

Bustamante Chavez, I.; Rivera Holgin, M.; Matos Retamozo, L. (2013). Violencia y Trauma en el Perú: Desafíos y Respuestas. UPCH: Lima.

Capítulo 1: Replantando la violencia política, el trauma y sus consecuencias como un desafío a la salud global.

Autores: Duncan Pedersen & Consuelo Errazuriz

Introducción

Este libro comprende una colección de los estudios efectuados en distintas partes del Perú, por miembros del equipo de investigadores del programa denominado Trauma & Salud Global - Perú, durante el periodo comprendido entre 2007 y 2012. La mayor parte de los trabajos aquí presentados tuvieron el apoyo financiero del programa mundial de Trauma & Salud Global (TSG)¹ [www.mcgill.ca/trauma-globalhealth] como así también de otras entidades. El programa TSG fue una iniciativa canadiense – de carácter global, inter-disciplinaria y colaborativa entre cinco países (Canadá, Guatemala, Nepal, Perú y Sri Lanka) – dirigida hacia la promoción de la investigación y estudios avanzados, la formación continua y desarrollo de capacidades, y transferencia y diseminación de conocimientos en el campo de la salud mental. Los objetivos de esta iniciativa fueron: (a) reducir la carga de la enfermedad mental de las poblaciones civiles expuestas a la violencia política endémica y de duración prolongada y/o desastres naturales episódicos; (b) promover el proceso de reparación, rehabilitación y recuperación psicosocial en las poblaciones afectadas, y por fin, (c) generar y o mejorar las políticas de salud mental y el acceso a servicios de salud en los países participantes.

Aunque por muchos años el trauma psicológico ha sido una preocupación central para los que se ocupan de los veteranos de guerra y refugiados, menos atención se ha

¹ El programa TSG se desarrolló como una iniciativa en salud global destinada a responder a los problemas de violencia política en sus diversas formas y las consecuencias en la salud individual y colectiva, mediante la generación de un programa de investigación-acción sostenible, subvencionado por la Fundación Teasdale-Corti, dirigido por el CIID (Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo) del Canadá. El programa TSG se estableció mediante un convenio entre el CIID y el Douglas Mental Health University Institute - McGill University, que incluyó el equipo canadiense, con sede en Montreal (Canadá), y equipos homólogos de investigación en las ciudades de Guatemala (Guatemala), Khatmandu (Nepal), Lima (Perú) y Colombo (Sri Lanka).

prestado a la salud mental de la población civil y de los sobrevivientes que se han enfrentado a las adversidades extremas de la violencia organizada, como son el conflicto armado, la guerra y los desastres naturales. Los programas a nivel gubernamental y no gubernamental, las organizaciones humanitarias, y los organismos internacionales que participan en las operaciones de socorro y de atención inmediata o estabilización post-conflicto, han adoptado modelos de intervención clínica y psicosocial que han sido desarrollados en países y contextos occidentales, que se suponen de validez universal, pero que en la práctica han demostrado ser de escasa relevancia social y dudosa eficacia terapéutica. Es dentro de este marco que el programa TSG ha contribuido por sobre todo a replantear respuestas y estrategias humanitarias para manejar y afrontar los desafíos impuestos a escala individual y colectiva por la violencia organizada, proponiendo una perspectiva de análisis mucho más amplia al enfoque puramente clínico e individual, que incluye la historia reciente y el contexto social y cultural en el que la gente vive, afronta, y se recupera de experiencias adversas, particularmente de aquellos eventos considerados traumáticos. De este modo, el programa TSG permitió crear espacios de investigación en el campo de la violencia organizada y de sus efectos en la salud colectiva, en los cuatro países participantes (Guatemala, Nepal, Perú y Sri Lanka). Este libro presenta los resultados de las investigaciones que se llevaron a cabo entre el 2007 y el 2012 por el equipo de TSG-Perú con sede en la Universidad Peruana Cayetano Heredia, así como de otros investigadores independientes que se sumaron a esta publicación.

El contexto global

Globalización y fragmentación pueden considerarse como fuerzas opuestas y dominantes que están en juego en el mundo actual, las que ejercen a su vez gran influencia en la configuración de vastos sectores sociales, realineando frentes políticos, y generando alianzas y antagonismos, tensiones y conflictos de diversas formas. En virtud de la creciente influencia de estas fuerzas nos encontramos cada vez más con un aumento de las tensiones entre "cosmopolitanismo" y "nacionalismo".

Si bien el proceso inexorable de la globalización (comercio transnacional, patrones globales de comunicación y movimientos sociales transnacionales) ha generado la ilusión de un mundo sin fronteras, los grupos sociales y étnicos que aún persisten

dentro de las fronteras de los estados-nación, son un recordatorio de que estamos lejos de los ideales que sugieren el "fin de la territorialidad" (Jung, 2003). Si bien ciertos grupos sociales y étnicos resisten con mayor o menor éxito la asimilación a la nacionalidad que el Estado representa, otros se limitan a negarle reconocimiento político y desafían la legitimidad del Estado a través del conflicto armado y la guerra.

Los conflictos que aparecen como resultado de las diferencias culturales, religiosas, étnicas y/o de desigualdad de clase, resultan a menudo en violaciones de los derechos humanos y dan origen a una violencia que se hace endémica y que con frecuencia se traduce en una escalada de larga duración, con enfrentamientos a veces violentos entre sectores opuestos de la sociedad (Pedersen, 2002).

En la segunda mitad del siglo pasado, el número de conflictos étnicos y guerras aumentó en forma significativa hasta culminar hacia mediados de 1990 y desde entonces ha habido una disminución más o menos constante a lo largo de los últimos dos decenios, que muestran una tendencia mundial hacia la reducción progresiva de la violencia intencional, y más particularmente de la violencia letal (Pinker, 2011). A pesar que estos conflictos registran una tendencia hacia el descenso y ocurren en diferentes momentos y lugares, las causas principales siguen siendo las mismas: las desigualdades sociales y el acceso diferenciado a los recursos críticos, así como los desacuerdos fundamentales sobre la ideología y/o naturaleza de la identidad colectiva, incluyendo el resurgimiento del nacionalismo y de otros procesos que acompañan la construcción de una nueva nación.

Por otro lado, si bien existe una disminución progresiva de los conflictos armados y las guerras, con reducción del número de muertes por violencia letal, el número de sobrevivientes entre la población civil que sufren un problema de salud mental relacionado con la violencia intencional y exposición a eventos traumáticos, se ha venido incrementando. Gran parte de la investigación reciente sobre los efectos de la guerra en la población civil, sobre todo después de los episodios del 9/11 en los EE.UU, ha impulsado en gran medida la consolidación de conceptos relativamente nuevos, tales como el trauma psicológico, la lesión traumática cerebral (Traumatic Brain Injury: TBI), el trastorno agudo por estrés (Acute Stress Disorder: ASD), y el trastorno por estrés postraumático (Post Traumatic Stress Disorder: PTSD), los que a su vez han dado lugar al desarrollo de

diversas iniciativas e intervenciones en el ámbito clínico y colectivo, así como a programas de asistencia médica y humanitaria.

En épocas más recientes, el movimiento de asistencia humanitaria en la escala global, ha avanzado más allá de la simple provisión de primeros auxilios y servicios básicos, incluyendo agua y alimentos, para incorporar distintas formas de apoyo psicológico. Este tipo de apoyo, que va desde una prestación asistencial de "primeros auxilios psicológicos" con servicios de consejería (El Manual Esfera: Carta humanitaria y normas mínimas para la respuesta humanitaria, 2004), hasta la ampliación o escalamiento de "paquetes de tratamiento psicológico basados en la evidencia" para personas con trastornos mentales derivados de eventos traumáticos, incluyendo diversas formas de psicoterapia y otras formas más eclécticas de intervención (Batniji, van Ommeren, & Saraceno, 2006).

Muchas de estas iniciativas de agencias internacionales u organismos no gubernamentales, como son las guías para la intervención o ayuda humanitaria, se presentan como normas y herramientas de validez universal y por tanto, de aplicación general para todos los países. No obstante, la mayoría de estas iniciativas tienden a marginar las voces críticas de los investigadores que sostienen que el discurso occidental sobre la salud mental sólo cobra sentido dentro del marco cultural y moral específico de occidente y que por lo tanto se vuelve problemático cuando se intenta trasladar y aplicar este discurso a otro contexto, con valores culturales, sociales y políticos diferentes (Bracken, 2001; Pedersen, 2002; Almendom y Summerfield, 2004; Kienzler, 2008). Mientras la realidad social, política y económica estructuran el medio ambiente en el cual la violencia ocurre, se suman a éstos otros factores que determinan en última instancia los niveles de salud, como son las desigualdades de clase social y de género, el racismo y otras formas de discriminación, incluida la violencia estructural y la pobreza relativa (Singer, 2003; Farmer, 2004). Este enfoque de la epidemiología social y la antropología médica, así denominada 'crítica', requiere de estrategias y programas de investigación y acción que abarquen un terreno más amplio que la experiencia traumática singular y sus posibles efectos en la salud mental. Este nuevo enfoque, debe incluir la equidad, los derechos humanos y la justicia social, así como integrar además los procesos de resiliencia y de afronte a nivel individual y colectivo en los programas de intervención.

El impacto global de las guerras y la violencia

Los problemas más graves que enfrenta nuestra sociedad contemporánea - incluyendo los problemas de salud mental - son parte indivisible del proceso de globalización: los cambios climáticos, el agotamiento de los recursos críticos, la degradación de los ecosistemas, la pobreza y las desigualdades sociales, la violencia, el conflicto y las guerras, todos están imbricados unos con otros y hoy forman parte indisoluble de la crisis de nuestra civilización en la escala global.

Si limitamos este análisis solamente a las guerras de larga duración de los dos últimos siglos – las así llamadas ' guerras transformacionales' porque afectan el curso de la historia y dan lugar a importantes cambios en el orden global – estas representan un total acumulado de 42 años de conflictos, con una estimación conservadora de unos 95 millones de muertes, entre combatientes y civiles (Smil, 2008). Desde fines de la Segunda Guerra Mundial – que fue la ultima guerra transformacional del siglo pasado – se estiman que un total de 240 conflictos armados han estado activos en 151 sitios en el mundo (Harbom y Wallensteen, 2009). Aunque el número de guerras *entre* estados ha disminuido desde los comienzos de los 1990s, el número de guerras *al interior* de los estados (guerras civiles, conflictos inter-étnicos o intergrupales, como sucede con el terrorismo) se mantiene o ha aumentado tanto en frecuencia como en los niveles de violencia dando origen a atrocidades diversas y a la llamada ‘guerra psicológica’.

Según Holsti (1996), la concepción clásica sobre la guerra que Clausewitz definiera "como la continuación de la política por otros medios", que fue predominante en Europa durante casi tres siglos (1648-1945), tiene poca relevancia para el análisis de las guerras contemporáneas de hoy. La aparición de las llamadas guerras de baja intensidad o "guerras del tercer tipo", que son “a la vez una guerra de resistencia y una campaña para politizar a las masas y así ganar su lealtad y entusiasmo para sostener un régimen de posguerra" (Holsti 1996) son las formas predominantes de los conflictos armados en la actualidad.

En estas guerras contemporáneas, el objeto principal ya no es el territorio, sino la población local, sobre todo los marginados y desposeídos, incluyendo aquellos que tienen un valor simbólico añadido, como por ejemplo, líderes locales, sacerdotes, trabajadores

de salud, autoridades civiles y maestros (Pedersen, 2002). Aun mas, los grupos étnicos minoritarios y los pueblos así llamados “indígenas” se ven cada vez más amenazados por los conflictos internos en su intento de defender sus tierras y posesiones de las incursiones de grupos insurgentes y de los militares, de las compañías mineras y madereras, de los traficantes de drogas y de las operaciones de control de drogas, de funcionarios gubernamentales corruptos y de proyectos de desarrollo disruptivos (Pedersen, 1999).

Las guerras contemporáneas y los cambios en los objetivos estratégicos de las guerras, así como en las tecnologías bélicas (por ejemplo, los bombardeos aéreos, o los “drones” teledirigidos), incluidas las armas de destrucción masiva, han dado lugar a un aumento significativo en el número de víctimas civiles, ya que representan aproximadamente el 90% de todas las muertes relacionadas con la guerra y el conflicto armado (Pedersen y Kienzler, 2008).

Como señalamos mas arriba, la ‘guerra psicológica’ es otra característica central de las guerras contemporáneas, que tiene efectos demoledores: donde se infunde el terror y se cometen atrocidades, incluyendo masacres y ejecuciones en masa, profanación de cadáveres, y en donde las desapariciones, la tortura y la violación sexual son la norma (Summerfield, 1995; Pedersen, 2002).

En síntesis, la violencia se ha convertido en una de las principales causas de muerte a nivel global entre las personas de 15-44 años (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano, 2002). Sin embargo, se debe hacer una importante distinción. Del número total de muertes en el mundo debidas a lesiones letales, aproximadamente 2/3 son de origen "no intencional" (por ejemplo, los accidentes de tránsito), mientras que el tercio restante se deben a la violencia “intencional”, incluyendo suicidios, homicidios y la violencia organizada: las guerras y los conflictos armados, el genocidio y la limpieza étnica (Murray, Rey, López, Tomijima y Krug, 2002). A pesar que como señalamos mas arriba tanto la frecuencia como el número de muertes por violencia intencional ha disminuido considerablemente en el último medio siglo, la proporción de sobrevivientes ha aumentado en forma significativa (Pedersen & Kienzler, 2013; Center for Research on the Epidemiology of Disasters, 2009).

Las guerras sucias

Estas nuevas formas de hacer la guerra y sus consecuencias devastadoras se pueden observar en todas las regiones del mundo. En África, el estilo de la guerra ha cambiado dramáticamente en los últimos años. Los levantamientos de grupos rebeldes se multiplican y el continente está ahora plagado de una infinidad de "guerras sucias" de pequeña escala, sin líneas de frente, sin campos de batalla, y sin distinciones entre combatientes y civiles. Muchos de los reclutas son niños y adolescentes que participan en un círculo vicioso de violación en grupo, de pillaje y delincuencia, dejando atrás un reguero de mutilaciones y asesinatos, de trauma, muerte, desesperación y sufrimiento (Reno, 2012).

Los países de la Liga Árabe tienen igualmente una experiencia propia de insurrección en contra de regímenes autoritarios y una historia reciente de represión militar violenta, con un alto número de civiles muertos entre los participantes de manifestaciones masivas, los que están expuestos a diversas formas de violencia organizada. El sitio y bombardeo de ciudades, el uso de artillería pesada y bombardeos aéreos y uso de armas químicas y otras medidas abusivas y represivas, incluyendo el acoso, la cárcel, la tortura, los atentados suicidas y las ejecuciones sumarias, son algo común en países como Siria, Libia, Yemen, Egipto y los territorios palestinos ocupados, entre otros. Esto resulta en un gran número de civiles muertos y heridos, sin embargo, el número total de víctimas sigue siendo desconocido.

En Asia Meridional y Central, aparte de las dos guerras importantes que se pelean actualmente en Irak y Afganistán y que son responsables de miles de muertes y millones de personas desplazadas y de refugiados, han surgido numerosos conflictos étnicos de larga duración que continúan sumergiendo a la región en una violencia organizada, lo que resulta en una alta mortalidad, sobre todo en la población civil y en las milicias combatientes, dando lugar a desplazamientos masivos de población y a un número creciente de refugiados. Ejemplos importantes son los actuales conflictos étnicos en la región de Cachemira entre India y Pakistán, en el Tíbet, en el sur de China, en Bután, en Nepal y en Sri Lanka. En el caso de Nepal más de 10,000 personas murieron y más de 100,000 sufrieron torturas, violaciones y otras formas de maltrato físico y psicológico. Sri Lanka a su vez, se ha visto sacudido por un largo conflicto étnico entre el gobierno de

mayoría Singalés y el grupo de los Tamil Tigers del Eelam (LTTE), que a dividido al país en un conflicto brutal y una guerra con una duración de más de dos décadas (1983-2009), con más de 100,000 víctimas y varios miles más de desplazados.

En la región de América Latina, las guerras ‘sucias’ proliferaron en las décadas de los 70s y 80s en los países del cono sur (Argentina, Uruguay, Chile) bajo dictaduras militares o regímenes represivos. Existen además ejemplos mas recientes de conflictos étnicos y de guerras internas que han resultado en tasas de mortalidad muy altas, afectando especialmente a los pueblos indígenas: las casi cuatro décadas de conflicto violento, masacres y asesinatos masivos de más de 300,000 personas, en su mayoría de origen Maya en Guatemala, el aniquilamiento y desaparición de 70,000 civiles, en su mayoría campesinos de habla Quechua de la sierra Peruana, llevados a cabo por Sendero Luminoso y la represión militar (Pedersen, Gamarra, Planas y Errázuriz, 2003); y en menor escala, las ejecuciones extrajudiciales de Miskitos en Nicaragua, el asesinato de Tzotziles en Chiapas, México, y la matanza de los Yanomami en la frontera entre Venezuela y Brasil, son algunos ejemplos que ilustran este argumento.

Además del creciente número de víctimas, estos conflictos han provocado grandes flujos de refugiados y de personas desplazadas internamente (PDI). Por ejemplo, el UNHCR Global Trends Report (2011), muestra que 43,7 millones de personas fueron desplazadas por la fuerza a finales del 2010, el número más alto alcanzado desde mediados de la década de 1990. De ellos, 15,4 millones han sido refugiados, 27,5 millones desplazados internamente y 850,000 solicitantes de asilo, de los cuales 15,500 fueron menores no acompañados o separados de su familia. Aunque la información demográfica sobre la población desplazada no siempre está disponible en todos los países, algunas estimaciones recientes indican que las mujeres representan al menos la mitad de las poblaciones bajo la responsabilidad del UNCHR. En total, una gran proporción (algo más del 90%) de las poblaciones desplazadas por la fuerza y de las muertes por violencia intencional en el mundo ocurre en países pobres, de bajos y medianos ingresos, y entre aquellos que son pobres y están marginados políticamente, lo que algunos llaman pueblos del "Cuarto Mundo" (Pedersen, 2002).

Tratamiento y estrategias de intervención

Para cerrar este capítulo, nos proponemos hacer una rápida revisión de las respuestas generadas para enfrentar los problemas derivados de la exposición a la violencia, y más específicamente el trastorno de estrés postraumático (Post-traumatic Stress Disorder: PTSD) y otros trastornos relacionados con el trauma. Estas respuestas consisten habitualmente en la detección y administración de tratamientos clínicos a casos detectados e intervenciones humanitarias dirigidas a la población civil expuesta a conflictos armados y a las adversidades relacionadas con la guerra o la posguerra.

En la actualidad existe un amplio repertorio de terapias para tratar los trastornos relacionados con el trauma. Estas van desde la terapia cognitivo-conductual (terapias de exposición prolongada), a las técnicas de meditación derivadas de las tradiciones orientales destinadas a aliviar el sufrimiento mediante la relajación y el desarrollo espiritual, o el uso de psicofármacos (antidepresivos o medicamentos que interfieren con el reflejo condicionado del miedo o bloqueadores de la memoria traumática). En la actualidad, la eficacia de estas terapias, tanto psicosociales como farmacológicas sigue siendo incierta. Para muchos pacientes expuestos a trauma masivo, la remisión completa de los síntomas puede ser un objetivo inalcanzable del tratamiento (Marshall, Davidson, y Yehuda, 1998). Si bien es posible que algunos aspectos del trastorno de estrés postraumático puedan ser prevenidos o aliviados mediante medicamentos antidepresivos y terapias cognitivo-conductuales, en aquellos casos de exposición prolongada a la violencia endémica con destrucción o deterioro significativo del entorno social, estas intervenciones tendrán un impacto limitado o nulo.

La medicalización excesiva de los programas de intervención psicosocial enfocadas al manejo del trastorno por estrés postraumático y otros constructos relacionados, conduce a menudo a un uso indiscriminado de listas de verificación de síntomas (*symptom check-lists*) y prestación de servicios de "apoyo psicológico." Este enfoque refleja nuestra comprensión limitada de la gama de posibles efectos en la salud después de la exposición a eventos catastróficos y traumáticos (Young, 1995, 2000). Por otra parte, a nivel clínico, sabemos muy poco sobre quién debe (o no debe) recibir una intervención individualizada, y menos aún sobre cómo y por qué esta intervención puede funcionar en algunos casos y no así en otros. La mayoría de los esfuerzos en curso e intervenciones humanitarias que vienen siendo implementadas por agencias

gubernamentales y organizaciones no gubernamentales, no han sido evaluadas en términos de resultados en la salud de las personas afectadas, como tampoco el impacto global en la calidad de vida y bienestar de las comunidades locales y en sus potenciales beneficiarios.

Entre los investigadores, los profesionales y planificadores de la salud implicados en intervenciones post-conflicto/desastre o en la ejecución de programas de emergencia, ha existido un largo debate sobre la pertinencia y la aplicabilidad de constructos psiquiátricos convencionales de trauma, particularmente el trastorno de estrés postraumático o PTSD (Summerfield, 2004). Si bien los expertos y las organizaciones internacionales han postulado que las condiciones médicas, como el trastorno por estrés agudo y el trastorno por estrés postraumático crónico, son susceptibles a los tratamientos estándares occidentales (van Ommeren, et al, 2005), la crítica de los que trabajan en las comunidades afectadas sugiere que los eventos traumáticos tienen un significado más amplio, variado y complejo, que aquellos reconocidos por la nosología psiquiátrica convencional (Kirmayer, 1996). Estos efectos, a su vez, evocan una gama amplia de estrategias de adaptación que son culturalmente específicas y que todavía no se conocen en forma suficiente.

Los servicios de salud mental. A pesar de la creciente carga mundial de la enfermedad mental, en la mayoría de los países del mundo la salud mental sigue siendo una de las prioridades más bajas del sector salud. Los recursos asignados para la salud mental son insuficientes y sobre todo inadecuados en países de medianos o bajos ingresos, como es el caso del Perú, donde se destina la mayor parte de los escasos recursos financieros a los hospitales psiquiátricos. La mayoría de estos hospitales fueron instalados durante la época colonial, y mantienen un régimen custodial de los pacientes internados con un tratamiento que ha demostrado ser por lo general ineficaz, o peor aún, dañino y en franca violación de los derechos humanos. Como consecuencia, se estima que en los países pobres un 85% de la pacientes con trastorno mental grave no reciben tratamiento a pesar de que hoy existen tratamientos más efectivos para estas enfermedades (Saxena et al, 2006).

Las discrepancias entre los recursos disponibles y las necesidades de atención de salud mental se incrementan dramáticamente durante y después de situaciones de

emergencia, y en particular en situaciones de post-conflicto o desastres naturales. No solo los recursos terapéuticos resultan insuficientes, sino que además algunas de las intervenciones utilizadas, tales como la sesión simple de “debriefing” o la prescripción de tranquilizantes (e.g., benzodiazepinas), no sólo son terapias ineficaces, sino que en realidad se han demostrado dañinas o perjudiciales en el tratamiento del estrés postraumático (NIMH, 2002). De hecho, el desarrollo de intervenciones focalizadas para el tratamiento de trauma o la consejería especializada para el PTSD, no deberían suplantarse y menos aun sustituir a los programas regulares de salud mental comunitaria. La prestación de servicios orientados a la atención de problemas relacionados con trauma psicológico debiera por lo tanto integrarse a los servicios generales de salud y/o de atención primaria o a los servicios sociales existentes, y sumarse a otras intervenciones en sectores críticos como son el sector educación y el sector de justicia.

El orden moral terapéutico y los distintos enfoques. Las políticas generadas en la post-guerra y el post- conflicto, se caracterizan con frecuencia por la aparición de un "orden moral terapéutico", el que es por lo general promovido por el sector gubernamental o de organizaciones no gubernamentales, bajo la premisa equivocada de que no sólo los combatientes, sino la totalidad de la población civil que ha sido expuesta a guerras y/o conflictos armados, están “traumatizados” y requieren por lo tanto de una u otra forma de manejo terapéutico (Moon, 2009). En las operaciones humanitarias durante el post-conflicto y post-desastre, se observan con frecuencia equipos conformados por psicólogos o consejeros especializados que se movilizan bajo el supuesto equivocado de que los trastornos relacionados con el trauma necesariamente afectan la mayoría, o a toda la población expuesta.

Al mismo tiempo, se reconoce que los países que emergen recientemente de un conflicto armado o de un largo periodo de violencia intencional organizada – situación que ha afectado a los cuatro países que participan en esta iniciativa TSG – sufren de una insuficiencia de recursos de salud mental debido principalmente a una reducción en los presupuestos de salud, y a una escasez y desigual distribución de los profesionales de salud mental (Allden et al, 2009; Al-Obaidi, Budosan & Jeffrey, 2010). Con el fin de superar esta situación, la financiación y el suministro de ayuda humanitaria es organizada cada vez más por las organizaciones no gubernamentales internacionales y locales, y las

intervenciones terapéuticas son exportadas de países occidentales con poca o ninguna validación y/o adaptación a las sociedades devastadas por la guerra.

Miller & Rasmussen (2010) han señalado una distinción importante en las estrategias de intervención y tratamiento entre aquellos enfoques verticales, centrados únicamente en el trauma resultante a nivel individual, *versus* otros enfoques horizontales, dirigidos al ámbito psicosocial y de salud mental a nivel de la comunidad. Estos dos enfoques se basan en hipótesis fundamentalmente diferentes sobre los factores que más influyen en la salud mental en situaciones de conflicto y post-conflicto.

Para aquellos defensores de los enfoques verticales centrados en el trauma, el factor crítico en la cadena de la causalidad es la exposición individual y directa a un acontecimiento traumático. Esta hipótesis está sustentada por el campo clínico así llamado de la psico-traumatología. En cambio, para aquellos que apoyan un enfoque horizontal y psicosocial más amplio, la atribución de causalidad está centrada fundamentalmente en las condiciones sociales y materiales que son a la vez causa o consecuencia del conflicto armado, incluyendo otras condiciones previas coexistentes, como son la pobreza extrema o aquellas derivadas de los desplazamientos internos o de la condición de refugiados que a menudo implican la erosión del capital social, con pérdida del apoyo social y material.

Por otro lado, los profesionales e investigadores que trabajan en el campo de la asistencia humanitaria están generalmente de acuerdo que a pesar de la amplia gama de opciones de tratamiento de trauma disponibles,² todavía no existe una evidencia sólida para sustentar las intervenciones de apoyo psicosocial (Allden et al., 2009). En el año 2008, el Instituto de Medicina (IOM), publicó un informe que contiene una revisión sistemática de la evidencia científica sobre todas las modalidades de tratamiento para el trastorno de estrés postraumático, en el que se plantea un reclamo similar. El informe señala que luego de un análisis de todos los grupos de fármacos, la evidencia es

² La farmacoterapia incluye medicamentos como los alfa-adrenérgicos (prazosin), bloqueadores beta (propranolol), nuevos antipsicóticos como la olanzapina y risperidona, inhibidores de la monoamino oxidasa, phenelzine y brofaromine, inhibidores selectivos de recaptación de la serotonina (ISRS) y otros antidepresivos. Las psicoterapias incluyen terapias de exposición, desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (Eye Movement Desensitization and Reprocessing -EMDR), reestructuración cognitiva, “debriefing”, primeros auxilios psicológicos, métodos testimoniales, estrategias de afrontamiento y terapia de grupo, entre otros.

insuficiente para determinar su eficacia en el tratamiento del trastorno de estrés postraumático entre los veteranos de guerra. Con respecto a las psicoterapias, el comité dejó establecido que solamente para las terapias de exposición cognitiva-comportamental existen pruebas suficientes para establecer su eficacia real en el tratamiento del trastorno de estrés postraumático (IOM, 2008).

Un informe anterior, titulado World Disaster Report (IFRC, 2000), criticó duramente las iniciativas internacionales de salud mental por la falta de pruebas sobre la eficacia y estandarización de las terapias existentes e hizo un llamado para que se adopten normas con el fin de mejorar la organización de los programas de ayuda en el postconflicto. Como respuesta a este informe, se han desarrollado manuales normativos, como El Manual Esfera, que fue revisado en el año 2004 para incluir el tratamiento de traumas psicológicos (Manual Esfera, 2004). Según el manual, se debe garantizar el acceso a primeros auxilios psicológicos a todas las personas que sufren de trastornos mentales agudos después de la exposición a experiencias traumáticas. Se argumenta además que la aflicción aguda sufrida después de la exposición a un trauma psicológico se maneja mejor con la provisión de los llamados "primeros auxilios psicosociales" los que incluyen una atención básica, pragmática y no intrusiva, con un enfoque dirigido a escuchar más que a forzar la declaración sobre el trauma sufrido; asegurándose que las necesidades básicas sean satisfechas; alentando sin forzar el acompañamiento de amigos o familiares; y por sobre todo proteger a las personas de sufrir daño adicional. Informes similares han sido publicados por la OMS (2003) sobre "La Salud Mental en las Emergencias" y otras guías para la intervención elaboradas por el Inter-Agency Standing Committee (IASC, 2007), declaran que en medio de una situación de emergencia, es fundamental proteger y mejorar la salud mental de las personas y el bienestar psicosocial a través de estrategias de intervención psicosocial bien organizadas. Sin embargo, como se ha señalado mas arriba, no existen aun evidencias solidas sobre cuales son las mejores practicas para estas intervenciones psicosociales.

Por lo tanto, sostenemos que con el fin de prestar una asistencia psicosocial socialmente relevante y culturalmente apropiada, tanto para los individuos como para las comunidades que lo necesitan, los trabajadores de salud deben conocer mas de cerca los estresores psicosociales y problemas identificados como los más importantes por los

miembros de la comunidad. Asimismo, deben examinar el impacto de otras formas de violencia como son la violencia de género y la violencia contra la mujer. Para poder manejar mejor la complejidad de estos procesos, las intervenciones humanitarias deben usar estrategias de prevención secundaria y de tratamiento fundamentados en la evidencia, tomando en consideración las iniciativas y programas ya existentes, de una manera participativa, que genere el empoderamiento y facilite la apropiación de las intervenciones. Más concretamente, cuando se reconoce la importancia de desarrollar intervenciones basadas en las necesidades de la comunidad, se hace imperativo hacer una evaluación rápida del contexto sociocultural y de las necesidades a nivel local, relacionar el contexto a la formulación de soluciones locales y por último, fortalecer antes que reemplazar, los mecanismos endógenos existentes que pueden utilizarse en el manejo terapéutico, incluyendo las practicas tradicionales y otras formas locales de manejo y afrontamiento.

Las intervenciones humanitarias

Las intervenciones humanitarias necesitan por lo tanto ser reevaluadas y rediseñadas en primer lugar, respondiendo a las preocupaciones reales de los sobrevivientes, referidas a sus formas de vida que han sido total o parcialmente destruidas y a las cuestiones y demandas más urgentes, tales como la violación de sus derechos humanos y la injusticia social e impunidad de los agresores. El “trauma” es rara vez la preocupación más importante de las poblaciones expuestas a las atrocidades de la guerra y la violencia intencional. Todavía aún más importante se debe partir del supuesto que no todas las personas expuestas a experiencias traumáticas desarrollan necesariamente algún trastorno mental relacionado con el trauma. En segundo lugar, debemos evitar el error de definir *resiliencia* sólo en términos de ausencia de una psicopatología diagnosticable y centrarnos más en estudiar las trayectorias de las personas en el ajuste y las adaptaciones estratégicas de supervivencia a lo largo del tiempo. Por fin, las intervenciones humanitarias no deben ignorar los recursos endógenos locales, tales como las redes de apoyo y soporte social, comenzando por el fortalecimiento de las capacidades locales dañadas en función de las necesidades locales y de las prioridades emergentes.

Es de importancia crítica incluir desde un principio a las mujeres en el diseño y ejecución de proyectos e intervenciones que puedan afectar su salud física y mental. Para incorporar las perspectivas de las mujeres sobre las consecuencias en la salud mental de los conflictos bélicos y desastres naturales, es necesario incluir un análisis comparativo de género. Este análisis comparativo tomaría en cuenta el impacto diferencial de la violencia en hombres y mujeres, teniendo en cuenta las relaciones de género como un principio organizador de las esferas política, social, económica y ética o de valores. Debido a la estructura de las clases sociales, este análisis comparativo también debe tomar en cuenta la interacción del género con raza, etnia, edad, ubicación geográfica y educación. La atención sistemática del impacto de un evento traumático tanto en los hombres como en las mujeres es esencial para la planificación e implementación de intervenciones socialmente relevantes y culturalmente apropiadas, y por sobre todo eficaces en materia de salud física y mental.

El programa TSG que describimos brevemente en la introducción a este capítulo, ha sido en general exitoso permitiendo a los investigadores de diferentes disciplinas y niveles de formación crear espacios de investigación y de acción en sus respectivos países y sitios de estudio seleccionados. Al mismo tiempo, la transferencia de conocimientos apropiada a sus propios países y contexto, el intercambio de información, de consultoría y de gestión sobre los resultados de las investigaciones, sumados a métodos no convencionales de entrenamiento y enseñanza que se desarrollaron a todo nivel, fueron aspectos convergentes que reforzaron la investigación. Se puede aprender mucho de este tipo de enfoques que hace hincapié en el intercambio de conocimientos entre los países, en lugar de imponer estándares norte-americanos o normas europeas en contextos culturales específicos en los cuales las personas y las organizaciones tienen que hacer frente a diversas normas, valores y tradiciones con el fin de comprender las enfermedades mentales y las expresiones locales de aflicción para poder crear intervenciones efectivas, sostenibles y más apropiadas en el futuro.

Observaciones Finales

Con el fin de reexaminar y replantear la violencia intencional, el trauma de guerra y las estrategias de intervención pertinentes, se deben tomar en cuenta tres aspectos

claves: en primer lugar, es fundamental examinar los efectos de la violencia política, del conflicto armado y las guerras, no sólo en cuanto a los eventos estresantes inmediatos y a las dificultades económicas y políticas que son sus precursores inevitables, pero también haciendo el vínculo entre éstas y las estructuras sociales más amplias donde se originan (Gibson, 1989; Pedersen, 2002). En segundo lugar, se debe insistir en la necesidad de documentar las distintas formas de sentir y reportar, asignarle significado y expresar la experiencia traumática, las que están fuertemente modeladas por la cultura, tales como los idiomas locales de aflicción, las atribuciones de causalidad, y otras respuestas estratégicas y de adaptación al trauma a nivel tanto individual como colectivo (Pedersen, Kienzler & Gamarra, 2010). En tercer lugar, es fundamental evaluar no solo el corto plazo, sino también las consecuencias de mediano y las de largo plazo, de tal modo que permita reconstruir la epidemiología social de la violencia, la historia natural del trauma y sus efectos, así como las circunstancias en las que las intervenciones médicas o psicológicas favorecen o dificultan la recuperación de las experiencias traumáticas.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que los trastornos mentales como el PTSD y los trastornos por estrés postraumático no son categorías biomédicas monolíticas sino que son entidades complejas y heterogéneas, sujetas a la interpretación y que se comprenden de manera diferente en los diversos entornos culturales y sociales. Los idiomas locales de aflicción dan fe de ello como también las explicaciones individuales, familiares y comunitarias de la adversidad, y el desarrollo de estrategias y formas locales de curación y afrontamiento (Pedersen, Kienzler & Gamarra, 2010). Por lo tanto, sostenemos que la búsqueda de problemas mentales discretos y específicos como el PTSD, esencialmente descontextualizan los problemas de naturaleza humana, como son el sufrimiento y el dolor por la pérdida de un ser querido. Hay ser más cautelosos en la evaluación de los efectos de la violencia intencional, para así evitar hacer atribuciones de causalidad falsas, y sacar conclusiones erróneas sin tomar en cuenta la presencia de otras variables en la cadena de eventos que conducen a la aflicción, a la enfermedad mental, o a los estados emocionales acompañados de recuerdos dolorosos del pasado (Kleinman & Sung, 1979).

Basados en esta premisa, nos gustaría sugerir que existen múltiples vías o rutas a través de las cuales las desigualdades sociales, la discriminación y la violencia

intencional pueden traducirse en problemas de salud mental. Mientras la ruta psicosocial parece ser sustantiva, existen evidencias que la vía biológica o fisiológica es igualmente importante, a través de la cual los cambios ambientales negativos y estresantes se traducen en procesos inmunológicos y endocrinos corporales (Dressler, Oths, & Gravelle, 2005; Wilkinson, 1996). Esto hace evidente que es importante integrar ambos enfoques, psicosociales y biológicos con el fin de comprender mejor las vías de causalidad (Bolton, 2010; Dohrenwend, 2000), es decir, las relaciones complejas e interdependientes, y las diversas formas en que estas interacciones influyen en la aflicción y en la incidencia de la enfermedad, la experiencia de la enfermedad y en la salud y bienestar de los individuos, familias y comunidades (Buitrago, 2004, Martín-Baró, 1994).

(Insertar Figura 1..)

Marco interpretativo estructural

En base a nuestra experiencia en la ejecución del programa de TSG y estudios de terreno realizados en el Perú (Pedersen, Tremblay, Errazuriz & Gamarra, 2008) y otros países, hemos desarrollado un marco de interpretación estructural para presentar de una forma simplificada estas interrelaciones complejas e interdependientes entre los distintos ámbitos como lo biomédico y lo biográfico, lo social y lo cultural, y de este modo ilustrar las causas y los caminos por los que estas interacciones influyen los resultados en la salud mental de los individuos y las comunidades (Braveman, 2006; Guruge y Nazilla, 2004; Lebel, 2003; Waller, 2001).

Revisando el marco interpretativo estructural, se hace evidente que existen vínculos inextricables entre los seres humanos y sus ambientes biofísicos, sociales, políticos y económicos que tienen consecuencias tanto en la salud individual como colectiva, configurando al mismo tiempo el estado de salud general (Lebel, 2003). En la construcción del marco hemos adoptado una perspectiva inspirada en la propuesta de los determinantes sociales para comprender las relaciones entre las condiciones de la vida moderna, los patrones de familia contemporáneos y la organización social, los nuevos valores culturales y las categorías de enfermedad prevalentes según la definición dada por los investigadores y utilizada actualmente por los profesionales de la salud. Al mismo

tiempo, hemos utilizado un abordaje etnográfico para describir y analizar las prácticas locales a través de las cuales los individuos, las familias y las comunidades expresan, interpretan, reaccionan y manejan la expresión de enfermedad y el sufrimiento resultante. Por último, en este marco se refuerza la vía biológica, que va de la exposición a eventos traumáticos y otras experiencias estresantes de la vida, a la disfunción celular (neuroendocrina, autonómica, metabólica e inmunológica) que se traducen en resultados en la salud mental, como se han descrito en el manual DSM (Diagnostic and Statistical Manual) de la Asociación Americana de Psiquiatría, en sus sucesivas versiones, y de otras guías diagnósticas similares. Por lo tanto, los programas de salud y bienestar en las situaciones de conflicto y post-conflicto deben tomar en cuenta no sólo una distribución más equitativa de la ayuda psicosocial y de los recursos de atención médica a aquellos que mas los necesitan, pero también se debe tener en cuenta la dimensión moral de las cuestiones en juego. Por encima de todo tenemos que aclarar las relaciones causales entre los diversos componentes bio-psico-sociales, ya que los hechos y las correlaciones de por sí no son pruebas suficientes para guiar la política, ni para hacer juicios éticos o morales (Deaton, 2011).

En conclusión, es a través del desarrollo de marcos referenciales, de modelos y prácticas de uso común en la medicina y la epidemiología social, la psiquiatría cultural y la antropología médica, que eventualmente vamos a entender mejor cómo las aflicciones, la enfermedad mental y el sufrimiento social son transformados en categorías nosográficas y finalmente absorbidos en el ámbito de la psiquiatría o de la psicología. Reconocemos también cómo las ciencias y las tecnologías médicas, son utilizadas tanto en la medicalización del "problema" como una forma de control social, a menudo en detrimento de los recursos endógenos locales. Uno puede encontrar fácilmente múltiples ejemplos de tecnologías médicas o psicofármacos destinados a reducir o controlar ciertos comportamientos adaptativos (como son por ejemplo, los niños hiperactivos, las adicciones a las drogas), así como las plagas, las enfermedades y los eventos del ciclo de vida (como el parto, o la menopausia) tanto en los países industrializados como también en los países en desarrollo.

En nuestra opinión, a partir de la experiencia del programa TGH aplicado en la escala global, sigue siendo esencial promover la innovación y una mayor heterogeneidad

de los modelos, teorías y conceptos, como un contrapeso a la creciente homogeneización de los conocimientos y de la práctica científica médica y psiquiátrica en particular. Las perspectivas críticas que hemos venido utilizando en el programa TSG para aproximarnos a la violencia política y sus efectos, la aflicción y el sufrimiento social, el trauma y los trastornos por estrés postraumático, pueden ser también aplicables en una amplia gama de enfermedades cortando transversalmente a través de las áreas relacionadas con la salud global y el bienestar de las poblaciones actuales y futuras.

Referencias

1. Al-Obaidi, A., Budosan, B., & Jeffrey, L. (2010). Child and adolescent mental health in Iraq: Current situation and scope of promotion of child and adolescent mental health policy. *Intervention*, 8(1), 40-51.
2. Allden, K., Jones, L., Weissbecker, I., et al. (2009). Mental health and psychosocial support in crisis and conflict: Report of the mental health working group. *Prehospital and Disaster Medicine*, 24(Suppl 2), s217-s227.
3. Almendom, A. & Summerfield, D. (2004). Mental well-being in settings of complex emergency: An overview. *Journal of Biosocial Science*, 36, 381-388.
4. Batniji, R., Van Ommeren, M., & Saraceno, B. (2006). Mental and social health in disasters: relating qualitative social science research and the Sphere standard. *Social Science & Medicine*, 62(8), 1853-1864.
5. Bolton, D. (2010). Social, biological and personal constructions of mental illness. In C. Morgan & D. Bhugra (Eds.), *Principles of Social Psychiatry* (pp. 39-50). Hoboken: John Willey and Sons.
6. Bracken, P. J. (2001). Post-modernity and post-traumatic stress disorder. *Social Science & Medicine*, 53(6), 733-743.
7. Braveman, P. (2006). Health disparities and health equity: Concepts and measurement. *Annual Review of Public Health*, 27(1), 167-194.
8. Buitrago, C. (2004). Internationally displaced Colombians: The recovery of victims of violence within a psychosocial framework. In K. Miller & L. Rasco (Eds.), *The mental health of refugees: Ecological approaches to healing and adaptation* (pp. 229-262). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
9. Center for Research on the Epidemiology of Disasters (2009). EM-DAT: *Emergency Events Database*. Louvain, Belgium: Université Catholique de

Louvain - Ecole de Santé Publique. Retrieved from:
<http://www.emdat.be/Database/terms.html>

10. Deaton, A. (2011). *What does the empirical evidence tell us about the injustice of health inequalities?* Unpublished manuscript, Princeton University: Center for Health and Wellbeing.
11. Dohrenwend, B. (2000). The role of adversity and stress in psychopathology, some evidence and its implications for theory and research. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 1-19.
12. Dressler, W., Oths, K., & Gravlee, C. (2005). Race and ethnicity in public health research models to explain health disparities. *Annual Review of Anthropology*, 34, 231-252.
13. El Proyecto Esfera. (2004). *El Manual Esfera: Carta Humanitaria y normas mínimas para la respuesta humanitaria*. Practical Action Publishing, Schumacher Centre for Technology and Development, UK.
14. Farmer, P. (2004). An anthropology of structural violence. *Current Anthropology*, 45 (3), 305-325.
15. Gibson, K. 1989. Children in Political Violence. *Social Science and Medicine*, 28(7), 659-668.
16. Guruge, S., & Nazilla, K. (2004). Intersectionalities of Influence: Researching the Health of Immigrant and Refugee Women. *Canadian Journal of Nursing Research*, 36, 32-47.
17. Harbom, L. & Wallensteen, P. (2009). Armed conflicts, 1946-2008. *Journal of Peace Research*, 46(4), 577-587.
18. Holsti, K.J. (1996). *The state, war, and the state of war*. Cambridge: Cambridge University Press.
19. IASC. (2007). *Guidelines on Mental Health and Psychological Support in Emergency Settings*. Geneva: IASC.
20. IOM. (2008). *Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. An Assessment of the Evidence*. Washington: The National Academies Press.
21. Jung, D. (2003). *Shadow globalization, ethnic conflicts and new wars: a political economy of intra-state war*. London: Routledge.
22. Kienzler, H. (2008). Debating war-trauma and post-traumatic stress disorder (PTSD) in an interdisciplinary arena. *Social Science & Medicine*, 67(2), 218-227.

23. Kirmayer, L. (1996). Confusion of the Senses: Implications of Ethnocultural Variations in Somatoform and Dissociative Disorders for PTSD. In A.J. Marsella, M.J. Friedman, E.T. Gerrity, & R.M. Scurfield (Eds.), *Ethnocultural Aspects of Posttraumatic Stress Disorder: Issues, Research and Clinical Applications* (pp. 301-338). Washington D.C., American Psychological Association.
24. Kleinman, A., & Sung, L. H. (1979). Why do indigenous practitioners successfully heal? *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, 13(1), 7-26.
25. Krug, E.G., Dahlberg, L. L., Mercy, J.A., Zwi, A.B., & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/.
26. Lebel, J. (2003). *Health: An Ecosystem Approach*. Ottawa: International Development Research Centre.
27. Martin-Baro, I. (1994). War and mental health. Translated by Anne Wallace. In E.G. Mishler (Ed.), *Writings for a liberation psychology* (pp. 108-121). Cambridge: Harvard University Press.
28. Marshall, R.D., Davidson, J.R.T., Yehuda, R. (1998). Pharmacotherapy in the treatment of PTSD and other trauma-related syndromes. In: R. Yehuda (Ed.), *Psychological Trauma*, (pp. 133-178). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
29. Miller, K.E. and Rasmussen, A. (2010). War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: Bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Social Science & Medicine*, 70, 7-16.
30. Moon, C. (2009). Healing past violence: traumatic assumptions and therapeutic interventions in war and reconciliation. *Journal of Human Rights*, 8, 71-91.
31. Murray, C., King, G., Lopez, A., Tomijima, N. and Krug, E. (2002) Armed conflict as a public health problem. *British Medical Journal*, 324.
32. National Institute of Mental Health (NIMH). (2002). *Mental health and mass violence: evidence-based early psychological interventions for victims/survivors of mass violence. A workshop to reach consensus on best practices*. NIH Publication No. 02-5138. Washington, D.C.: US Government Printing Office.
33. Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. (2003). *La Salud Mental en las Emergencias. Aspectos mentales y sociales de la salud de poblaciones expuestas a factores estresantes extremos*. Geneva:WHO.

34. Pedersen, D. (2002). Political violence, ethnic conflict and contemporary wars: broad implications for health and social well-being. *Social Science & Medicine*, 55, 175-190.
35. Pedersen, D. (1999). *Surviving Amerindian nations: the impact of political violence and wars*. Unpublished manuscript. Summer Course of Social and Transcultural Psychiatry. McGill University. Montreal, Canada
36. Pedersen, D., Gamarra J., Planas M.E. & Errazuriz, C. (2003). "Violencia Política y Salud Mental en las Comunidades Altoandinas de Ayacucho, Perú." In: C. Cáceres, M. Cueto, M. Ramos y S. Vallenás (Eds.), *La salud como derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina*, (pp. 289-307) Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
37. Pedersen, D., and Kienzler, H. (2013). Exploring pathways of distress and mental disorders: the case of Quechua-speaking populations in the Peruvian Andes. D. Hinton and B. Good, (Eds.), *Culture and PTSD* (in print).
38. Pedersen, D. and Kienzler, H. (2008). Ethnic conflict and public health. In: H.K. Heggenhougen and S.R. Quah, (Eds.), *International Encyclopedia of Public Health, Vol 2*. (pp. 508-518) San Diego: Academic Press.
39. Pedersen, D., Kienzler, H., & Gamarra, J. (2010). Llaki and Ñakary: Idioms of distress and suffering among the highland Quechua in the Peruvian Andes. *Culture, Medicine & Psychiatry*, 34(2), 279-300.
40. Pedersen, D., Tremblay, J., Errazuriz, C. & Gamarra, J. (2008). The sequelae of political violence: assessing trauma, suffering and dislocation in the Peruvian highlands. *Social Science & Medicine*, 67, 205-217.
41. Pinker, S. (2011). *The better angels of our nature: why violence has declined?* New York: Penguin Books.
42. Saxena, S., Van Ommeren, M., & Saraceno, B. (2006). Mental health assistance to populations affected by disasters: World Health Organization's role. *International Review of Psychiatry*, 18 (3): 199-204.
43. Singer, M. (2003). Desperate measures: a syndemic approach to the anthropology of health in a violent city. In: H.A. Baer, M. Singer & I. Susser (Eds.). *Medical Anthropology and the world system*. Westport, CT: Praeger Publishers.
44. Smil, V. (2008). *Global Catastrophes and Trends: The Next 50 Years*. Cambridge: The MIT Press.

45. Summerfield, D. (2004). Cross-Cultural Perspectives on the Medicalization of Human Suffering. In *Posttraumatic Stress Disorder. Issues and Controversies*. Edited by Gerald Rosen. West Sussex: John Wiley and Sons.
46. Summerfield, D. (1995). Addressing human response to war and atrocity. In: R.J. Kleber, C.R. Figley, and B.P.R. Gersons (Eds.). *Beyond trauma: cultural and societal dynamics* (pp. 17-29). New York: Plenum Press.
47. Reno, W. (2012). *Warfare in Independent Africa*. Cambridge: Cambridge University Press.
48. UNHCR. (2011). UNHCR Global Trends Report 2011. Geneva. www.unhcr.org
49. van Ommeren, M., Saxena, S., & Saraceno, B. (2005). Mental and social health during and after acute emergencies emerging consensus? *Bulletin of the World Health Organization*, 83(1), 71-77.
50. Walker, P., and Walter J., (Eds.). (2000). *World Disasters Report*. Geneva: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC).
51. Waller, M. A. (2001). Resilience in ecosystemic context: Evolution of the concept. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(3), 290-297.
52. Wilkinson, R. (1996). *Unhealthy societies. The Afflictions of inequality*. London: Routledge.
53. Young, A. (1995). *Harmony of illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. New Jersey: Princeton University Press
54. Young, A. (2000). An alternative history of traumatic stress. In Shalev, A.Y., Yehuda, R. et al. (Eds.) *International handbook of human response to trauma*. (pp. 51-66). New York: Kluwer Academic.