



**Coalition to Stop the Use of Child Soldiers**  
International Secretariat  
2-12 Pentonville Road, 2<sup>nd</sup> floor, London N1 9HF  
Tel: +44 207 713 2761 Fax: +44 207 713 2794  
Email: [info@child-soldiers.org](mailto:info@child-soldiers.org) Web: [www.child-soldiers.org](http://www.child-soldiers.org)

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

Este documento pertenece a la página Web psicosocial de la Coalición. Para más información sobre el impacto psicosocial que los conflictos armados tienen sobre los niños y niñas, consulte: [www.child-soldiers.org/psycho-social](http://www.child-soldiers.org/psycho-social)

---

## **TRAUMA, CAPACIDAD DE RECUPERACIÓN Y CURACIÓN CULTURAL: ¿CUÁL ES EL CAMINO A SEGUIR?**

Con las contribuciones de: Napoleon Adok; Jiovani Arias; Lucia Castelli; Lucie Cluver; Chris Coulter; Myriam Denov; Nick Heeren; Elizabeth Jareg; Diane Lukeman; Orlee Oudwin; Malia Robinson; Patrick Smith y Mike Wessells.

Editado por la Dra. Linda Dowdney, editora de la Página web psicosocial ([Ldowdney@child-soldiers.org](mailto:Ldowdney@child-soldiers.org))

### **INTRODUCCIÓN**

En nuestro número de de la página web psicosocial de abril de 2006, reproducimos dos trabajos que, a simple vista, parecían ofrecer planteamientos contradictorios sobre las intervenciones psicosociales con niños afectados por la guerra: “Encendamos un nuevo fuego”, de Alcinda Honwana (1998) y “¿Tiene siempre razón la cultura?” (Dyregrov y varios, 2002).

El trabajo de Honwana, que apareció por primera vez en 1998, cuestionaba la presunción de que los modelos biomédicos occidentales de enfermedad y su concepción del bienestar psicológico (como los empleados en el diagnóstico psiquiátrico y el tratamiento del trauma) eran siempre los más apropiados. Una de las principales afirmaciones del documento de Alcinda Honwana es que la “mala salud” es un producto social cuyo significado y consideración están condicionados por el contexto social y cultural. Honwana ilustra esta afirmación poniendo el ejemplo de la sociedad angoleña, en la que la “mala salud” se percibe desde una doble dimensión física y social donde tanto el mundo físico como el espiritual juegan un papel decisivo en su causalidad y curación. Por ello, el tratamiento, que tiene lugar a través de ritos familiares y comunitarios, contiene elementos tanto políticos como sociales. Este planteamiento es global, en primer lugar porque concibe a la persona en su totalidad y, en segundo lugar, porque considera al “paciente” principalmente como un ser social insertado en una estructura familiar y cultural. El tratamiento tradicional, por lo tanto, trasciende necesariamente al individuo para abarcar a todo al cuerpo colectivo. La intención de Honwana era que se diera un mayor reconocimiento a los planteamientos locales para la curación que combinan elementos físicos, sociales, políticos y religiosos como medio para mejorar el bienestar tanto individual como de la comunidad.

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 Steering Committee member organizations are Amnesty International, Defence for Children International, Human Rights Watch, International Federation Terre des Hommes, International Save the Children Alliance, Jesuit Refugee Service, and the Quaker United Nations Office-Geneva.



Este reconocimiento tuvo una gran influencia en algunas intervenciones psicosociales llevadas a cabo por ONG internacionales en sociedades de posguerra no occidentales (véase, por ejemplo, Robinson, 2005).

Por el contrario, Dyregrov y varios colegas (2002), basando sus experiencias clínicas y de investigación en Rwanda y otros países afectados por la guerra, invitaban a los lectores a pensar si nuestro fracaso a la hora de prevenir atrocidades y masacres en tiempo de guerra no había llevado a la comunidad internacional a rechazar colectivamente la existencia del trauma infantil. Este rechazo, según sugieren los autores, puede llevar a enfatizar excesivamente la eficacia de la cura basada en los sistemas culturales locales y en la capacidad natural de los niños para recuperarse. Con este planteamiento, podemos eludir nuestra responsabilidad en el trauma colectivo de los niños y sus potenciales consecuencias a largo plazo.

Teniendo en cuenta el tiempo que ha transcurrido desde que estos dos trabajos fueron publicados por primera vez, teníamos interés en explorar si había habido cambios en este campo desde entonces y en qué sentido se habían producido. Por ello, enviamos ambos trabajos a una serie de expertos en el campo de las intervenciones psicosociales con niños afectados por los conflictos armados. Teníamos especial interés en conocer en qué medida son valoradas en la actualidad las ideas expuestas por los autores, cuáles son las principales cuestiones que deben tenerse en cuenta en este contexto y cómo está evolucionado este campo.

Las respuestas que recibimos fueron muy variadas, lo que refleja la gran diversidad de perfiles profesionales, posiciones teóricas y experiencias de terreno de los expertos consultados. Algunos de los expertos que enviaron sus reacciones se centraron en las cuestiones específicas que abordaban los dos trabajos, otros, sin embargo enviaron respuestas más amplias, abarcando una mayor variedad de cuestiones basadas en sus experiencias sobre el terreno. Las respuestas fueron recogidas en conversaciones telefónicas, breves correos electrónicos señalando algunos puntos precisos y, en algunos, casos, análisis exhaustivos que merecen ser publicados separadamente. Queremos agradecer a estos expertos, extremadamente ocupados todos ellos, que encontrasen el tiempo para responder.

Nos es imposible reproducir todas esas respuestas en nuestra página, pero hemos resumido sus puntos fundamentales agrupados en varias áreas, con el fin de hacer partícipes a nuestros lectores de este diálogo de una manera coherente. Las áreas son: La naturaleza del debate actual, El reconocimiento de la existencia del trauma infantil y la respuesta ante el mismo, La importancia de los conceptos culturales de bienestar, ¿Cómo deben ser las intervenciones psicosociales? y La valoración de las pruebas. Además, presentamos las contribuciones completas de Mike Wessells (2007) *Trauma, cultura y comunidad: superando las dicotomías* y Myriam Denov (2007) *¿Tiene siempre razón la cultura? El riesgo de reproducir los prejuicios y las desigualdades basados en el género*. Aunque nos remitimos a estos documentos en este texto, ambas respuestas se encuentran en nuestro sitio Web ([www.child-soldiers.org/psycho-social](http://www.child-soldiers.org/psycho-social)).

## LA NATURALEZA DEL DEBATE ACTUAL

Los expertos consultados señalaron inmediatamente que, a pesar de sus diferencias, los dos trabajos tenían mucho en común, por ejemplo, ambos están de



acuerdo en que, cuando el conocimiento y la práctica occidentales son relevantes, se deben utilizar para complementar, y no para reemplazar, a los mecanismos sociales y culturales de curación (p.ej. Jiovani Arias; Lucia Castelli; Diane Lukeman; Mike Wessells, 2007). Los expertos mostraron mayor desacuerdo sobre si parte del debate que ha aparecido en las publicaciones sobre la validez del concepto de trastorno de estrés postraumático (*post-traumatic stress disorder, PTSD*)<sup>1</sup> y las intervenciones centradas en el trauma, está o no trasnochado. Como nos recuerda Patrick Smith: “El debate construccionista /empirista sobre el PTSD tiene una larga historia”; mientras que Malia Robinson comenta que, en contraste con el protagonismo que anteriormente se daba a las intervenciones sobre el trauma en el ámbito psicosocial, actualmente las intervenciones han pasado a reflejar las líneas directrices de ‘buena práctica’ de UNICEF para el cuidado y apoyo psicosocial, que desaconsejan poner la curación del trauma como punto de partida”. Entonces, ¿Este debate aún es relevante? y ¿Qué ganamos con seguir debatiendo esta cuestión?

Las experiencias de Mike Wessells sugieren que este debate aún es relevante para la práctica sobre el terreno. Mike señala que los dos trabajos recalcan “la considerable variedad de planteamientos que caracteriza el campo de la asistencia psicosocial proporcionada a ex niños y niñas soldados y otros niños afectados por la guerra” (Wessells, 2007. Pág. 1). Según Mike, uno de los efectos de esta variedad es que, aunque algunos financian programas psicosociales amplios que abordan cuestiones como la separación familiar, la estigmatización, la pérdida de formas de vida, etcétera, “desafortunadamente, existe una tendencia a considerar estos planteamientos como una dicotomía en la que se tuviera que decidir entre unos u otros” (Wessells, 2007. Pág. 1).

Por lo tanto, puede parecer que, aunque el debate a nivel teórico lleva planteado desde hace mucho tiempo y algunas organizaciones internacionales no gubernamentales han cambiado su práctica psicosocial como consecuencia de ese debate, tanto los cambios en la práctica como el pensamiento en términos de dicotomía, permanecen. Teniendo en cuenta este panorama, ¿Qué comentarios ofrecieron nuestros expertos?

## **EL RECONOCIMIENTO DEL TRAUMA INFANTIL Y LA RESPUESTA ANTE EL MISMO**

**Los niños y el trauma:** las respuestas a las cuestiones relacionadas con el reconocimiento y diagnóstico del trauma en los niños resultaron relativamente coincidentes. La mayoría de los expertos estaban de acuerdo en que los niños, en efecto, pueden quedar traumatizados por sus experiencias de la guerra, que los síntomas biológicos del trauma infantil, como la excitación sexual y la disociación son comunes aún en culturas diversas y que se deben reconocer los trastornos que padecen los niños (p.ej. Jiovani Arias; Elizabeth Jareg; Orlee Oudwin; Patrick Smith). Por ejemplo, Patrick y Orlee señalan que el trastorno de estrés postraumático había

---

<sup>1</sup> El término PTSD se utiliza para describir los problemas psicológicos y físicos que en ocasiones se manifiestan tras situaciones particularmente amenazadoras o que causan sufrimiento. Estos problemas pueden manifestarse en recuerdos repetitivos e intrusivos de los hechos que causan sufrimiento, analepsia o pesadillas, reacciones físicas como sudar o temblar, eludir lo que hace recordar el hecho o hechos que causa sufrimiento o dificultades para dormir o concentrarse. Información más detallada sobre el PTSD y las directrices recomendadas para su tratamiento, véase *Post-traumatic stress disorder (PTSD): the treatment of PTSD in adults and children. National Institute for Clinical Excellence*: <http://www.nice.org.uk/pdf/CG026publicinfo.pdf>



---

sido documentado y estudiado en diversas culturas europeas, del Asia central, del Sudeste Asiático y de Oriente Medio. Los expertos coinciden con Dyregrov y Honwana al sugerir que el contexto cultural influye tanto en la manera en que se manifiestan las reacciones de estrés/trauma como sin duda en la forma en que se interpretan estas reacciones (p.ej. Jiovani Arias; Elizabeth Jareg; Patrick Smith). Es decir, el significado de los síntomas en el niño, su familia y su comunidad viene influido por las creencias y actitudes culturales.

Sin embargo, aún existe preocupación sobre las limitaciones e inconvenientes derivados de la aplicación de sistemas de diagnóstico occidentales en culturas no occidentales. Además, algunos expertos expresan su temor ante los efectos que los diagnósticos psiquiátricos pueden tener en los niños y sus familias. Señalan que algunas manifestaciones del trastorno infantil, que se clasifican dentro del concepto de trastorno de estrés postraumático, representan respuestas físicas, emocionales o de comportamiento normales ante intenso estrés o trauma (Malia Robinson). Describir estas respuestas como trastorno psiquiátrico puede llevar a estigmatizar y marcar socialmente a los niños y su familia perjudicándolos (Elizabeth Jareg; Malia Robinson).

Elizabeth Jareg plantea dos cuestiones concretas acerca del diagnóstico. La primera se refiere a la manera en que el trastorno de estrés postraumático se explica a las comunidades locales y como lo reciben éstas. Elizabeth señala que, cuando los niños reciben un diagnóstico de trastorno de estrés postraumático, sus familias en efecto, reciben dos mensajes contradictorios. El primero, inherente a todo diagnóstico psiquiátrico, es que el paciente tiene un problema de salud mental. Este es un asunto grave en algunas comunidades de Uganda, donde ser considerado 'loco' puede conducir a la estigmatización y a la exclusión social. El segundo mensaje se deriva de los planteamientos psicológicos tradicionales sobre la intervención en caso de trastorno de estrés postraumático. Una de las primeras cosas esenciales en la terapia aplicada a individuos afectados es tranquilizarles explicándoles que sus síntomas 'psiquiátricos', que pueden darles miedo a ellos y a las personas de su entorno y parecer una 'locura', son una respuesta perfectamente *normal* a una situación de enorme estrés o trauma. Teniendo en cuenta estos mensajes contradictorios, Elizabeth sugiere que, en la práctica, las consecuencias sociales y psicológicas para cualquier niño al que se le diagnostica trastorno de estrés postraumático, pueden depender de cual de los dos mensajes tiene más peso para su familia o comunidad. Por lo tanto, se deben considerar las implicaciones derivadas de un diagnóstico de este tipo teniendo en cuenta el contexto local.

La segunda cuestión que plantea Elizabeth es que una parte demasiado grande del debate en torno al trastorno de estrés postraumático se centra en la *sintomatología* y cómo se manifiesta ésta en diversas culturas. Nos recuerda que es importante tener en cuenta que no es sólo la manifestación del trastorno la que varía de cultura en cultura, también lo hacen *sus efectos*. Éstos pueden ser mucho más serios en situaciones de posguerra de extrema pobreza. En el norte de Uganda, por ejemplo, las consecuencias del trauma pueden ser muy serias, los niños afectados abandonan la escuela (lo que conlleva importantes consecuencias para su desarrollo y su futuro económico) y los más pequeños pueden morir de inanición si su madres traumatizadas no pueden darles el pecho.

Dyregrov y varios nos recuerdan que el trauma puede provocar en los niños, no sólo trastorno de estrés postraumático, sino también una variedad de reacciones emocionales y de conducta. Esta contribución a la expansión de nuestro



conocimiento sobre los efectos del trauma en los niños es generalmente bien recibida por nuestros expertos. Algunos de ellos señalan, sin embargo, que enfocarse exclusivamente en la sintomatología psiquiátrica puede limitar nuestro conocimiento sobre el impacto más general del trauma.

Por ello, Wessells (2007), nos alerta ante la posibilidad de dejar de reconocer el enorme trastorno emocional y el sufrimiento relacionado con el mismo que tienen lugar en comunidades de posguerra, pero son alcanzar el nivel de trastorno clínico. Esta preocupación es compartida por Jiovani Arias que se basa en sus experiencias en Colombia para sugerir que los actos sociopolíticos de violencia pueden tener efectos emocionales desorientadores extensivos, no sólo al individuo, sino también a la comunidad e incluso a grupos de comunidades. Estos tipos de respuestas, aunque son profundas y extensas en lo que se refiere al efecto que tienen sobre todos los aspectos de la vida diaria de la comunidad, no pueden detectarse en los diagnósticos psiquiátricos.

**Capacidad de recuperación y negación del trauma infantil:** ¿Se rechaza la noción de trauma infantil cuando se insiste en la capacidad natural de recuperación de los niños, como sugieren Dyregrov y colegas? Las respuestas a esta cuestión fueron de dos tipos. Algunas se preguntan si en efecto existe una ‘negación’ del trauma infantil entre las agencias nacionales e internacionales; mientras que otras exploran los factores que pueden facilitar la capacidad de recuperación o de bienestar del niño, especialmente en el caso de los niños soldados. Hay un cierto acuerdo con la *idea* de que *en general* las instituciones y grupos pueden llegar a desarrollar un ‘rechazo’ colectivo de las realidades que consideran inaceptables. Nick Heeren, por ejemplo, ilustra, en un estudio publicado hace tiempo sobre las actitudes sociales ante las personas discapacitadas en Sierra Leona, cómo se puede desarrollar un rechazo colectivo de dolorosas realidades en tiempo de posguerra (véase Heeren, 2006). También Jiovani Arias consideró que la perspectiva de Dyregrov era refrendada por sus propias experiencias en respuestas sociales ante los ex niños soldados que intentaban regresar a su vida normal después de haber participado en el largo y tortuoso conflicto armado colombiano. En cambio, la idea de que se estaba rechazando el concepto de trauma infantil no tuvo mucha aceptación. Nick Heeren recuerda el trabajo de organizaciones como Handicap Internacional (HI), que tiene programas de intervenciones específicas para niños afectados, tanto como agresores y como víctimas de la violencia. Nick incluso sugiere que no sólo es importante reconocer y responder a los niños traumatizados hoy en día, sino que también se debe reconocer la potencial transmisión entre generaciones de los efectos del trauma. Estos efectos se ilustran en estudios de casos sobre los efectos de la transmisión del trauma entre generaciones llevados a cabo en los hijos de los supervivientes judíos de los campos de concentración nazis (véase, p.ej. Barocas & Barocas, 1989). Por lo tanto, para Nick, el desafío no está tanto en la falta de reconocimiento de la existencia del trauma, sino en cómo lograr fondos adecuados para realizar intervenciones apropiadas con niños afectados (véase también el apunte de Jareg sobre la cuestión de la financiación más adelante).

Sin duda, no todos los niños afectados reciben la ayuda que necesitan. En este sentido, Elizabeth Jareg sugiere varios factores a tener en cuenta. En primer lugar, según su experiencia, lo que no existe en la mayoría de las culturas es el la noción de que los niños pueden recordar, explicar y atribuir sus propias experiencias. Al no existir tal concepción, posiblemente los adultos no se cuestionan la angustia de los niños ni creen que los niños puedan hablar de lo que les aflige. En segundo lugar, la



falta de ayuda para estos niños puede no deberse al rechazo de su angustia, sino a cuestiones prácticas en el terreno. Por ejemplo, puede ser difícil acceder físicamente a los niños afectados o encontrar organizaciones locales que puedan trabajar con ellos para establecer intervenciones basadas en la comunidad. Además, aunque los donantes de fondos proporcionan recursos financieros para intervenciones de 'crisis' o a corto plazo, es muy difícil lograr fondos para intervenciones a más largo plazo. Diane Lukeman considera que el rechazo del trauma infantil existe y que es necesario reconocer a nivel nacional lo que les ha pasado a los niños de esa sociedad. Bajo su punto de vista, el reconocimiento público de las experiencias de los niños, tal vez en los días que conmemore determinados acontecimientos y en los monumentos, podría tener sitio en su proceso de recuperación psicológica.

Sin embargo, incluso los expertos que no aceptan que el trauma infantil esté siendo rechazado por los que trabajan sobre el terreno, están de acuerdo con uno de los argumentos principales de Dyregrov: debemos cuidarnos de poner excesivo énfasis en la capacidad de recuperación ya que con ello podríamos estar escondiendo los graves efectos de los acontecimientos traumáticos (p.ej. Elizabeth Jareg; Malia Robinson).

Otros expertos abordan los factores que influyen en la capacidad de recuperación de los niños, especialmente en el caso de los niños soldados. Hay varios estudios que demuestran que muchos niños soldados quedan traumatizados por las cosas que han visto o en las que han participado (véase por ejemplo, Derluyn y varios, 2004). Aunque ese trauma no es inevitable y podría ser menos frecuente de lo que se suele suponer (véase Wessells, 2007), lo que plantea cuestiones como porqué algunos niños o jóvenes parecen estar menos afectados que otros.

Quienes han trabajado con niños soldados, sugieren varios factores que influyen en la manera en que estos niños responden ante el trauma. Entre ellos: su edad y nivel de desarrollo cuando fueron reclutados, el tipo de reclutamiento, la duración de su vinculación al grupo armado y las labores que desempeñaron en el grupo (Napoleon Adok; Elizabeth Jareg; Mike Wessells, 2007). Jiovani Arias añade que el género, las creencias religiosas y los factores culturales también juegan un importante papel.

Elizabeth Jareg afirma que no resulta útil clasificar a los niños entre los que tienen capacidad de recuperación y los que no. En su lugar, debemos considerar la capacidad de recuperación como una "capacidad dinámica" para superar el estrés. Como tal, la capacidad de recuperación no es una cualidad permanente que los niños poseen o no, sino una capacidad para responder positivamente ante la adversidad si se están experimentando o se han experimentado otros elementos contextuales de apoyo. Por ejemplo, un factor importante es la experiencia que el niño o la niña tiene ante un adulto que lo apoya y se ocupa de él o de ella. Bajo el punto de vista de Elizabeth, el refuerzo de la capacidad de recuperación de los niños implica conocer mejor los factores contextuales que facilitan esta capacidad en niños que viven en sociedades destrozadas por la guerra y con escasos recursos.

Napoleon Adok sugiere que si definimos la 'capacidad de recuperación' como la habilidad para superar o desembarazarse de las experiencias violentas o negativas, el contexto de posguerra en el que se desenvuelve el niño soldado adquiere una importancia capital. Es decir, los niños soldados que se reintegran en un contexto que los apoya y les proporciona oportunidades para desarrollarse tendrán mayor capacidad de recuperación que los que no se benefician de tal contexto. Napoleon sugiere que aquellos niños que se reintegran con éxito en sus comunidades y que



además tienen oportunidades educativas o económicas, tendrán mayor capacidad de recuperación ante el estrés y el trauma. Al contar con el apoyo de sus familias y de la comunidad y tener oportunidades para mejorar, los niños soldados pueden positivizar el futuro y enfocarse en él, en lugar de en el pasado. Por el contrario, los niños soldados desmovilizados que se encuentran en contextos donde carecen de apoyo y donde existen escasas oportunidades para mejorar su futuro educativo o económico, considerarán su pasado como niños soldados más atractivo que su presente. Los niños y jóvenes cuyos grupos de amigos están formados por otros ex niños soldados desencantados con su presente tienen menos oportunidades para progresar y menos probabilidades de afrontar sus recuerdos o sus experiencias pasadas de una manera positiva o constructiva. Estos jóvenes siguen siendo vulnerables ante la explotación o el reclutamiento.

## LA IMPORTANCIA DE LOS CONCEPTOS CULTURALES DE BIENESTAR

**La construcción social del bienestar:** varios de nuestros expertos resaltaron el énfasis que pone Honwana en cómo nuestras creencias culturales moldean nuestra concepción de la salud y el bienestar. Mike Wessells considera que el planteamiento etnográfico de Honwana recalca los aspectos espirituales del bienestar psicológico que ‘escapan al ámbito de pensamiento de los psicólogos con formación occidental’ (Wessells, 2007, pág. 4). Nick Heeren, basándose en el trabajo de Handicap Internacional con niños discapacitados a causa de un conflicto armado, vio una analogía entre las concepciones sociales de la salud y la discapacidad. Ambas, según su opinión, siguen siendo relevantes hoy en día. Para ilustrar este punto, sugiere que la medida en que un niño resulta afectado por una discapacidad, depende en parte de la concepción local de lo que significa estar discapacitado. Por ejemplo, si a un niño o niña que ha perdido un miembro se le coloca una prótesis y todo su entorno escolar tiene en cuenta *todas* sus necesidades, puede seguir yendo a la escuela y recibir una educación provechosa. Las potenciales barreras provocadas por la discapacidad quedan reducidas. Por otra parte, en las sociedades donde la discapacidad se considera un castigo sobrenatural inflingido sobre la madre del niño o niña discapacitado o discapacitada, una prótesis y la adaptación física al entorno no serán suficientes para que el niño se integre en la comunidad o en la sociedad. La construcción social del *porqué* se convierte un niño en discapacitado puede por tanto conllevar su inclusión, su exclusión social o su rechazo.

Jiovani Arias observa coincidencias entre las construcciones sociales de la salud y cómo, en el contexto de los conflictos armados, los individuos o los grupos construyen su propia concepción de lo que es su identidad, por ejemplo, de lo que significa ser hombre o mujer, o de encontrarse en un momento concreto de la vida. Las construcciones sociales sobre uno mismo tienen su reflejo en las relaciones sociales o comunitarias que experimentan los individuos o el grupo. Esas construcciones le dan sentido a las experiencias individuales e influyen en cómo éstos ven el mundo. Tales construcciones influyen en la manera en que esos individuos conceptualizan e interpretan la violencia y su participación en ella.

Por lo tanto, no cabe duda de que las construcciones culturales y sociales sobre uno mismo y el bienestar tienen importantes ramificaciones en la vida cotidiana de las personas.

**Curación tradicional:** El impacto que tiene la ‘curación tradicional’, especialmente sobre el bienestar de los niños y niñas soldados, fue mencionado por varios de



nuestros expertos, que coinciden con Honwana al considerar que las prácticas culturales existentes que abordan la reintegración y la aceptación del regreso de los niños soldados son extremadamente importantes. Napoleon Adok afirma que no debemos subestimar la importancia que tiene la aceptación de la comunidad para el bienestar psicológico de los niños soldados en sociedades donde el sentido de la existencia de uno mismo viene definido por la sociedad, es decir, determinado por el lugar que ocupa el individuo en la estructura social. En tales culturas, ser aceptado de nuevo en la estructura social es fundamental para el bienestar psicológico a largo plazo.

Sin embargo, no siempre es fácil lograr la aceptación de la comunidad. Puede exigir que los niños soldados acepten abiertamente la responsabilidad de sus acciones pasadas. Sin embargo, cuando esas acciones incluyen la participación en atrocidades cometidas en sus propias comunidades o en lugares cercanos, el miedo de los niños soldados a la estigmatización y al rechazo puede llevarles permanecer en silencio. En opinión de Napoleon, las prácticas tradicionales de curación en tales situaciones pueden ofrecer a los niños soldados una oportunidad para hablar de sus experiencias sin temer ser estigmatizados y entablar un diálogo 'seguro' donde tanto las víctimas como los perpetradores puedan hablar de sus experiencias. Tales procesos ofrecen la esperanza de recibir comprensión y perdón. Sin embargo, cuando el temor de los niños soldados les hace permanecer en silencio, no pueden acceder a esta forma de aceptación social. Por ello, puede que intenten lograr ser aceptados socialmente uniéndose a un grupo de jóvenes en su misma situación, como otros ex niños soldados. Sin embargo, este tipo de asociaciones reducen sus opciones de ser aceptados por la comunidad y reintegrados en ella. Por lo tanto, desde el punto de vista de Napoleon, los ex niños soldados que no pueden utilizar los canales tradicionalmente aceptados para regresar a sus comunidades corren mayor riesgo de sufrir daños psicológicos.

**Las limitaciones de poner demasiado énfasis en la cultura:** los expertos consultados reconocen, por lo tanto, que cuando las prácticas de curación por métodos tradicionales están imbricadas en la vida comunitaria, pueden promover una 'curación' global que lleve al bienestar al fomentar el perdón y la reconciliación. Al mismo tiempo, algunos de los expertos nos recuerdan que debemos evitar *dar por hecho* que estas prácticas existen o que son siempre positivas. Esto puede influir en la política de concesión de fondos y algunos de los expertos sugieren que, como es comprensible, los habitantes de comunidades sin recursos, destrozadas por la guerra, en seguida están dispuestos a presentar prácticas y programas que los donantes de fondos son propensos a financiar. Chris sugiere que esta dinámica implica que las comunidades locales aprenden rápidamente el 'idioma de los derechos', mientras que muchos trabajadores de ONGs buscan proyectos que casen con la clase de proyectos que sus ONG suelen financiar (véase también Shepler, 2005). Por tanto, parece razonable preguntarse, si estos programas están realmente integrados en la cultural local y si son verdaderamente útiles a la hora de perseguir una curación psicológica. Incluso en los casos donde que existían anteriormente prácticas tradicionales, cuando éstas vienen apoyadas por financiación externa, su eficacia a largo plazo puede verse reducida. Como afirma Mike Wessells: "Cuando los sanadores locales reciben una contraprestación económica por los servicios que anteriormente prestaban gratuitamente, existe el riesgo evidente de estar socavando apoyos locales de enorme valor." (Véase Wessells, 2007, pág. 4).

Una complicación añadida es la posible tensión entre el apoyo a las prácticas tradicionales y la adopción de un 'planteamiento basado en los derechos', que



surgen cuando las creencias, ritos y prácticas pueden dañar a los participantes o apoyar estructuras de poder existentes que no conceden los mismos derechos a todos los grupos, como, por ejemplo, las estructuras que introducen desigualdades de género. Chris Coulter ilustra esta tensión al evocar sus experiencias de posguerra en Sierra Leona (véase también Coulter, 2006). Aunque cabe la posibilidad de que las sociedades masculinas y femeninas tradicionales sean utilizadas con éxito para fomentar la curación y la reintegración de los niños afectados por la guerra, Chris señala que, en Sierra Leona, “se debe tener en cuenta que están extraordinariamente jerarquizadas y que la circuncisión de las niñas es obligatoria”. En algunos contextos, por lo tanto, “apoyar a ciertas ‘instituciones’ tradicionales sólo puede llevar a reforzar las jerarquías y desigualdades sociales en las comunidades locales”. La contribución de Myriam Denov va en el mismo sentido (véase Denov, 2007) al señalar que las prácticas culturales tradicionales pueden proporcionar respeto inmediato, poder y estatus para los varones de mayor edad, al tiempo que discriminan a las mujeres y las niñas, tanto en la ley como en las costumbres, en la vida social, la educación, la política y la economía. Aunque reconozca que las culturas pueden aliviar a sus miembros contra el estrés, Myriam se basa en sus experiencias en África subsahariana para afirmar que las culturas también pueden perpetuar los prejuicios de género y las prácticas tradicionales que limitan el potencial tanto de los hombres como de las mujeres.

## ¿CÓMO DEBEN SER LAS INTERVENCIONES PSICOSOCIALES?

Obviamente, la cuestión sobre el tipo de intervención psicosocial más apropiado para cada situación es extremadamente compleja. Como señala Chris Couter, tal vez debamos comenzar preguntándonos ¿Cuál es el objetivo de las intervenciones psicológicas? ¿Curar al individuo? ¿Fomentar el perdón y la reconciliación? o ¿Apoyar la reintegración de los niños y jóvenes afectados por la guerra? Estas preguntas reflejan la variedad de las reacciones de los expertos consultados sobre esta cuestión, algunos de los cuales aludieron a modelos conceptuales y el más amplio contexto cultural, social y político (p.ej. Napoleon Adok; Jiovani Arias; Mike Wessells, 2007); en cambio, otros evocaron cuestiones relativas a las intervenciones psicoterapéuticas con niños o jóvenes traumatizados o angustiados (p.ej. Elizabeth Jareg; Nick Heeren; Orlee Oudwin; Patrick Smith).

**No hay un ‘modelo universal’:** Los expertos consultados coinciden en señalar que no hay una única manera de responder a las necesidades psicosociales de los niños en situaciones de posguerra. Existe una percepción compartida por la mayoría de los expertos de que los niños tienen necesidades muy diversas y que por ello se deben emplear una amplia gama de planteamientos (Chris Coulter; Diane Lukeman, Patrick Smith; Mike Wessells, 2007). Mike Wessells ofrece una descripción de esta opinión competente y detallada, sugiriendo un enfoque global que reconozca las deferencias entre los niños, por ejemplo, en la manera que reaccionan a sus experiencias y a las situaciones que viven, los recursos que utilizan para sobrellevarlas, los apoyos sociales que tienen, las circunstancias que rodean sus vidas y, con todo ello, sus necesidades. Mike resume un modelo de intervención psicosocial en situaciones de posguerra que representa la necesidad psicosocial como una pirámide. En la base se haya el 50 por ciento de la población que se encuentra en estado de *shock* o dolor, pero cuya capacidad de recuperación implica que su principal necesidad es mejorar sus condiciones económicas, políticas y sociales. En el siguiente nivel está el 40 por ciento de la población, entre otros, niños



vulnerables (por ejemplo, con discapacidades o supervivientes de violencia sexual) que están más gravemente afectados psicológicamente y cuya condición empeorará si no reciben algún tipo de apoyo psicosocial. Las intervenciones de tipo comunitario que ofrecen apoyo informal y trabajan específicamente con la fuente de esta vulnerabilidad (por ejemplo, la protección infantil para niños vulnerables) podrían beneficiar a este grupo. En lo alto de la pirámide se encuentra aproximadamente el 15 por ciento de la población, que necesita intervención psiquiátrica. Las divisiones entre estos grupos no son impermeables, los niños pueden trasladarse de una a otra en función del apoyo que reciben. Según Mike, la mayoría de los niños soldados corresponden al nivel medio o inferior en este modelo, pero pueden ascender al nivel de máxima vulnerabilidad si no se atienden sus necesidades. Este modelo sugiere por tanto que es necesario aplicar una variedad de tipos de intervención que sean equilibrados y donde haya una coordinación entre los diferentes niveles. (Wessells, 2007).

Aunque el modelo que presenta Mike preconiza la necesidad de prestar servicios equilibrados y coordinados, la realidad sobre el terreno resulta muy diferente. Como se señala en la introducción, la estructura de la financiación puede fomentar la dicotomía en lugar de favorecer una práctica integrada sobre el terreno. El problema se agrava por el hecho de que las ONG trabajan en diferentes niveles de la pirámide de intervención sin coordinar sus actividades entre ellas. Esto “a menudo conduce a importantes lagunas en la provisión de apoyo y a una respuesta a las necesidades poco proporcional a los diferentes niveles de la pirámide” (Mike Wessells, comunicación personal). Estas dificultades aumentan cuando aparece una falta de coordinación similar entre los diferentes grupos profesionales que llevan a cabo intervenciones psicosociales en los varios niveles de la pirámide. Puede ocurrir que en cada nivel de intervención existan grupos de coordinación, pero existe una falta de comunicación entre los grupos que llevan a cabo intervenciones en otros niveles. Por ello, los psiquiatras que tratan problemas de salud mental y personas gravemente afectadas por un lado y los psicólogos y trabajadores sociales, que proporcionan apoyo a grupos ‘de riesgo’, por el otro, pueden estar trabajando al mismo tiempo sin saber de la existencia del otro grupo. La necesidad imperiosa de contar con una coordinación más efectiva y con unas directrices apropiadas sobre cómo proporcionar una respuesta de emergencia eficaz, ha sido abordada por el equipo de trabajo sobre salud mental y apoyo psicológico en situaciones de emergencia del Comité Permanente Interagencias (Inter Agency Standing Committee, IASC). Este equipo ha desarrollado recientemente unas directrices que serán testadas repetidamente en el terreno el año que viene. (Para mayor información, visítase <http://www.humanitarianinfo.org/iasc>; y búsquese ‘*subsidiary bodies*’ para obtener el informe del equipo de trabajo, en inglés). Se espera que las directrices finales estén disponibles en el sitio Web a partir de diciembre de 2006.

**La evaluación de los recursos locales y su aprovechamiento:** Cualquiera que sean las necesidades de cada niño o niña, varios expertos recalcaron que antes de realizar cualquier intervención, es necesario evaluar la extensión y el tipo de recursos locales disponibles para prestar apoyo a los niños (Napoleon Adok; Lucia Castelli). Algunos expertos señalaron que si se imponen los modelos occidentales de intervención sobre las comunidades locales sin que se lleve a cabo esta evaluación, se puede estar socavando la capacidad existente para asistir a los niños (Malia Robinson; Wessells, 2007). Por lo tanto, es importante evitar planteamientos basados en una injustificada preferencia por los modelos occidentales que pueden arrebatar el poder a la comunidad local. La sostenibilidad de las intervenciones



---

psicosociales a largo plazo debe basarse en la restauración de la sensación de control y eficacia de la propia comunidad.

Estas fases iniciales de la evaluación deberían, desde el punto de vista de Napoleon Adok, incluir un diálogo con los expertos locales en infancia (ancianos, padres y profesores) para conocer sus puntos de vista sobre cuestiones como qué se considera un comportamiento del niño 'normal' dentro de esa sociedad, cómo se conceptualiza el trauma, cómo se identifica localmente a los niños que requieren ayuda o cuáles son las vías tradicionales para ayudar a los niños que sufren angustia o trastornos. Al acceder al conocimiento local sobre estas cuestiones se abre la posibilidad de desarrollar programas conjuntos en varios ámbitos que la comunidad local también podrá sentir como suyos (Lucia Castelli).

**Fomentar la aceptación en la comunidad:** Como se ha señalado anteriormente en la sección dedicada a la cultura, la reintegración y la aceptación social presentan beneficios psicológicos para los niños y jóvenes en situaciones de posguerra. Sin embargo, es importante valorar si existen o no localmente prácticas tradicionales no agresivas de 'curación' que hayan tenido éxito en el pasado a la hora de promover la integración y la aceptación. Como señala Napoleon Adok, algunas de estas ceremonias también brindan a las víctimas una oportunidad para explicar lo que les ha pasado y ofrecer una posibilidad de acuerdo con la comunidad sobre algún tipo de justicia o reparación. Jiovani Arias sugiere que el acceso a la verdad y la obtención del perdón pueden reestablecer la dignidad humana y fomentar la reconciliación, elementos esenciales en el bienestar psicológico de las comunidades locales. Un aspecto importante de las intervenciones psicosociales con ex niños soldados a este nivel, además de evaluar los recursos locales, es preparar a la comunidad antes de que vuelvan y sean eventualmente reintegrados (Napoleon Adok). Junto a esto, como señala Chris Coulter, el tipo de intervención psicosocial que se ofrece a los que han regresado puede por sí mismo influir en la aceptación de la comunidad. Por ejemplo, en Sierra Leona, la participación en los programas de formación vocacional mejoró la aceptación por parte de la familia de niñas ex combatientes que, gracias a ellos, se presentaban como posibles contribuyentes a los ingresos familiares. La combinación de nuevas capacidades, la aceptación por parte de la familia y el apoyo que prestan otros participantes que forman parte del grupo con que se relacionan mejoran el bienestar y la autoestima. Sin embargo, estas jóvenes pueden tener dificultades si los programas no favorecen algún tipo de empleo a largo plazo. La consiguiente pérdida de ingresos puede conducir al rechazo de la familia, a un mayor aislamiento o a involucrarse en el tráfico sexual, con la consiguiente deterioración de la salud mental, física y social (véase Coulter, 2006).

**Intervenciones psicoterapéuticas:** Los expertos apreciaron los avances en materia de intervenciones de salud mental de niños con síntomas de trauma o estrés que fueron enumeradas por Dyregrov y varios. En particular, los expertos aplaudieron su apoyo a las intervenciones que no se concentran en medicación o terapia individualizada sino en grupos de niños dentro de la comunidad y en el contexto educativo (Elizabeth Jareg; Diane Lukeman; Orlee Oudwin; Patrick Smith).

Otro de los avances en los planteamientos psicosociales que fue bien recibido es el reconocimiento por parte de los autores de la necesidad de contar con principios éticos que protejan el bienestar de los niños traumatizados entrevistados para estudios clínicos o de investigación (Elizabeth Jareg). Sin embargo, algunos



expertos mostraron su preocupación porque algunos modelos psicológicos más amplios no siempre son puestos en práctica en tiempos de crisis aguda, por ejemplo, tras el Tsunami, los expertos occidentales e indonesios de fuera de Aceh, utilizaron predominantemente planteamientos médicos y terapéuticos individualizados. Especialmente preocupante es el hecho de que algunos expertos recetaron medicación sin que existiera una relación terapéutica con el paciente y otros permanecieron en el terreno por períodos de tiempo extremadamente cortos, al parecer, sin planificar un seguimiento a largo plazo (Malia Robinson). Sin embargo, estos hechos no deben ensombrecer los cambios que se han dado en la práctica psicológica durante los pasados diez o quince años. Entre estos cambios están la aplicación práctica de nuestro conocimiento sobre las formas en que las estructuras, creencias y prácticas en la familia y las influencias sociales y culturales actúan como escudo para los niños contra los efectos del trauma o, en ocasiones, incrementan su vulnerabilidad. La psicología occidental moderna está firmemente anclada en el conocimiento del papel fundamental que desempeñan la familia, la comunidad, la estructura social y la cultura a la hora de perseguir el bienestar del niño.

¿Cómo puede contribuir la psicología occidental al tratamiento del trauma en otras culturas? Patrick Smith y Orlee Oudwin nos recuerdan que los psicólogos han desarrollado diversas maneras de abordar los efectos del trauma que han resultado eficaces en varias culturas, por ejemplo, el uso de la terapia cognitiva-conductiva y de la terapia de exposición narrativa (véase, por ejemplo, Schauer, Neuner y Elbert, 2005). El reto para los que utilizan este tipo de métodos está en garantizar que se presentan de forma apropiada y aplicable a nivel local.

El debate sobre las intervenciones psicosociales en situaciones de posguerra se ha centrado sobre todo en el tratamiento del trauma. Son embargo, de igual importancia es la cuestión del sufrimiento infantil por la muerte de seres queridos, tan habitual en situaciones de posguerra y que también puede tener un impacto importante en el bienestar emocional de los niños (Dowdney, 2005). Algunas prácticas tradicionales de curación a las que se refiere Honwana en su documento parecen proporcionar a los niños importantes oportunidades para llorar sus múltiples pérdidas y de esta manera contribuir a su curación. Elizabeth Jareg enfatiza la necesidad de ampliar el planteamiento para tener en cuenta otros aspectos de la angustia infantil al pedirnos que no “nos quedemos estancados en la cuestión del trauma.” Es decir, aunque reconozcamos que los niños traumatizados necesitan un tratamiento adecuado, debemos asegurarnos de que, como parte de la práctica psicológica occidental, las intervenciones terapéuticas comienzan con una evaluación sin prejuicios de los elementos que afectan al sufrimiento de cada niño. Incluso en situaciones de posguerra, este sufrimiento puede deberse fundamentalmente a factores cotidianos como la falta de acceso a los libros necesarios para la escuela, no se aceptado totalmente por la familia del padrastro o madrastra, tener padres con problemas de alcoholismo o, incluso, ser abusado sexualmente en casa. En el ámbito local se pueden identificar a los niños que sufren y que requieren ayuda, por ejemplo, los que los profesores califican como reservados.

De nuevo, en este tipo de situaciones, como en occidente, es fundamental crear relaciones de afecto alrededor de los niños que sufren para realizar una buena práctica terapéutica. El niño puede guiar al terapeuta en esas relaciones y éste puede transmitir el mensaje de que *es el niño quien decide* si quiere hablar de sus experiencias y cuando quiere hacerlo. De ser así, debe hacerse con una persona de confianza, alguien con quien se sienten seguros. Este tipo de planteamiento terapéutico se asemeja al planteamiento a mayor escala de las intervenciones



psicosociales mencionadas anteriormente, que se basan en apoyar a las comunidades locales a través del diálogo y el respeto a sus conocimientos. En concreto, este planteamiento terapéutico recalca la importancia de reconocer que los niños (de la comunidad) pueden y deben hablar de lo que es importante para ellos y permite que las voces de los niños (de la comunidad) sean escuchadas, comprendidas y que se responda a sus problemas, devolviendo a los niños (de la comunidad) la sensación de control. Del mismo modo, este planteamiento reconoce la importancia de las relaciones sociales del niño y sus amistades y considera que las intervenciones que se basan en ellas y las apoyan son de gran importancia en comunidades como las del norte de Uganda. Esto requiere, por supuesto, que los terapeutas conozcan en profundidad las prácticas y costumbres sociales y que a la hora de formar al personal local, estén dispuestos a ir más allá de las técnicas para afrontar el trauma y que piensen de manera crítica y con una mente abierta, buscando la manera de generar confianza y facilitar las relaciones; esto es esencial para el bienestar del niño. Como señala Chris Coulter, es importante reconocer que un planteamiento enfocado en el niño individualmente en situaciones donde éste está identificado con el grupo al que pertenece y determinado por éste, tiene pocas posibilidades de tener éxito. Los planteamientos terapéuticos, como por ejemplo, los relacionados con la terapia familiar, que se enfocan en las estructuras a las que pertenece el niño, pueden ser apropiados (véase, por ejemplo, un estudio de hace algún tiempo de Bott y Hodes, 1989). Elizabeth Jareg, sin embargo, también nos pide que nos guardemos de asumir que el apoyo psicosocial a los niños vulnerables debe ser proporcionado por profesionales altamente formados como los psicólogos y los psiquiatras. La realidad sobre el terreno y la escasez de fondos hacen que este apoyo tenga que ser proporcionado por trabajadores sobre el terreno con una formación bastante básica. Por ello, una parte importante en la provisión de apoyo psicosocial adecuado para niños afectados, es proporcionar apoyo y formación necesaria para estos trabajadores cuando sea posible.

**Un planteamiento mixto:** Las respuestas de los expertos consultados sugieren que los modelos psicológicos occidentales tienen un papel que jugar en las sociedades no occidentales, siempre y cuando se tenga en cuenta la importancia de no devaluar los planteamientos locales eficaces aunque no entren en la concepción de esos modelos. Existe un amplio acuerdo con el punto de vista de Dyregrov y varios (2002) y Honwana (1998) en cuanto a que, donde sea necesario llevar a cabo intervenciones psicológicas, existe una utilidad potencialmente enorme en combinar los planteamientos occidentales y tradicionales (Jiovani Arias; Lucia Castelli; Diane Lukeman; Orlee Oudwin; Patrick Smith y Mike Wessells, 2007). Aunque no se debatió en detalle cómo y de qué manera estas combinaciones podrían en general materializarse.

Jiovani Arias expresa su apoyo a la invitación de Dyregrov y varios para que se incorporen enfoques y herramientas culturales a los tratamientos psicosociales. También está de acuerdo con la opinión de Honwana de que, si no se realizan determinadas actividades o rituales culturales, se puede estar dificultando la adecuada asimilación de la pena. A este respecto, Arias considera que existen dos elementos de particular importancia en su propio trabajo. En primer lugar, que se reconozcan las consecuencias emocionales de la violencia. En segundo, que toda práctica o expresión cultural que se incorpore a la terapia sea relevante en el contexto de los esfuerzos de recuperación propios de la comunidad. Sin embargo, es importante reconocer que la expresión cultural por sí sola no es suficiente para lograr la recuperación emocional. Es importante evaluar si se han tratado eficazmente los efectos de la violencia y, en caso contrario, establecer qué otras



---

formas de intervención psicosocial son necesarias (para más información sobre este planteamiento, véase Arias, 2005).

Sin embargo, los expertos consultados no entran en los detalles específicos sobre cómo se pueden incorporar los sanadores locales en estos planteamientos combinados para tratar a los niños que sufren. Nick Heeren señala situaciones donde su papel puede limitarse a circunstancias extraordinarias, como el genocidio de Rwanda o las atrocidades cometidas en Sierra Leona. En tales situaciones, según Nick, un tercero, un terapeuta 'neutral' de fuera de esa sociedad está en mejor posición para proporcionar un espacio para escuchar las experiencias de los 'sobrevivientes' y ayudarles a 'comprenderlas'. Los sanadores tradicionales tienen la limitación de formar parte de la población afectada. En el modelo que adoptó Handicap Internacional en Sierra Leona, los terapeutas extranjeros iban acompañados de terapeutas locales que servían de traductores – tanto en términos de idioma como de apoyo a las personas afectadas para que expresasen sus experiencias. Esto no implica que la 'ayuda exterior' deba mantenerse a largo plazo, ya que se puede formar al personal local para que tome el relevo. Por último, Wessells (2007) señala que la combinación de las prácticas occidentales y tradicionales no siempre es tan evidente ya que la dinámica local y política pueden afectar el debate sobre lo apropiado de las diferentes intervenciones.

Un aspecto que toca todos estos aspectos de la intervención psicosocial es la cuestión del género, que no es abordada en ninguno de los dos trabajos. Myriam Denov (2007) identifica una serie de cuestiones que deben ser consideradas en toda intervención psicosocial, como la manera en que las intervenciones para niños difieren de las intervenciones para niñas, cómo influyen las costumbres locales a la hora de decidir quien se beneficia de las intervenciones o si es más probable la negación colectiva en el caso de las niñas que en el de los niños.

## **LA VALORACIÓN DE LAS PRUEBAS**

Por último, los expertos consultados señalan la necesidad de evaluar la eficacia de cualquiera que sea el tipo de intervención psicológica a emplear (p.ej. Jiovani Arias; Lucie Cluver; Orlee Oudwin; Malia Robinson; Patrick Smith; Wessells, 2007). En opinión de Jiovani, es evidente que algunas intervenciones carecen tanto de base conceptual firme como de rigor y no miden sus resultados. Por ello, podrían fracasar a la hora de confrontar el daño tanto a nivel individual como de la comunidad. Tal vez, como sugiere Patrick, una de las cuestiones fundamentales no sea qué tipo de intervención es 'mejor', sino qué combinación es más eficaz. Como sugiere Malia, debemos adoptar un planteamiento basado en los 'resultados' (véase Williamson y Robinson, 2006).

La cuestión de la eficacia de nuestras intervenciones a la hora de reducir el sufrimiento infantil no es una cuestión fundamentalmente teórica, sino sobre todo, empírica (Lucie Cluver). Unas evaluaciones estrictas de las intervenciones, que incluyan las reacciones tanto positivas como negativas del niño, pueden, con el tiempo, generar una gran cantidad de pruebas sobre su efectividad. Una vez que se acepta la necesidad de esas pruebas, inmediatamente se suscitan una serie de cuestiones adicionales, como qué enfoque es eficaz según para quién, qué razonamiento hay detrás de cada planteamiento y cómo se mide su eficacia, qué tipos de experiencias son aceptables, por ejemplo, si es suficiente que los participantes digan que se han beneficiado, o si se necesitan medidas empíricas



adicionales que prueben un cambio o evolución. Lucie Cluver apoya las medidas basadas en resultados y las considera especialmente importantes “porque algunas intervenciones sobre el trauma, como el parte psicológico, han tenido un impacto negativo en la salud mental a pesar de ser valorados positivamente por los participantes.” (Véase van Emmerik y varios, 2002)

¿Existe algún otro posible debate en la naturaleza de las pruebas aceptables y la división entre las medidas cualitativas y cuantitativas? Cualquiera que sea la respuesta, la mayoría de los expertos consultados están de acuerdo en la necesidad de asegurarse que no estamos realizando intervenciones dañinas o ineficaces. El pensamiento que se sustenta sólo en un tipo de intervención excluyendo el resto y que ha impulsado el debate sobre las intervenciones psicosociales, ha llevado a una dicotomía que, en palabras de Mike Wessells: “está sustentado a menudo en un fervor ideológico que florece ante la ausencia de una base empírica firme. No es una exageración señalar que la base empírica en el campo del apoyo psicológico necesita desarrollarse” (Wessells, 2007, pág. 1). Sin duda, la acumulación de pruebas para mejorar la eficacia de todo tipo de intervención psicológica debe ser una de las prioridades para el futuro.

#### Referencias:

Arias Morales F.J. (2005) Psychosocial care of demobilized child soldiers in Colombia : conceptual and methodological aspects. [www.child-soldiers.org/psycho-social](http://www.child-soldiers.org/psycho-social)

Barocas, H. A., & Barocas, C. B. (1989). Separation–individuation conflicts in children of Holocaust survivors. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 11, 6–14

Bott, David and Matthew Hodes. 1989. Structural therapy for a West African family. *Journal of Family Therapy*. 11(2), págs.169-179

Coulter, C. (2006). Being a Bush Wife: Women’s lives through war and peace in northern Sierra Leone. Tesis doctoral, Uppsala University. ISBN 91-506-1887-3

Denov, M. (2007). Is the culture always right? The dangers of reproducing gender stereotypes and inequalities in psychosocial interventions for war-affected children. [www.child-soldiers.org/psycho-social](http://www.child-soldiers.org/psycho-social)

Derluyn I., Broekaert E., Schuyten G., Temmerman E.D. (2004). Post-traumatic stress in former Ugandan child soldiers. *The Lancet* Vol. 363 (9412), págs 861-863

Dowdney, L. (2005). Children bereaved by parent or sibling death. *Psychiatry* 4:9, págs. 118-123

Dyregrov, M., Gupta, L., Gjestad, R. and Raundalen, M. (2002). Is the culture always right? *Traumatology* 8 (3), págs. 135-145 Reproducido en: [www.child-soldiers.org/psycho-social](http://www.child-soldiers.org/psycho-social)

Heeren, N. (2006). Sierra Leone and civil war: neglected trauma and forgotten children. [www.child-soldiers.org/psycho-social](http://www.child-soldiers.org/psycho-social)



---

Honwana, A.(1998). Okusiakala ondalo yokalye: Let us light a new Fire. Local knowledge in the post-war healing and reintegration of war-affected children in Angola. Christian Children's Fund (CCF)/Angola. Reproducido en: [www.child-soldiers.org/psycho-social](http://www.child-soldiers.org/psycho-social)

Robinson, M (junio, 2005). Review and analysis of psychosocial programs for children affected by armed conflict and children affected by AIDS: Learning from experiences and good practices of psychosocial work done in both emergency and non-emergency contexts. Consulta de UNICEF entre expertos, Entebbe, Uganda

Schauer, M. / Neuner, F. / Elbert, T. (2005). Narrative Exposure Therapy (NET). A short-term intervention for traumatic stress disorders after war, terror, or torture. Hogrefe & Huber. Véase también: [http://www.vivofoundation.net/eng\\_narrative\\_exposure\\_therapy.php](http://www.vivofoundation.net/eng_narrative_exposure_therapy.php)

Shepler,S. (2005). The Rites of the Child: Global Discourses of Youth and Reintegrating Child Soldiers in Sierra Leone. The Journal of Human Rights. 4(2)

van Emmerik, A. A. P., Kamphuis, J. H., Hulsbosch, A. M., & Emmelkamp, P. M. G. (2002). Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. The Lancet, 360(9335), 766-771

Wessells, M.G. (2007). Trauma, culture and community: Getting beyond dichotomies. [www.child-soldiers.org/psycho-social](http://www.child-soldiers.org/psycho-social)

Williamson, J. and Robinson, M. (2006). Psychosocial interventions, or integrated programming for well-being? Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work and Counselling in Areas of Armed conflict, 4(1) págs. 004-025