan muestra resultados similares y demuestra que a mayor número de síntomas, mayor número de experiencias traumáticas.⁵¹

Tabla 5. Porcentajes de enfermedad mental en madres viudas y casadas después de la guerra de Kosovo. Elaboración propia a partir de los datos de un estudio de The British Journal of Psychiatry (Nexhmedin Morina y Paul M.G. Emmelkamp)^{52,53}

%	Madres viudas	Madres casadas
Trastorno depresivo mayor	71	25,7
TEPT	82	25,7
Trastorno de ansiedad generalizada	48	25,7
Riesgo de suicidio	45	22,9

Los datos obtenidos muestran que las madres viudas presentaban mayores tasas de prevalencia de enfermedad mental, siendo el trastorno depresivo mayor el más común y el riesgo de suicidio el menor.

Según una investigación realizada en población árabe y judía tras la guerra Israel-Hezbollah se asociaba mayor riesgo de TEPT a exposición reciente al trauma, a la pérdida económica, a la pérdida de altos recursos psicosociales y a ser mujer. Menor riesgo de TEPT se relacionaba con un nivel educativo alto.⁵⁴

Los resultados de un estudio llevado a cabo en pacientes alemanes y croatas muestran que en el caso de pacientes con enfermedades mentales severas (como depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar) presentan un alto nivel de riesgo para el trauma y desarrollo de síntomas de TEPT⁵⁵

ANCIANOS

Un análisis realizado a 316 personas mayores de 65 y menores de 99 años que habían vivido en Austria durante la ocupación en la Segunda Guerra Mundial, demostró que aquellos que sufrían TEPT (43 personas) actualmente presentaban trastorno de somatización (46,5%), trastorno obsesivo-compulsivo (11,6%), depresión (18,6%), ansiedad (27,9%), ansiedad fóbica (20,9%), ideación paranoide (20,9%), psicoticismo (18,6%), distrés global (34,9%), mientras que la prevalencia de las enfermedades mentales de los que no sufrían TEPT (272 personas) eran significativamente inferiores (reseña 29), sus resultados corroboran junto con otros países europeos que *“TEPT es un trastorno común entre los ancianos que vivieron la segunda guerra mundial y que junto con las experiencias traumáticas afectan a la salud mental incluso después de largos periodos de tiempo”*.⁵⁶

ADOLESCENTES

En adolescentes se observó que la severidad del TEPT era superior en chicas (35.5±9.6) que en chicos (32.2±11.7), además también presentaban mayores síntomas de evitación y re-experimentación (20.6±6.0 ; 14.9±4.9)⁵⁷

NIÑOS

La prevalencia de TEPT en 234 niños (7-12 años) un año después del conflicto disminuyó en un 10% (reseña 11 y 19). Las amenazas indirectas generan menor impacto psicológico, al igual que los adultos, les afecta más si esta es directa y sobre todo si compromete su seguridad e integridad o la de su familia (asesinatos, violaciones, torturas, amenazas, si son heridos...), al mismo tiempo aquellos que tuvieran historial previo de trauma resultan más vulnerables, por lo que también habría que tener en cuenta la vulnerabilidad individual, Thabet et al (1999, 2000, 2004) *“descubrieron que los niños con sintomatología que sugiriera problemas emocionales o psicológicos tenían mayor probabilidad de desarrollar TEPT persistente un año después”*⁵⁸

Estresores extremos en niños muestran similitudes con los adultos, como los fuertes predictores de TEPT, los trastornos emocionales definidos en DSM-IV como trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Problemas de comportamiento, como trastorno desafiante, trastorno de conducta y trastorno por déficit de atención. La exposición al peligro o actos violentos les provoca miedo, que mantiene estrechos vínculos con los trastornos de ansiedad, mientras que la disminución en la relación con los seres queridos produce signos característicos de disforia y estaría más relacionado con los trastornos del estado de ánimo (Eley and Stevenson, 2000; Kendler et al, 2003). *“Cuanto más directa sea la amenaza hacia su propia integridad o hacia la de sus padres, mayor será el riesgo de desarrollar TEPT siendo la probabilidad entre un 50-80%”* (Thabet y Vostanis, 2000)^{59,60}

Intervenciones psicosociales a realizar en la población civil durante la fase post-bélica

ADULTOS, ADOLESCENTES Y NIÑOS

Al igual que en la fase bélica el modelo croata propone la puesta en marcha de grupos de psicoterapia, psicoterapia individual, socioterapia y tratamiento psicofarmacológico anteriormente desarrollados.

ADOLESCENTES

En un programa llevado a cabo en escuelas de primaria y secundaria tras la guerra en Bosnia Herzegovina se pudo observar que el apoyo psicosocial aportado en el colegio durante cinco meses ayudó de manera significativa a reducir la severidad de los síntomas de TEPT.⁶¹: En él se llevaban a cabo actividades de tiempo libre en las que se desarrollaban temas como la cooperación y la tolerancia, la comunicación sin violencia, hablar de sus emociones, la mediación, estereotipos y prejuicios, los derechos de los niños y la humanización de las relaciones sociales con personas de otro sexo. Se escogían líderes en cada grupo para fomentar el trabajo en equipo y el desarrollo de los procesos democráticos en los colegios, también se realizaban talleres para los padres con el fin de mejorar la comunicación con sus hijos y prevenir la violencia doméstica así como reunirse con profesores, administradores y pedagogos con el fin de reformar la educación y mejorar el ambiente de trabajo.

NIÑOS

En Sierra Leona 9-12 meses tras guerra se pusieron en marcha una serie de intervenciones sobre 306 niños en las que participaron en actividades como cuentacuentos, pequeños grupos de debate, se cantaban canciones, se bailaba, se saltaba a la cuerda, dibujaban, hacían "role-playing", jugaban al fútbol y volleybal. Más de la mitad de los niños aseguraron que el programa había aliviado sus síntomas, entre los cuales el 22,3% se sentían mucho mejor, el 73,4% se sentía mejor al compartir sus malos recuerdos de guerra, el 95% dijeron haber mejorado su concentración en el colegio y el 96% afirmaron que sus pesadillas habían disminuido. Mientras que el 36% experimentaron tristeza.⁶²

DISCUSIÓN

Resultó imposible recabar datos de prevalencia, intervenciones psicosociales y su efectividad de una misma población durante las fases prebélica, bélica y post-bélica, por lo que los que se han analizado durante las subsiguientes fases pertenecen a grupos socioculturalmente diferentes, debido a esto, aunque TEPT sea en general la enfermedad más prevalente, en otras como la depresión, el abuso de sustancias o los trastornos de ansiedad el porcentaje puede variar de unos a otros. Existe una amplia variedad de investigaciones científicas que estudian los efectos en la salud mental tras la exposición a los conflictos bélicos tanto en civiles como en militares. Sin embargo, no se debe pasar por alto el abordaje preventivo durante la fase prebélica, ya que aunque TEPT, los trastornos de ansiedad y la depresión son enfermedades que pueden aparecer tras la exposición, está demostrado que una población previamente sana tiene menor riesgo de desarrollar alteraciones mentales que aquellos que habían presentado problemas con anterioridad y que en cuyo caso podría generar una exacerbación de su sintomatología así como de su severidad.⁶³ Debido a ello la prevención en cada una de las fases y conocer el estado mental previo constituyen puntos importantes.

No se han encontrado resultados de prevalencia de enfermedad mental en ancianos durante la fase bélica.

También resulta relevante realizar intervenciones psicosociales y el análisis durante la fase bélica, como bien aseguraban: *“La responsabilidad de los soldados ante este tipo de situaciones debe ir acompañada de la de la cadena de mando militar, inculcando a sus filas valores y normas durante el periodo de ocupación, así como deben tenerla también los profesionales sanitarios a la hora de evaluar y realizar unas correctas intervenciones adaptadas a las necesidades psicológicas ante la vulnerabilidad de la población. De este modo, mucho sufrimiento inevitable en ambos lados del conflicto puede ser contenido y evitado.”*⁶⁴

Son varios los autores que mencionan como factores de riesgo de TEPT el haber sentido su vida amenazada, el pobre liderazgo y la débil cohesión⁶⁵, unos afirman que este se da más frecuentemente en mujeres que en hombres y otros al contrario, por lo que no existen resultados contundentes en cuanto al género en el ámbito militar, sin embargo en la población civil parece existir un mayor impacto en las mujeres, lo que sugiere que existan además diversos factores de riesgo o protectores relativos al sexo que lo puedan incrementar o disminuir.

Además el miedo a la estigmatización aparece mencionado en diferentes estudios, por lo que en algunos casos la participación no fue demasiado alta y por consiguiente los resultados no se pueden generalizar por completo.

Hay que tener en cuenta que este impacto en la salud puede suceder en cualquier momento y en cualquier lugar del mundo, el problema que existe es que no todos los países conocen ni cuentan con los recursos necesarios, poniendo en peligro el futuro desarrollo de una determinada comunidad.

CONCLUSIÓN

Es importante realizar labores de prevención durante las tres fases, así como también el desarrollo de intervenciones psicosociales, ya que muestran en general buenos resultados de rehabilitación, demostrando que invertir en salud mental resulta rentable.

A muchos les habría gustado recibir ayuda, por lo que es esencial aumentar el nivel de participación, facilitando su acceso y evitando el miedo a la estigmatización.

El apoyo social, sobre todo desde un punto de vista global más que individual y teniendo en cuenta también los factores culturales y religiosos, favorece enormemente la reinserción y rehabilitación en todos los grupos.

Aquellos que habían participado en varias operaciones militares presentaban niveles más altos de enfermedad mental.

Las enfermedades mentales más prevalentes son TEPT, depresión, trastornos de ansiedad y consumo de alcohol, aunque los porcentajes varían dependiendo del sexo y de la edad.

TEPT aumenta la exacerbación de otras enfermedades mentales.

Los niños expuestos presentan mayores dificultades para dormir, hiperactividad, poca concentración, dependencia y además duermen con más frecuencia con sus padres, que los que no han sido expuestos a un conflicto bélico.

Aunque pasen varias décadas tras el conflicto no se deben “olvidar” a aquellas personas que han sido expuestas, ya que pueden seguir presentando problemas de manera recurrente durante años.

BIBLIOGRAFÍA

-
- ¹ Rieder M. , Choonara I. Armed Conflict and Child Health. Arch Dis Child. 2012; 97: 59-62.
- ² Blom F., Pereda N. , Niños y niñas soldado: consecuencias psicológicas e intervención. Anuario de Psicología. 2009; 40 (3): 329-344.
- ³ Aviñoa I. , Cañadas M. , Fisas V. , García P. , Prandi M, Royo J.M et al. 1. Conflictos armados. En: Icaria Editorial, Escola de cultura de Pau. Alerta 2011! Informe sobre conflictos, derechos humanos y construcción de paz. Icaria: Editorial; 2011.p.19-49.
- ⁴ Aviñoa I. , Cañadas M. , Fisas V. , García P. , Prandi M, Royo J.M et al. 1. Conflictos armados. En: Icaria Editorial, Escola de cultura de Pau. Alerta 2011! Informe sobre conflictos, derechos humanos y construcción de paz. Icaria: Editorial; 2011.p.19-49.
- ⁵ Reisinger HS. , Hunt SC. , Burgo-Black AL. , Agarwal MA. A population Approach to Mitigating the Long-Term Health Effects of Combat Deployments. CDC. Prev Chronic Dis 2012; 9:110-116. DOI: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd9.110116>
- ⁶ Turner M., Kiernan M., McKechanie A., Finch P., McMANUS F., Neal L. Acute military psychiatric casualties from the war in Iraq. BJP, The British Journal of Psychiatry. 2005; 186: 476-479.
- ⁷ Aviñoa I. , Cañadas M. , Fisas V. , García P. , Prandi M, Royo J.M et al. 1. Conflictos armados. En: Icaria Editorial, Escola de cultura de Pau. Alerta 2011! Informe sobre conflictos, derechos humanos y construcción de paz. Icaria: Editorial; 2011.p.19-49
- ⁸ Mulligan K., Jones N., Woodhead C., Davies M., Wessely S., Greenberg N. Mental health of UK military personnel while on deployment in Iraq. BJP, The British Journal of Psychiatry. 2010; 197: 405-410.
- ⁹ Kline A. , Falca-Dodson M. , Sussner B. , Ciccone D.S. , Chandler H., Callahan L. et al. Effects of Repeated Deployment to Iraq and Afghanistan on the health of New Jersey Army National Guard Troops: Implications for Military Readiness. American Journal of Public Health. 2010;100 (2): 276-282
- ¹⁰ Turner M., Kiernan M., McKechanie A., Finch P., McMANUS F., Neal L. Acute military psychiatric casualties from the war in Iraq. BJP, The British Journal of Psychiatry. 2005; 186: 476-479.
- ¹¹ Turner M., Kiernan M., McKechanie A., Finch P., McMANUS F., Neal L. Acute military psychiatric casualties from the war in Iraq. BJP, The British Journal of Psychiatry. 2005; 186: 476-479.
- ¹² Blom F., Pereda N. , Niños y niñas soldado: consecuencias psicológicas e intervención. Anuario de Psicología. 2009; 40 (3): 329-344
- ¹³ Weiss DW. & Marmar C.R. The impact of event scale-revised. EN: J.P Wilson & T. Keane. Assesing Psychological Trauma and PTSD: A Handbook for practitioners. New York: 1997
- ¹⁴ Turner M., Kiernan M., McKechanie A., Finch P., McMANUS F., Neal L. Acute military psychiatric casualties from the war in Iraq. BJP, The British Journal of Psychiatry. 2005; 186: 476-479.

-
- ¹⁵ Kozariæ-Kovaèiæ D. , Kocijan-Hercigonja D. , Jambrošićæ A. Psychiatric Help to Psychotraumatized Persons during and after War in Croatia. CMJ. 2002; 43 (2): 221-228.
- ¹⁶ Reisinger HS. , Hunt SC. , Burgo-Black AL. , Agarwal MA. A population Approach to Mitigating the Long-Term Health Effects of Combat Deployments. CDC. Prev Chronic Dis 2012; 9:110-116. DOI: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd9.110116>
- ¹⁷ Blom F., Pereda N. , Niños y niñas soldado: consecuencias psicológicas e intervención. Anuario de Psicología. 2009; 40 (3): 329-344
- ¹⁸ Blom F., Pereda N. , Niños y niñas soldado: consecuencias psicológicas e intervención. Anuario de Psicología. 2009; 40 (3): 329-344
- ¹⁹ Blom F., Pereda N. , Niños y niñas soldado: consecuencias psicológicas e intervención. Anuario de Psicología. 2009; 40 (3): 329-344
- ²⁰ Blom F., Pereda N. , Niños y niñas soldado: consecuencias psicológicas e intervención. Anuario de Psicología. 2009; 40 (3): 329-344
- ²¹ Akello G. , Richters A. & Reis R. Reintegration of former child soldiers in northern Uganda: Coming to terms with children's agency and accountability. Intervention. 2006; 4: 229-243.
- ²² Betancourt TS. , Brennan RT. , Rubin-Smith J. , Fitzmaurice GM. , Gilman SE. Sierra Leone's former child soldiers: a longitudinal study of risk, protective factors and mental health. Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2010; 49(6): 606–615.
- ²³ Kozariæ-Kovaèiæ D. , Kocijan-Hercigonja D. , Jambrošićæ A. Psychiatric Help to Psychotraumatized Persons during and after War in Croatia. CMJ. 2002; 43 (2): 221-228.
- ²⁴ Llosa A.E., Casas G., Thomas H., Mairal A., Grais R.F., Moro M. Short and longer-term Psychological Consequences of Operation Cast Lead: Documentation from a mental health program in the Gaza Strip. Biomed Central. 2012; 6 (8): 2-10
- ²⁵ Bell V., Méndez F., Martínez C., Palma P.P., Bosch M. Characteristics of the Colombian armed conflict and the mental health of civilians living in active conflict zones. Biomed Central. 2012; 6 (10): 2-8
- ²⁶ Rieder M. , Choonara I. Armed Conflict and Child Health. Arch Dis Child. 2012; 97: 59-62.
- ²⁷ Thabet AA. , Karim K. & Vostanis P. Trauma exposure in pre-school children in a war zone. BJP. 2006;188: 154-158.
- ²⁸ Thabet AA. , Karim K. & Vostanis P. Trauma exposure in pre-school children in a war zone. BJP. 2006;188: 154-158.
- ²⁹ Kozariæ-Kovaèiæ D. , Kocijan-Hercigonja D. , Jambrošićæ A. Psychiatric Help to Psychotraumatized Persons during and after War in Croatia. CMJ. 2002; 43 (2): 221-228.
- ³⁰ Kozariæ-Kovaèiæ D. , Kocijan-Hercigonja D. , Jambrošićæ A. Psychiatric Help to Psychotraumatized Persons during and after War in Croatia. CMJ. 2002; 43 (2): 221-228.
- ³¹ Kozariæ-Kovaèiæ D. , Kocijan-Hercigonja D. , Jambrošićæ A. Psychiatric Help to Psychotraumatized Persons during and after War in Croatia. CMJ. 2002; 43 (2): 221-228.

-
- ³² Kozariæ-Kovaèiæ D. , Kocijan-Hercigonja D. , Jambrošiæ A. Psychiatric Help to Psichotraumatized Persons during and after War in Croatia. CMJ. 2002; 43 (2): 221-228.
- ³³ Kozariæ-Kovaèiæ D. , Kocijan-Hercigonja D. , Jambrošiæ A. Psychiatric Help to Psichotraumatized Persons during and after War in Croatia. CMJ. 2002; 43 (2): 221-228.
- ³⁴ Sadeh A., Hen-Gal S. , Tikotzky L. Young Children's reactions to war-related stress: A survery and assessment of an innovative intervention. Pediatrics.2008;121(1): 46-53.
- ³⁵ Pine DS. , Costello J. & Mastenn A. Trauma, Proximity and Developmental Psychopathology: The Effects of War and Terrorismo on Children. NPG. 2005; 30: 1781-1792.
- ³⁶ Aviñoa I. , Cañadas M. , Fisas V. , García P. , Prandi M, Royo J.M et al. 1. Conflictos armados. En: Icaria Editorial, Escola de cultura de Pau. Alerta 2011! Informe sobre conflictos, derechos humanos y construcción de paz. Icaria: Editorial; 2011.p.19-49
- ³⁷ Turner M., Kiernan M., McKechanie A., Finch P., McMANUS F., Neal L. Acute military psychiatric casualties from the war in Iraq. BJP, The British Journal of Psychiatry. 2005; 186: 476-479.
- ³⁸ Turner M., Kiernan M., McKechanie A., Finch P., McMANUS F., Neal L. Acute military psychiatric casualties from the war in Iraq. BJP, The British Journal of Psychiatry. 2005; 186: 476-479.
- ³⁹ Mihaljević S. , Aukst-Margetić B. , Vuksan-Ćusa B. , Koić E. & Milošević M. Hopelessness, suicidality and religious coping in croatian war Veterans with PTSD. Psychiatria Danubina. 2012; 24 (3): 292-297.
- ⁴⁰ Smith TC. , AK-Ryan M. , Wingard DL. , Slymen DJ. , Sallis JF. & Kritz-Silverstein D. New onset and persistent symptoms of post-traumatic stress disorder self reported after deployment and combat exposures: prospective population based US military cohort study. BMJ. 2007: 1-11
- ⁴¹ O'Toole BI. , Catts SV. , Outram S., Pierse KR. & Cockburn J. Physical and Mental Health of Australian Vietnam Veterans 3 Decades After the War and Its relation to Military Service, Combat and Post-Traumatic Stress Disorder. AjE. 2009; 170 (3): 318-330
- ⁴² O'Toole BI. , Catts SV. , Outram S., Pierse KR. & Cockburn J. Physical and Mental Health of Australian Vietnam Veterans 3 Decades After the War and Its relation to Military Service, Combat and Post-Traumatic Stress Disorder. AjE. 2009; 170 (3): 318-330
- ⁴³ Klaric M., Franciskovic T., Obrdalj E.C., Petric D., Britvic D., Zovko N. Psychiatric and Health Impact of Primary and Secondary Traumatization in Wives of Veterans With Posttraumatic Stress Disorder. Psychiatria Danubina. 2012; 24 (3): 280-286.
- ⁴⁴ Hecker T., Hermenau K. , Maedl A. , Hinkel H. , Schauer M. & Elbert T. Does Perpetrating Violence Damage Mental Health? Differences Between Forcibly Recruited and Voluntary Combatants in DR Congo. ISTS. 2013;142-148
- ⁴⁵ Kozariæ-Kovaèiæ D. , Kocijan-Hercigonja D. , Jambrošiæ A. Psychiatric Help to Psichotraumatized Persons during and after War in Croatia. CMJ. 2002; 43 (2): 221-228.

-
- ⁴⁶ Reisinger HS. , Hunt SC. , Burgo-Black AL. , Agarwal MA. A population Approach to Mitigating the Long-Term Health Effects of Combat Deployments. CDC. *Prev Chronic Dis* 2012; 9:110-116. DOI: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd9.110116>
- ⁴⁷ Kozariæ-Kovaèiæ D. , Kocijan-Hercigonja D. , Jambrošićæ A. Psychiatric Help to Psichotraumatized Persons during and after War in Croatia. *CMJ*. 2002; 43 (2): 221-228.
- ⁴⁸ Mihaljević S. , Aukst-Margetić B. , Vuksan-Ćusa B. , Koić E. & Milošević M. Hopelessness, suicidality and religious coping in croatian war Veterans with PTSD. *Psychiatria Danubina*. 2012; 24 (3): 292-297.
- ⁴⁹ Kozariæ-Kovaèiæ D. , Kocijan-Hercigonja D. , Jambrošićæ A. Psychiatric Help to Psichotraumatized Persons during and after War in Croatia. *CMJ*. 2002; 43 (2): 221-228.
- ⁵⁰ Husain F. et al. Prevalence of War-Related Mental Health Conditions and Association with Displacement Status in Postwar Jaffna District, Sri Lanka. *JAMA*. 2011; 306 (5): 522-531
- ⁵¹ Scholte WF. et al. Mental Health Symptoms Following War and Repression in Eastern Afghanistan. *JAMA, American Medical Association*. 2004; 292 (5): 585-593.
- ⁵² Morina N., Emmelkamp P.M.G. Mental health outcomes of widowed and married mothers after war. *BJP*. 2012; 200: 158-159.
- ⁵³ Morina N., Emmelkamp P.M.G. Health care utilization, somatic and mental health distress, and well-being among widowed and non-widowed female survivors of war. *BMC Psychiatry*. 2012; 12 (39): 2-10
- ⁵⁴ Palmieri P.A., Galea S., Canetti-Nisim D., Johnson R.J., Hobfoll S.E. The Psychological Impact of the Israel-Hezbollah War on Jews and Arabs in Israel: The Impact of Risk and Resilience Factors. *Institute of Health. Soc Sci Med*. 2008; 67(8): 1208-1216. Disponible en: 10.1016/j.socscimed.2008.06.030.
- ⁵⁵ Jovanovic N. , Kuwert P. , Vukovic IS., Lavor DP. , Medved V., Kovac M. et al. Impact of War Trauma and Posttraumatic Stress Disorder on Psychopathology in Croatian and German Patients with Severe Mental Illness. *Croat Med J*. 2010;51:131-6
- ⁵⁶ Glück TM. , Tran US. & Lueger-Schuster B. PTSD and trauma in Austria's elderly: influence of wartime experiences, postwar zone of occupation, and life time traumatization on today's mental health status-an interdisciplinary approach. *European Journal of Psychotraumatology*. 2012; 3: 1-9.
- ⁵⁷ Hasanovic M. , Srabovic S. , Rasidovic M. , Sehovic M. , Hasanbasic E. , Husanovic J. et al. Psychosocial assistance to students with posttraumatic stress disorder in primary and secondary schools in post-war Bosnia Herzagobina. *Psychiatria Danubina*. 2009; 21(4): 463-473.
- ⁵⁸ Pine DS. , Costello J. & Mastenn A. Trauma, Proximity and Developmental Psychopathology: The Effects of War and Terrorismo on Children. *NPG*. 2005; 30: 1781-1792.

⁵⁹ Pine DS. , Costello J. & Mastenn A. Trauma, Proximity and Developmental Psychopathology: The Effects of War and Terrorismo on Children. NPG. 2005; 30: 1781-1792.

⁶⁰ Thabet AA. & Vostanis P. Posttraumatic stress disorder reactions in children of war: A longitudinal study. Child Abuse NEgl. 2000; 24: 2091-8.

⁶¹ Hasanovic M. , Srabovic S. , Rasidovic M. , Sehovic M. , Hasanbasic E. , Husanovic J. et al. Psychosocial assistance to students with posttraumatic stress disorder in primary and secondary schools in post-war Bosnia Herzagobina. Psychiatria Danubina. 2009; 21(4): 463-473.

⁶² Pine DS. , Costello J. & Mastenn A. Trauma, Proximity and Developmental Psychopathology: The Effects of War and Terrorismo on Children. NPG. 2005; 30: 1781-1792.

⁶³ Glück TM. , Tran US. & Lueger-Schuster B. PTSD and trauma in Austria's elderly: influence of wartime experiences, postwar zone of occupation, and life time traumatization on today's mental health status-an interdisciplinary approach. European Journal of Psychotraumatology. 2012; 3: 1-9.

⁶⁴ Strous RD. , Kotler M. The Challenge of Military Adversity and the Need for Protective Mechanisms. IMAJ. 2008; 10: 892-893.

⁶⁵ Turner M., Kiernan M., McKechanie A., Finch P., McMANUS F., Neal L. Acute military psychiatric casualties from the war in Iraq. BJP, The British Journal of Psychiatry. 2005; 186: 476-479.