



Coalition to Stop the Use of Child Soldiers

International Secretariat

2-12 Pentonville Road, 2nd floor, London N1 9HF

Tel: +44 207 713 2761 Fax: +44 207 713 2794

mail: info@child-soldiers.org Web: www.child-soldiers.org

Registered as a limited company (no. 4411965) in England

Este documento forma parte de la página psicosocial de Internet de la Coalición. Para más información sobre el impacto psicosocial de los conflictos armados en los niños y niñas, consulten:

www.child-soldiers.org/resources/psychosocial

Reproducción de la obra de Joshua Barenbaum, Vladislav Ruchkin y Mary Schwab-Stone: *The psychosocial aspects of children exposed to war: practice and policy initiatives. Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45:1 (2004), pp 41-62, con el permiso de la Revista de Psicología y Psiquiatría Infantil, publicada en inglés por Blackwells (www.blackwellpublishing.com). No se permite la distribución impresa de este documento.

LOS ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LOS NIÑOS EXPUESTOS A LA GUERRA:

INICIATIVAS DE POLÍTICA Y PRÁCTICA

Joshua Barenbaum, Vladislav Ruchkin y Mary Schwab-Stone

Centro de Estudio Infantil de Yale,

Escuela Universitaria de Medicina de Yale, New Haven, CT, EEUU

Las atrocidades cometidas durante la guerra tienen unos efectos negativos en el desarrollo y la salud mental de los niños que se llevan investigando desde la Segunda Guerra Mundial. Hasta la fecha se ha acumulado una cantidad considerable de conocimientos sobre varios aspectos de este problema, incluyendo la forma en que el trauma afecta la salud mental del niño y su desarrollo, así como las posibles técnicas de intervención y los

The Coalition to Stop the Use of Child Soldiers unites national, regional and international organisations and Coalitions in Africa, Asia, Europe, Latin America and the Middle East. Its founding organisations are Amnesty International, Defence for Children International, Human Rights Watch, International Federation Terre des Hommes, International Save the Children Alliance, Jesuit Refugee Service, the Quaker United Nations Office-Geneva and World Vision International.



métodos de prevención. Teniendo en cuenta la gran cantidad de civiles que experimentan el trauma de la guerra, resulta adecuado en este momento revisar la literatura existente en la materia, recopilar diferentes enfoques en la ayuda a los niños afectados por la guerra, y sugerir posibles direcciones para la investigación y el desarrollo de políticas en el futuro. Palabras clave: Guerra, niños, psicopatología, evaluación, tratamiento, política.

“Nunca ha habido una buena guerra o una mala paz” (Benjamín Franklin, carta a Quince, 11 de septiembre de 1783).

A pesar del creciente debate de los últimos años (véanse Jensen y Shaw, 1993; Klingman, 2002^a; Laor y Wolmer, 2002; Richman, 1993; Yule, 2000), el impacto que los conflictos armados tiene sobre la vida y el estado mental de los niños se ha minimizado en muchas ocasiones, y en algunas incluso ignorado (Machel, 1996, 2001). Los niños que viven las dificultades de la guerra son casi siempre un grupo sin voz cuyos derechos y necesidades están subordinados a los de los soldados y a las necesidades de la guerra. Muchos niños y niñas han sido asesinados, violados, heridos, condenados a morir de hambre, expuestos a brutalidades, y abandonados al descontrol y al caos (Machel, 2001). En los últimos diez años, aproximadamente dos millones de niños han muerto en áreas de conflicto y seis millones han resultado heridos o quedado discapacitados de por vida (Bellamy, 2002; UNICEF, 1996). Entre el 80% y el 90% de los que mueren o son heridos en conflicto armado son civiles – la mayoría niños con sus madres. Entre los supervivientes de la guerra, un millón de niños han quedado huérfanos (Bellamy, 2002; Plunkett y Southhall, 1998) y 20 millones han sido desplazados en campos para refugiados o personas internamente desplazadas (Machel, 2001). En algunos conflictos étnicos actuales se han desarrollado técnicas de limpieza étnica y genocidio específicamente dirigidas a los niños (UNICEF, 1996).

En tiempo de guerra, los niños pueden estar expuestos a una gran cantidad de situaciones traumáticas, incluyendo bombardeos y disparos de francotiradores (Amnistía Internacional, 1996), que frecuentemente provocan la pérdida de algún miembro de la familia o amigo y de las estructuras de apoyo comunitario y social (Machel, 1996).

Más allá del daño físico y de las amenazas directas a la vida de los niños, esos traumas son a menudo múltiples, profundos y crónicos (Kinzie, 2001). Además, los niños están expuestos muchas veces a otros riesgos relacionados con situaciones derivadas de la guerra, con frecuencia más que los adultos. Por ejemplo, el 75 % de las heridas provocadas por campos minados en áreas rurales de Somalia fueron en niños de entre cinco y quince años (CICR, 1994).

A pesar de estos datos devastadores, los niños que sufren o han sufrido la guerra rara vez reciben la atención y el apoyo que necesitan para sobrellevar lo que han experimentado, lograr su recuperación y garantizar su futuro desarrollo (Machel, 1996). Es necesario divulgar una mayor información entre el público acerca de las atrocidades a las que están expuestas los niños, comprender el impacto que esas atrocidades tienen en la salud



mental y en el desarrollo de esos niños y desarrollar programas para mitigar y curar los efectos de la guerra en los niños y jóvenes. Este documento presenta las principales áreas que requieren atención específica, incluyendo la evaluación, los enfoques basados en las diferencias culturales para el diagnóstico y tratamiento y el papel de los profesionales de la salud mental que trabajan con niños expuestos a la guerra, y concluye haciendo recomendaciones para futuras investigaciones.

Sucesos traumáticos y síntomas

Evaluación de los sucesos

La comprensión de los efectos que el trauma de la guerra tiene en los niños se ha visto dificultada por el uso de enfoques diferentes para la evaluación de los propios sucesos de la guerra, aunque el instrumento de medida más utilizado es el Cuestionario de Trauma de Guerra en los niños (CTGN)¹, que fue desarrollado por Macksoud y colegas (Macksoud 1992; Macksoud, Dyregrov y Raundalen, 1993; Macksoud y Aber, 1996) para su uso en el Líbano después de la guerra contra Israel y que fue utilizado posteriormente, con algunas modificaciones, en otras situaciones (p.ej Dyregrov, Gjestad y Raundalen, 2002; Miller, El-Masri, Allodi y Qouta, 1999). Esta medida (al igual que otras medidas variables, véanse, por ejemplo, Allwood, Bell-Dolan y Husain, 2002; Kuterovac-Jagodiv, 2003) utiliza una lista de diferentes sucesos (que varían en su gravedad y efecto potencial en los niños) y la cantidad de veces que los niños se han visto enfrentados a ellos; se suman ambas variables y se obtiene una puntuación sobre la predicción del impacto de la guerra en la salud mental de los niños. Este enfoque se comprende dado que las atrocidades de la guerra pueden diferir de un lugar a otro; además, varios estudios han demostrado la existencia del efecto de una “dosis de exposición” adicional, por el que a mayor grado de exposición se producen reacciones más acusadas (p.ej Allwood y varios, 2002; Hadi y Llabre, 1998; Laor, Wolmer y Cohen, 2001). Sin embargo, mientras que una parte importante de los traumas de la guerra que experimentan los niños está relacionado con el trastorno del estrés postraumático, algunos tipos de trauma están relacionados de manera *diferencial* con el trastorno del estrés postraumático, y otros trastornos mentales. Algunos sucesos no tienen efectos sobre la salud mental de los niños, o los efectos son muy moderados, mientras que los efectos de otros sucesos pueden ser devastadores. Hasta la fecha, sin embargo, sólo algunos estudios han intentado evaluar el impacto de algún suceso concreto en la sintomatología y comportamiento de los niños (p.ej Allwood y varios, 2002; Durakovic-Belko y varios, 2003; Macksoud y Aber, 1996; Smith, Perrin, Yule, Hacam y Stuvland, 2002).

Otro punto a tener en cuenta es que el efecto de un suceso determinado puede impactar con diferente intensidad sobre un individuo dado, según su proximidad emocional o física al suceso (Pfefferbaum, 1997) y según otros factores como la personalidad premórbida (p.ej Schnur, Friedman y Rosenberg, 1993) o la existencia de factores psicopatológicos

¹ Child War Trauma Questionnaire (CWTQ), en el texto original en inglés.



anteriores al suceso (Masten, Best y Garmezy, 1990; Perrin, Smith y Yule, 2000). Este enfoque presenta el problema metodológico de usar variables para el análisis en lugar de instrumentos centrados en la persona. Sin embargo, existe una desafortunada tendencia entre las investigaciones sobre este tema a considerar las variables como entes independientes con una vida propia.

Otro problema metodológico es que los datos que describen la exposición a la guerra y a otros sucesos potencialmente traumatizantes no siempre se tratan adecuadamente desde el punto de vista estadístico (véase Netland, 2001, para una revisión crítica). En particular, la fiabilidad de las medidas de exposición no se debe demostrar a través de la consistencia interna, test-retest u otras correlaciones basadas en el número de sucesos, como si la existencia de un suceso no incrementase la posibilidad de que ocurra otro suceso (Netland, 2001; Neugebauer, 1984). Como señala Netland (2001), la mayoría de los investigadores que utilizan enfoques analíticos por factores, tratan de hallar un número limitado de sucesos que representen de la mejor manera la categoría a la que pertenece el suceso, ya sea a través de la representación a escala reducida del mismo, o al agrupar medidas que resumen el evento para analizar las relaciones existentes entre la exposición y las variables que miden el efecto psicológico. Sin embargo, no se pueden aplicar en este caso métodos como los modelos de ecuación casual con factores analíticos o estructurales, ya que las variables de medición de la exposición simplemente agrupan indicadores simples, y no deben ser consideradas como variables latentes que determinan los indicadores (Netland, 2001). En este caso, la categorización de los sucesos debe hacerse sobre bases racionales, o el impacto de un suceso cualquiera debe ser considerado separadamente, como en los estudios de Macksoud y Aber (1996) y Smith y varios (2002). Sin embargo, incluso siguiendo este enfoque, resulta difícil identificar todos los factores que determinan la variabilidad individual en la respuesta traumática.

Síntomas asociados con el trauma

Los primeros estudios sobre los efectos de la guerra sobre los niños datan de la Segunda Guerra Mundial, aunque son escasos y de calidad dispar. No fue hasta la década de los ochenta que se introdujeron métodos de investigación más sistemáticos, pero durante las últimas dos décadas, una gran cantidad de agencias de ayuda humanitaria e investigadores han señalado la marcada existencia de psicopatologías en los niños expuestos a la guerra (Ajdukovic y Adjuovic, 1993; Baker, 1990; Cairns y Dawes, 1996; Garbarino y Kostelny, 1996; Geltman y Stover, 1997; Gibson, 1996; Kocijan-Hercigonja y varios, 1996; Punamaki, Qouta y El-Sarraj, 2001; Tomkiewicz, 1997). Junto a otros tipos de psicopatologías no específicamente traumáticas, el trastorno del estrés postraumático se ha ido consolidando progresivamente como un diagnóstico psiquiátrico muy común en individuos que han experimentado circunstancias relacionadas o similares a la guerra (Summerfield, 1996). Este diagnóstico es ampliamente aceptado ahora que los niños representan una población enormemente vulnerable, y en la que la cantidad e intensidad de los síntomas suele ser mayor que las de los adultos (p.ej Chimienti, Nasr y



Khalifeh, 1989. La literatura reciente también sugiere que el trauma infantil suele tener un impacto duradero en el desarrollo cognoscitivo, moral y de la personalidad del niño, en las relaciones interpersonales de éste y en su habilidad para sobrellevar el trauma (p.ej Arroyo y Eth, 1985; Terr, 1983; Pynoos y Nader, 1988; Sack y varios, 1993). Existen excelentes descripciones detalladas de los síntomas clínicos de los niños expuestos al trauma en general (Pfefferbaum 1997; AACAP acción oficial, 1998) y a la guerra en particular (Jensen y Shaw, 1993; Laor y Wolkmer, 2002; Yule, 2000, 2002) en otros estudios y no las vamos a revisar en este artículo. En este documento, entendemos que el lector está básicamente familiarizado con las reacciones que los niños y los adolescentes suelen mostrar ante experiencias traumáticas, y nos centramos en otras cuestiones que generan más controversia y han sido menos tratadas hasta ahora.

Evaluación de los síntomas

La gran mayoría de las guerras tienen lugar en países en vías de desarrollo y la mayoría de los refugiados provienen de países en vías de desarrollo buscando refugio también en países en vías de desarrollo. Sin embargo, sólo una mínima parte de las investigaciones se hacen en esos países y, a menudo, los estudios se realizan una vez que los refugiados ya están asentados en un ambiente más seguro en países desarrollados, que son cultural y económicamente muy diferentes a sus lugares de origen; de ahí que los síntomas clínicos que presentan los refugiados en ese tipo de contextos se vea a menudo influido, no sólo por la interrupción de la exposición, sino también por las diferencias en el entorno y, en muchos casos, por expectativas más o menos difusas sobre el futuro. Desde una perspectiva de salud pública, una tarea más difícil, pero más importante es evaluar los síntomas y proporcionar asistencia a una gran cantidad de niños expuestos al trauma de la guerra en cuanto el conflicto finaliza y en sus países de origen, en lugar de un apoyo a posteriori en el país de acogida.

Una consideración general necesaria es el contexto en el que se realiza la recogida de datos, dadas las extremas circunstancias en que viven los niños traumatizados y sus familias, donde la investigación se encuentra a menudo con la resistencia de los afectados (Laor y Wolkmer, 2002). Las evaluaciones de las investigaciones pueden ser percibidas como faltas de empatía, hechas por extranjeros y con el fin de explotar a las víctimas; y esas víctimas y refugiados pueden pensar que la investigación obedece a intereses extranjeros sin ninguna intención de aliviar su situación (Laor y Wolkmer, 2002). Llevar a cabo una investigación sin más en una situación de desesperación puede llevar fácilmente a la falta de confianza que puede potencialmente comprometer la eficiencia de otras operaciones de ayuda humanitaria. La evaluación de niños traumatizados en situaciones de guerra se complica también por la magnitud del trauma y la privación, la limitación de recursos económicos y para el tratamiento, además de por la presencia de otros problemas que parecen tener o tienen mayor prioridad. Por ello, al planear los trabajos de tratamiento de trauma y provisión de ayuda humanitaria en tiempo de guerra, se deben introducir procedimientos de evaluación e investigación como un componente integrado



del esfuerzo de recuperación que, necesaria y comprensiblemente, deberá estar subordinada a la promoción de la cohesión social y su funcionamiento.

Los instrumentos de estudio clínico más aceptados son los que introducen interacciones directas con el niño y medidas simples y rápidas de administrar, fiables, válidas, sensibles y específicas (Laor y Wolmer, 2002; Smith, Perrin, Dyregrov y Yule, 2003; Stallard, Velleman y Baldwin, 1999). La autoevaluación de los niños se lleva usando cada vez con mayor frecuencia para documentar síntomas ya que los padres y los profesores tienen a subestimar el grado de sufrimiento del niño (Handford, Mayes y Mattison, 1986; Malmquist, 1986; Rigamer, 1986; Yule y Williams, 1990). La mayoría de las medidas utilizadas para evaluar los estados sintomáticos de los niños expuestos a la guerra incluyen trastorno del estrés postraumático y medidas generales de ansiedad, estudios del dolor psicológico y cuadros de síntomas de depresión. Ya que se han descrito estas medidas y estudiado su eficiencia ampliamente en otros trabajos (p.ej Pfefferbaum, 1997; Stichick, 2001), no las vamos a tratar aquí. Es importante apuntar, sin embargo, que la autoevaluación sólo confirma las tasas de prevalencia, y que, aunque existen algunos instrumentos para medir los síntomas relacionados con el estrés postraumático, ninguno de estos instrumentos es ideal (AACAP Acción Oficial, 1998; Garmezy, 1986; Kratochwill, 1996), ya que a menudo se produce una gran cantidad de positivos y negativos que resultan falsos (véase por ejemplo Sack, Seeley, Him y Clarke, 1998; Yule y Udwin, 1991) y las puntuaciones pueden variar según la población estudiada. Seguramente, ningún enfoque instrumental puede reemplazar una entrevista clínica cuidadosa a la hora de formular un diagnóstico (AACAP Acción Oficial, 1998).

Un estudio inicial de síntomas traumáticos y desorden psicosocial es esencial para planear intervenciones terapéuticas. Es extremadamente importante separar aquellos que requieren intervención urgente de aquellos cuyas necesidades son menos inmediatas, ya que existen evidencias de que los niños que no experimentan síntomas postraumáticos pueden verse afectados negativamente al tomar parte en intervenciones terapéuticas junto a niños más traumatizados (Laor, 2002; Wolmer, Laor y Yazgan, 2003).

Prevalencia de los síntomas

Teniendo en cuenta la amplia gama de posibles manifestaciones psicopatológicas asociadas a los trastornos severos, es fundamental comprender mejor la dinámica de los síntomas relacionados con el trauma en los niños expuestos a la guerra. Mientras resulta evidente que no todos los niños desarrollan síntomas psicopatológicos, las conclusiones sobre la magnitud del trauma registrada en los estudios recientes tienden a variar, con estimaciones de prevalencia de los síntomas que van desde el 22% entre los niños israelíes después de los ataques con misiles *scud* (Laor y varios, 1997) o el 27% entre los niños libaneses expuestos a bombardeos (Saigh, 1991), al 48% entre niños camboyanos (Kinzie, Sack, Angell, Manson y Rath, 1986), el 52% entre los niños centroamericanos refugiados (Cervantes, Salgado-de-Snyder y Padilla, 1989), el 70% entre los niños



kuwaitíes después de cinco meses de ocupación militar (Nader, Pynoos, Fairbanks, al-Ajeel y al-Asfour, 1993) o el 93.8% en niños desplazados durante la guerra de Bosnia (Goldstein, Wampler y Wise, 1997) También se ha sugerido que una vez el conflicto ha terminado, existe una disminución natural de los síntomas del estrés postraumático (Laor y varios, 1997; Punamaki y varios, 2001); por ello, el número de niños que necesitan ayuda profesional puede disminuir considerablemente si se fomenta con éxito la curación psicológica a nivel familiar, comunitario e institucional (ver más adelante).

Duración de los síntomas

La cuestión de la duración de los síntomas es también bastante polémica. Algunos autores sostienen que los efectos de las experiencias vividas en la guerra son duraderos (Elbedour, ten Bensele y Bastien, 1993; Stein, Comer, Gardner y Kelleher, 1999); de hecho, se han documentado niveles significativos de disfunción psicológica y estrés postraumático incluso años después de que el suceso traumático haya ocurrido (p. ej Kinzie y varios, 1986; Sack y varios, 1993; Terr, 1983). En un estudio realizado en niños Iraquíes después de la Guerra del Golfo, la prevalencia de los síntomas del estrés postraumático permaneció más o menos estable en torno al 80% durante un período de 2 años (Dyregrov y varios, 2002). En otro estudio, el 48% de los jóvenes jemereros mostraron síntomas relacionados con el trauma entre ocho y doce años después (Kinzie, Sack, Angell, Clarke y Ben, 1989). Sin embargo, no todos los estudios apoyan este punto de vista. En varios estudios realizados en diferentes áreas geográficas la mayoría sobre niños expuestos a la guerra y/o a la violencia política no mostraba signos de ninguna alteración clínica (Cairos y Dawes, 1996; Perrin y varios, 2000) o los signos era superficiales o de corta duración (Weine y varios, 1995). Se han documentado niveles sorprendentemente bajos de estrés postraumático en adolescentes que han experimentado un trauma psíquico extremo causado por las campañas de limpieza étnica; y los estudios que han hecho el seguimiento de estos datos sugieren que los síntomas puede ser transitorios y no indicativos de una psicopatología de larga duración (Becker, Weine, Vojvoda y McGlashan, 1999; Sack, Him y Dickson, 1999; Schwarzwald, Weisenberg, Solomon y Waysman, 1994; Weine y varis, 1995). Laor y varios (2001) registró una bajada significativa en la intensidad de la mayoría de los síntomas cinco años después de ser expuestos a los ataques con misiles *scud*, aunque todavía se registraron síntomas postraumáticos graves en el 8% de los niños. Ajdukovic y Ajdukovic (1998) descubrieron que los síntomas del trastorno del estrés postraumático se redujeron considerablemente entre los niños croatas traumatizados por la guerra en el espacio de seis meses. Kuterovac-Jagodic (2003) hallaron que el 78,4% de los niños croatas que mostraron los síntomas más graves durante la guerra mostraron síntomas de gravedad media o superior dos años y medio más tarde, pero el 97,5% de los niños que tenían síntomas menos graves mostraron síntomas de grado leve o medio.

Las diferencias en los registros de la gravedad de los síntomas a largo plazo se puede explicar intuitivamente por una serie de factores que difieren según el estudio, y que



incluyen la gravedad inicial, a corto plazo, de los síntomas, el entorno psicosocial después del trauma y la continuación de la interrupción (p.ej el desplazamiento continuo en el momento en el que se realiza el seguimiento, los conflictos familiares, etc) (p.ej Jones & Kafetsios, 2002; Kuterovac-Jagodic, 2003). Las características de la personalidad del niño, tales como la manifestación de agresividad o sensibilidad ante el trauma o la pérdida del control y la edad del niño, también son factores importantes (Kuterovac-Jagodic, 2003). En general, se entiende que los niños más pequeños son más vulnerables que los adolescentes porque sus capacidades cognitivas para recordar, procesar y enfrentarse al trauma están menos desarrolladas (Fivush, 1998; Schneider, 2000). Por otro lado, existe una opinión generalizada de que los niños más pequeños están más protegidos contra los traumas graves, porque no comprenden totalmente las consecuencias negativas del suceso traumático (Punamaki, 2002). Muchos estudios coinciden en que los niños más vulnerables son los que tienen entre cinco y nueve años (p.ej Gabarino y Kostelny, 1996; Kuterovac-Jagodic, 2003), cuya habilidad para comprender y procesar los sucesos reales esta en proceso de expansión, pero que aún no han consolidado ni su identidad ni los mecanismos de defensa para enfrentarse a los sucesos graves. Finalmente, se observa que cuanto mayor es el apoyo social existente, menor es el impacto psicológico de la guerra a medio y largo plazo (Kuterovac-Jagodic, 2003).

Desde la Primera Guerra Mundial, se viene documentando que, para los adultos y los niños, la aclimatación y habituación pueden jugar un papel importante en las reacciones individuales ante el estrés de la guerra (Zimmern, 1941; Vernon, 1941; Ziv e Israeli, 1973), que puede derivar en un cierto grado de resistencia a la exposición a la violencia crónica (Cairos, 1996; Punamaki, 1996). En el contexto de constante interacción con la guerra, los sucesos estresantes y las situaciones que se viven en la guerra pueden ser considerados normales, como una realidad cotidiana a la que el niño acaba ajustándose, especialmente cuando ese contexto es el único que conoce el niño (Jensen y Shaw, 1993). Algunos estudios sugieren que la exposición moderada al estrés de la guerra puede fomentar hábitos autoprotectores, de adaptación y cognitivos que permiten una respuesta más efectiva, especialmente si esa exposición no supone una amenaza para el niño o sus familiares más cercanos (Jensen y Shaw, 1993); sin embargo, esto no implica la ausencia total de impacto psicológico (Millar, 1996).

En una gran medida, el grado de del impacto negativo en los niños y jóvenes puede estar relacionado con su comprensión del significado psicológico de lo que la violencia supone para ellos y sus familias, que a su vez influye en su habilidad para sobrellevar esa situación (Cairos y Dawes, 1996, p.131; Punamaki, 1996). Sin embargo, teniendo en cuenta que la mayoría de los estudios sobre la duración de los síntomas se han realizado sobre niños después de haber sido trasladados a países más seguros, o después de que la guerra hubiese terminado, es necesario llevar a cabo nuevos estudios en el futuro para analizar la exposición crónica al trauma de la guerra. No obstante, incluso en circunstancias donde la mayoría de los niños no experimentan efectos a largo plazo, y a pesar de una disminución constante en la intensidad de los síntomas, la proporción de



niños que desarrollan una psicopatología o una discapacidad es más que significativa, y debe ser considerada siempre a la hora de planificar las acciones de ayuda humanitaria e investigación con poblaciones traumatizadas.

La discapacidad psicosocial causada por los síntomas

Algunos expertos sugieren que los estudios basados en la población, usados con frecuencia para obtener información acerca de los diferentes niveles de síntomas que presenta un gran número de niños, suelen sobreestimar la prevalencia del trastorno del estrés postraumático (Summerfield, 1996). Los síntomas de trastorno representan las reacciones naturales al trauma; por ello, los estudios sobre niños afectados por la guerra deben afrontar la ardua tarea de separar las reacciones patológicas de las normales en lo que se refiere a las respuestas emocionales y los cambios en el comportamiento y en las acciones que pueden ser, ya sea adaptaciones lógicas a la nueva situación, o disfunciones relacionadas con el trastorno. Algunos críticos incluso consideran que el trastorno del estrés postraumático es una manera muy poco apropiada de “medicalizar” el sufrimiento humano causado por circunstancias políticas (p.ej Bracken, Giller y Summerfield, 1995).

La mayoría de las medidas de autoevaluación, al igual que la mayor parte de los estudios realizados sobre niños expuestos a la guerra, no han tenido en cuenta el grado de discapacidad psicosocial asociado con los síntomas, un elemento esencial en el diagnóstico del trastorno del estrés postraumático que también resulta importante para planificar las tareas de intervención (Green, 1982). Los resultados de los pocos estudios que hasta el momento han medido los niveles de discapacidad han sido, cuanto menos, polémicos, si no sorprendentes. Summerfield y Toser (1991) señalaron en un estudio sobre Nicaragüenses desplazados por la guerra que para muchos, a pesar de la obvia psicopatología, la discapacidad familiar, ocupacional y social era a menudo poco significativa. Sack y varios (1993), en un estudio de los jóvenes jemeres, señaló que, en la mayoría de los casos, la persistencia y gravedad del trastorno del estrés postraumático parecía no tener ningún impacto en la habilidad para llevar a cabo las tareas de la escuela o el trabajo. Kinzie y varios (1986) hallaron que la ausencia generalizada de discapacidad social entre los niños refugiados camboyanos era “señalable”, a pesar de la alta prevalencia de los síntomas de trastornos psiquiátricos. Jones y Kafetsios (2002), en un estudio sobre adolescentes antes del conflicto Bosnio, también señaló que aunque los niveles de síntomas mostraban una razonable correlación con las medidas de bienestar de los niñas, en casi una cuarta parte de los participantes, los síntomas descritos por ellos mismos ofrecían una información contradictoria acerca del bienestar del joven. Sin embargo, muchos estudios sugieren algo muy distinto: los estudios realizados en niños supervivientes del Holocausto, por ejemplo (véase Cohen, Brom y Dasberg, 2001^a), indicaron niveles de síntomas postraumáticos y psicosociales superiores a la muestra entre los niños supervivientes que también presentaban discapacidad psicosocial. Según esto, esos estudios podrían sugerir que algunos problemas a largo plazo pueden ser contenidos durante años (con un coste), pero pueden resurgir más adelante, cuando la



persona se retira o enferma (Cohen y varios, 2001^a). Finalmente, cada vez más investigaciones sugieren que la forma en que los individuos interpretan la experiencia traumática y el contexto en que ésta tiene lugar influyen enormemente a la hora de considerar los síntomas psicosociales como preocupantes o no (Jones y Kafetsios, 2002).

Consideraciones adicionales para el diagnóstico

La naturaleza de los síntomas psicopatológicos derivados del trauma infantil ha sido objeto de un vivo debate, en el que algunos proponen la creación de parámetros para el diagnóstico más amplios y contextualizados. Laor y varios (2002), por ejemplo, mantienen que la evaluación de la psicopatología en los niños después de un desastre, incluyendo las experiencias relacionadas con la guerra, requiere una evaluación de los síntomas complementaria –no sólo de estrés postraumático- sino también de la disociación y del dolor traumático, porque los diferentes componentes del dolor y la disociación (distorsiones de la percepción, distorsiones sobre el propio cuerpo, irritabilidad y culpa o anhedonia) están asociados a diferentes factores de riesgo. El hecho de que los instrumentos de medición de la psicopatología no distingan, en la mayoría de los casos, entre el dolor psicológico y el estrés postraumático (Mcnally, 1996) y entre el dolor psicológico y la depresión (Jones y Kafetsios, 2002), hace que una evaluación complementaria de las reacciones del dolor psicológico sea incluso más necesaria. También se ha propuesto la ampliación de las consideraciones para el diagnóstico para que incluyan las diferencias culturales a la hora de afrontar el trauma. Por ejemplo, se ha sugerido el término “sufrimiento” cultural para refinar y complementar el diagnóstico psiquiátrico asociado con el trauma (Eisenbruch, 1991). Básicamente, el “sufrimiento” cultural va más allá del diagnóstico al incorporar experiencias de culpa, recuerdos dolorosos y pensamientos morbosos que oscurecen la vida cotidiana a raíz de la pérdida de la estructura social, de los valores culturales y de la propia identidad (Eisenbruch, 1991). El concepto de sufrimiento también tiene en cuenta los métodos específicos, individualizados o propios de las culturas locales para afrontar el trauma y que, en sus manifestaciones menos agresivas, pueden dar una indicación normal e incluso constructiva del estado de la rehabilitación del individuo después de haber vivido terribles experiencias traumáticas. Por lo tanto, al evaluar la exposición de niños a sucesos traumáticos en otros países, es fundamental reconocer las manifestaciones culturales de la angustia relacionada con la guerra y las estrategias específicas de cada cultura para afrontarlo.

La sensibilidad cultural en la evaluación y el tratamiento

Existen dos ideologías principales sobre el papel de la cultura a la hora de evaluar y tratar personas afectadas por la guerra. Teniendo en cuenta la escasez de buenos estudios sobre los aspectos culturales de la psicopatología en los niños y adolescentes, algunas de las fuentes que se comentan a continuación se refieren a estudios realizados en adultos.



Algunos estudios sostienen que los niños de diversas culturas presentan signos de angustia emocional similares y que el trastorno del estrés postraumático resultado de trauma de la guerra se manifiesta universalmente independientemente de culturas o idiomas (Sack, Seeley y Clarke, 1997). Los partidarios de esta teoría han demostrado la aplicabilidad intercultural de los programas terapéuticos occidentales en culturas no occidentales (Goenjian y varios, 1997) y sostienen que los modelos terapéuticos occidentales pueden ofrecer formas de tratamiento válidas para complementar programas y servicios psicosociales para niños afectados por guerra en áreas geográficas muy diversas (Lowry, 2000).

La segunda ideología sostiene que hay un mayor abanico de respuestas postraumáticas a las situaciones de guerra y señala las limitaciones de los modelos actuales y la necesidad de ampliar o revisar tales modelos (Bracken y varios, 1995; Dawes, 2000; Krener y Sabin, 1985; Rousseau, Drapeau y Platt, 1999). Kleinman y Kleinman (1991) señalan que los factores culturales influyen en la expresión de los síntomas del trastorno del estrés postraumático y cuestionan que si existen síntomas particulares que puedan describir el síndrome enteramente independientemente de la cultura en que se manifiesten. Dawes (2000) señala que no se puede homogeneizar el estrés para considerar adecuadamente formas de respuesta a nivel local y que los expertos de la salud mental occidentales corren el riesgo de imponer criterios diagnósticos que no se tienen en cuenta contexto cultural, cuando algunos de esos criterios dejan de ser válidos al aplicarse a otras culturas (Krener y Sabin, 1985). Además, Rosner (2003) sostuvo que “incluso si el estrés postraumático puede ser diagnosticado en muchas culturas del mundo, eso no significa que es la categoría más apropiada de todas las que se pueden utilizar en cada una de esas culturas” (p.3). Kirmayer y Young (1999) han señalado que las respuestas disfuncionales pueden distinguirse de las normales y definidas en función del contexto social o cultural. Ciertamente, como enfatizan Bracken y varios (1995), la forma en que los individuos afrontan el sufrimiento está determinada por los aspectos sociales, culturales y políticos específicos de cada caso, y los profesionales de la salud mental con bagajes culturales diferentes deben complementar el trabajo de los profesionales locales teniendo en cuenta las diferencias en la concepción de la angustia y el trauma (Laor y Wolmer, 2002).

Para dar con una evaluación y un tratamiento sensibles a la especificidad cultural, es fundamental comprender las prácticas culturales y tener un conocimiento de la comunidad desde dentro (Schwab-Stone, Ruchkin, Vermeiren y Leckman, 2001). Las intervenciones de salud mental en contextos no occidentales deben incorporar las normas culturales existentes en esos contextos, incluyendo las creencias espirituales y religiosas, los principios ontológicos básicos y otras cuestiones relacionadas con éstos (P.ej concepto de persona y conexiones sociales, comunidad y enfermedad) (Klingman, 2002^a). En las consultas con personas de otras culturas, un aspecto importante de la comunicación es el uso de intérpretes con capacidad para explicar los matices lingüísticos durante la consulta (Schwab-Stone y varios, 2001) y que sean aceptados por el niño y su familia (Yule, 2002). Se deben reconocer las necesidades locales, los recursos de la comunidad, y las posibilidades de encontrar vías específicas en cada



cultura para comprender, expresar y curar el trauma (Dawes, 2000). Por ejemplo, Kinzie y varios (1986) documentaron que en el caso de los jóvenes jemerres, los valores tradicionales conformaron la forma de afrontar el trauma, caracterizados por la tendencia a evitar o negar los sentimientos. En algunas culturas, los adultos suelen exigir que los niños se comporten bien y que no manifiesten sus sentimientos (Laor y Wolmer, 2002) lo que potencialmente puede complicar el proceso de identificación de los jóvenes con los síntomas. En algunos contextos, los individuos suelen manifestar sus preferencias por curanderos locales (p.ej Neugebauer, 2002) cuya ayuda puede ser especialmente valiosa porque los curanderos conocen la realidad local, comparten las creencias de sus paciente y las pueden utilizar con mucha mayor eficacia que un recién llegado (Schwab-Stone y varios, 2001).

Por tanto, los enfoques más eficaces para entender y tratar a los niños que han sido expuestos a la guerra son seguramente aquellos que integran tanto principios específicos de la cultura en cuestión como principios universales válidos para todas las culturas. Es importante que los sistemas de apoyo social reconozcan las diferencias culturales, ya que éstas tienen implicaciones directas en las estrategias de intervención (Schwab-Stone y varios, 2001), por lo que la biología y la cultura deben ser tratadas de manera interconecta más que considerarse de manera separada o como la suma de dos componentes independientes (Dawes, 2000).

Consideraciones adicionales a la planificación de intervenciones

Ideología y odio

Los niños de todas las edades intentan comprender las experiencias y los confusos sucesos de la guerra, pero las estrategias que se utilizan difieren en cuanto al nivel de desarrollo de esos niños. La percepción de la guerra que tiene un niño muy pequeño suele basarse sobre todo en las percepciones de las actitudes de los adultos que le rodean, así como en los mensajes que recibe a través de la radio, las películas y otros medios de comunicación (Bender y Frosch, 1942; Jensen y Shaw, 1993). Un estudio de los niños de la Unión Soviética en tiempos de guerra (Bender y Frosch, 1942) también sugiere que los “niños toman las ideas de los que les rodean”, y que “los niños absorben y reflejan las actitudes de aquellos que están más cerca de ellos”. Algunos estudios han enfatizado que aunque los padres lo intenten, es imposible engañar a los niños y mantener cosas en secreto, ya que inevitablemente éstos se ven expuestos a noticias y programas relacionados con la guerra. Los padres “no pueden proteger a sus hijos de la vida, pero pueden ayudarles a afrontarla”, ya que el desconocimiento puede alimentar más miedos y fabricaciones que los propios hechos reales (Beverly, 1942).

La comunicación sobre asuntos relacionados con la guerra generada entre los miembros de la familia, la comunidad y los medios de comunicación puede proporcionar una sensación de seguridad y apoyo o causar más angustia. La politización excesiva puede



tener un gran impacto en la identidad política del niño, que es generalmente precoz. Punamaki (2002) señaló que “la gente joven está interesada en cuestiones de ideología y está creando su propia visión del mundo. Una vida segura en un contexto seguro es una oportunidad para que prueben diferentes posiciones, aprendan repertorios de expresión emocional y desarrollen sofisticadas cualidades para resolver los problemas. Por el contrario, las necesidades de emergencia en tiempos de guerra crean una atmósfera donde los complejos dilemas morales se simplifican y se distingue a la gente entre buenos y malos”, lo que lleva a los niños a identificarse más estrechamente con sus líderes. Ziv, Kruglanski y Shulman (1974), por ejemplo, hallaron que los niños expuestos a bombardeos se identificaban más estrechamente con la comunidad y tenían sentimientos patrióticos más fuertes que los niños no expuestos.

La guerra puede producir conflictos en las mentes de los niños al imponer en ellos posiciones o actitudes que contradicen actitudes y principios que habían aprendido anteriormente (Beverly, 1942). Antes del conflicto se les había enseñado a los niños que la guerra estaba mal, ahora se espera que rechacen esa enseñanza, acepten la guerra y glorifiquen a sus héroes. Sin embargo, una forma de solucionar esta confusión es describir al enemigo como injusto, deshonesto, bárbaro, despiadado y deferente de “nosotros” (véase Sternberg, 2003). Se asegura a menudo que el enemigo empezó la guerra (o que “nosotros” no teníamos otra alternativa que empezar la guerra para restaurar la justicia) y que nuestro país se está batiendo por una causa justa. La ideología imperante en cualquier conflicto militar es usada a menudo como un instrumento para alcanzar un propósito, y para convencer a los ciudadanos, incluyendo a los niños, de lo justo de su lucha y de lo que de verdad significa esa lucha. Durante la Segunda Guerra Mundial, por ejemplo, las fuentes rusas enfatizaron con fuerza que además del trabajo para elevar la moral, se hacían también “llamamientos directos a los niños para que realicen tareas, para que se den cuenta de que *ésta es su guerra* y de que sus esfuerzos para lograr una victoria rápida son tan necesarios como los de los mayores” (Bender y Frosch, 1942).

Otro ejemplo para darle a los niños una explicación “razonable” del porqué de la guerra fue descrito por Bender y Frosch (1942), refiriéndose al trabajo de Ziemer (1941) que describía el trabajo educativo que la Alemania Nazi llevó a cabo con los niños más pequeños. Se glorificaba el acto de morir en el campo de batalla por Hitler, mientras que cualquier anhelo de paz era tachado de pensamiento “decadente”. Podemos encontrar ejemplos recientes de métodos “educativos” similares en algunos movimientos de liberación de Palestina y Sri Lanka, que se interesan por los niños como colocadores suicidas de bombas en potencia, enfatizando la gloria de la muerte y la alegría de la vida en el paraíso que espera a aquellos que sacrifican sus vida por la “causa justa” (P.ej Somasundaram, 2002).

Punamaki y otros colegas, basándose en sus estudios de los niños palestinos (Punamaki, 2002; Punamaki y Puhakka, 1997; Punamaki y varios, 2001; Qouta, Punamaki y El Sharjah, 1995), han sugerido que la participación activa de niños en confrontaciones



políticas de baja intensidad puede tener un efecto protector en la salud mental del niño. Lo que su investigación realmente sugiere es que aunque las *preferencias subjetivas* por la lucha activa en tiempos de conflictos podrían estar asociadas con niveles menores de psicopatología una vez que la intensidad del conflicto se reduce (Punamaki y varios, 2001), la violencia política real puede hacer que la actitud de los niños sea más sobria. De hecho, durante la *Intifada*, los niños presentaron generalmente menor preferencias por la lucha activa que antes, y los niños de mayor edad que habían experimentado sucesos estresantes solían manifestar menor preferencia por la lucha activa que los que no habían experimentado tales sucesos (Punamaki y Puhakka, 1997); quizás esto refleje sólo las divagaciones de estos niños como respuesta al trauma y no tanto su participación activa, especialmente si tenemos en cuenta su edad. Esta investigación tiene que ser vista con una reserva importante, ya que evalúa solo actitudes de los niños ante la lucha activa, no su comportamiento real. No se sabe si esos niños estaban realmente involucrados en la lucha activa o si estaban indicando simplemente sus *preferencias* por comportamientos más activos; por lo tanto, sería prematuro lanzar conclusiones sobre el papel protector de la participación política activa.

Niños combatientes

El Protocolo Facultativo de la Convención de los Derechos del Niño (adoptado por la Asamblea General de la ONU en 2000) relativo a la participación de niños en conflicto armado, define 18 años como la edad mínima para participar directamente en hostilidades, para el reclutamiento obligatorio y para cualquier tipo de reclutamiento por grupos armados no gubernamentales. Además, el estatuto del Tribunal Penal Internacional de 1998 define como crimen de guerra el reclutamiento voluntario o forzoso de niños menores de 15 años en grupos armados o fuerzas armadas para su utilización en combate (Pearn, 2003). A pesar de esto, “la explotación de niños como soldados, cada vez más generalizada, es una de las características más perniciosas de los conflictos armados actuales” (Machel, 2001, p.7). Se estima que 300.000 niños (Brett y McCallin, 1998, p.9), a veces niños de hasta seis años, participan activamente en los conflictos militares actuales. Los niños se unen a grupos armados al verse forzados a ello por una larga serie de presiones económicas, culturales, sociales y políticas (Machel, 2001; McConnan y Uppard, 2001). En muchos casos, unirse a un grupo armado puede ser su única opción, porque los que cuidaban de ellos murieron o fueron reclutados, mientras que el ejército proporciona medios para obtener comida y ganar algo de dinero para ellos y para sus familiares aún con vida (Boothby y Knudsen, 2000; Somasundaram, 2002). Los niños que han perdido a uno de sus padres o a los dos durante una invasión o bombardeo expresan frecuentemente su deseo de venganza (Despert, 1942). Los adolescentes pueden también sentirse atraídos por determinadas ideologías, y luchar por causas políticas o sociales, como expresión de su religión o para lograr la autodeterminación o la liberación nacional (Machel, 2001). Durante la Segunda Guerra Mundial, por ejemplo, varias fuentes de información de la URSS contaban anécdotas de



niños pequeños que entraron espontáneamente en las filas de los guerrilleros y participaron en planes de ataque y defensa (Despert, 1942).

Los niños soldado son utilizados como combatientes, mensajeros, portadores y cocineros, cuidan de los heridos, rastrean minas, realizan vigilancia en peligrosos puestos, y son objeto de abusos sexuales (Boothby y Knudsen, 2000; Machel 2001). “Los oficiales han considerado generalmente que los niños soldados son más fáciles de sacrificar que los adultos, por lo tanto reciben menos formación y se les ordenan las tareas más peligrosas.” (Boothby y Knudsen, 2000, p.63).

El adoctrinamiento tiene lugar generalmente en varias fases, en las que se intenta endurecer a los niños emocionalmente castigando a quienes ofrecen ayuda, o se muestran sensibles ante los niños objetos de abuso (Boothby y Knudsen, 2000). Se pega a menudo a los niños y se les expone constantemente a escenas de violencia para que dejen de cuestionar la autoridad de los adultos del grupo; en ocasiones incluso se les fuerza a matar prisioneros o miembros de su propia familia (Boothby y Knudsen, 2000).

Hasta el momento, ningún estudio ha evaluado los efectos longitudinales en los niños que han tomado parte en violencia en masa. Además de las secuelas de mayor duración que deja la participación en actos de violencia, los niños soldados corren un riesgo mayor de acabar siendo desplazados que los otros niños expuestos a la guerra (Alfredson, 2002; McConnan y Uppard, 2001); por lo tanto, se deben tomar medidas específicas para asegurar su retorno a sus comunidades de origen. Junto a esto, resulta a menudo difícil llevar a estos niños de vuelta a sus comunidades debido al fuerte rechazo que éstas muestran por los niños que han formado parte del ejército o el grupo armado. Y para esos niños, la actividad militar es a menudo lo único que han aprendido a hacer bien. Además, la mayoría de los gobiernos eluden su responsabilidad de reintegrar en la sociedad a los antiguos soldados cuando han sido desmovilizados (Alfredson, 2002). Para los niños soldado, el retorno a la vida en la comunidad es, en el mejor de los casos, un largo proceso de curación y perdón que necesita de una gran red de apoyo que incluye a los padres, profesores, líderes religiosos y comunitarios y la mediación de la comunidad (Machel, 2001). Aquellos lectores interesados en conocer en detalle un enfoque del problema de los niños soldado explicado paso a paso pueden consultar McConnan y Uppard (2001).

Hay una cierta evidencia de que los conceptos sociales y morales de los niños suelen ser muy resistentes ya que los vínculos familiares y religiosos permanecen sólidos frente a la violencia y los niños siguen comprendiendo la distinción esencial entre la violencia por una causa justa la que no lo es (Boothby y Knudsen, 2000). Sin embargo, se ha señalado también que la subsiguiente respuesta moral de los niños está determinada en gran medida por la duración del tiempo que pasan en el grupo armado (Boothby y Knudsen, 2000). En Mozambique, por ejemplo, los niños que pasaron menos de seis meses con el grupo armado mostraron comportamientos agresivos tras su liberación, pero esas reacciones remitieron rápidamente y los niños se describían así mismos más como víctimas que como miembros de una estructura militar, mostrando reacciones clásicas de



estrés postraumático y remordimiento (Boothby y Knudsen, 2000). Al mismo tiempo, los niños que pasaron un año o más en los campos, habían cambiado sustancialmente sus conceptos para asemejarse enormemente a los de sus captores. Continuaron usando la violencia como el principal medio de ejercer control e influencia en la sociedad (Boothby y Knudsen, 2000), o incluso se unieron como mercenarios a algún otro grupo armado en otro país (Machel, 2001).

Intervenciones no específicamente psicosociales

Las intervenciones no específicas tratan cuestiones como la interrupción del estrés existente, incluyendo la eliminación del conflicto y la provisión de áreas seguras y cobijo; la restauración o reactivación de factores de protección o mejora de la situación, incluyendo la reunificación, la participación activa y coordinación de las familias, la educación y los esfuerzos de la comunidad para lograr la curación psicológica del niño.

Eliminación y desplazamiento

Para comenzar el proceso de curación, la interrupción de los factores de stress existentes es una prioridad inmediata. Cuando graves tragedias se suceden (p.ej la pérdida de miembros de la familia o de amigos cercanos) y se combinan con malas experiencias, las reacciones postraumáticas de los niños a menudo se intensifican y el restablecimiento se retrasa (Laor y Wolmer, 2002; Husain y varios, 1998; Pynoos y varios, 1993).

La eliminación de los factores de estrés en los niños en tipo de guerra generalmente implica una de las siguientes posibilidades: la primera es el cese de conflicto entre las facciones en lucha y el establecimiento de un entorno seguro. Aunque esto sería lo ideal, la mayoría de las veces resulta difícil, si no imposible, de lograr, especialmente en poco tiempo, ya que los procesos de paz pueden retrasarse indefinidamente.

Hay muestras de que el trauma crónico, donde no exista la menor posibilidad de un cese de la exposición a la violencia y al estrés a corto plazo, tiene, in impacto considerable en la salud mental del niño diferente del impacto agudo que causa el trauma (Cairns y Dawes, 1996). En el contexto de una guerra de larga duración, los sucesos y circunstancias estresantes pueden percibirse como parte de la realidad cotidiana a la que los niños puede llegar a adaptarse, especialmente cuando, para algunos de esos niños, ese ambiente es el único contexto social que han conocido en su vida (Jensen y Shaw, 1993). En particular, algunos estudios han sugerido que esa exposición prolongada puede derivar en una elevación del umbral de la respuesta traumática, que conlleva una disminución de la percepción de peligro (Punamaki y varios, 2001). La segunda y tercera alternativas implican el desplazamiento de los niños (y sus familias) hacia áreas más seguras, campos para desplazados internos dentro del país de origen o desplazamientos al exterior, hacia territorios o países desconocidos, hasta que la paz se consolide en la comunidad/país de origen. Ninguna de esas alternativas es ideal pero a menudo son la única y triste opción.



Además de la experiencia de la guerra, el desplazamiento mismo puede tener un efecto negativo en el nivel de estrés ya que los niños desarrollan una relación muy estrecha con su entorno, no sólo con personas, también con lugares (Fullilove, 1996). Un riesgo adicional asociado al desplazamiento es la posibilidad de reclutamiento militar en grupos armados. Por tanto, los campos de refugiados y los asentamientos deben situarse lejos del área de conflicto, y se debe reforzar la seguridad o la presencia de personal donde haya niños susceptibles de ser reclutados por grupos armados (P.ej vías de escape, centros de recepción, campos o asentamientos) (Alfredson, 2002).

Existe una amplia literatura sobre los efectos del desplazamiento que tiene su origen en los estudios realizados con niños evacuados de Gran Bretaña durante la Segunda Guerra Mundial (Burt, 1941; Henshaw, 1940; Isaacs, Brown y Thouless, 1941; Zimmern, 1941) que sugieren que los niños mayores (generalmente de 12 años o más) perciben el desplazamiento de una manera mucho más positiva que los pequeños. Sin embargo, en la mayoría de los casos, los niños más pequeños reaccionan a la separación con ansiedad y con otros síntomas internalizados y externalizados (P.ej Henshaw y Howarth, 1941). Algunos autores (Bowley, 1940; Burt, 1941) han subrayado que los niños en edad preescolar en particular, no deben ser separados de sus madres. Incluso los niños de mayor edad progresan mejor cuando están acompañados de otros adultos de su familia, hermanos o profesores. Los niños pequeños suelen percibir los peligros de la situación con los ojos de los adultos más próximos a ellos y por tanto, la angustia que viven y expresan los adultos suele producir también la angustia en los niños (Bowley, 1940; Solomon, 1942). Este estudio se ve apoyado por recientes investigaciones que demuestran la existencia de una relación estrecha entre los niveles de estrés de la madre y el niño (Laor y varios 2002) y una asociación entre la salud mental de la madre y la capacidad de adaptación del niño después de la guerra (Smith, Perrin, Yule y Rabe-Hesketh, 2001), especialmente en niños menores de 4 años (Laor y Wolmer, 2002).

A pesar de las posibles ventajas del desplazamiento, tales como el fin de la exposición a sucesos potencialmente traumáticos, el impacto propio del desplazamiento en la salud mental de los niños sigue siendo una cuestión polémica. Varios estudios británicos han sugerido que los efectos psicosociales de la evacuación podrían ser más perniciosos que los de los bombardeos, especialmente cuando la evacuación no ha sido planeada de antemano (p.ej Despert, 1942). Además, el estudio de Laor y varios (2001) y Fayyad (2002) sugiere que el número e incluso el hecho del desplazamiento en sí mismo puede unirse al impacto negativo que causa un mal funcionamiento de la familia como factores que influyen en la gravedad de los síntomas en los niños. Sin embargo, otros estudios han descubierto que la mayoría de los niños son capaces de adaptarse con éxito a la evacuación y que el aumento de psicopatologías era menos acusado de lo que muchos habían predicho (p.ej. Jersild y Meigs, 1943). En una gran medida, el resultado y el proceso de evacuación dependen de si ha sido voluntario o forzado; la evacuación que ha sido auto-impuesta y hecha sin prisas resulta relativamente menos traumática (Brander, 1941; cfr. Despert, 1942). Los efectos del desplazamiento en la salud mental también son descritos en mayor detalle por Fullilove (1996).



Siendo cada vez más conscientes del sufrimiento de los niños y las familias desplazadas durante la guerra, las Naciones Unidas (ONU) y otras agencias han desarrollado y publicado guías para los profesionales de la ayuda humanitaria, planificadores y otros especialistas, que describen en detalle los pasos que deben tomarse para dispensar una protección adecuada a los refugiados (véase, por ejemplo, el manual del ACNUR para la protección y el cuidado de los niños refugiados (ACNUR, 1994).

Aunque se tenga la esperanza de que una repatriación voluntaria al área de origen sea finalmente posible, si el reasentamiento no se considera seguro, la opción menos desfavorable es la integración local temporal en un país que haya concedido el asilo. El resultado positivo de esta experiencia depende de factores como el grado de seguridad física y psicológica en el nuevo lugar, ya sea en un campo de refugiados (Geissler, 1999) o dentro de una comunidad en un país industrializado (Anderson, 2001). Lógicamente, cuando los niños son expulsados de sus hogares y de los lugares que les son familiares, la seguridad física y psicológica dentro del nuevo entorno tienen una importancia capital (Paul, 1999); Se ha denunciado algunos entornos para refugiados que exponen a los niños a mayores niveles de violencia, abuso de alcohol, peleas familiares, abusos sexuales y palizas (Machel, 1996, 2001).

Restablecimiento y reasentamiento

Una vez que los sucesos traumáticos han cesado o se les ha eliminado definitivamente, comienza el proceso de restablecimiento. Las intervenciones no-psiquiátricas, como la cobertura de necesidades básicas proporcionando comida, cobijo y ropa, ayudan a dar la estabilidad necesaria para calcular cuántos jóvenes necesitan cuidados psiquiátricos especializados. En primer lugar, se deben restablecer las necesidades básicas y un entorno sanitario sostenible, que incluyen la provisión de atención primaria, la puesta en práctica de programas para evitar la proliferación de enfermedades transmisibles, el acceso a agua potable y comida, una nutrición adecuada, cobijo y servicios sanitarios.

El restablecimiento debe implicar también el comienzo de nuevo del proceso de producción de alimentos y la vuelta a la escuela y a las actividades religiosas. Teniendo en cuenta que el objetivo último es la sostenibilidad, la provisión de comida adecuada y otros programas de ayuda humanitaria son necesarios hasta que esa sostenibilidad sea posible. La cobertura de las necesidades básicas debe coordinarse con el apoyo psicosocial y una evaluación clínica cuidadosa, ya que el impacto del estrés traumático sobre la salud física es una cuestión esencial que se olvida a menudo (McFarlane y Yehuda, 1996). Muchos de los problemas de salud en los niños más pequeños, especialmente en los menores de tres años, están asociados con la desnutrición (Machel, 1996, 2001). La malnutrición crónica y la falta de energía proteínica “origina desórdenes cognitivos y socio-emocionales que mejoran muy marginalmente una vez que se ha restablecido el balance nutricional” (Sternberg y Grigorenko, 1997, p.27). La necesidad de una visión global de la salud también está ilustrada en el artículo 39 de la Convención



de los Derechos del Niño, que requiere de los estados la toma de medidas para promover la recuperación física y psicológica de los niños y su reintegración.

Respecto a la reintegración de niños combatientes, Machel (2001) señala tres aspectos fundamentales para la reconstrucción de las sociedades destruidas por la guerra: el desarme (la recogida de armas en las zonas de conflicto y su destrucción o almacenamiento en lugar seguro), la desmovilización (el registro formal y la licencia de combatientes, con la prestación de asistencia para ayudarles con sus necesidades inmediatas y transportarles de vuelta a sus comunidades de origen) y la reintegración (el proceso de ayudar a los antiguos combatientes a volver a su vida civil y readaptarse social y económicamente). La desmovilización de los niños requiere su inmediata separación de los soldados adultos y su traslado con escolta fuera de la zona de conflicto en menos de 48 horas para evitar el riesgo de ser movilizados de nuevo (Machel, 2001). Se debe hacer un esfuerzo extra para asegurar la reintegración de los niños soldado en sus comunidades. Las creencias culturales y las actitudes de la comunidad pueden dificultar la reunificación, especialmente para las niñas soldado que han sido violadas o abusadas sexualmente (Machel, 2001). Los lectores interesados en una guía práctica sobre este problema pueden consultar McConnan y Uppard (2001).

Más allá de las necesidades básicas, el restablecimiento implica la vuelta a la tradición, cultural, naturaleza y prácticas espirituales que han dado sentido y valor a la vida del niño antes de la interrupción traumática (Lowry, 2000). El restablecimiento también incluye la recuperación de la confianza, la autoestima y los vínculos y contactos sociales, así como la regeneración de la esperanza y el optimismo en el futuro (Jareg, 1995). La reconstrucción y el restablecimiento de las instituciones sociales y culturales dañadas es un reto y una tarea que necesita tiempo, interés, atención e iniciativa. Se necesita una gran capacidad para ayudar a restablecer los componentes culturales mediante soluciones duraderas y permanentes que no alimenten sentimientos de impotencia o dependencia (Lowry, 2000). Además, la participación activa de los niños y los adolescentes en el proceso de recuperación puede fomentar un compromiso ideológico que puede resultar beneficioso para la salud mental (Punamaki, 1996). Los primeros estudios (p.ej Beverly, 1942) enfatizaban de la misma manera la importancia de la participación de los niños y señalaban que, durante la guerra, los niños deben sentir que hay algo que pueden hacer y hacerlo bien y saber que tienen un lugar en la sociedad, incluso si ésta parece estar desmembrada.

Restableciendo la red de contactos psicosociales

El impacto de la guerra en la salud mental del niño viene determinado por efectos psicológicos y sociales, que incluyen las relaciones alteradas por la muerte, la separación, el distanciamiento y otras pérdidas, la ruptura familiar o en la comunidad, el daño a los valores sociales y a las prácticas tradicionales y la destrucción de los servicios y provisiones sociales. Estos factores interactúan entre sí y afectan a las percepciones y a la



comprensión del niño, a la vez de conducir a la expresión de determinados síntomas. Para reconstituir la salud psicosocial y la estabilidad, los niños necesitan adultos que los cuiden, seguridad, educación y oportunidades para hacer ejercicio y jugar. Gracias al valor cada vez mayor que se da estos aspectos del proceso de restablecimiento, muchas ONG han puesto en marcha programas de apoyo psicosocial que afrontan específicamente las necesidades de las familias y los niños (Dybdahl, 2001^{a, b}; Dyregrov y varios, 2000; Woodside, Barbara y Benner, 1999). Algunos de esos programas se centran en educar y apoyar a los padres y profesores para que a su vez puedan ayudar a los niños, mientras que otros programas implican trabajo directo con los niños para ayudarles a asimilar sus recuerdos traumáticos mediante dibujos, juegos o hablando de lo que ha pasado (Dybdahl, 2001^a). Aunque las iniciativas para el restablecimiento han utilizado tanto enfoques basados en la población como modelos individualizados, forzosamente tienen que utilizar métodos sencillos y directos debido a la limitación de recursos y a la gran cantidad de individuos afectados. Estos métodos pueden incluir, por ejemplo, programas de formación e iniciativas para educar a los líderes de la comunidad para que puedan ayudar en el proceso de curación psicosocial. Se suelen introducir intervenciones individualizadas después de las basadas en la comunidad debido a las condiciones de emergencia y a la enorme cantidad de personas que necesitan apoyo.

Familia. Los padres son habitualmente una gran fuente de experiencia para modelar las expresiones culturales y sub-culturales y las reglas sobre los sentimientos (Gerull y Rapee, 2002; Von Salisch, 2001). Cuando los niños expresan sus miedos (Rime, Dozier, Vanderplas y Declercq, 1996), los padres ofrecen ejemplos de enfoques específicamente culturales para tratar sentimientos negativos (Laor y Wolmer, 2002; Saarni y Weber, 1999; Schwab-Stone y varios, 2001) y al responder ante expresiones de ira, frustración o malestar, pueden ayudar como mediadores en el manejo del estrés en el niño, ayudando a controlar las situaciones amenazadoras o frustrantes (Cassidy, 1994).

De hecho, las sintomatologías más graves en los niños están asociadas con madres que tienen un funcionamiento psicosocial deficiente y familias sin una adecuada cohesión (Laor y varios, 2001; Smith y varios, 2001). Los padres y otras personas que se ocupan del cuidado de los niños tienen a menudo dificultades para interactuar con sus niños y pueden acabar siendo menos sensibles, tolerantes y capaces de expresar su amor por sus hijos; suelen también ser menos capaces de mantener unas reglas y unos límites normales en su relación con sus hijos (cfr. Dybdahl, 2001^a). Por lo tanto, la reducción del malestar familiar y la promoción de estrategias de apoyo para lograr la calma y estabilidad en los padres que a su vez promueva el bien estar de sus hijos son los objetivos primordiales de las intervenciones en la familia (Machel, 1996).

Es importante tener en cuenta, sin embargo, que aunque la angustia de la madre tiene un impacto importante en las reacciones del niño, tener una madre cariñosa y protectora no es una garantía absoluta y que la “proximidad a una madre atenta no protege a los niños en edad preescolar contra el impacto traumático de la guerra y la persecución” (Almquist



y Brandell-Fosberg, 1995, p. 225), ya que las madres no pueden aislar a los niños del estrés, una idea que ha sido “aceptada sin discusión como una tautología” (Caims y Dawes, 1996, p.131).

Generalmente, lo mejor para el niño es permanecer en el entorno protector de la familia, tanto por razones emocionales como por el hecho de que los niños separados están más expuestos a ser explotados y a otros riesgos (Bruce, 2001). Los niños que han perdido sus familias o han sido rechazados por sus comunidades suelen requerir un período provisional de cuidado alternativo, como apoyo en grupo o familias de acogida (Machel, 2001). Aunque se deben evitar los orfanatos, a veces la realidad impone la necesidad de organizar ese tipo de servicios (p.ej centros para menores no acompañados en Rwanda, organizados por UNICEF), que suelen ser además menos costosos- un factor importante en las sociedades de posguerra (Neugebauer, 2002). Sin embargo, la colocación en familias de acogida puede resultar una alternativa mejor hasta que se pueda encontrar a la familia biológica o se planteen soluciones permanentes (Bruce, 2001), y si esos arreglos se hacen contando con las comunidades, pueden ser más beneficiosos que el cuidado institucional (Machel, 2001). Cuando se toma una decisión en ese sentido, los hermanos deben permanecer juntos y, en la medida de lo posible, la colocación en familias debe hacerse de tal manera que los niños y las familias pertenezcan a un entorno cultural similar (Bowley, 1940; Burt, 1941; Kinzie y varios, 1986; Williams y Westermeyer, 1983).

Educación. La educación está ampliamente reconocida como un derecho inalienable, al que todos los niños deben tener acceso, incluso los que se ven envueltos en emergencias causadas por la naturaleza o el hombre, y que es fundamental para el desarrollo del ser humano y de la nación (Pigozzi, 1999). En situaciones de emergencia, se deben organizar o restablecer actividades educativas tan pronto como sea posible y allí donde los sistemas educativos han dejado de funcionar, la reconstrucción del sistema ofrece una oportunidad para transformar la educación para que cubra las necesidades de la población (cfr. Pigozzi, 1999). La educación puede también servir como mecanismo para contribuir a la prevención de emergencias. En muchos países se necesitan planes de preparación de emergencias y es fundamental saber qué hacer para apoyar la educación en caso de emergencia (Laor y Wolmer, 2002; Pigozzi, 1999); Un estudio excelente sobre escuelas y guerra es el de Lingman, 2002 b).

Restablecer de una educación estructurada ayuda a restablecer la normalización, la estabilidad y la continuidad de las vidas de los niños y promueve la restauración del papel social del estudiante (Kos y Derviskadic-Jovanovic, 1998), favoreciendo así la cohesión de la comunidad (Dawes, 2000). El entorno de la clase proporciona rutinas predecibles, expectativas definidas, reglas constantes y una respuesta inmediata a las preguntas y preocupaciones de los niños (Laor y Wolmer, 2002; Yule, 2002), así como interacción social y amistad, con la posibilidad de desarrollar afecto mutuo, acercamiento y seguridad emocional (Laor y Wolmer, 2002; Parker, Rubin, Price y De Rosier, 1998). En el colegio,



los niños también tienen tareas, funciones y responsabilidades que cumplir. Tener éxito en la escuela incrementa la autoestima y mejora la capacidad para afrontar los problemas (Kos y Derviskadic-Jovanovic, 1998), a la vez que mitiga tendencias aislacionistas y de reserva (Laor y Wolmer, 2002; Vernberg, Silverman, La Greca y Prinstein, 1996). En las intervenciones basadas en la escuela, el objetivo inicial es crear un entorno agradable y emocionalmente seguro a la vez que se levantan a cabo intervenciones de salud mental (Kos y Derviskadic-Jovanovic, 1998). Además de esto, las escuelas y otros servicios públicos pueden ayudar a hacer el seguimiento de los niños en su proceso de adaptación y a evaluar cómo están afrontando la situación; y pueden facilitar el suministro de ayuda profesional cuando sea necesario (Yule, 2002).

Las relaciones con los profesores son un buen indicador del bienestar psicosocial de los niños con trauma (Laor y Wolmer, 2002; Edwin, Boyle, Yule, Bolton y O’Ryan, 2000; Vernberg y varios, 1996; Rutter, 2000). En un manual publicado por UNICEF, Macksoud (1993) subraya el papel crucial que los profesores pueden jugar en la creación de un entorno terapéutico. Macksoud señala que los profesores tienen la difícil tarea de comprender y apoyar a sus alumnos emocionalmente, a la vez que siguen las rutinas de todos los días y las actividades escolares y extraescolares, como la música, los deportes o el arte. Estas actividades extraescolares, cuando es posible realizarlas, pueden ser unos instrumentos útiles para reducir el estrés (Macksoud, 1993). Los profesores también pueden facilitar conversaciones sobre la guerra, teniendo en cuenta el nivel de desarrollo de cada alumno. Además, tienen la oportunidad de mejorar las habilidades para afrontar la situación, aplacar rumores, identificar a los niños que sufren y preparar a los estudiantes para futuras experiencias (Laor y Wolmer, 2002). En tales situaciones, es a menudo necesario enseñar técnicas de reconocimiento y terapia tanto a los profesores como a los padres, ya que éstos suelen ser los primeros en detectar el desarrollo de síntomas de trauma (Macksoud, 1993). La comprensión y el reconocimiento rápido de los síntomas y de los desajustes psicosociales son un primer paso esencial para lograr una óptima recuperación en el niño.

A menudo, los antiguos combatientes se han quedado retrasados en su educación. Si se les pone a su nivel educativo, pueden acabar en clases con niños más pequeños, lo que puede resultar humillante, llevándoles a evitar o rechazar la escuela (Machel, 2001). Además, los profesores y los padres no siempre aprecian la influencia que estos niños pueden tener en los otros. Por ello, se ha propuesto el establecimiento de clases especiales para antiguos niños soldado dentro de un proceso que debería desembocar en su reintegración a la escuela ordinaria (Machel, 2001).

Algunas ONGs han puesto en práctica programas de “formación de formadores”, que implican una formación de corta duración (normalmente de semanas o pocos meses) para que miembros de la comunidad y profesores adquieran unos conocimientos básicos de intervención psicosocial y mitigación de la angustia. Esos miembros de la comunidad a su vez incrementan la capacidad de otros miembros de la comunidad que el programa no alcanza a cubrir (Laor y Wolmer, 2002; Miller y Billings, 1994). Aunque la efectividad



de esas medidas no se ha demostrado definitivamente, algunos autores han argumentado que en una situación de gran escasez de profesionales de la salud mental, el apoyo adicional que pueden prestar miembros de la comunidad no profesionales y profesores puede ser muy útil en el trabajo con la comunidad (Laor y Wolmer, 2002; Neugebauer, 2002) y el proceso de formación puede ayudar a reducir la ambivalencia o el sentimiento de rechazo que sienten algunos profesionales locales de ayuda humanitaria hacia la ayuda que prestan los extranjeros (Laor y Wolmer, 2002). Sin embargo, estos facilitadores deben tener un acceso inmediato y directo a las consultas y consejos de profesionales y la planificación y expectativas sobre su trabajo deben estar en consonancia con la cantidad de formación que reciban.

Entre los programas específicamente educativos, algunas ONGs (p.ej UNESCO, UNICEF) han propuesto y comenzado programas basados en la escuela para tratar el estrés psicosocial y el dolor psicológico. No existe un solo enfoque “verdadero” para afrontar estas condiciones. Muchas sociedades, comunidades y familias han desarrollado los métodos que consideran adecuados para tratar la pérdida y el estrés; esos métodos deben identificarse y usarse para ayudar a los niños, los padres y los profesores a superar sus situaciones y experiencias y comenzar de nuevo sus actividades diarias en la medida de lo posible (Pigozzi, 1999). También se ha sugerido que los programas basados en la escuela deberían enseñar educación para la paz y la reconciliación para promover una cultura de paz entre los niños (Schwebel, 2001). Los programas de educación para la paz tienen por objetivo proporcionar a los jóvenes “los recursos que necesitan para resolver sus conflictos de manera pacífica, afrontar el estrés de conflictos étnicos violentos y prepararse para un futuro menos violento proporcionándoles apoyo psicosocial y conocimientos educativos” (Aguilar y Retamal, 1998, p.43). Se ha propuesto que esos conocimientos formen parte de todos los programas de educación básica (Pigozzi, 1999). Estos programas han tenido diversos grados de éxito en varios países en crisis, incluyendo, entre otros, Burundi, Liberia y Somalia (véase Aguilar y Retamal, 1998). Sin embargo, no se ha llevado a cabo ninguna evaluación sistemática para comprobar el impacto de estos enfoques; por consiguiente, se necesita más investigación y reflexión sobre este tema.

La coordinación de las tareas psicosociales

Las iniciativas de intervención a varios niveles que tratan asuntos individuales, familiares o comunitarios son más eficaces a la hora de apoyar los procesos de restablecimiento y vuelta a la normalidad (Garmezy, Maston y Tellegen, 1984; Zimmerman y Arunkumar, 1994; véase también Dawes, 2000).

Las comunidades que ayudan a los adolescentes en riesgo pueden resultar útiles en el proceso de reinstauración de unas identidades traumatizadas y en la reconstrucción del tejido social (Barudy, 1989). Hjern y Angel (2000) han documentado que los niños refugiados mostraban problemas de salud mental importantes durante los primeros 18



meses de exilio, pero habían mejorado significativamente cuando se les hizo un estudio de seguimiento seis años más tarde. Para algunos autores, esta mejora puede haber estado relacionada con un cambio positivo en el entorno de los niños, ya que los refugiados habían pasado los primeros 18 meses en campamentos con casas provisionales, mientras que cuando se hizo el estudio de seguimiento, las condiciones de vida y sociales de las familias habían mejorado considerablemente. Por lo tanto, varios estudios convergen al presentar evidencias de que el papel de la comunidad en las tareas de mediación y participación (Dawes, 2000) es uno de los elementos clave de los programas de intervención a nivel comunitario.

La eficacia de las intervenciones no-específicas

La literatura sobre la eficacia en los niños de las intervenciones psicosociales no-específicas es escasa. Sin embargo, existen indicaciones preliminares de que algunos programas de intervención psicosocial tienen un efecto positivo sobre la salud mental del niño. Dybdahl (2001^{a, b}), por ejemplo, documentó un efecto moderadamente positivo sobre la salud mental de las madres y los niños como resultado de un programa de cuidado y educación realizado en niños de corta edad en Bosnia-Herzegovina. El programa fomentaba la participación, el apoyo y la educación de los padres y se centraba específicamente en la interacción entre la madre y el niño, tratando de reforzar la comunicación positiva y los hábitos de interacción existentes para enriquecer el entorno del niño (Dybdahl, 2001^{a, b}). Por lo que conocemos, también se trata del único estudio publicado que asigna aleatoriamente los individuos (tomados como unidades madre-hijo) a los grupos de intervención (apoyo psicosocial y cuidado médico básico *versus* cuidado médico básico sólo). Una descripción detallada del programa se puede encontrar en otro documento (Dybdahl, 2001^a), pero en resumen, la estructura del programa consistía en grupos de niños, madres, animadores de grupos y un encargado, que también tenía acceso a encargados de mayor experiencia y a apoyo. Antes de la intervención, el encargado y el animador del grupo recibían varias semanas de formación sobre el contexto, el contenido y los métodos de trabajo según un manual desarrollado específicamente para el programa. Los grupos de intervención incluían reuniones semi-estructuradas de dos horas de duración una vez por semana por un período de cinco meses. Cada reunión estaba dedicada a la formación y el debate sobre asuntos específicos, como las reacciones típicas causadas por el estrés traumático y la importancia de reconocer la angustia y de ayudar a los niños en lugar de castigarlos por los problemas que sufren (p.ej. en juegos repetitivos o al mojar la cama). A las madres también se les animaba a compartir sus experiencias sobre el asunto en cuestión y discutir las sugerencias propuestas por el animador del grupo. La eficacia de los programas de apoyo a la familia sugiere que mientras la angustia materna juega un papel negativo debido al impacto que tiene sobre el bienestar del niño (Laor y varios, 2001; Smith y varios, 2001), el apoyo paterno a los niños tiene unos efectos protectivos y curativos significativos, que potencialmente podrían ser ampliados con más intervenciones específicas.



Gupta (2000) documentó una reducción significativa de los síntomas psicopatológicos en los niños después de recibir una intervención psicosocial no-estructurada basada en la escuela que se llevó a cabo en cuatro campos de desplazados en Sierra Leona. Los niños fueron seleccionados aleatoriamente de una muestra de niños más numerosa, y fueron analizados antes y después de la intervención. La intervención fue desarrollada por profesores, que recibieron seis horas de formación, e incluía la enseñanza de nociones lingüísticas y numéricas básicas, combinada con un módulo de expresión y curación del trauma, así como un equipo de recreo. Este modelo trataba de aliviar los síntomas de estrés de los niños animándoles a participar en varias actividades apropiadas desde el punto de vista cultural, como leer cuentos, dibujar, escribir, hablar, hacer teatro, bailar, hacer música o practicar deportes.

Chase y varios (1999) describieron un programa terapéutico novedoso en Sri Lanka, llamado el Jardín de las Mariposas, en el que los niños formaban parte de un programa de nueve meses después del colegio y durante el fin de semana para desarrollar la creatividad, la imaginación y la confianza en sí mismo a través de actividades de artes visuales y de interpretación. El lugar del programa fue declarado “zona de paz” para ofrecer a los niños afectados por el conflicto armado un santuario donde poder curarse mientras estimulaban su creatividad con juegos, actividades plásticas y modelado. El objetivo terapéutico del Jardín de las Mariposas era contrarrestar algunos de los efectos del trauma psicológico con la pérdida del miedo (como una expresión de bienestar psicosocial), el sentido de la dignidad, personalidad y esperanza. Desafortunadamente, no se ha realizado ningún análisis de la eficacia del estudio, tan solo existen algunos comentarios anecdóticos de los profesores que indican que la mayoría de los niños mejoraron su rendimiento y su comportamiento durante el tiempo que formaron parte del programa Chase y varios, 1999).

Woodside, Santa Barbara y Benner (1999) documentaron reducciones pequeñas pero significativas de estrés postraumático como resultado de una intervención basada en la escuela para ayudar a la curación del trauma en niños croatas. Su intervención proporcionaba una oportunidad para que niños traumatizados expresaran sus recuerdos y sentimientos, como las experiencias de pérdida, separación y dolor, y la combinaba con actividades para la resolución pacífica de conflictos, comprensión de los prejuicios étnicos, educación en derechos humanos, y perspectivas de una vida pacífica. El plan de intervención incluía grupos de control, e constaba de cuatro meses de sesiones semanales de formación para las clases de intervención, de unas dos horas de duración media, después del programa escolar diseñado específicamente para el proyecto (Woodside y varios, 1999).

Yule y otros colegas (p.ej. Smith, Perrin y Yule, 1999) desarrollaron un programa educativo psicosocial para tratar algunas de las reacciones inmediatas más comunes provocadas por la angustia en los niños expuestos a la guerra y otros niños seriamente traumatizados. El programa puede ser puesto en práctica por personal con una mínima experiencia en salud mental infantil bajo la supervisión de profesionales con mayor



experiencia (Yule, 2002). Este programa está organizado para que haya dos líderes por cada grupo de 10 niños y consiste en cinco módulos de medio día de duración para todos los niños seguidos de una reunión específica con aquellos con mayores problemas. Las cinco sesiones principales se concentran en ayudar a los niños a afrontar los síntomas más preocupantes de intrusión, excitación y rechazo. Uno de los elementos esenciales del programa es una sesión con los padres donde se les explica la intervención y se les sugiere formas de ayudar a sus niños. Aunque el programa fue utilizado en niños expuestos al trauma de la guerra, no se ha hecho ningún estudio para evaluar la eficacia del programa en ese contexto. Sin embargo, los datos preliminares no publicados sugieren que tuvo un efecto positivo, puesto en evidencia por los informes recibidos sobre su propia situación de los niños expuestos al trauma (cfr. Yule, 2002).

Intervenciones específicas de salud mental

El papel de los profesionales de la salud mental

Los expertos de la salud mental son fundamentales para analizar a los individuos, comprender su situación y administrar el tratamiento adecuado, así como supervisar las operaciones en lugares afectados por la guerra. Se ha señalado la importancia que tiene la sensibilidad cultural a la hora de reconocer e interpretar la sintomatología, pero es igualmente fundamental a la hora de planificar el tratamiento. Idealmente, los profesionales de la salud mental deben tener las cualidades lingüísticas, culturales y psicoterapéuticas necesarias para cubrir la distancia que les separa de los pacientes que viven el estrés de la guerra y los refugiados (Kinzie y Manson, 1983). Boehnlein (1987) y Schwab-Stone y varios (2001) han subrayado la importancia de ser directo y firme, pero abierto a la posible existencia de conceptos culturales sobre la enfermedad y la curación que pueden resultar contradictorios. Los profesionales de la salud mental también pueden jugar un papel importante a la hora de establecer políticas como asesores de los que las diseñan.

En algunos casos, es más probable que se puedan establecer intervenciones si son los profesionales de la salud mental los que las proponen, ya que sus opiniones como especialistas tienen más peso (Kos y Derviskadic-Jovanovic, 1998). Más allá de este acceso, los profesionales de la salud mental, a través de las investigaciones que realizan con otros colegas y otras actividades, suelen tener contactos en todo el mundo (MacQueen y Santa Barbara, 2000) que pueden movilizarse para ayudar en situaciones de guerra.

Por otro lado, se ha indicado que hay una tendencia entre los trabajadores de la salud mental a subrayar en exceso la importancia de su propia actuación en situaciones de conflicto armado y de su impacto sobre las poblaciones afectadas por la guerra, además de sobreestimar la importancia de sus actuaciones terapéuticas (Lowry, 2000). Kos y Derviskadic-Jovanovic (1998) señalan que el 80% de lo que parecen ser necesidades de



salud mental de una población afectada por la guerra pueden tratarse con intervenciones ajenas al área de la salud mental y que cubren las necesidades básicas, la restablecimiento del respeto a la ley, la seguridad y los derechos humanos. Los conocimientos de los psicoterapeutas y especialistas pueden jugar un papel menos importante en el trabajo con los refugiados en situaciones de emergencia que en condiciones de trabajo normales.

Terapia individual versus terapia de grupo

Los programas de intervención para niños expuestos a la guerra suelen tener por objetivo mejorar las herramientas al alcance de esos niños para sobrellevar sus problemas, aumentar su resistencia y proporcionarles apoyo social (Punamaki, 2002). En situaciones de devastación causada por la guerra, se suele preferir el trabajo en grupo para tratar a niños traumatizados (Jensen y Shaw, 1993; Becker, Castillo, Gomez, Kovalskys y Lira, 1989; Udwin, 1993; Gillis, 1993; Corder, Haizlip y DeBoer, 1990; Yule y Williams, 1990; Pynoos y Nader, 1988), ya que el formato de grupo ayuda a los participantes a no sentirse solos, compartir sentimientos y problemas con los demás (Gillis, 1993), aprender el uno del otro maneras de afrontar y sobrellevar su situación (Yule y Williams, 1990) y que explorar nuevas vías para solucionar sus problemas en grupo. Además, en el contexto bélico, el formato de grupo es a menudo una necesidad económica debido a la falta de medios y a la escasez de profesionales de la salud mental disponibles (Kos y Derviskadic-Jovanovic, 1998). Por lo tanto, la salud mental pública requiere modelos específicamente orientados hacia la población a la hora de llevar a cabo programas de rehabilitación y tratamiento psicosocial (Kos y Derviskadic-Jovanovic, 1998) que puedan ser puestos en práctica con eficacia y pragmatismo debido a la limitación de fondos. Hasta la fecha, se han utilizado varios enfoques diferentes para la terapia de grupo pero no hay ninguna evidencia clara que apoye un enfoque u otro. Idealmente, todas las intervenciones terapéuticas deberían estar basadas en las evidencias (Yule, 2002) y desafortunadamente la base evidencial en la mayoría de esos enfoques es cuanto menos incompleta. Al formar grupos de terapia y facilitar el proceso de curación, se deben respetar una serie de principios básicos siempre que sea posible. Por ejemplo, los niños que han tenido experiencias similares deben ser colocados juntos, ya que el sentimiento de cercanía hacia quienes han vivido las mismas cosas resulta muchas veces terapéutico y una gran ayuda (Yule, 2002). Los niños y jóvenes que han vivido desplazados por un largo período de tiempo y aquellos que han experimentado la pérdida de una persona cercana deben ser puestos en grupos con otros que han tenido experiencias parecidas. Algunos autores sugieren que el formato óptimo para el trabajo con niños son pequeños grupos de entre 6 y 8 individuos del mismo género (Gillis, 1993). Sin embargo, ya que la utilización de grupos del mismo género puede potencialmente conducir al distanciamiento entre los niños y las niñas, seguramente ese formato es recomendable sólo para situaciones específicas (p.ej. trabajo con víctimas de violaciones).

Para localizar a aquellos niños necesitados de ayuda, se pueden usar equipos móviles de salud mental que visiten las comunidades y proporcionen orientación y tratamiento



(Neugebauer, 2002). El desarrollo de la colaboración entre esos equipos y miembros clave de la comunidad permite a los profesionales concentrarse en los programas de formación para aquellos asesores dentro de la comunidad que van a tomar la responsabilidad de prestar apoyo a los individuos afectados, las familias y los grupos (Lowry, 2000).

Llegado a este punto, no hay ninguna evidencia clara de que exista un grado estructural óptimo para las intervenciones con niños y jóvenes en tiempos de guerra y en la posguerra. Se ha ensayado un amplio abanico de intervenciones, desde las muy estructuradas (Galante y Foa, 1986) hasta las casi completamente desestructuradas (Yule y Williams, 1990). Aunque cada circunstancia pueda necesitar un enfoque diferente (Yule, 2002), se suele preferir la utilización de los enfoques más estructurados dada la posibilidad de obtener datos cuantitativos sobre la intervención, tanto para propósitos de orden clínico (p.ej. reproducción de los datos en otros lugares) como de orden científico (p.ej. evaluación de la eficacia y comprensión de los mecanismos que llevan al éxito del tratamiento).

Se pueden ofrecer tratamientos individualizados para niños especialmente vulnerables o aquellos que están profundamente traumatizados (Rahe, Looney, Ward, Tung y Liu, 1978). Otro posible enfoque es utilizar terapia individual para los niños cuyos problemas persisten después de la intervención en grupo (Yule, 2002). En todos los casos, las intervenciones deben ser planeadas teniendo en cuenta cada punto vulnerable del niño así como cada una de sus fortalezas.

La evaluación de la eficacia, tanto de los programas psicosociales de terapia individual como de los de terapia de grupo, resulta compleja a causa de las dificultades inherentes a la hora de llevar a cabo una investigación exhaustiva, que puede llevar un largo tiempo y consumir una gran cantidad de recursos. Incluso con suficiente tiempo, energía y dinero, sigue habiendo problemas derivados de llevar a cabo evaluaciones científicas en situaciones de emergencia: como las consideraciones éticas generales sobre la creación de grupos de control o comparación. Sin embargo, una alternativa científicamente viable es realizar comparaciones entre diferentes modalidades de tratamiento (p.ej. Harrington, Cartwright-Hatton y Stein, 2002).

Técnicas terapéuticas específicas

Desafortunadamente, se ha producido relativamente poco material sobre las técnicas terapéuticas específicas para los niños afectados por los conflictos armados, y se sabe incluso menos de la eficacia de esas técnicas. La mayoría de los estudios ponen de relieve la necesidad que tienen muchos niños de recibir intervenciones a largo plazo y que tengan un impacto amplio y sostenible (Boyden y Gibbs, 1997; Dawes, 2000; Wessells y Monteiro, 2000), así como la importancia de las prácticas interculturales para las terapias administradas por profesionales de la salud mental. Sin embargo, sí se han formulado algunas recomendaciones detalladas apoyadas por las investigaciones realizadas. Existe



más información disponible en la literatura de la investigación clínica sobre el tratamiento del trastorno del estrés postraumático provocado por las experiencias traumáticas en los contextos de la comunidad o el hogar familiar (en ausencia de guerra); sin embargo, no se ha evaluado adecuadamente la capacidad para transferir ese contexto de ausencia de guerra a un contexto de guerra. En líneas generales, los enfoques para el tratamiento del trastorno del estrés postraumático infantil son adaptaciones de otros enfoques utilizados en adultos (Yule, Perrin y Smith, 2001). En un reciente estudio de Cohen, Mandarin y Rogal (2001^b), se revisaron las prácticas de tratamiento en niños con trastorno del estrés postraumático usando una muestra de 241 psiquiatras infantiles y médicos terapeutas que fueron encuestados sobre las intervenciones que realizaban para el tratamiento de los niños con trastorno del estrés postraumático. El 95 por ciento de los médicos encuestados usaban farmacoterapia (Cohen y varios, 2001b), aunque los análisis sistemáticos de los tratamientos farmacológicos para los niños traumatizados es, por ahora, limitado (Laor y Wolmer, 2002; Perrin y varios, 2000; Vogel y Vernberg, 1993). Aunque la medicación es efectiva para aliviar la ansiedad o la sintomatología depresiva (Terr, 1983), los tratamientos psicofarmacológicos son menos efectivos a la hora de reducir síntomas como el rechazo, el aislamiento o el bloqueo emocional (véase Laor y Wolmer, 2002). Por lo tanto, la medicación no debe considerarse como la única vía para tratar estados postraumáticos relacionados con la guerra (Laor y Wolmer, 2002, haciendo referencia a Shiloh, Nutt y Weizman, 1999). Junto a esto, la administración de grandes cantidades de medicamentos y la urgencia para abarcar el mayor número de pacientes cuanto antes, pueden derivar fácilmente en un caos organizativo y hacer que los niños sean medicados sin prescripción médica (Laor y Wolmer, 2002). Además, los recursos económicos destinados los programas para los niños afectados casi nunca alcanzan para cubrir los costes de los medicamentos necesarios para todos los niños que los necesitan. Por lo tanto, se debe poner el acento en la puesta en práctica de intervenciones terapéuticas de grupo, simples y de bajo costo.

A pesar de la falta de acuerdo sobre las modalidades terapéuticas óptimas para los niños que presentan síntomas de trastorno del estrés postraumático, algunas técnicas (p.ej. la terapia del comportamiento cognitivo) han sido alabadas por varios autores (p.ej. Smith y varios, 1999). Sin embargo, teniendo en cuenta la escasez de este tipo de estudios, se necesitan evidencias que prueben la eficacia de esas intervenciones en adultos. La intervención psicoterapéutica que ha gozado de mayor atención es la terapia de comportamiento cognitivo (TCC) (Silverman y varios 1999; Smith y varios, 1999). Kendall (1994) descubrió que las TCC individuales conducían a una mejora de los trastornos producidos por la ansiedad; Barrett, Dadds y Rapee (1996) sacaron la misma conclusión. Sin embargo, es importante recalcar que, aunque cada vez mas estudios sobre la TCC señalan la eficacia de ésta a la hora de mejorar el trastorno del estrés postraumático después de una situación de violencia, el rigor metodológico de la mayoría de dichos estudios ha dejado que desear (Bryant, 2000).

Otras estrategias de intervención han utilizado varios métodos diversos, incluyendo terapia de juegos, arte expresivo, música, teatro, meditación o rezos (Lowry 2000),



enfoques principalmente asociados al principio de reconocer y fomentar el talento y las habilidades de los niños. Millar y Billings (1994) han utilizado varias técnicas artísticas para ayudar a los niños guatemaltecos y argentinos a expresar sus pensamientos y sentimientos sobre el exilio. Otros autores han subrayado la importancia de fomentar la imaginación, el aprendizaje, y la toma de decisiones por sí mismos, o han introducido deportes que requieren interdependencia como estrategia para fomentar niveles de confianza cada vez mayores (Lowry, 2000). Uno de los objetivos fundamentales de este tipo de terapia es ayudar al niño o la niña a controlar su angustia recuperando el control de la situación y de sus sentimientos. En este sentido, se han sugerido y descrito en detalle en otros estudios, enfoques terapéuticos que usan el fomento de la asimilación emocional, la relajación y técnicas de comportamiento cognitivo; véase en particular los trabajos de Yule y otros colegas (Perrin y varios, 2000; Smith y varios, 1999; Yule, 2002), y de otros autores (p.ej. Palace y Johnston, 1989, Rachman, 1980).

Aunque pedirle a los niños que dibujen sus experiencias puede resultar útil para ayudarles a recordar tanto sucesos traumáticos como sentimientos asociados a ellos (Galante y Foa, 1986; Newman, 1976; Pynoos y Eth, 1986), sólo dibujar el trauma no es suficiente terapia y por sí solo puede traumatizar de nuevo al niño (Machel, 2001). En un estudio reciente de la antigua Yugoslavia, se ponía el acento en facilitar la expresión de las emociones del niño a través de dibujos y otras técnicas expresivas; sin embargo, tras el tratamiento no se producía ningún cambio significativo en la adaptación de los niños al medir la reacciones al estrés usando varias medidas de autoevaluación (Bunjevack y Kuterovac, 1994).

Otro método terapéutico corriente pero más polémico utilizado en el tratamiento de los síntomas relacionados con el trauma (aunque, de nuevo, los datos publicados son básicamente extraídos de estudios para adultos) es el parte. Al principio, el parte psicológico se diseñó para uso profesional como una intervención en grupo de una única sesión llevada a cabo 24-72 horas después de que los incidentes críticos tuvieran lugar con la esperanza de prevenir el desarrollo de problemas psicológicos, en concreto del trastorno del estrés traumático (Arendt y Elkit, 2001). Otros sostienen que el parte permite expresar las experiencias traumáticas, facilita la relajación, fomenta la organización cognitiva, restaura la autoestima y la esperanza y prepara para las experiencias futuras (Laor y Wolmer, 2002; Stallard y Law, 1993). Mientras, por un lado, algunos estudios han hallado efectos positivos producidos por el parte psicológico (Jenkins, 1996; Shalev, Peri, Rogel-Fuchs, Ersanoy y Marlowe, 1998; Bohl, 1991; Chemtob, Tomas, Law y Cremniter, 1997) otros no han descubierto efectos de ningún tipo (Carlier, Voerman y Gersons, 2000; Conlon, Fahy y Conroy, 1999; Deahl, Gillham, Thomas, Searle y Srinivasan, 1994) o incluso han sugerido posibles efectos negativos (Bisson, Jenkins, Alexander y Bannister, 1997; Hobbs, Mayou, Harrison y Warlock, 1996; Kenardy y varios, 1996). Por lo tanto, la exposición demasiado pronto a recuerdos nítidos de sucesos traumáticos puede interferir en los procesos afectivos-cognitivos que conducen a la curación y puede incluso provocar un agravamiento de los síntomas (Mayou, Ehlers y Hobbs, 2000; Wessely, Rose y Bisson, 1998). En una revisión de la eficiencia del parte psicológico en adultos, Arendt y Elkit (2001) concluyen que el parte



ni previene trastornos psiquiátricos, ni reduce los efectos del estrés traumático; mientras que Dyregrov (1998) ha sostenido que la calidad de los estudios realizados hasta el momento no justifica la interrupción de su uso. La situación se presenta más optimista en el caso de los niños (Yule, 2002), ya que varios estudios han demostrado la eficacia del parte en niños expuestos a una serie de sucesos traumáticos (Yule y Edwin, 1991; Stallard y Law, 1993); Sin embargo, no se han analizado estas prácticas en situaciones de guerra o similares. Se ha señalado que aunque expresar y compartir los sentimientos es uno de los elementos fundamentales del parte, nadie debe hablar durante la sesión (Yule, 2002). Hay ciertas indicaciones de que en el pasado a los niños no sólo se les animaba a hablar, sino que a veces les obligaban a hablar de sus sentimientos (p.ej. Neugebauer, 2002).

Junto a esto, es importante tener en cuenta que muchos estudios y profesionales utilizan definiciones diferentes de parte y que para llegar a entender mejor los riesgos y los beneficios de esta estrategia, tanto la definición como los objetivos del parte deben ser clarificados y el método refinado. (Para una descripción en detalle de este método se puede consultar Yule (2002) y Laor y Wolmer (2002))

Varios métodos están a la espera de una evaluación sistemática, aunque hay alguna evidencia provisional que defiende su eficiencia a la hora de mitigar los efectos del trauma en los niños, incluidos métodos como las técnicas de inoculación del estrés (Ayalon, 1983) y la ampliamente cuestionada desensibilización y reprocesamiento por el movimiento ocular (DRMO) (Puffer, Greenwald y Elrod, 1997). Además, algunos métodos han sido utilizados en adultos, pero no existen aún estudios sistemáticos sobre su utilización en niños (véase una revisión de algunos enfoques alternativos para el tratamiento del trauma en Dietrich, 2000; Dietrich y varios, 2000).

Deficiencias metodológicas y retos

Las deficiencias metodológicas y los retos en la investigación de los niños durante la guerra incluyen el uso generalizado de la información recibida exclusivamente en la auto evaluación, prestando muy poca atención a si la sintomatología produce alguna discapacidad significativa en el funcionamiento psicosocial y poca o ninguna atención a los síntomas específicamente culturales y las formas de afrontar el drama. Es necesario llevar a cabo un estudio cuidadoso de los síntomas, no sólo para encontrar psicopatologías e identificar a los niños que necesitan más intervenciones, sino también para comprender cómo evolucionan los síntomas traumáticos y los factores que influyen en esa evolución. Todo esto es importante para determinar las necesidades a largo plazo y con ello planear las futuras intervenciones; del mismo modo, el uso de evaluaciones para



después de las intervenciones es esencial para extraer unas conclusiones claras sobre los efectos obtenidos.

Desafortunadamente, muchos de los estudios publicados ofrecen, si acaso, sólo escuetas descripciones de sus intervenciones y por lo tanto es muy complicado replicar y diseminar intervenciones que han tenido éxito. Del mismo modo, existe escasa información sobre los tipos de estudios de evaluación que se han realizado y sobre sus fortalezas y debilidades. Muchos estudios carecen de muestras representativas y no existen diseños de control aleatorio. Además, se usa terminología diversa para caracterizar las intervenciones y por ello, a menudo se utilizan los mismos términos en diferentes estudios para describir conceptos diferentes.

Los estudios de intervención deben considerar también la utilización de grupos de control. Es muy importante no causar daño y, ya que hasta ahora existen sólo algunas pruebas de la eficiencia de la mayoría de las intervenciones en niños expuestos a la guerra existentes en la actualidad, el uso de un diseño de control modificado resulta aconsejable tanto éticamente como por razones prácticas. Esto no sugiere que los niños en grupos de control se queden sin ninguna ayuda, sino que, como en un estudio de Dybdahl (2002^{a,b}), se pueden comparar los efectos de una intervención combinada con un componente no probado además del componente necesario conocido, con los efectos del componente necesario conocido únicamente (p.ej. cuidado médico). Un libro reciente de Machel (2001) proporciona ejemplos de “terapias del trauma”, intervenciones o entrevistas que “llevan a los niños a contar o revivir sus peores momentos” (p.886), cuyo uso no es apropiado y puede ser potencialmente dañino.

Es importante comprender los argumentos en los que se basan las intervenciones y sobre los cuales se extraen las conclusiones. Por ejemplo, ¿Qué consideraciones de orden práctico y económico llevan a utilizar una intervención en concreto? En futuros trabajos, será necesario comparar diversas estrategias de intervención para proporcionar datos empíricos sobre la mejor manera de ayudar a los niños y para descubrir si los diversos enfoques psicosociales y de tratamiento tienen un fundamento empírico sólido.

Conclusiones

Es necesario tener enfoques de diagnóstico sensibles a los aspectos culturales para evaluar los síntomas del trauma y las discapacidades asociadas a ellos. Las operaciones humanitarias de emergencia pueden comenzar a poner en práctica intervenciones no específicas para ayudar a grupos o individuos afectados a empezar a sentirse a salvo y para animarles a tener perspectivas de futuro que les permitan tener mayor control sobre sí mismos y fomenten su deseo de participar en la reconstrucción.

Los tratamientos individualizados durante el periodo postraumático no son normalmente viables como estrategia de “primera línea”, especialmente si se tiene en cuenta la



escasez de profesionales de la salud mental y el mayor coste de estos tratamientos comparados con las intervenciones en grupo. Es importante formar a los padres y profesores para que reconozcan la angustia de los niños y apliquen las estrategias adecuadas para cubrir las necesidades de esos niños. Las intervenciones específicas son normalmente más eficaces si se realizan en grupo. Se deben considerar las intervenciones y su alcance en función de la comunidad para fomentar la normalización de la vida y la participación activa del niño. Y, a pesar de los problemas científicos que presenta el contexto extremo en que esas intervenciones tienen lugar, es necesario llevar a cabo iniciativas de investigación aplicadas a ese contexto que sirvan de base a la formulación de las políticas y el desarrollo y mejora de los programas de intervención para los niños traumatizados por la guerra.

Dirección de contacto:

Vladislav Ruchkin
Yale Child Study Center
230 South Frontage Road
New Haven , CT, 06520-7900
Estados Unidos
Correo electrónico: vladislav.ruchkin@yale.edu

Referencias

- AACAP Official Action. (1998). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(Suppl. 10).
- Aguilar, P., & Retamal, G. (1998). Rapid Educational Response in complex emergencies: A discussion document. International Bureau of Education, Geneva.
- Ajdukovic, M., & Ajdukovic, D. (1993). Psychological well-being of refugee children. *Child Abuse and Neglect*, 17, 843–854.
- Ajdukovic, M., & Ajdukovic, D. (1998). Impact of displacement on psychological well-being of refugee children. *International Review of Psychiatry*, 10, 186–195.
- Alfredson, L. (2002). Child soldiers, displacement and human security. *Disarmament Forum*, 3, 17–27.
- Allwood, M.A., Bell-Dolan, D., & Husain, S.A. (2002). Children's trauma and adjustment reactions to violent and nonviolent war experiences. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 450–457.
- Almquist, K., & Brandell-Forsberg, M. (1995). Iranian refugee children in Sweden: Effects of organized violence and forced migration on preschool children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65, 225–237.



- Amnesty International. (1996). Children at risk of torture, death in custody and 'disappearance'. Document EUR 44/144/96. London: Amnesty International.
- Anderson, P. (2001). 'You don't belong here in Germany': On the social situation of refugee children in Germany. *Journal of Refugee Studies*, 14, 187–199.
- Arendt, M., & Elklit, A. (2001). Effectiveness of psychological debriefing. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 423–437.
- Arroyo, W., & Eth, S. (1985). Children traumatized by Central American warfare. In S. Eth & R. Pynoos (Eds.), *Post-traumatic stress disorder in children* (pp. 103–117). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Ayalon, O. (1983). Coping with terrorism: The Israeli case. In D. Meichenbaum & M. Jaremko (Eds.), *Stress reduction and prevention* (pp. 293–339). New York: Plenum.
- Baker, A.M. (1990). The psychological impact of the Intifada on Palestinian children in the occupied West Bank and Gaza: An exploratory study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60, 496–505.
- Barrett, P.M., Dadds, M.R., & Rapee, R.M. (1996). Family treatment for childhood anxiety disorders: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 333–342.
- Barudy, J. (1989). A program of mental health for political refugees: Dealing with the invisible pain of political exile. *Social Science and Medicine*, 28, 715–727.
- Becker, D., Castillo, M.I., Gomez, E., Kovalskys, J., & Lira, E. (1989). Subjectivity and politics: The psychotherapy of extreme traumatization in Chile. *International Journal of Mental Health*, 18, 80–97.
- Becker, D., Weine, S.M., Vojvoda, D., & McGlashan, T.H. (1999). Case Series: PTSD symptoms in adolescent survivors of 'ethnic cleansing'. Results from a 1-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 775–781.
- Bellamy, C. (2002). *The state of the world's children 2002: Leadership*. New York: United Nations Children's Fund.
- Bender, L., & Frosch, J. (1942). Children's reactions to the war. *American Journal of Orthopsychiatry*, 12, 571–586.
- Beverly, B.I. (1942). The reaction of children and youth to wartime. *The Journal of Pediatrics*, 20, 665–672.
- Bisson, J.I., Jenkins, P.L., Alexander, J., & Bannister, C. (1997). Randomized controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *British Journal of Psychiatry*, 171, 78–81.
- Boehnlein, J.K. (1987). Culture and society in posttraumatic stress disorder: Complications for psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 16, 519–530.
- Bohl, N. (1991). The effectiveness of brief psychological intervention in police officers after critical incidents. In J.T. Reese, J.M. Horn, & C. Dunning (Eds.), *Critical incidents in policing—revised* (pp. 31–38). Washington, DC: Department of Justice, Federal Bureau of Investigation.
- Boothby, N.G., & Knudsen, C.M. (2000). Waging a new kind of war: Children of the gun. *Scientific American*, 282, 60–65.
- Bowley, A.H. (1940). Child guidance service in wartime. *Mental Health*, 7, 176–180.
- Boyden, J., & Gibbs, S. (1997). *Children of war. Vulnerability and resilience: Perceptions and responses to psychosocial distress in Cambodia*. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development.
- Bracken, P.J., Giller, J.E., & Summerfield, D. (1995). Psychological responses to war and atrocity: The limitations of current concepts. *Social Science and Medicine*, 40, 1073–1082.
- Brander, T. (1941). *Kinderpsychiatrische beobachtungen während des krieges in Finnland, 1939–1940*. *Zeitschrift für Kinderpsychiatrie*, 7, 177–187.
- Brett, R., & McCallin, M. (1998). *Children: The invisible soldiers*. Sweden: Radda Barnen.
- Bruce, B. (2001). Toward mediating the impact of forced migration and displacement among children affected by armed conflict. *Journal of International Affairs*, 55, 35–57.
- Bryant, R.A. (2000). Cognitive behavioral therapy of violence-related posttraumatic stress disorder. *Aggression and Violent Behavior*, 5, 79–97.
- Bunjevac, T., & Kuterovac, G. (1994). Report on the results of psychological evaluation of the art therapy program in schools in Herzegovina. Zagreb: UNICEF.
- Burt, M.R., Resnick, G., & Novick, E.R. (1998). *Building supportive communities for at risk adolescents: It takes more than services*. Washington DC: American Psychological Association.
- Cairns, E. (1996). *Children and political violence*. Cambridge: Blackwell.
- Cairns, E., & Dawes, A. (1996). Children: Ethnic and political violence – a commentary. *Child Development*, 67, 129–139.



- Carlier, I.V., Voerman, A.E., & Gersons, B.P.R. (2000). The influence of occupational debriefing on posttraumatic stress symptomatology in traumatized police officers. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 87–98.
- Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relationships. In N. Fox (Ed.), *The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations*. Monographs of the Society for Research in Child Development, 59, 228–249.
- Cervantes, R.C., Salgado-de-Snyder, V.N., & Padilla, A.M. (1989). Posttraumatic stress in immigrants from Central America and Mexico. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 615–619.
- Chase, R., Doney, A., Sivayogan, S., Ariyaratne, V., Satkunanayagam, P., & Swaminathan, A. (1999). Mental health initiatives as peace initiatives in Sri Lankan schoolchildren affected by armed conflict. *Medicine, Conflict, and Survival*, 15, 379–390.
- Chemtob, C.M., Tomas, S., Law, W., & Cremniter, D. (1997). Post-disaster psychosocial intervention: A field study of debriefing on psychological distress. *American Journal of Psychiatry*, 154, 415–417.
- Chimienti, G., Nasr, J.A., & Khalifeh, I. (1989). Children's reactions to war related stress: Affective symptoms and behavior problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 24, 282–287.
- Cohen, M., Brom, D., & Dasberg, H. (2001a). Child survivors of the Holocaust: Symptoms and coping after fifty years. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 38, 3–12.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Rogal, S. (2001b). Treatment practices for childhood posttraumatic stress disorder. *Child Abuse and Neglect*, 25, 123–135.
- Conlon, L., Fahy, T.J., & Conroy, R. (1999). PTSD in Ambulant RTA victims: A randomized controlled trial of debriefing. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 37–44.
- Corder, B., Haizlip, T., & DeBoer, P. (1990). A pilot study for a structured, time limited therapy group for sexually abused pre-adolescent children. *Child Abuse and Neglect*, 14, 243–521.
- Dawes, A. (2000). Cultural diversity and childhood adversity: Implications for community level interventions with children in difficult circumstances. *Children in Adversity* (<http://www.childreninadversity.org/DocumentCentre.html>). Last accessed: October 16, 2002.
- Deahl, M.P., Gillham, A.B., Thomas, J., Searle, M.M., & Srinivasan, M. (1994). Psychological sequelae following the Gulf War. Factors associated with subsequent morbidity and the effectiveness of psychological debriefing. *British Journal of Psychiatry*, 165, 60–65.
- Despert, J.L. (1942). Preliminary report on children's reactions to the war. New York.
- Dietrich, A.M. (2000). A review of visual-kinesthetic disassociation in the treatment of posttraumatic disorders: Theory, efficacy and practice recommendations. *Traumatology*, 6, <http://www.fsu.edu/~trauma/>, last accessed November 13, 2002.
- Dietrich, A.M., Baranowsky, A.B., Devich-Navarro, M., Gentry, J.E., Harris, C.J., & Figley, C.R. (2000). A review of alternative approaches to the treatment of posttraumatic sequelae. *Traumatology*, 6, <http://www.fsu.edu/~trauma/>, last accessed November 13, 2002.
- Durakovic-Belko, E., Kulenovic, A., & Dapic, R. (2003). Determinants of posttraumatic adjustment in adolescents from Sarajevo who experienced war. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 27–40.
- Dybdahl, R. (2001a). A psychosocial support programme for children and mothers in war. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 6, 425–436.
- Dybdahl, R. (2001b). Children and mothers in war: An outcome study of a psychosocial intervention program. *Child Development*, 72, 1214–1230.
- Dyregrov, A. (1998). Psychological debriefing – an effective method? *Traumatology*, 4, <http://www.fsu.edu/~trauma/>, last accessed November 13, 2002.
- Dyregrov, A., Gjestad, R., & Raundalen, M. (2002). Children exposed to warfare: A longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 59–68.
- Eisenbruch, M. (1991). From post-traumatic stress disorder to cultural bereavement: Diagnosis of Southeast Asian refugees. *Social Science and Medicine*, 33, 673–680.
- Elbedour, S., ten Bensele, R., & Bastien, D.T. (1993). Ecological integrated model of children of war: Individual and social psychology. *Child Abuse and Neglect*, 17, 805–819.
- Fayyad, J. (2002). Community group therapy in children and adolescents exposed to war. Paper presented at the 49th Annual Meeting of the American Association of Child and Adolescent Psychiatry, October, 2002.
- Fivush, R. (1998). Children's recollections of traumatic and non-traumatic events. *Development and Psychopathology*, 10, 699–726.



- Fullilove, M.T. (1996). Psychiatric implications of displacement: Contributions from the psychology of place. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1516–1523.
- Galante, R., & Foa, D. (1986). An epidemiological study of psychic trauma and treatment effectiveness for children after a natural disaster. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25, 357–363.
- Garbarino, J., & Kostelny, K. (1996). The effects of political violence on Palestinian children's behavior problems: A risk accumulation model. *Child Development*, 67, 33–45.
- Garmezy, N. (1986). Children under severe stress: Critique and commentary. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25, 384–392.
- Garmezy, N., Maston, A., & Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: A building block of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 97–111.
- Geissler, N. (1999). The international protection of internally displaced persons. *International Journal of Refugee Law*, 11, 451–478.
- Geltman, P., & Stover, E. (1997). Genocide and the plight of children in Rwanda. *Journal of the American Medical Association*, 269, 289–291.
- Gerull, F.C., & Rapee, R.M. (2002). Mother knows best: Effects of maternal modeling on the acquisition of fear and avoidance behavior in toddlers. *Behavior Research and Therapy*, 40, 279–287.
- Gibson, K. (1996). Children in political violence. *Social Science and Medicine*, 28, 659–667.
- Gillis, H.H. (1993). Individuals and small group psychotherapy for children involved in trauma and disaster. In C.F. Saylor (Ed.), *Children and disasters* (pp. 165–186), New York: Plenum Press.
- Goenjian, A.K., Karayan, I., Pynoos, R.S., Minassian, D., Najarian, L.M., Steinberg, A.M., & Fairbanks, L.A. (1997). Outcome of psychotherapy among early adolescents after trauma. *American Journal of Psychiatry*, 154, 536–542.
- Goldstein, R.D., Wampler, N.S., & Wise, P.H. (1997). War experiences and distress symptoms of Bosnian children. *Pediatrics*, 100, 873–878.
- Green, B.L. (1982). Assessing levels of psychological impairment following disaster: Consideration of actual and methodological dimensions. *Journal of Nervous Mental Disease*, 170, 544–552.
- Gupta, L. (2000). Psychosocial assessment of displaced children exposed to war-related violence in Sierra Leone. ReliefWeb (<http://www.reliefweb.int/w/rwb.nsf/s/615FB4A419CBA540C125691A0039406A>, last accessed April 16, 2003).
- Hadi, F.A., & Llabre, M.M. (1998). The Gulf crisis experience of Kuwaiti children: Psychological and cognitive factors. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 45–56.
- Handford, H.A., Mayes, S.D., & Mattison, R. (1986). Child and parent reaction to the Three Mile Island nuclear accident. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25, 346–356.
- Harrington, R.C., Cartwright-Hatton, S., & Stein, A. (2002). Randomized trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 695–704.
- Henshaw, E.M. (1940). Some psychological difficulties of evacuation. *Mental Health*, 1, 5–10.
- Henshaw, E.M., & Howarth, H.E. (1941). Observed effects of wartime conditions on children. *Mental Health*, 2, 93–101.
- Hjern, A., & Angel, B. (2000). Organized violence and mental health of refugee children in exile: A six-year follow-up. *Acta Paediatrica*, 89, 722–727.
- Hobbs, M., Mayou, R., Harrison, B., & Warlock, P. (1996). A randomized controlled trial of psychological debriefing for victims of road traffic accidents. *British Medical Journal*, 313, 1438–1439.
- Husain, A.S., Nair, J., Holcomb, W., Reid, J., Vargas, V., & Nair, S.S. (1998). Stress reactions of children and adolescents in war and siege conditions. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1718–1719.
- ICRC – International Committee of the Red Cross. (1994). *Children and war*. Geneva: Author.
- Isaacs, S., Brown, S.C., & Thouless, R.H. (1941). *The Cambridge Evacuation Survey*. London: Methuen.
- Jareg, E. (1995). Main guiding principles for the development of psycho-social interventions for children affected by war. Stockholm: ISCA Workshop, May 18–19.
- Jenkins, S.R. (1996). Social support and debriefing efficacy among emergency medical workers after a mass shooting incident. *Journal of Social Behavior and Personality*, 11, 477–492.
- Jensen, P.S., & Shaw, J. (1993). Children as victims of war: Current knowledge and future research needs. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 697–708.
- Jersild, A.T., & Meigs, M.F. (1943). Children and war. *Psychological Bulletin*, 40, 541–573.



- Jones, L., & Kafetsios, K. (2002). Assessing adolescent mental health in war-affected societies: The significance of symptoms. *Child Abuse and Neglect*, 26, 1059–1080.
- Kenardy, J.A., Webster, R.A., Lewin, T.J., Carr, V.J., Hazzell, P.L., & Carter, G.L. (1996). Stress debriefing and patterns and patterns of recovery following a natural disaster. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 37–49.
- Kendall, P.C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100–110.
- Kinzie, J.D. (2001). Southeast Asian refugees: Legacy of trauma. In W.S. Tseng, & J. Streltzer (Eds.), *Culture and psychotherapy: A guide for clinical practice* (pp. 173–191). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kinzie, J.D., & Manson, S. (1983). Five year experience with Indochinese refugee psychiatric patients. *Journal of Operational Psychiatry*, 14, 105–111.
- Kinzie, J.D., Sack, W., Angell, R., Clarke, G., & Ben, R. (1989). A three-year follow up of Cambodian young people traumatized as children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 501–504.
- Kinzie, J.D., Sack, W.H., Angell, H.A., Manson, S., & Rath, B. (1986). The psychiatric effects of massive trauma on Cambodian children: I. The children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25, 370–376.
- Kirmayer, L.J., & Young, A. (1999). Culture and context in the evolutionary concept of mental disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 446–452.
- Kleinman, A., & Kleinman, J. (1991). Suffering and its professional transformation: Toward an ethnography of interpersonal experience. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 15, 275–301.
- Klingman, A. (2002a). Children under stress of war. In A. La Greca, W.K. Silverman, E. Vernberg, & M.C. Roberts (Eds.), *Helping children cope with disasters and terrorism* (pp. 359–380). Washington, DC: APA Books.
- Klingman, A. (2002b). School and war. National Association of School Psychologists (<http://www.nasponline.org/pdf/Chapter%2028edit.pdf>, last accessed April 16, 2003).
- Kocijan-Hercigonja, D., Rijavec, M., Jones, W.P., & Remeta, D. (1996). Psychological problems of children wounded during the war in Croatia. *Nordic Journal of Psychiatry*, 50, 451–456.
- Kos, A.M., & Derviskadic-Jovanovic, S. (1998). What can we do to support children who have been through war? *Forced Migration Review*, 3, 4–7.
- Kratochwill, T.R. (1996). Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: Commentary and recommendations. *Journal of School Psychology*, 34, 185–188.
- Krener, P.G., & Sabin, C. (1985). Indochinese immigrant children: Problems in psychiatric diagnosis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 24, 453–458.
- Kuterovac-Jagodic, G. (2003). Posttraumatic stress symptoms in Croatian children exposed to war: A prospective study. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 9–25.
- Laor, N. (2002). Community reactivation after war and disaster: The role of child mental health professionals. Paper presented at the 49th Annual Meeting of the American Association of Child and Adolescent Psychiatry, October, 2002.
- Laor, N., & Wolmer, L. (2002). Children exposed to disaster: The role of the mental health professional. In M. Lewis (Ed.), *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook* (pp. 925–937). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Laor, N., Wolmer, L., & Cohen, D.J. (2001). Mothers' functioning and children's symptoms 5 years after a SCUD missile attack. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1020–1026.
- Laor, N., Wolmer, L., Kora, M., Yucel, D., Spirman, S., & Yazgan, Y. (2002). Posttraumatic, dissociative and grief symptoms in Turkish children exposed to the 1999 earthquakes. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 824–832.
- Laor, N., Wolmer, L., Mayes, L.C., Gershon, A., Weizman, R., & Cohen, D.J. (1997). Israeli preschool children under Scuds: A 30-month follow-up. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 349–356.
- Lowry, C. (2000). Mental health interventions for war-affected children: Taking into account children's resilience and coping in armed conflict. *Children in Adversity* (<http://www.childreninadversity.org/DocumentCentre.html>, last accessed: October 16, 2002).
- Machel, G. (1996). Impact of armed conflict on children. Report of the Expert of the Secretary General of the United Nations. New York: United Nations.



- Machel, G. (2001). *The impact of war on children*. London: Hurst & Company.
- Macksoud, M. (1992). Assessing war trauma in children: A case study of Lebanese children. *Journal of Refugee Studies*, 5, 1–15.
- Macksoud, M. (1993). *Helping children cope with the stresses of war: A manual for parents and teachers*. New York: United Nations Children's Fund, Program Publications.
- Macksoud, M., & Aber, L.J. (1996). The war experiences and psychosocial development of children in Lebanon. *Child Development*, 67, 70–88.
- Macksoud, M., Dyregrov, A., & Raundalen, M. (1993). Traumatic war experiences and their effects on children. In J.P. Wilson & B. Raphael (Eds.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (pp. 625–633). New York: Plenum Press.
- MacQueen, G., & Santa-Barbara, J. (2000). Peace building through health initiatives. *British Medical Journal*, 321, 293–296.
- Malmquist, C.P., (1986). Children who witness parental murder: Posttraumatic aspects. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25, 320–325.
- Masten, A.S., Best, K.M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425–444.
- Mayou, R.A., Ehlers, A., & Hobbs, M. (2000). Psychological debriefing for road traffic accident victims. Three-year follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 176, 589–593.
- McConnan, I., & Uppard, S. (2001). *Children – not soldiers: Guidelines for working with child soldiers and children associated with fighting forces*. London: Save the Children Fund (also available at <http://www.reliefweb.int/library/documents/2002/sc-children-dec01.htm>, last accessed on July 22, 2003).
- McFarlane, A.C., & Yehuda, R. (1996). Resilience, vulnerability, and the course of posttraumatic reactions. In vander Kolk, A.C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 155–181). New York: Guilford Press.
- McNally, R.J. (1996). Assessment of posttraumatic stress disorder in children and child. *Journal of School Psychology*, 34, 147–161.
- Miller, K.E. (1996). The effects of state terrorism and exile on indigenous Guatemalan refugee children: A mental health assessment and an analysis of children's narratives. *Child Development*, 67, 89–106.
- Miller, K.E., & Billings, D.L. (1994). Playing to grow: A primary mental health intervention with Guatemalan refugee children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 346–356.
- Miller, T., El-Masri, M., Allodi, F., & Qouta, S. (1999). Emotional and behavioral problems and trauma exposure of school-age Palestinian children in Gaza: Some preliminary findings. *Medicine, Conflict, and Survival*, 15, 368–378.
- Nader, K.O., Pynoos, R.S., Fairbanks, L.A., al-Ajeel, M., & al-Asfour, A. (1993). A preliminary study of PTSD and grief among the children of Kuwait following the Gulf crisis. *British Journal of Clinical Psychology*, 32, 407–416.
- Netland, M. (2001). Assessment of exposure to political violence and other potentially traumatizing events. A critical review. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 311–326.
- Neugebauer, R. (1984). The reliability of life events reports. In B.S. Dohrenwend & B.P. Dohrenwend (Eds.), *Stressful life events and their contexts* (pp. 85–107). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Neugebauer, R. (2002). Psychosocial trauma programs in Rwanda: Too little, too late or too much, too soon? Paper presented at the 49th Annual Meeting of the American Association of Child and Adolescent Psychiatry, October, 2002.
- Newman, C.J. (1976). Children of disaster: Clinical observations at Buffalo Creek. *American Journal of Psychiatry*, 133, 306–312.
- Palace, E.M., & Johnston, C. (1989). Treatment of recurrent nightmares by the dream reorganization approach. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 219–226.
- Parker, J.G., Rubin, K.H., Price, J.M., & DeRosier, M.E. (1998). Peer relationships, child development, and adjustment: A developmental psychopathology perspective. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology*. Vol. 2: Risk, disorder, and adaptation (pp. 96–161). New York: John Wiley & Sons.
- Paul, D. (1999). *Protection in practice: Field-level strategies for protecting civilians from deliberate harm*. London: Overseas Development Institute.
- Pearn, J. (2003). Children and war. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 39, 166–172.
- Perrin, S., Smith, P., & Yule, W. (2000). The assessment and treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 277–289.
- Pfefferbaum, B. (1997). Posttraumatic stress disorder in children: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1503–1511.



- Pigozzi, M.J. (1999). *Education in emergencies and for reconstruction: A developmental approach*. New York: United Nations Children's Fund.
- Plunkett, M.C.B., & Southall, D.P. (1998). War and children. *Archives of Disease in Childhood*, 78, 72–77.
- Puffer, M.K., Greenwald, R., & Elrod D.E. (1997). A single session EMDR study with twenty traumatized children and adolescents. *Traumatology* 3, [http:// www.fsu.edu/~trauma/](http://www.fsu.edu/~trauma/), last accessed November 19, 2002.
- Punamaki, R.J. (1996). Can ideological commitment protect children's psychosocial well-being in situations of political violence? *Child Development*, 67, 55–69.
- Punamaki, R.J. (2002). The uninvited guest of war enters childhood: Developmental and personality aspects of war and military violence. *Traumatology*, 8, 45–63.
- Punamaki, R.L., & Puhakka, T. (1997). Determinants and effectiveness of children's coping with political violence. *International Journal of Behavioral Development*, 21, 349–370.
- Punamaki, R.J., Qouta, S., & El-Sarraj, E. (2001). Resiliency factors predicting psychological adjustment after political violence among Palestinian children. *International Journal of Behavioral Development*, 25, 256–267.
- Pynoos, R.S., & Eth, S. (1986). Witness to violence: The child interview. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25, 306–319.
- Pynoos, R.S., Goenjian, A., Tashjian, M., Karakashian, M., Manjikian, R., Manoukian, G., Steinberg, A.M., & Fairbanks, L.A. (1993). Posttraumatic stress reactions in children after the 1988 Armenian earthquake. *British Journal of Psychiatry*, 163, 239–247.
- Pynoos, R.S., & Nader, K. (1988). Psychological first aid and treatment approach to children exposed to community violence: Research implications. *Journal of Traumatic Stress*, 1, 445–473.
- Qouta, S., Punamaki, R.L., & El Sarraj, E. (1995). Relations between traumatic experiences, activity and cognitive and emotional responses among Palestinian children. *International Journal of Psychology*, 30, 289–304.
- Rachman, S. (1980). Emotional processing. *Behavior Research and Therapy*, 18, 51–60.
- Rahe, R.H., Looney, J.G., Ward, H.W., Tung, T.M., & Liu, W.T. (1978). Psychiatric consultation in a Vietnamese refugee camp. *American Journal of Psychiatry*, 135, 185–190.
- Richman, N. (1993). Children in situations of political violence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 1286–1302.
- Rigamer, E.F. (1986). Psychological management of children in a national crisis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25, 364–369.
- Rime, B., Dozier, S., Vandenplas, C., & Declercq, M. (1996). Social sharing of emotion in children. In N. Frijda (Ed.), *Proceedings of the 9th Conference of the International Society for Research on Emotions*, Toronto, Canada (pp. 161–163). Storrs, CT: ISRE Publications.
- Rosner, R. (2003). Introduction: Psychosocial consequences of the war in the region of former Yugoslavia. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 1–8.
- Rousseau, C., Drapeau, A., & Platt, R. (1999). Family trauma and its association with emotional and behavioral problems and social adjustment in adolescent Cambodian refugees. *Child Abuse and Neglect*, 23, 1263–1273.
- Rutter, M. (2000). Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. In J.P. Shonkoff & S.J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 651–682). New York: Cambridge University Press.
- Saarni, C., & Weber, H. (1999). Emotional displays and dissemblance in childhood: Implications for self presentation. In P. Philippot, R.S. Feldman, & E. Coates (Eds.), *The social context of nonverbal behavior* (pp. 71–105). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Sack, W.H., Clarke, G., Him, C., Dickson, D., Goff, B., Lanham, K., & Kinzie, D. (1993). A six-year follow-up study of Cambodian refugee adolescents traumatized as children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 431–437.
- Sack, W.H., Him, C., & Dickson, D. (1999). Twelve year follow up study of Khmer youths who suffered massive war trauma as children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1173–1179.
- Sack, W.H., Seeley, J.R., & Clarke, G. (1997). Does PTSD transcend cultural barriers? A study from the Khmer adolescent refugee project. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 49–54.
- Sack, W.H., Seeley, J.R., Him, C., & Clarke, G.N. (1998). Psychometric properties of the Impact of Events Scale in traumatized Cambodian refugee youth. *Personality and Individual Differences*, 25, 57–67.
- Saigh, P.A. (1991). The development of posttraumatic stress disorder following four different types of traumatization. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 213–216.



- Schneider, W. (2000). Research on memory development: Historical trends and current themes. *International Journal of Behavioral Development*, 24, 407–420.
- Schnur, P.P., Friedman, M.J., & Rosenberg, S.D. (1993). Preliminary MMPI scores as predictors of combat-related PTSD symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 150, 479–483.
- Schwab-Stone, M., Ruchkin, V., Vermeiren, R., & Leckman, P. (2001). Cultural considerations in the treatment of children and adolescents: Operationalizing the importance of culture in treatment. *Child and Psychiatric Clinics of North America*, 10, 729–743.
- Schwarzwald, J., Weisenberg, M., Solomon, Z., & Waysman, M. (1994). Stress reactions of school-age children to the bombardment by Scud missiles: A 1-year follow-up. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 657–670.
- Schwebel, M. (2001). Promoting the culture of peace in children. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 7, 1–3.
- Shalev, A.Y., Peri, T., Rogel-Fuchs, Y., Ersano, R.J., & Marlowe, D. (1998). Historical group debriefing after combat exposure. *Military Medicine*, 163, 494–498.
- Shiloh, R., Nutt, D., & Weizman, A. (1999). *Atlas of psychiatric pharmacotherapy*. London: Martin Dunitz.
- Silverman, W.K., Kurtines, W.M., Ginsburg, G.S., Weems, C.F., Lumpkin, P.W., & Carmichael, D.H. (1999). Treating anxiety disorders in children with group cognitive behavior therapy: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 995–1003.
- Smith, P., Perrin, S., Dyregrov, A., & Yule, W. (2003). Principal components analysis of the Impact of Event Scale with children in war. *Personality and Individual Differences*, 34, 315–322.
- Smith, P., Perrin, S., & Yule, W. (1999). Therapy matters: Cognitive behavior therapy for posttraumatic stress disorder. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 4, 177–182.
- Smith, P., Perrin, S., Yule, W., Hacam, B., & Stuvland, R. (2002). War exposure among children from Bosnia-Herzegovina: Psychological adjustment in a community sample. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 147–156.
- Smith, P., Perrin, S., Yule, W., & Rabe-Hesketh, S. (2001). War exposure and maternal reactions in the psychological adjustment of children from Bosnia-Herzegovina. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 395–404.
- Solomon, J.C. (1942). Reaction of children to blackouts. *American Journal of Orthopsychiatry*, 12, 361–362.
- Somasundaram, D. (2002). Child soldiers: Understanding the context. *British Medical Journal*, 324, 1268–1271.
- Stallard, P., & Law, F. (1993). Screening and psychological debriefing of adolescent survivors of life threatening events. *British Journal of Psychiatry*, 163, 660–665.
- Stallard, P., Velleman, R., & Baldwin, S. (1999). Psychological screening of children for post-traumatic stress disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 1075–1082.
- Stein, B., Comer, D., Gardner, W., & Kelleher, K. (1999). Prospective study of displaced children's symptoms in wartime Bosnia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 464–469.
- Sternberg, R.J. (in press). A duplex theory of hate and its development and its application to massacres and genocide. *Review of General Psychology*.
- Sternberg, R.J., & Grigorenko, E.L. (1997). The cognitive costs of physical and mental ill health: Applying the psychology of the developed world to the problems of the developing world. *Eye on Psy Chi*, 2, 20–27.
- Stichick, T. (2001). The psychosocial impact of armed conflict on children: Rethinking traditional paradigms in research and intervention. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 10, 797–814.
- Summerfield, D. (1996). *The impact of war and atrocity on civilian populations: Basic principles for NGO interventions and a critique of psychosocial trauma projects*. London: Humanitarian Practice Network.
- Summerfield, D., & Toser, L. (1991). 'Low intensity' war and mental trauma in Nicaragua: A study in a rural community. *Medicine and War*, 7, 84–99.
- Terr, L.C. (1983). Children of Chowchilla, a study of psychic trauma four years after a school-bus kidnapping. *American Journal of Psychiatry*, 140, 1542–1550.
- Tomikiewicz, S. (1997). Children and war. *World Health Forum*, 18, 295–304.
- Udwin, O. (1993). Annotation: Children's reactions to traumatic events. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2, 115–127.
- Udwin, O., Boyle, S., Yule, W., Bolton, D., & O'Ryan, D. (2000). Risk factors for long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: Predictors of posttraumatic stress disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 969–979.
- UNICEF. (1996). *State of the world's children*. New York: Oxford University Press.



- United Nations High Commission for Refugees. (1994). *Refugee children: Guidelines on protection and care*. Geneva: UNHCR.
- Vernberg, E.M., Silverman, W.K., La Greca, A.M., & Prinstein, M.J. (1996). Prediction of posttraumatic stress symptoms in children after hurricane Andrew. *Journal of Abnormal Psychology, 105*, 237–248.
- Vernon, P.E. (1941). Psychological effects of air-raids. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 36*, 457–476.
- Vogel, J.M., & Vernberg, E.M. (1993). Children's psychological response to disasters. *Journal of Clinical Child Psychology, 22*, 464–484.
- Von Salisch, M. (2001). Children's emotional development: Challenges in their relationships to parents, peers, and friends. *International Journal of Behavioral Development, 25*, 310–319.
- Weine, S., Becker, D.F., McGlashan, T.H., Vojvoda, D., Hartman, S., & Robbins, J.P. (1995). Adolescent survivors of 'ethnic cleansing': Observations on the first year in America. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*, 1153–1159.
- Wessels, M., & Monteiro, C. (2000). Healing wounds of war in Angola: A community based approach. In D. Donald, A. Dawes, & J. Low (Eds.), *Addressing childhood adversity* (pp. 176–202). Cape Town: David Philips.
- Wessely, S., Rose, S., & Bisson, J. (1998). A symptomatic review of brief psychological interventions: 'Debriefing' for the treatment of immediate trauma related symptoms and the prevention of posttraumatic stress disorder. *Cochrane Library* (vol. 4). Oxford: Update Software.
- Williams, C.L., & Westermeyer, J. (1983). Psychiatric problems among adolescent Southeast Asian Refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease, 171*, 79–85.
- Wolmer, L., Laor, N., & Yazgan, Y. (2003). School reactivation programs after disaster: Could teachers serve as clinical mediators? *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 12*, 363–381.
- Woodside, D., Santa Barbara, J., & Benner, D.G. (1999). Psychological trauma and social healing in Croatia. *Medicine, Conflict and Survival, 15*, 355–367.
- Yule, W. (2000). Emanuel Miller Lecture. From pogroms to 'ethnic cleansing': Meeting the needs of war affected children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41*, 695–702.
- Yule, W. (2002). Alleviating the effects of war and displacement on children. *Traumatology, 8*, 25–43.
- Yule, W., Perrin, S., & Smith, P. (2001). Traumatic events and post-traumatic stress disorder. In W.K. Silverman & P.D. Treffers (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents: Research, assessment and intervention* (pp. 212–234). New York: Cambridge University Press.
- Yule, W., & Udwin, O. (1991). Screening child survivors for post-traumatic stress disorders: Experiences from the 'Jupiter' sinking. *British Journal of Clinical Psychology, 30*, 131–138.
- Yule, W., & Williams, R.M. (1990). Post-traumatic stress reactions in children. *Journal of Traumatic Stress, 3*, 279–295.
- Zimmerman, M.A., & Arunkumar, R. (1994). Resiliency research: Implications for schools and policy. *Social Policy Report. Society for Research in Child Development, 8*, 1–17.
- Zimmern, E.M. (1941). War strain in children. *British Medical Journal, 4177*, 124.
- Ziv, A., & Israeli, R. (1973). Effects of bombardment on the manifest anxiety level of children living in kibbutzim. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 40*, 287–291.
- Ziv, A., Kruglanski, A.W., & Shulman, S. (1974). Children's psychological reactions to wartime stress. *Journal of Personality and Social Psychology, 30*, 24–30.

Manuscript accepted 25th July 2003. (Manuscrito aceptado el 25 de Julio de 2003).

