



SESPAS

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

SERIE | LA SALUD PÚBLICA EN LOS CONFLICTOS
BÉLICOS.
Volumen VI

La Salud Mental de las poblaciones en contexto de conflicto. El impacto invisible.

Monografía SESPAS 2025



Autores

Brenda Biaani León-Gómez

Institut Català de la Salut, Gerència Territorial Metropolitana Nord.
Institut de Recerca en Atenció Primària Jordi Gol: Barcelona, Catalunya, ES.
Vocal, Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.
Sociedad Española de Epidemiología.

Constanza Jacques-Aviñó

Institut de Recerca en Atenció Primària Jordi Gol: Barcelona, Catalunya, ES.
Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Cerdanyola d3s (Barcelona), España.
Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS),
España.
Sociedad Española de Epidemiología.

Yolanda Triñanes Pego

Servizo de Atención á Saúde Mental e Integración psicosocial e Trastorno Mental Grave.
Subdirección Xeral de Atención á Saúde Mental. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.
Servizo Galego de Saúde.
Sociedad Española de Epidemiología.

Revisión

Eduardo Satué de Velasco

Presidente, Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.

Vicente Gea-Caballero

Vocal de publicaciones, Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.

ISBN de la Obra completa: 978-84-09-56933-5

ISBN Volumen VI: 978-84-09-81131-1

Zaragoza, 2025

Maquetación: Gambón

Índice

A.	Introducción	06
01.	La salud mental en los territorios de Conflictos Bélicos.....	07
1.1.	Experiencias Traumáticas y Trastornos Relacionados	07
1.2.	Desplazamiento y refugio	09
1.3.	Estructura y sufrimiento psicosocial.....	10
02.	La salud mental más allá de los territorios en conflicto	11
2.1.	Los Medios de Comunicación y globalización del trauma	12
2.2.	Trauma intergeneracional.....	14
B.	Limitaciones de la investigación en el tema.....	15

C.	Conclusiones.....	17
-----------	-------------------	----

D.	Bibliografía.....	18
-----------	-------------------	----



La Salud Mental de las poblaciones en contexto de conflicto. El impacto invisible

Resumen: Este volumen, *La salud mental de las poblaciones en contexto de conflicto. El impacto invisible*, aborda cómo los conflictos bélicos (CB) afectan la salud mental más allá de los territorios en conflicto. A partir de evidencia reciente, describimos como existen problemas de salud mental asociados a exposición directa e indirecta. El volumen utiliza un marco conceptual que integra niveles individuales y sistémicos. Esto nos ayuda a entender cómo los CB incrementan la depresión, la ansiedad y otros malestares conductuales y emocionales mediante múltiples caminos. A escala global, documentamos como los efectos en relación con el trauma directo, o indirecto pueden incidir en diferentes colectivos como diásporas, comunidades de acogida, personal humanitario y población expuesta a través de medios y redes sociales. Analizamos además los costes de oportunidad derivados de la reasignación de fondos públicos —desde programas sanitarios y de salud mental hacia el gasto militar o la respuesta humanitaria inmediata asociada al conflicto.

Palabras clave: Salud mental, Conflictos Bélicos, Guerra, Salud Pública, Trauma, Sufrimiento Social y Atención Primaria.

A. Introducción

Los Conflictos Bélicos (CB) no solo generan traumas individuales, sino que transforman las condiciones estructurales que permiten la vida en comunidad generando impacto en la distribución poblacional de la salud mental (SM). Investigaciones han mostrado que las poblaciones afectadas por conflictos padecen alta prevalencia de problemas de SM, con tasas de prevalencia dos o tres veces superiores a las de las poblaciones no afectadas por estos conflictos¹. Sin embargo, estos resultados muestran una alta variabilidad e, incluso, en algunos casos no se dispone de datos estratificados (por ejemplo, por ejes de desigualdad como el género).. Según Morina et. al.² la heterogeneidad en las tasas puede deberse tanto a diferencias metodológicas entre los estudios y a diferencias entre poblaciones estudiadas, como a la propia dificultad de acceder a datos confiables que reflejen la situación real en contextos tan complicados. Por ejemplo, existe una amplia variabilidad en la prevalencia de las afectaciones más frecuentes: trastorno de estrés postraumático (TEP) (3–88%), depresión (5–80%) y trastornos de ansiedad (1–81%)^{2–5}.

Sin embargo, la relación entre los CB y la SM implica considerar la extensión de su impacto más allá de las zonas de guerra o del momento de la guerra (post conflicto)^{6,7}, afectando directa e indirectamente la SM de diversas comunidades. Las poblaciones en las zonas de CB directo experimentan una amplia gama de problemas de SM. Más allá de esto, con la globalización y el avance de la tecnología, los CB han trascendido las fronteras físicas, influyendo en la SM a una escala global. En este contexto el Modelo Ecológico de Miller-Rasmussen^{8–10} ofrece un marco sólido para comprender cómo los CB afectan la SM más allá de lo tradicionalmente planteado. Miller-Rasmussen plantean un modelo⁸ de dos vías principales de asociación de los CB con los trastornos de SM en los territorios directamente afectados: 1) una ruta directa, en la que la exposición a la violencia y las pérdidas derivadas de la guerra incrementan el riesgo de desarrollar TEP, depresión, otros problemas de SM o conductuales relacionados (como aislamiento social, comportamientos autolesivos, trastornos de la conducta alimentaria, juego patológico o compulsiones, conductas agresivas o violentas); y 2) una ruta indirecta, en la que

los estresores cotidianos asociados al conflicto —como la pobreza, el desplazamiento forzado o la ruptura de redes sociales— median y, en muchos casos, potencian el impacto en la SM. Este modelo⁸ resalta cómo los estresores cotidianos pueden explicar una proporción de la afectación en SM más allá de la exposición directa a la guerra. Esto obliga a ampliar la mirada más allá de los eventos traumáticos inmediatos, incorporando también las condiciones estructurales y sociales asociadas a los CB que perpetúan el sufrimiento psicológico en las poblaciones afectadas, incluyendo eventos como las grandes olas de personas refugiadas y desplazadas, que buscan seguridad y paz en diferentes partes del mundo¹¹. Esta migración obligada no solo afecta la SM de los colectivos de personas que huyen de la violencia, que a menudo se enfrentan a traumas y pérdidas significativas, sino también la de las comunidades de llegada^{12,13}.

01. La salud mental en los territorios de Conflictos Bélicos

Los civiles y combatientes enfrentan amenazas a su seguridad, pérdidas traumáticas y violencia, lo que lleva a un aumento de la depresión, la ansiedad y otros diagnósticos^{14–16}. Estas manifestaciones se pueden agravar por diferentes circunstancias, como por el desplazamiento forzado o la persecución por razón de su identidad, credo, raza, género, entre otras. También pueden agravarse por aspectos como la destrucción de infraestructuras y la ruptura de las redes de apoyo social, dejando a individuos y comunidades en un estado de vulnerabilidad extrema. En general, para resumir en esta monografía hemos clasificado tres grandes grupos de agravantes directos de la SM presentes en los CB: 1) Experiencias traumáticas y trastornos relacionados; 2) Desplazamiento y refugio; y 3) Consecuencias estructurales y sufrimiento psicosocial.

1.1. Experiencias Traumáticas y Trastornos Relacionados

Los efectos relacionados con experiencias traumáticas o relacionadas de los CB se observan de manera más clara en ciertos grupos o poblaciones en potencial situación de vulnerabilidad. Por ejemplo mujeres, niños y niñas, población LGB-

TQ+ (lesbiana, gay, bisexual, transgénero, *queer* y un amplio espectro de identidades) o personas con predisposición a desarrollar problemas de SM al ser expuestos a una compleja interacción de factores biológicos, sociales y ambientales ⁵. Algunos factores directos que pueden asociarse a problemas de SM en personas expuestas a la guerra son:

- 1) **Violencia directa:** por exposición (ser víctima o testigo de actos violentos, combates, bombardeos y/o agresiones físicas, sexuales, sociales o psicológicas).
- 2) **Pérdida, separación y/o duelo:** por muerte o desaparición de familiares o amistades, por refugio o desplazamiento forzado y/o huida del hogar y/o de la comunidad para buscar seguridad. En las zonas de CB, la pérdida abrupta, inesperada y violenta de seres queridos agrava el proceso de duelo¹⁷. En muchos CB, las personas no siempre tienen la oportunidad de despedirse de sus seres queridos o incluso de confirmar su muerte debido al caos y la destrucción. Esta incertidumbre y la falta de un cierre pueden llevar entre otras cosas a lo que se conoce como duelo ambiguo¹⁸. Así mismo, las personas expuestas también pueden quedar atrapadas en un estado prolongado de incertidumbre y dolor, dificultando el proceso de duelo normal^{19,20}. En este contexto, estas personas pueden presentar duelos complicados o prolongados²¹ que se caracterizan por un patrón persistente de añoranza intensa, dolor emocional, alteraciones de identidad y funcionalidad que se prolongan más allá de los plazos esperables culturalmente. Por otro lado, la muerte puede también desestabilizar las redes de soporte social, alterar las estructuras comunitarias y erosionar los sistemas socioculturales. Esto puede llevar a un sentido de duelo colectivo²⁰. Cuando las pérdidas son masivas y no se limitan al plano individual, como en los CB, emergen fenómenos de duelo colectivo que son experiencias compartidas de dolor y memoria que afectan a barrios, pueblos o diásporas. El duelo colectivo puede sostener y proteger a las personas al generar apoyo mutuo, sentido de pertenencia y rituales comunitarios. Pero, por el contrario, también puede agravarse si se impiden o interrumpen los rituales (por toques de queda, destrucción de cementerios, prohibiciones de reunión, etc.); si hay competencia

por la memoria (disputas políticas, silencios forzados, negacionismo); si se vive duelo acumulado (pérdidas encadenadas sin tiempo ni recursos para procesarlas); o si se producen desplazamientos que fragmentan redes y rompen referentes simbólicos. Además de ello a escala transnacional, las diásporas pueden experimentar duelos transnacionales que pueden agravarse mediante la exposición continua a noticias e imágenes, la imposibilidad de volver y las tensiones por enviar remesas o sostener a familias en riesgo.

- 3) **Experiencia de pérdida del entorno:** por una experiencia de destrucción del entorno, pérdida del hogar o propiedades, medios de vida y/o estructuras comunitarias. O por vivir en un estado de constante alerta y miedo a ataques o a la incertidumbre de la pérdida del entorno.
- 4) **Desafíos sociales y estigmatización:** exclusión por razones asociadas a la guerra que hayan sido objetivo dirigido de la violencia durante el conflicto, como las minorías étnicas o religiosas, entre otras.
- 5) **Vulnerabilidad y resiliencia preexistente:** personas o poblaciones en situación de vulnerabilidad con antecedentes de problemas de SM o traumas previos que pueden ser más susceptibles a recidivar problemas previos o desarrollar problemas de SM nuevos tras vivir en condiciones de guerra. Además, pertenecer a poblaciones en situación de vulnerabilidad dentro del contexto del conflicto (como la infancia, las personas LGTBI+ o las mujeres) aumenta la susceptibilidad a formas específicas de violencia, incluida la violencia sexual.

1.2. Desplazamiento y refugio

Los desplazamientos forzados son definidos por la Organización Internacional para las Migraciones como la migración forzada o “un movimiento migratorio que, aunque las causas del movimiento pueden ser diversas, implica fuerza, coacción o coerción”²². Estas circunstancias presentan desafíos en la SM de las personas afectadas¹³. Las personas se ven obligadas a abandonar sus hogares, a menudo con poca o ninguna advertencia, y bajo condiciones de violencia y miedo. Este desarraigo abrupto y la pérdida del hogar, la comunidad y el sentido

de pertenencia pueden provocar una profunda angustia. Las personas desplazadas suelen enfrentar situaciones de inseguridad durante el trayecto, como la persecución, la amenaza, la explotación y otras vivencias directas de violencia, además de pérdida de seres queridos, y la incertidumbre sobre su futuro y seguridad. Una vez en refugios temporales, campos de refugiados, o países de llegada, los desafíos para la SM son complejos. Los lugares de llegada suelen ofrecerse como lugares más seguros, no obstante, suelen estar marcados por la sobrepoblación, recursos limitados, acceso insuficiente a servicios básicos, y/o falta de privacidad y seguridad. La vida en estos entornos puede perpetuar sentimientos de impotencia, miedo y aislamiento social. Además, la incertidumbre continúa con preocupaciones sobre el estatus legal de las personas que han tenido que migrar, la duración de la estancia en el campo o país de acogida y/o la posibilidad de retorno o reasentamiento^{23,24}.

Además de lo anterior, las personas menores de edad en los campos de refugiados se enfrentan a desafíos particulares para su desarrollo y bienestar mental. La interrupción de la educación, la exposición a diferentes formas de violencia y la inestabilidad del entorno pueden tener impactos de por vida en su desarrollo emocional y psicológico, tal como en sus personas cuidadoras, si es que las hay²⁵. Por otra parte, algunos grupos como las mujeres y las niñas que viven en los campos de refugiados son particularmente vulnerables a la violencia de género y sexual, lo que ayuda a explicar el impacto desigual y el mayor riesgo de problemas de SM. La falta de protección, de estructuras de apoyo tradicionales y las nuevas condiciones sociales y materiales de vida contribuyen a la complejidad social de su experiencia. De esta forma el estrés crónico, la falta de control sobre el futuro y la incertidumbre asociados con la vida en refugios temporales, campos de refugiados o en todo caso en otras comunidades de acogida también pueden exacerbar el empeoramiento de la SM de las personas.

1.3. Estructura y sufrimiento psicosocial

Los conflictos bélicos no solo generan casos individuales de enfermedad mental, sino que alteran la distribución de la SM en poblaciones enteras. La frontera entre salud y enfermedad mental queda desestructurada: no se trata solo de individuos enfermos, sino de sociedades empujadas a enfermar por el conflic-

to. La guerra desplaza toda la curva poblacional del bienestar y de la SM de las poblaciones. Por un lado, erosionando la atención sanitaria —hospitales destruidos, profesionales exiliados, estigma de SM reforzado^{26,27}— y, por otro, fragmentando el tejido comunitario. La exposición prolongada a la violencia, la pérdida y la desestabilización erosiona el capital social, debilita las redes de apoyo mutuo y fractura la cohesión comunitaria. Al mismo tiempo, los sistemas de salud, ya frágiles en muchos contextos previos al conflicto, se ven desbordados o colapsados, reforzando la desatención de la salud y la SM como problema colectivo. Este escenario produce y reproduce desigualdades estructurales, afectando de forma desproporcionada a mujeres, personas racializadas y otros grupos sociales históricamente oprimidos. En muchas zonas de conflicto, donde ya existían barreras históricas de acceso, la guerra transforma la atención en SM en algo extremadamente difícil o imposible. La destrucción física de infraestructuras sanitarias, la fuga de profesionales del ámbito psicosocial y la escasez de suministros fundamentales afectan o imposibilitan la capacidad de respuesta²⁷.

02. La salud mental más allá de los territorios en conflicto

La guerra, a menudo percibida como un problema localizado, es en realidad un fenómeno que trasciende fronteras y se inscribe plenamente en el ámbito de la salud global. Este campo, centrado en mejorar la salud y la equidad en todas las poblaciones, reconoce que los conflictos bélicos generan repercusiones que van más allá del frente de combate. Algunas de estas repercusiones son más visibles, como los desplazamientos masivos y las crisis humanitarias, y otras, como la normalización de la violencia y el deterioro de la SM colectiva, pueden no serlo tanto. En un mundo tan conectado, las consecuencias psicosociales de la guerra afectan no solo a las poblaciones en conflicto, sino también al equilibrio emocional y social de sociedades enteras²⁸⁻³⁰. Abordar la guerra como un problema de SM global implica reconocer su impacto más allá de las “fronteras” y entender a los CB como parte de un todo que repercute en la salud de todas las personas.

2.1. Los medios de comunicación y la globalización del trauma

Las imágenes y reportajes constantes de la guerra pueden tener un impacto emocional profundo, llevando a sentimientos de miedo, tristeza e impotencia. Esto puede hacer que las personas se sientan abrumadas y ansiosas, sobre todo para familiares y amigos en zona de conflicto, pero incluso cuando están físicamente distantes de las zonas de conflicto^{31,32}. Este fenómeno se ve exacerbado por la interconexión de nuestras sociedades. En la era de la información, las barreras geográficas se desvanecen, y las noticias sobre guerras y conflictos pueden afectar a personas en la otra parte del mundo. La empatía y la preocupación por el sufrimiento de los demás se convierten en experiencias compartidas, y el estrés asociado con estas noticias y a la gestión política del conflicto puede tener un impacto significativo en la SM de personas a nivel global^{33,34}. La preocupación por la seguridad de las personas, sobre todo cercanas, y la incertidumbre sobre su bienestar pueden generar un estado de vigilancia constante y estrés. Esto puede llevar a dificultades para concentrarse o para dormir, y a la aparición de síntomas de ansiedad y depresión^{31,32}. Este tipo de malestar también puede afectar las interacciones sociales y el desempeño académico o laboral de las personas afectadas³⁵. Pueden volverse más retraídas, menos capaces de disfrutar de actividades que antes les resultaban placenteras, o pueden experimentar una sensación de culpa por no poder hacer más para ayudar a sus seres queridos o comunidades con las que se siente empatía por justicia social.

Asimismo, el impacto de los CB en la SM también afecta al entorno (como familias o amistades) de personas que trabajan en la milicia o hacen trabajo humanitario. Estas familias, aunque no se encuentran físicamente en las zonas de guerra, experimentan estrés constante que pueden ser intenso y crónico por la seguridad de sus seres queridos que están en primera línea. La naturaleza impredecible y peligrosa del trabajo en zonas de conflicto lleva a un estado de preocupación de sus conocidos por la constante posibilidad de lesiones o muerte, lo que se ve exacerbada por la exposición del conflicto en los medios de comunicación. El estrés prolongado puede tener un impacto significativo en la SM (y física) de estas personas, manifestándose en forma de insomnio, irritabilidad, dificultades de concentración y sentimientos de impotencia, etc. Además, la

ausencia prolongada de un ser querido y la incertidumbre sobre su retorno seguro pueden afectar la dinámica familiar y social, causando tensiones y desafíos en las relaciones.

1) Exposición, infodemia y amplificación del daño psicosocial

A diferencia de los medios tradicionales, las redes sociales añaden inmediatez, bidireccionalidad y curación algorítmica del contenido (cada vez más refinada dados los avances tecnológicos), lo que amplifica el impacto emocional, la desinformación (información falsa o inexacta deliberadamente destinada a engañar) y la infodemia³⁶ (sobreabundancia de información, alguna precisa y otra no sobre un tema en particular). La exposición repetida favorece la presencia de trauma en personas expuestas de manera indirecta (a través del contacto con el sufrimiento de otros) y el *doomscrolling*³⁷ (consumo compulsivo de malas noticias), mientras que la amplificación algorítmica (potenciada por la inteligencia artificial) y los bucles de eco³⁸ presentan narrativas incompletas o contrapuestas, generando confusión, polarización y estrés crónico³⁹. Las campañas coordinadas (*bots*, cuentas falsas, *deepfakes*) podrían también explotar estas dinámicas incrementando la ansiedad, desconfianza y sentimiento de indefensión, especialmente en familias con vínculos directos con zonas en CB y en grupos vulnerabilizados por el sistema^{40,41}.

2) Costes de oportunidad

Por otro lado, el dinero invertido en los CB no es neutro para la SM de las personas implicadas directa e indirectamente en ellos. Puesto que, desde una perspectiva de salud global, cada euro, dólar o moneda que se destina a gasto militar o a la respuesta humanitaria inmediata no podrá ser empleado en programas sanitarios y de SM, representando así un elevado coste de oportunidad y un lastre para el crecimiento económico. Este intercambio o desplazamiento (también conocido como *crowding-out*) prioriza financiar otros sectores económicos sobre intervenciones preventivas y comunitarias⁴². El resultado es una doble carga: por un lado, trauma directo en las poblaciones en zonas de conflicto y por otro lado, deterioro silencioso de la salud mental en las poblaciones fuera de ellas, comprometiendo su productividad futura.

2.2. Trauma intergeneracional

Más allá de estas consecuencias indirectas, la posibilidad de la propia transmisión del trauma a generaciones futuras también es algo en lo que es importante reflexionar. El trauma intergeneracional se refiere a la transmisión de los efectos psicológicos, fisiológicos y sociales del trauma experimentado por una generación a las generaciones posteriores. Desde una perspectiva de epidemiología social, el fenómeno del trauma intergeneracional pone en evidencia que las consecuencias de los CB y las violencias estructurales no se limitan a las personas directamente expuestas, sino que se transmiten incluso a través de generaciones, afectando la SM y la resiliencia colectiva de incluso poblaciones futuras. La literatura ha documentado que los descendientes de sobrevivientes de genocidios⁴³, conflictos armados⁴⁴ y abusos presentan mayor vulnerabilidad a trastornos psiquiátricos y a respuestas exacerbadas al estrés⁴⁵. Investigaciones recientes están estudiando también mecanismos de transmisión intergeneracional del trauma asociado a CB⁴⁵. Estos mecanismos van desde la transmisión basada en el apego (como relaciones padre-hijo interrumpidas); patrones de comunicación insanos (silencio, narrativas fragmentadas, secretos familiares) o el modelado estructural a través de estrategias de afrontamiento desadaptativas transmitidas o incluso se están estudiando posibles mecanismos epigenéticos⁴⁶ que involucrarían el arraigo biológico de los efectos del trauma^{45,47,48}.

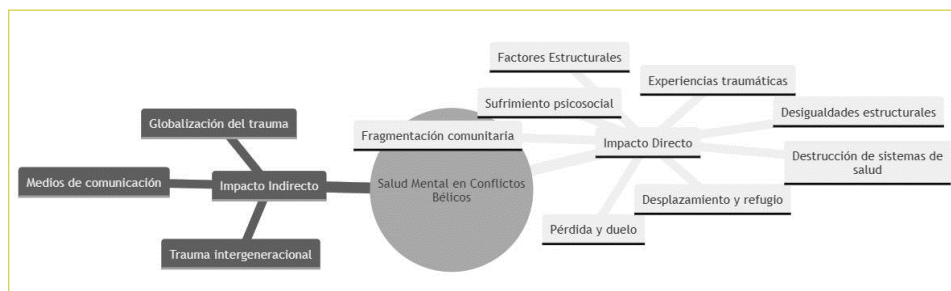


Fig. 1. Dimensiones del impacto de los conflictos bélicos en la salud mental de las personas.

Fuente: elaboración propia.

B. Limitaciones de la investigación en el tema

El estudio de la SM en contextos de conflictos bélicos enfrenta limitaciones sustantivas que van más allá de las dificultades logísticas o técnicas habituales. Estas limitaciones son, en gran parte, producto de la manera en que se produce el conocimiento en un contexto atravesado por relaciones de poder, geopolítica y desigualdades estructurales. En este sentido, la disponibilidad y calidad de datos no dependen únicamente de la capacidad técnica de los sistemas de salud colapsados, sino también de dinámicas políticas. La producción de datos y la patologización de las consecuencias (por ejemplo, a través de los diagnósticos) está condicionada por la *colonialidad* y occidentalidad del saber. La literatura disponible, la gran mayoría de veces es generada desde países alejados del conflicto, utilizando marcos conceptuales, métricas y categorías diagnósticas que no siempre son culturalmente pertinentes ni reflejan la complejidad existente. Este sesgo epistemológico conduce a una representación parcial del fenómeno, en la que se privilegian indicadores estandarizados sobre narrativas y experiencias. Los CB no son homogéneos, sino que varían en duración, intensidad, actores implicados, causas estructurales y redes de apoyo internacionales. Pretender extrapolar hallazgos sin considerar estas particularidades puede conducir a conclusiones imprecisas o incluso erróneas. A esto se suma la ausencia de análisis interseccionales robustos, que reconozcan cómo las múltiples capas de opresión configuran riesgos diferenciados para la SM. Además, existe un déficit metodológico en donde predominan estudios transversales, de alcance clínico-individual y con herramientas centradas en el diagnóstico, sin incorporar el seguimiento longitudinal ni modelos que midan el impacto acumulativo a lo largo del tiempo. Esto suele dejar fuera fenómenos como el trauma intergeneracional, la erosión de capital social o la cronificación de estresores cotidianos en entornos posconflicto, entre otros. Por último, existe una brecha amplia, debido a la naturaleza y complejidad del tema, entre la generación de la evidencia y su apli-

cación. Reconocer estas limitaciones implica asumir que la investigación en SM en contextos de conflicto no es neutral. La ausencia de datos, las metodologías fragmentadas o la falta de enfoques interseccionales no son simples vacíos académicos, son el reflejo de sistemas sociales que producen y reproducen desigualdades, incluso en la producción de conocimiento.



C. Conclusiones

La salud mental en contextos de conflicto bélico constituye un desafío complejo que trasciende las fronteras físicas y temporales de la guerra. Sus efectos se manifiestan en la destrucción del tejido social, el desplazamiento forzado, la pérdida y el duelo, así como en la transmisión intergeneracional del trauma. El impacto no se limita a las poblaciones directamente expuestas. Las consecuencias emocionales y psicosociales alcanzan a comunidades lejanas a través de los medios de comunicación, redes sociales, la empatía global y la solidaridad transnacional. Afrontar este reto exige mejorar la salud mental, no solo para evitar un daño colateral, sino como una prioridad ética y política en la construcción de paz y equidad para el mundo.



D. Bibliografía

1. Charlson, F. *et al.* New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet (London, England)* **394**, 240 (2019).
2. Morina, N., Akhtar, A., Barth, J. & Schnyder, U. Psychiatric disorders in refugees and internally displaced persons after forced displacement: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry* vol. 9 395415 at <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00433> (2018).
3. Jain, N. *et al.* War Psychiatry: Identifying and Managing the Neuropsychiatric Consequences of Armed Conflicts. *J. Prim. Care Community Heal.* **13**, (2022).
4. Organization, W. H. The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope. (2001).
5. Murthy, R. S. & Lakshminarayana, R. Mental health consequences of war: a brief review of research findings. *World Psychiatry* **5**, 25–30 (2006).
6. Ostuzzi, G. *et al.* Mapping the evidence on pharmacological interventions for non-affective psychosis in humanitarian non-specialised settings: A UNHCR clinical guidance. *BMC Med.* **15**, (2017).
7. Malik, S. Refugees need better mental health support amid rising displacement. *UNHCR* <https://www.unhcr.org/us/news/press-releases/refugees-need-better-mental-health-support-amid-rising-displacement> (2022).
8. Miller, K. E. & Rasmussen, A. War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: Bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Soc. Sci. Med.* **70**, 7–16 (2010).
9. Miller, K. E. & Rasmussen, A. The mental health of civilians displaced by armed conflict: An ecological model of refugee distress. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* **26**, 129–138 (2017).
10. Miller, K. E. & Rasmussen, A. War exposure, daily stressors, and mental health 15 years on: implications of an ecological framework for addressing the mental health of conflict-affected populations. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* **33**, e78 (2024).
11. UNHCR. Refugee Data Finder. *Unhcr* 1 <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/> (2022).

12. APA. Mental Health Facts on Refugees, Asylum-seekers, & Survivors of Forced Displacement. *Am. Psychiatr. Assoc.* 1–4 (2020).
13. Grasser, L. R. Addressing Mental Health Concerns in Refugees and Displaced Populations: Is Enough Being Done? *Risk Management and Healthcare Policy* vol. 15 909–922 at <https://doi.org/10.2147/RMHP.S270233> (2022).
14. Neria, Y., Besser, A., Kiper, D. & Westphal, M. A longitudinal study of posttraumatic stress disorder, depression, and generalized anxiety disorder in Israeli civilians exposed to war trauma. *J. Trauma. Stress* **23**, 322–330 (2010).
15. Platyniuk, O. B. Formation mechanisms of non-psychotic mental disorders in injured combatants as a basis of psychotherapy. *J. Educ. Heal. Sport* **10**, 359–364 (2020).
16. Frounfelker, R. *et al.* Civilians in World War II and DSM-IV mental disorders: results from the World Mental Health Survey Initiative. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* **53**, 207–219 (2018).
17. Jain, N. *et al.* War Psychiatry: Identifying and Managing the Neuropsychiatric Consequences of Armed Conflicts. *Journal of Primary Care and Community Health* vol. 13 at <https://doi.org/10.1177/21501319221106625> (2022).
18. Boss, P. Ambiguous loss in families of the missing. *Lancet* **360**, s39–s40 (2002).
19. Melhem, N. M. & Brent, D. Editorial: Grief in Children: Phenomenology and Beyond. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* vol. 58 943–944 at <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.03.008> (2019).
20. AA, T. Death Anxiety, PTSD, Trauma, Grief, And Mental Health Of Palestinians Victims Of War On Gaza. *Heal. Care Curr. Rev.* **1**, (2013).
21. Boelen, P. A. & Lenferink, L. I. M. Prolonged grief disorder in DSM-5-TR: Early predictors and longitudinal measurement invariance. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* **56**, 667–674 (2022).
22. European Commission. Forced displacement. https://civil-protection-humanitarian-aid.ec.europa.eu/what/humanitarian-aid/forced-displacement_en (2024).
23. Lindert, J. *Mental Health of Refugees. Mental health of refugees* (Oxford University Press, 1996). doi:10.1192/bjp.183.5.459-a.
24. Laidouni, N. & Alvarez-Dardet, C. Public health lessons for refugee reception: The example of Sidi Bulgayz. *Journal of Epidemiology and Community Health* vol. 70 947–949 at <https://doi.org/10.1136/jech-2016-207277> (2016).



25. Syam, H. *et al.* 'with every passing day i feel like a candle, melting little by little.' experiences of long-term displacement amongst Syrian refugees in Shatila, Lebanon. *Confl. Health* **13**, 1–12 (2019).
26. Doherty, G., Sharry, J., Bang, M., Alcañiz, M. & Baños, R. Technology in mental health. *Conf.Hum.FactorsComput.Syst.-Proc.* 3965–3968(2008)doi:10.1145/1358628.1358968.
27. Østergaard, M. L. D. *et al.* Vulnerability factors in conflict-related mental health. *Med. Confl. Surviv.* **39**, 63–80 (2023).
28. Ramsay, R. Traumatic stress. in *Lancet* vol. 336 868 (Elsevier, 1990).
29. Kim, H. J. & Cameron, G. T. Emotions matter in crisis: The role of anger and sadness in the publics' response to crisis news framing and corporate crisis response. *Commun. Res.* **38**, 826–855 (2011).
30. Koplan, J. P. *et al.* Towards a common definition of global health. *Lancet* **373**, 1993–1995 (2009).
31. Otifi, H. M. & Adiga, B. K. Endothelial Dysfunction in Covid-19 Infection. *Am. J. Med. Sci.* **363**, 285–291 (2022).
32. Carpinello, B. The Mental Health Costs of Armed Conflicts—A Review of Systematic Reviews Conducted on Refugees, Asylum-Seekers and People Living in War Zones. *Int. J. Environ. Res. Public Heal.* 2023, Vol. 20, Page 2840 **20**, 2840 (2023).
33. Joly, M. P. & Wheaton, B. The Impact of Armed Conflict in the Country of Origin on Mental Health after Migration to Canada. <http://dx.doi.org/10.1177/2156869314555582> **5**, 86–105 (2014).
34. Llosa, A. E. *et al.* Short and longer-term psychological consequences of Operation Cast Lead: Documentation from a mental health program in the Gaza Strip. *Confl. Health* **6**, 1–10 (2012).
35. Stewart, W. F., Ricci, J. A., Chee, E., Hahn, S. R. & Morganstein, D. Cost of Lost Productive Work Time Among US Workers With Depression. *JAMA* **289**, 3135–3144 (2003).
36. Organización Panamericana de la Salud. Entender la infodemia y la desinformación en la lucha contra la COVID-19. *Organ. Panam. la Salud* **395**, 4 (2020).
37. Shabahang, R., Kim, S., Hosseinkhazadeh, A. A., Aruguete, M. S. & Kakabaraee, K. "Give Your Thumb a Break" from Surfing Tragic Posts: Potential Corrosive Consequences of Social Media Users' Doomscrolling. *Media Psychol.* **26**, 460–479 (2023).

38. Zhong, F. & Gu, C. The impact of health information echo chambers on older adults avoidance behavior: the mediating role of information fatigue and the moderating role of trait mindfulness. *Front. Psychol.* **15**, 1412515 (2024).
39. Bliuc, A.-M., Betts, J. M., Vergani, M., Bouguettaya, A. & Cristea, M. A theoretical framework for polarization as the gradual fragmentation of a divided society. *Commun. Psychol.* **2024 21 2**, 1–10 (2024).
40. Muldoon, O. T. *et al.* The social psychology of responses to trauma: social identity pathways associated with divergent traumatic responses. *Eur. Rev. Soc. Psychol.* **30**, 311–348 (2019).
41. Kesner, L., Juričková, V., Grygarová, D. & Horáček, J. Impact of Media-Induced Uncertainty on Mental Health: Narrative-Based Perspective. *JMIR Ment. Heal.* **12**, e68640 (2025).
42. Ikegami, M., Wang, Z., Ikegami, M. & Wang, Z. Does military expenditure crowd out health-care spending? Cross-country empirics. *Qual. Quant.* **57**, 1657–1672 (2023).
43. Bezo, B. & Maggi, S. Living in “survival mode:” Intergenerational transmission of trauma from the Holodomor genocide of 1932–1933 in Ukraine. *Soc. Sci. Med.* **134**, 87–94 (2015).
44. Dekel, R. & Goldblatt, H. Is There Intergenerational Transmission of Trauma? The Case of Combat Veterans’ Children. *Am. J. Orthopsychiatry* **78**, 281–289 (2008).
45. Sangalang, C. C. & Vang, C. Intergenerational Trauma in Refugee Families: A Systematic Review. doi:10.1007/s10903-016-0499-7.
46. Mulligan, C. J. *et al.* Epigenetic signatures of intergenerational exposure to violence in three generations of Syrian refugees. *Sci. Reports* **2025 151 15**, 1–13 (2025).
47. El-Khalil, C., Tudor, D. C. & Nedelcea, C. Impact of intergenerational trauma on second-generation descendants: a systematic review. *BMC Psychol.* **13**, 668 (2025).
48. Cacace, A. & Summers, S. J. Intergenerational Trauma in Phenomenological Research—A Systematic Review. *J. Loss Trauma* (2025) doi:10.1080/15325024.2025.2490917.

