

## Niños y niñas soldado: consecuencias psicológicas e intervención

Flora Blom

Noemí Pereda

*Institute for Brain, Cognition and Behavior (IR3C)*  
*Universidad de Barcelona*

*La participación activa de menores en situaciones de conflicto armado se da en diversos países del mundo, considerándose un problema global que afecta a cientos de miles de niños y niñas. Sin embargo, los estudios realizados en cuanto a los efectos que pueden tener los conflictos bélicos sobre la salud mental de los niños y niñas soldado son todavía escasos. El objetivo de este trabajo es ofrecer una revisión actualizada de las publicaciones sobre las principales consecuencias psicológicas halladas y los programas de intervención propuestos en relación con el tema de los menores soldado. Los resultados muestran que la realidad de los niños y niñas soldado sigue siendo dramática a nivel internacional. Una de las principales conclusiones a resaltar es la necesidad de contextualización, tanto como sea posible, de los programas de intervención en la cultura de los niños con los que se va a trabajar.*

*Palabras clave: niños soldado, maltrato infantil, consecuencias psicológicas, intervención psicológica.*

## Child soldiers: mental health consequences and intervention

*The active involvement of children in armed conflict around the world is a global issue that affects thousands of boys and girls. However, the amount of studies examining the effects of war on child soldiers' mental health is still scarce. The aim of this paper is to present an up-to-date review of the principal psychological consequences and intervention programs published on the issue of child soldiers. The results show that the reality in which these children live continues to be dramatic all over the world. One of the main conclusions of this review*

*is the need to tailor intervention programs to the cultural context of the targeted children.*

*Key words: child soldiers, child abuse, psychological consequences, psychological intervention.*

La existencia de menores soldado es una cuestión dolorosa e incómoda para la comunidad internacional. Dolorosa por el sufrimiento que podemos imaginar sufren estos niños en situación de guerra, e incómoda por nuestra necesidad de creer que los niños son buenos, inocentes, e incapaces de ser autores de actos similares. Al ser humano le cuesta no ver a las personas en la dicotomía víctima-agresor. No obstante, y más aún en estos casos, frecuentemente el agresor es también una víctima necesitada de apoyo (Wessells, 1998).

Según la definición establecida por los *Cape Town Principles* (UNICEF, 1997), un documento de consenso entre las principales organizaciones no gubernamentales que pretende ser una guía para los programas de protección y apoyo a menores soldado, un niño o niña soldado es cualquier persona menor de 18 años que forma parte de cualquier tipo de fuerza o movimiento armado, ya sea regular o irregular, en cualquier condición, incluyendo también a cocineros, recaderos, mensajeros y cualquier otra persona que acompañe a dichos grupos y no sea solamente un familiar. Incluye a niñas reclutadas con fines sexuales y también el matrimonio forzoso. Por lo tanto, no se refiere únicamente a un niño o niña que lleva o ha llevado un arma (Lorey, 2001; Uppard, 2003).

En el año 2000, la Organización de las Naciones Unidas adoptó el *Protocolo Opcional de la Convención de los Derechos del Niño* (United Nations, 2000) respecto a la implicación de éstos en conflictos armados, que establece la edad mínima de reclutamiento en los 18 años. A su vez, requiere que todos los Estados hagan del reclutamiento de menores de 18 años por parte de grupos armados no-gubernamentales una ofensa criminal por la cual pueden ser procesados. Los gobiernos, no obstante, pueden reclutar a menores de entre 16 y 18 años cumpliendo una serie de requisitos que aseguren que se trata de un reclutamiento voluntario, que se ha realizado con el consentimiento de los padres o tutores legales del menor, que los reclutados están informados de sus obligaciones en el servicio militar y que no se les enviará al campo de batalla antes de los 18 años (Lorey, 2001).

Sin embargo, la participación activa de menores en situaciones de conflicto armado se da en diversos países del mundo, considerándose un problema global que afecta a cientos de miles de niños y niñas (Denov y Maclure, 2007). De acuerdo con la *United Nations Children's Fund* (UNICEF, 2002) se estima que aproximadamente 300.000 niños y niñas menores de 18 años son utilizados como soldados, si bien esta práctica ha sido condenada y considerada una de las peores formas de maltrato infantil (Kimmel y Roby, 2007). Véase la tabla 1 para un listado sobre países en los que hay niños y niñas soldado entre los años 2004 y 2007.

TABLA 1. PAÍSES CON MENORES SOLDADO LUCHANDO EN CONFLICTOS ACTUALES O RECIENTES (ADAPTADO DE LOREY, 2000)

<i>África</i>	<i>Asia</i>	<i>Latinoamérica</i>	<i>Oriente Medio</i>	<i>Europa</i>
Argelia (p,o)	Afganistán (g,p,o,)	Colombia (p,o)	Irán (g,o)	Federación Rusa (o)
Angola (g,o)	India (p,o)	México (p,o)	Irak (g,o)	Turquía (o)
Burundi (g,o)	Indonesia (p,o)	Perú (o)	Israel/Palestina (g,o)	Yugoslavia (p,o)
Chad (g)	Myanmar (g,o)		Libano (o)	
Congo-Brazzaville (g,o)	Nepal (o)			
Congo-Kinshasa (g,o)	Pakistán (o)			
Eritrea (g,o)	Filipinas (o)			
Etiopía (g)	Islas Salomón (o)			
Liberia (g,o)	Sri Lanka (o)			
Ruanda (g,o)	Timor Oriental (p,o)			
Sierra Leona (g,p,o)	Tayikistán (o)			
Somalia (g,p,o)	Papua Nueva Guinea (o)			
Sudán (g,p,o)	Uzbekistán (o)			
Uganda (g,o)				

g = fuerzas armadas del gobierno, p = paramilitares, o = grupos armados de la oposición

Estos menores pueden llegar a ser niños y niñas soldado a través de distintas vías. Se habla de reclutamiento forzoso, abducción y también de menores voluntarios. Muchos son secuestrados, sacados de sus casas o de su escuela a punta de pistola, o abducidos de los campos de refugiados. En ocasiones, ante un enfrentamiento armado en los poblados, los niños que intentan huir son capturados por grupos que les dan la opción de unirse a ellos, o morir. La voluntariedad de la vía de entrada a un grupo armado debe examinarse con cautela ya que, atendiendo a las circunstancias en las que muchas veces se encuentran estos niños, las alternativas de huir son escasas o valoradas, en ese momento, como peores (Uppard, 2003). En algunos casos, los niños se unen a un grupo armado por miedo a ser víctimas de su hostilidad o por necesidad de protección. En otros casos, puede haber un deseo de venganza, cuando han sido testigos de cómo sus seres queridos han sido víctimas de fuerzas enemigas. Otras veces, también pueden unirse a éstos por unos ideales compartidos o por una identificación con el bando al que se adhieren. Así como también para escapar de situaciones de extrema pobreza (Wessells, 1997). Todo ello dependerá de las circunstancias específicas de cada país y de las características del conflicto armado surgido.

La mayoría de niños soldado tiene entre 14 y 18 años, aunque menores de tan sólo 9 años han sido abducidos y usados en combate (Machel, 1996). Entre los motivos que llevan al reclutamiento de menores se encuentra, en primera instancia, la falta de combatientes para el enfrentamiento entre enemigos. Sin

embargo, también se reclutan pensando en las labores que pueden realizar, como cocineros, sirvientes, espías, o esclavos sexuales. Pero, quizá, el motivo más perverso es el empleo de estos niños y niñas por la facilidad con la que se les puede adoctrinar en la cultura de la violencia, por su escasa comprensión del peligro y por una capacidad de autocontrol todavía en desarrollo, que hace de ellos unos guerreros dispuestos a hacer lo que se les pida (Machel, 1996). Algunos comandantes explican el uso de niños en combate porque son más obedientes, no cuestionan las órdenes y son más fáciles de manipular que los adultos, así como porque saben que es más difícil para las fuerzas de combate profesionales disparar contra niños (Uppard, 2003).

Respecto a la permanencia de estos menores en los grupos armados destaca, en primer lugar, el miedo que tienen de sus captores o líderes. Por otro lado, es habitual que en los grupos armados se dé todo un proceso de adoctrinamiento en la violencia que empieza por la alienación del niño de su entorno (Boothby y Knudsen, 2000; Barenbaum, Ruchkin y Schwab-Stone, 2004). Algunos son testigos de la muerte de algún familiar o persona cercana, cuando son abducidos. Otros van siendo iniciados gradualmente en la violencia. Primero son testigos de actos violentos cometidos por otros, hasta que se les obliga a ellos a cometerlos. Muchas veces, para dejar claro que deben obedecer sin cuestionamiento, son obligados a agredir, herir, o incluso matar, a otros niños con los que se llevan bien o que son sus compañeros. La finalidad de estos actos es irlos endureciendo cada vez más. Se les ha llegado a obligar a matar a alguien con palos y piedras, haciendo el acto de matar lo más cruel posible.

Todo ello contribuye a crear una sensación de alienación de estos niños respecto a su familia y su entorno anterior. Ellos entienden que, tras cometer estas agresiones, se han distanciado, a todos los niveles, de sus seres queridos. Pueden tener miedo de lo que pensarán de ellos si vuelven y este miedo puede llevarles a preferir quedarse donde están, antes que regresar a su hogar y ser etiquetados de asesinos. Se alejan de su identidad y de su sistema de valores previo para adentrarse en el del grupo armado. (Lorey, 2001). Algunos niños son tatuados en la frente y otras partes del cuerpo con las iniciales del grupo armado en el que han estado con la intención de dificultar su salida de éste y el regreso a su comunidad (Williamson, 2006).

## Método

### *Selección de los estudios*

Se seleccionaron aquellos estudios en inglés o español centrados en las consecuencias psicológicas de ser niños soldado y los programas de intervención sobre ellos incluyendo *Psycinfo*, *Medline* y *Scopus* de la Web of Science. Con la intención de cubrir la mayoría de artículos publicados en esta área, se realizó también una búsqueda manual a partir de las listas de referencias bibliográficas de los artículos más relevantes sobre el tema.

## Resultados

### *Efectos y consecuencias para la salud mental*

En comparación con la magnitud de la cuestión, el volumen de estudios que se ha llevado a cabo en cuanto a los efectos que pueden tener los conflictos bélicos sobre la salud mental de niños y niñas soldado todavía es escaso (Mendelsohn y Straker, 1998; Bayer, Klasen y Adam, 2007). Para una revisión del estado de salud mental en menores refugiados léase Lustig, Kia-Keating, Knight, Geltman, Ellis, Kinzie *et al.* (2004). Los primeros estudios con menores soldado se realizaron a partir de la II Guerra Mundial, no llevándose a cabo estudios más sistemáticos hasta los años 80 (Barenbaum *et al.*, 2004). Actualmente, siguen existiendo guerras en numerosos países, que siguen afectando a sus poblaciones. Según Graça Machel (1996), presidenta de la *Comisión de Estudios de las Naciones Unidas sobre el Impacto de los Conflictos Armados en la Infancia*, el impacto de los conflictos armados sobre la salud mental de los niños y niñas ha sido muy poco reconocido y muy poco abordado. El caos que provoca una guerra aumenta la dificultad de realizar estudios controlados en zonas de conflicto armado (Wessells, 1998).

Los menores soldado, por su parte, forman un subgrupo dentro de los niños que han vivido la guerra. Todos han presenciado la violencia y han padecido los efectos del conflicto bélico, pero los niños soldado han vivido una serie de experiencias muy distintas a las de los niños y niñas que no lo han sido. Además de sufrir una violación a sus derechos más básicos, los niños y niñas soldado también sufren consecuencias negativas a nivel psicológico y social que afectan a su desarrollo. En primer lugar, han sido partícipes activos de la violencia, con todo lo que ello puede implicar para las diversas áreas del desarrollo psicológico. Han perdido una parte importante de la educación y actividades propias de su edad; pueden sentir que se adhirieron de forma voluntaria al grupo armado, con los sentimientos de culpa que esto conlleva, si bien otros autores subrayan el compromiso ideológico con la causa como un factor de protección (Kanagaratnam, Ruandalen y Asbjornsen, 2005); es frecuente que hayan presenciado o cometido actos de violencia extrema, habituándose o desensibilizándose a niveles elevados de violencia; muchos, especialmente las niñas, han sufrido abusos y agresiones sexuales por parte de sus superiores y compañeros (Denov y Maclure, 2006; McCay, 1998); frecuentemente han consumido, e incluso pueden presentar adicción a sustancias tóxicas; han sufrido la pérdida y el desarraigo, entre otras situaciones (Wessells, 1997). Todas estas variables, ciertamente, tienen una gran influencia sobre el impacto que la guerra ha podido tener sobre su salud mental. En la tabla 2 pueden observarse los síntomas psicológicos más frecuentes encontrados en los estudios realizados con menores soldado, siguiendo la categorización de Achenbach (1992).

TABLA 2. PRINCIPALES CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS EN MENORES SOLDADO

<i>Efectos y consecuencias</i>	<i>Estudios</i>
Síntomatología internalizante	De Silva <i>et al.</i> (2001); Garbarino y Kolstehly (1996); Jablensky, Marsella, Ekblad, Jansson, Levi y Bornemann (1994); Peters y Richards (1998); Shaw (2003); Vizek-Vidovic, Kutero-vac-lagodic y Arambasic (2000).
Síntomas y trastornos depresivos	De Silva <i>et al.</i> (2001); Garbarino y Kolstehly (1996); Jablensky <i>et al.</i> (1994); Kohrt <i>et al.</i> (2008); Macksoud y Aber (1996); Mazurana <i>et al.</i> (2002); Medeiros (2007); Peters y Richards (1998); Shaw (2003); Vizek-Vidovic <i>et al.</i> (2000); Wessells (1997).
Sentimientos de pérdida y desarraigo	Kanagaratnam <i>et al.</i> (2005); Nader, Pynoos, Fairbanks, Al Ajcel y Al-Asfour (1993).
Sentimientos de culpa y vergüenza	Akello, Richters y Reis (2006); Boothby (2006); Chrobok y Akutu (2008); De Silva <i>et al.</i> (2001); Kanagaratnam <i>et al.</i> (2005); Mazurana <i>et al.</i> (2002); Stark (2006); Williamson (2006).
Síntomatología posttraumática: embotamiento emocional, hiperactivación psicofisiológica, síntomas intrusivos	Chaikin (2008); Chrobok y Akutu (2008); De Silva <i>et al.</i> (2001); Dyregrov, Gjestad y Raudalen (2002); Kanagaratnam <i>et al.</i> (2005); Mazurana <i>et al.</i> (2002); Peters y Richards (1998); Shaw (2003); Stein, Corner, Gardner y Kelleher (1999); Thabet y Vostanis (1999); Wessells (1997).
Trastorno por estrés posttraumático	Barenbaum <i>et al.</i> (2004); Bayer <i>et al.</i> (2007); Berman (2001); Derlyun <i>et al.</i> (2004); Dyregrov <i>et al.</i> (2002); Goldstein, Wampler y Wise (1997); Hadi y Labre (1998); Kohrt <i>et al.</i> (2008); Layne <i>et al.</i> , 2001; Nader <i>et al.</i> (1993); Shaw (2003); Vizek-Vidovic <i>et al.</i> (2000).
Síntomatología externalizante	Chaikin (2008); Garbarino y Kolstehly (1996); Jablensky <i>et al.</i> (1994); Medeiros (2007); Shaw (2003); Wessells (1997).

No existen datos fiables del estado de salud física de estos niños y niñas a nivel general, lo que dificulta enormemente la planificación de intervenciones médicas sobre este colectivo (Uppard, 2003). Los escasos estudios realizados con grupos de menores soldado constatan la elevada frecuencia de lesiones y heridas, más o menos graves, causadas por bombas, balas y otras armas, así como por múltiples enfermedades relacionadas con la malnutrición y el estado carencial que suelen presentar (Pearn, 2003; Wessells, 1997). En el caso de las niñas, la situación se agrava con embarazos a edades tempranas, enfermedades de transmisión sexual, infecciones, abortos, problemas de reproducción y lesiones y mutilaciones genitales (Mazurana, McCay, Carlson y Kasper, 2002; Uppard, 2003).

### ***Experiencias traumáticas y trastorno por estrés postraumático***

Los niños y niñas soldado han estado expuestos a un gran número de acontecimientos potencialmente traumáticos (criterio A1, DSM-IV-TR; APA 2002). La respuesta a dichos acontecimientos puede variar, según la naturaleza del estresor y el rol del niño ante el acontecimiento (Macksoud y Aber, 1996), así como teniendo en cuenta qué factores de protección y de riesgo influyen en cada niño y en su situación (Rutter, 1990).

Parece ser, no obstante, que la prevalencia de trastorno por estrés postraumático (TEPT) en niños y adolescentes expuestos a experiencias relacionadas con la guerra es elevada y oscila entre un 10% y un 90% (Layne *et al.*, 2001; Shaw, 2003). En un estudio realizado con una muestra de 71 ex niños soldado de Uganda, al completar la *Impact of Events Scale-Revised* (IES-R, Weiss y Marmar, 1997), el 97% de estos niños mostraron reacciones de estrés postraumático clínicamente significativas (Derluyn, Broekaert, Schuyten y Temmermann, 2004). En otro estudio, realizado con una muestra de 123 ex niñas soldado procedentes de tres centros de rehabilitación en Uganda, los resultados de la IES-R indicaron porcentajes similares (Amone-P'Olak, 2005). Un estudio reciente de Kohrt *et al.* (2008) examinó y comparó el estado de salud mental de ex niños soldado nepalíes con el de un grupo control de niños que también habían vivido el conflicto armado, pero no como niños soldado. Los autores concluyen que los niños soldado presentaban un peor estado de salud mental que el grupo control, especialmente las niñas, diferencia que persiste para el TEPT y depresión cuando se controla la variable de exposición a experiencias traumáticas.

Se observa, como síntomas postraumáticos más frecuentes en estos menores, la sintomatología intrusiva (Kanagaratnam *et al.*, 2005), con alucinaciones visuales y auditivas, así como los síntomas de hiperactivación y de evitación (Chrobok y Akutu, 2008).

Destaca, por otro lado, el elevado número de acontecimientos potencialmente traumáticos que experimentan estos niños (Bayer *et al.*, 2008), entre los que resaltan los diversos malos tratos a los que frecuentemente han sido sometidos, como el abuso emocional, la corrupción, el maltrato físico o el abuso sexual (De Silva, Hobbs y Hanks, 2001). Un acontecimiento potencialmente

traumático como es el abuso sexual se da con frecuencia y en un contexto de coacción violenta en niños y, especialmente, niñas soldado (Chrobok y Akutu, 2008; Uppard, 2003). A diferencia de las características del abuso sexual en países occidentales (Finkelhor y Browne, 1984), éste no suele darse en un contexto en que el abusador se ha ganado progresivamente la confianza del niño, sino en otro en el que el uso de la violencia es frecuente con las graves repercusiones que este tipo de abuso tiene sobre el desarrollo físico y psicológico del menor (Spaccarelli y Fuchs, 1997; Williams, 1993).

Independientemente de las condiciones vitales presentes y del paso del tiempo, si no hay una intervención psicológica, los síntomas de TEPT parecen persistir (Ehnholt y Yule, 2006). Sin embargo, el criterio que diversos autores apuntan como clave en niños y niñas soldado es el referente al malestar clínico significativo y al deterioro de la vida social, laboral y/o otras áreas importantes (APA, 2002), que debería guiar las intervenciones con este tipo de pacientes. Consideran que muchos niños y niñas se han reintegrado de forma exitosa gracias a intervenciones más holísticas, que abarcan a las comunidades y a las familias; intervenciones relacionadas con los recursos materiales, la educación y la salud física, más que las centradas en la salud mental de los niños de forma individual (Akello, Richters y Reis, 2006; Castelli, Locatelli y Canavera, 2005; Machel, 1996).

### ***Educación moral***

Al encontrarse inmersos en un contexto en el que predomina el uso de la violencia, el tipo de educación que reciben los niños soldado no es el más adecuado para su óptimo desarrollo e integración social. La situación se torna especialmente grave si ocurre en edades tempranas, puesto que destruye la habilidad del niño o niña de establecer vínculos de confianza básica en el ser humano (Dickson-Gómez, 2002).

El desarrollo moral de los menores soldado es una de las áreas en la que más se ha centrado la investigación sobre consecuencias psicológicas de la exposición a un conflicto bélico y la que parece quedar más afectada (Haskuka, Sunar, y Alp, 2008), si bien la investigación aún se encuentra en sus inicios y los estudios al respecto presentan conclusiones, a menudo, contradictorias (Boyden, 2003).

Las figuras de referencia del grupo armado suelen hacer uso de un estilo educativo extremadamente autoritario que puede conllevar problemas de conducta en los niños soldado cuando son desmovilizados y regresan a sus comunidades. Estos menores aprenden a base de refuerzos negativos, en un clima de incertidumbre que les lleva a percibir el entorno como lleno de amenazas para su integridad. No se encuentran en un entorno que propicie ni fomente la expresión de sus emociones; tampoco se ven apoyados y guiados en sus vivencias y sentimientos. Ya sea a través de mecanismos de socialización e imitación de modelos sociales, como de las repetidas frustraciones a la satisfacción de sus necesidades físicas y emocionales básicas, los niños soldado viven en un con-



texto que no propicia la autorregulación de impulsos agresivos y de la conducta violenta (Chrobok y Akutu, 2008).

Con todo, existe alguna evidencia de que los conceptos sociales y morales de los menores implicados en conflictos armados quedan preservados, y que los niños distinguen entre el uso de la violencia por causas justas y por causas injustas (Boothby y Knudsen, 2000); pero factores como el tiempo de permanencia en el grupo armado pueden influir en el autoconcepto de los menores pasando de verse como víctimas a identificarse con los captores.

### ***Intervención con menores soldado***

La rehabilitación psicológica y la reintegración social de los menores soldado es parte del proceso de reconciliación y reconstrucción de la sociedad, y una obligación, de acuerdo con el artículo 39 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Niños (United Nations, 1989).

Desde una perspectiva occidental, la intervención con menores soldado se encontraría más próxima al tratamiento del TEPT complejo, tal y como fue definido por Herman (1992), que al diagnóstico de TEPT. El trauma complejo se refiere a un tipo de acontecimiento potencialmente traumático que ocurre repetidamente y de manera acumulativa, abarcando un periodo de tiempo prolongado y un contexto de relación específico entre agresor y víctima. Estas características comportan que, además de la tríada de síntomas propia del TEPT, se den como sintomatología asociada: *a)* alteraciones en la capacidad de regular las emociones (sobre todo las de ira y autodestructivas); *b)* alteraciones de conciencia e identidad (especialmente aspectos disociativos); *c)* alteraciones en la autopercepción (como la culpa y la vergüenza); *d)* alteraciones en la percepción del agresor (pudiendo adoptar su sistema de creencias); *e)* trastornos de somatización; *f)* alteraciones en la percepción de los demás (dificultades para establecer relaciones de confianza e intimidad); y *g)* alteraciones en el sistema de creencias sobre el sentido de la vida (desesperanza y sentimientos de incomprensión). Courtois (2004) plantea la necesidad de abordar todas las dificultades presentes, no sólo las ligadas estrictamente a la tríada sintomática del TEPT, para que el tratamiento llegue a ser eficaz en este tipo de casos.

Sin embargo, en algunos trabajos se ha cuestionado y criticado la idea de transculturalidad del TEPT y de los tratamientos que provienen de la cultura occidental (Wessells y Monteiro, 2006), si bien en los diversos estudios realizados se observan síntomas en los niños soldado de diferentes países y conflictos que encajan en la definición de este trastorno (Summerfield, 1999). También ocurre que existen otros términos, propios de la cultura de los niños y niñas, que designan estos síntomas, solapándose unas veces más, y otras menos, con los criterios para el TEPT. Por ejemplo, en Mozambique, el término *npfuka* designa un conjunto de síntomas que incluyen pesadillas, reacciones violentas, ansiedad e hiperactivación. La creencia, no obstante, es que uno queda infectado o poseído de *npfuka* cuando ha matado a otra persona, ya que le invade el espíritu del muerto. Sólo se puede librar de él si, junto a su fami-

lia, se someten a un ritual de purificación y piden perdón al espíritu de la víctima (Boothby, 2006).

En su estudio, Machel (1996) advierte que, más allá del punto de vista individual, la forma en que los niños y sus comunidades afrontan y reaccionan ante los acontecimientos estresantes puede variar significativamente de una cultura a otra. A pesar de que algunos síntomas relacionados con el estrés pueden tener características universales, la manera en que las personas de distintas culturas los expresan y les otorgan significado depende en gran medida del contexto social, cultural, político y económico, en que están inmersas. Asimismo, el afrontamiento del malestar emocional se basa en los sistemas de creencias propios de cada grupo (Kimmel y Roby, 2007).

Son diversos los estudios que han demostrado que utilizar el diagnóstico de TEPT para todos los menores que provienen de zonas de combate no incluye la variedad de experiencias individuales que han podido vivir estos niños y niñas (Lustig *et al.*, 2004; Uppard, 2003; Wessells, 1998). Tanto la idea de que los niños soldado deben ser incluidos en una categoría de menores traumatizados, como la idea de que estos niños y niñas son resilientes y pueden salir indemnes de las experiencias vividas en la guerra, son visiones demasiado simplistas. Debe evitarse tanto la estigmatización y patologización general, sin tener en cuenta las vivencias personales de cada niño, como la falta de atención a las necesidades y al estado psicológico que éstos puedan presentar. Es importante, por tanto, poder realizar *screenings* que perfilen el estado emocional de los menores soldado, antes de querer implementar programas de intervención psicológica a todos ellos.

Un aspecto fundamental en la intervención con niños soldado es la evaluación del consumo de sustancias que se haya podido dar durante el tiempo que estuvieron con el grupo armado, así como la posibilidad de que exista algún tipo de patología asociada a este consumo (McConnan y Uppard, 2001). El uso de alcohol, cocaína, heroína, marihuana, anfetaminas y otros estimulantes es relativamente frecuente dentro de los grupos armados. Estas sustancias suelen utilizarse para desensibilizar a los niños respecto a la violencia y potenciar su uso (Lorey, 2001). Se ha constatado que el consumo de ciertas sustancias en edades tempranas puede dejar secuelas importantes que pueden dificultar en gran medida la readaptación de los niños a la vida normal, tanto a nivel cognitivo como social (McConnan y Uppard, 2001).

Destaca también la importancia que habitualmente se da al restablecimiento de la seguridad en el tratamiento a víctimas de sucesos traumáticos (Echeburúa, 2004), si bien en el caso de menores soldado este objetivo, básico, es en muchas ocasiones muy difícil de conseguir. Frecuentemente el conflicto armado no ha cesado por completo. En otros casos, poblados enteros han sido destruidos y los niños pasan a campos de refugiados. El peligro de volver a ser abducidos por grupos armados continúa. (Machel, 1996; UNICEF, 1997; Lorey, 2001; McConnan y Uppard, 2001; Barenbaum *et al.*, 2004).

Por otro lado, teniendo en cuenta la jerarquía de objetivos terapéuticos y en relación con la teoría de Maslow (1943, 1970), en el estudio de Machel (1996) se afirma que las principales necesidades de los niños y niñas son una

alimentación nutritiva, una atención médica y una educación adecuadas, un hogar y una familia que les proporcione seguridad y afecto. Algunos autores enfatizan que, habiendo tenido en cuenta estas necesidades básicas para mantener la vida, las siguientes a abordar en el caso de los niños y niñas soldado son de tipo social y educativo, antes de plantear una intervención de tipo psicológico (Machel, 1996; McConnan y Uppard, 2001; Summerfield, 1999). Por ejemplo, en el proceso de desarme, desmovilización y reintegración (DDR), McConnan y Uppard (2001) enumeran una serie de requisitos que deberían tenerse en cuenta para que este proceso se realice con el mayor éxito posible. Entre ellos mencionan aspectos relacionados con la evaluación del estado de salud y la provisión de servicios médicos necesarios, la provisión de alimentación, higiene y materiales básicos (ropa, calzado, etc.), el establecimiento de la seguridad de los niños y niñas, la búsqueda de familiares para la reunificación así como la reinserción en un sistema educativo y de formación profesional. En la mayoría de casos, una vez atendidas estas necesidades, una intervención de tipo psicológico ya no resulta necesaria, y deberá quedar reservada para aquellos casos que realmente precisen de ella.

Finalmente, para llegar a ser efectivo, el programa de intervención debe tener en cuenta el contexto cultural en que se implemente y la visión que se tiene de la salud mental y de los servicios de salud mental en cada comunidad, de modo que la realización del programa adquiere mayor complejidad. (Kimmel y Roby, 2007; Machel, 1996; Wessells, 1998). La reintegración del menor soldado en su entorno familiar y social es uno de los máximos objetivos a conseguir (Williamson, 2006), siendo la reconstrucción psicosocial una parte integral del tratamiento con estos niños y niñas. La recuperación a largo plazo del niño o niña va a depender, en gran parte, de la recuperación de su comunidad (Uppard, 2003; Wessells, 1998).

Por ejemplo, en un estudio cualitativo de Stark (2006) realizado en Sierra Leone, las ex niñas soldado entrevistadas habían pasado por un ritual de purificación a manos de un sanador local de su comunidad. Antes del ritual, las niñas habían sido rechazadas o ignoradas por sus familias y comunidad. Según su cultura, padecían "*noro*" lo que significa que su espíritu había sido contaminado por las experiencias que vivieron como niñas soldado. Tras el ritual de purificación, fueron aceptadas de nuevo en sus comunidades produciéndose una reconciliación con sus miembros. Además, las niñas informaron de una mejora en su estado emocional, debido en gran parte a esta reconciliación y aceptación en sus comunidades. Incluir en la intervención los aspectos propios de cada cultura puede fomentar y facilitar el proceso de mejoría. No obstante, la autora apunta que, si bien se han dado mejoras en las vidas de estas niñas, no se dispone de estudios longitudinales que valoren la eficacia a largo plazo de los métodos tradicionales, como los rituales de purificación mencionados (Stark, 2006).

Otros estudios apuntan también hacia la eficacia del uso de ceremonias tradicionales y rituales de purificación en cuanto a la reintegración de los niños soldado en sus comunidades de origen (Wessells, 1998; Williamson, 2006). Argumentan que, parte de la mejoría, se debe al cambio en la percep-

ción que tienen los familiares y miembros de la comunidad de los niños soldado, así como éstos de sí mismos. Dejan de verse como soldados o agresores para verse, nuevamente, como niños (Honwana, 1997; Williamson, 2006; Boothby, 2006).

Este tipo de rituales de purificación y cicatrización deben ser considerados en los programas de intervención puesto que una de las consecuencias negativas más frecuente que deben afrontar los niños y niñas soldado es el rechazo de su comunidad, cuando regresan a su población de origen (Stark, 2006; Veale y Stavrou, 2007). Restaurar la normalidad mediante la implicación del menor en la vida familiar y comunitaria con actividades estructuradas como la escuela o la participación en juegos y actividades deportivas, es uno de los aspectos integrales de la intervención (Machel, 1996; Kimmel y Roby, 2007).

Los escasos estudios realizados sobre resiliencia y factores de protección en menores soldado constatan que, gran parte de ellos, consiguen convertirse en adultos productivos, capaces, comprensivos y humanitarios, si bien nunca dejan de sentirse del todo libres de su pasado (Boothby, 2006; Williamson, 2006). Variables como el sentimiento de control, la inteligencia emocional, la empatía y la regulación del afecto, la conexión con la comunidad y la disponibilidad de adultos cuidadores, la proyección en el futuro, y valores como la espiritualidad y la moralidad, parecen proteger a estos niños y niñas frente a los horrores que han vivido (Cortes y Buchanan, 2007).

El estudio de MacMullin y Loughry (2004) sobre las consecuencias negativas de la guerra en el desarrollo psicosocial de los menores soldado avala el efecto beneficioso de los programas de intervención en el estado de estos niños y niñas, si bien, por otra parte, confirma el desconocimiento sobre qué aspectos concretos de cada programa están contribuyendo a la mejoría o en qué medida lo hacen, siendo necesarios otros estudios que examinen esta cuestión.

## Discusión

La realidad de los niños y niñas soldado sigue siendo dramática a nivel internacional. La propia complejidad de la temática impulsa a cuestionarse las ideas que surgen, así como los métodos tradicionales dentro del ámbito de la psicología clínica occidental. Sin embargo, es necesario analizar desde una perspectiva objetiva aquello que, según los estudios y conocimientos disponibles, debería hacerse para ayudar a estos niños, más allá de lo que se está llevando a cabo actualmente con los recursos de los que se dispone en estos momentos.

Por un lado, las políticas de intervención vigentes respaldan que los menores regresen lo antes posible a sus familias y comunidades y, por tanto, permanezcan el menor tiempo posible en los centros de acogida (Machel, 1996; Castelli, *et al.*, 2005; Williamson, 2006). Es indispensable que los niños dispongan de recursos, tanto a nivel interno y personal, como a nivel externo y comunitario, para poder afrontar la situación a la que regresan y prevenir que vuelvan a unirse al grupo armado.

Desafortunadamente, la importancia del restablecimiento de la seguridad y el énfasis en que ahora están seguros, no puede hacerse de forma demasiado marcada, pues en ocasiones no coincide con la realidad si continúa la situación de conflicto en el país (McConnan y Uppard, 2001). Esta falta de seguridad real con la que hay que trabajar puede dificultar el proceso de curación de estos niños y niñas, en mayor medida en aquellos países en los que siguen existiendo conflictos armados.

Otro punto clave, como ya se ha mencionado, es el de la cultura. Es indispensable que se pueda contextualizar, tanto como sea posible, el programa de intervención en la cultura de los niños con los que se va a trabajar (Machel, 1996; Wessells, 1998). Deben incluirse en la intervención desde aspectos más sencillos, como puede ser el uso de canciones y narraciones tradicionales, hasta aspectos complejos como sus creencias, costumbres y ritos relacionados con la vida y la muerte, la culpa, el sentido de la vida y la visión del ser humano en su entorno. Sin embargo, tampoco es aconsejable anteponer cualquier aspecto cultural, por el mero hecho de serlo, al bienestar y la salud de los niños y niñas. Por ejemplo, puede que los rituales de purificación que se llevan a cabo en algunos contextos culturales sirvan para que la comunidad acepte el retorno del niño soldado y para que éste deje de sentir tanta culpa (Stark, 2006). No obstante, es posible que continúe presentando sintomatología post-traumática que le perjudique en su vida cotidiana y le cause sufrimiento. La desconfianza hacia otras personas, tras haber padecido repetidos abusos sexuales, o el secuestro y el maltrato, puede no desaparecer tras un ritual de purificación. Del mismo modo, el autocontrol de las emociones y los impulsos puede requerir de un entrenamiento específico. Puede que, tras regresar a su familia, ser bienvenido, y reincorporarse a la vida cotidiana, persistan la falta de control y la agresividad o irritabilidad del niño, que pueden ser difíciles de manejar por la familia y conllevar un nuevo rechazo. En este sentido, la combinación de aspectos de la tradición cultural con aspectos de la psicología empírica podría aumentar la eficacia de la intervención. Una propuesta sería el intentar combinar el regreso a la vida normal del menor, con sus familiares, asistiendo a la escuela, relacionándose con otros niños, con la atención psicológica que fuera necesaria y beneficiosa para ellos (Williamson, 2006).

En síntesis, la atención psicológica a menores soldado, por supuesto enmarcada en un contexto de intervención psicosocial comunitaria más amplia, es un área de intervención compleja y, al mismo tiempo, muy necesaria. En tareas y proyectos menos urgentes, menos importantes y menos humanitarios se han invertido grandes cantidades de esfuerzo, energía y recursos económicos. Se hace necesario invertir tanto también en estos niños y niñas, aunque no sea para nuestro propio beneficio personal directo. Los miles de menores de todo el mundo cuyos derechos han sido violados por adultos que los utilizan para luchar en sus guerras merecen recibir el apoyo necesario para regresar a la vida que deberían tener a su edad. La conciencia de responsabilidad global parece ser algo que todavía se encuentra en estado embrionario, aun encontrándonos plenamente en la era de la globalización.

## REFERENCIAS

- Achenbach, T. M. (1992). New developments in multiaxial empirically based assessment of child and adolescent psychopathology. En J. C. Rosen & P. McReynolds (Eds.), *Advances in psychological assessment* (Vol. 8, pp. 75–102). New York: Plenum.
- Akello, G., Richters, A. & Reis, R. (2006). Reintegration of former child soldiers in northern Uganda: Coming to terms with children's agency and accountability. *Intervention, 4*, 229-243.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4<sup>a</sup> ed. texto revisado). Barcelona: Masson.
- Amone-P'Olak, K. (2005). Psychological impact of war and sexual abuse on adolescent girls in Northern Uganda. *Intervention, 3*, 33-45.
- Barenbaum, J., Ruchkin, V. & Schwab-Stone, M. (2004). The psychosocial aspects of children exposed to war: Practice and policy initiatives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*, 41-62.
- Bayer, C. P., Klasen, F. & Adam, H. (2007). Association of trauma and PTSD symptoms with openness to reconciliation and feelings of revenge among former Ugandan and Congolese child soldiers. *JAMA, 298*, 555-559.
- Berman, H. (2001). Children and war: Current understandings and future directions'. *Public Health Nursing, 18*, 243-251.
- Boothby, N. (2006). What happens when child soldiers grow up? The Mozambique case study. *Intervention, 4*, 244-259.
- Boothby, N. & Knudsen, C. (2000). Children of the gun. *Scientific American, 282*, 60-66.
- Boyden, J. (2003). The moral development of child soldiers: What do adults have to fear? *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology, 9*, 343-362.
- Castelli, L., Locatelli, E. & Canavera, M. (2005). *Psycho-social support for war affected children in Northern Uganda: Lessons learned*. London: Coalition to Stop the Use of Child Soldiers.
- Chrobok, V. & Akutu, A.S. (2008). *Returning home: Children's perspectives on reintegration. A case study of children abducted by the Lord's Resistance Army in Teso, Western Uganda*. London: Coalition to Stop the Use of Child Soldiers.
- Cortes, L. & Buchanan, M. J. (2007). The experience of Colombian child soldiers from a resilience perspective. *International Journal for the Advancement of Counselling, 29*, 43–55.
- Courtois, C. A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41*, 412-425.
- Denov, M. & Maclure, R. (2007). Turning and epiphanies: Militarization, life histories, and making and unmaking of two child soldiers in Sierra Leone. *Journal of Youth Studies, 10*, 243-261.
- Derluyn, I., Broekaert, E., Schuyten, G. & Temmerman, E. D. (2004). Post-traumatic stress in former Ugandan child soldiers. *Lancet, 363*, 861-863.
- De Silva, D. G. H., Hobbs, C. J. & Hanks, H. (2001). Conscripted of children in armed conflict - a form of child abuse. A study of 19 former child soldiers. *Child Abuse Review, 10*, 125–34.
- Dickson-Gómez, J. (2002). Growing up in Guerrilla camps: The long-term impact of being a child soldier in El Salvador's civil war. *Ethos, 30*, 327-356.
- Dyregrov, A., Gjestad, R. & Raundalen, M. (2002). Children exposed to warfare. A longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress, 15*, 59–68.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Pirámide.
- Ehnholt, K. & Yule, W. (2006). Practitioner review: Assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war-related trauma. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*, 1197–1210.
- Finkelhor, D. & Hotaling, G. T. (1984). Sexual abuse in the National Incidence Study of Child Abuse and neglect: An appraisal. *Child Abuse & Neglect, 8*, 23-33.
- Garbarino, J. & Kostelny, K. (1996). What do we need to know to understand children in war and community violence? En B. Simon (Ed.), *Minefields in their hearts: The mental health of children in war and communal violence* (pp. 33–51). New Haven, CT: Yale University Press.
- Goldstein, R. D., Wampler, N. S. & Wise, P. H. (1997). War experiences and distress symptoms of Bosnian children. *Pediatrics, 100*, 873-878.
- 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.
- Haskuka, M., Sunar, D. & Alp, I. E. (2008). War exposure, attachment style, and moral reasoning. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 39*, 381–401.
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Honwana, A. M. (1997). Healing for peace: Traditional healers and post-war reconstruction in Southern Mozambique. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology, 3*, 293-306.
- Jablensky, A., Marsella, A. J., Ekblad, S., Jansson, B., Levi, L. & Bornemann, T. (1994). Refugee mental health and well-being: conclusions and recommendations. En J. Orley (Ed.), *Amidst Peril and Pain: The Mental*

- Health and Well-Being of the World's Refugees* (pp. 327-339). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kanagaratnam, P., Ruandalen, M. & Asbjornsen, A. E. (2005). Ideological commitment and posttraumatic stress in former Tamil child soldiers. *Scandinavian Journal of Psychology*, 46, 511-520.
- Kimmel, C. E. & Roby, J. L. (2007). Institutionalized child abuse: The use of child soldiers. *International Social Work*, 50, 740-754.
- Kohrt, B. A., Jordans, M. J. D., Tol, W. A., Speckman, R. A., Maharjan, S. M., Worthman, C. M. & Komproe, I. H. (2008). Comparison of mental health between former child soldiers and children never conscripted by armed groups in Nepal. *JAMA*, 300, 691-702.
- Layne, C. M., Pynoos, R. S., Saltzman, W. S., Arslanagic, B., Black, M., Savjak, N., Popovic, T., Durakovic, E., Campara, N., Djapo, N., Ryan, H. & Music, M. (2001). Trauma/grief-focused group psychotherapy: School-based postwar intervention with traumatized Bosnian Adolescents. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 5, 277-290.
- Lorey, M. (2001). *Child Soldiers: Care and protection of children in emergencies. A field guide*. Washington DC: Save the Children.
- Lustig, S. L., Kia-Keating, M., Knight, W. G., Geltman, P., Ellis, H., Kinzie, J. D., Keane, T. & Saxe, G. N. (2004). Review of child and adolescent refugee mental health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 24-36.
- MacMullin, C. & Loughry, M. (2004). Investigating psychosocial adjustment of former child soldiers in Sierra Leone and Uganda. *Journal of Refugee Studies*, 17, 460-472.
- Machel, G. (1996). *Impact of armed conflict on children*. New York, NY: United Nations.
- Macksoud, M. S. & Aber, J. L. (1996). The War experiences and psychological development of children in Lebanon. *Child Development*, 67, 70-88.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50 (4), 370-96.
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and personality*. New York: Harper and Row.
- Mazurana, D. E., McKay, S. A., Carlson, K. C. & Kasper, J. C. (2002). Girls in fighting forces and groups: Their recruitment, participation, demobilization, and reintegration. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 8, 97-123.
- McCay, S. (1998). The effects of armed conflict on girls and women. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 4, 381-392.
- 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.
- Medeiros, E. (2007). Integrating mental health into post-conflict rehabilitation: The case of Sierra Leonean and Liberian 'child soldiers'. *Journal of Health Psychology*, 12, 498-504.
- Mendelsohn, M. & Straker, G. (1998). Child soldiers: Psychosocial implications of the Graça Machel/ UN Study. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 4, 399-413.
- Nader, K., Pynoos, R., Fairbanks, L., 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.
- Pearn, J. (2003). Children and war. *Journal of Paediatric Child Health*, 39, 166-172.
- Peters, K. & Richards, P. (1998). Fighting with open eyes: youth combatants talking about war in Sierra Leone. En C. Petty (Ed.), *Rethinking the trauma of war* (pp. 76-111). London: Free Association Books.
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. En J. Rolf, A. N. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein & S. Weintraub. *Risk and protective factors in development of psychopathology* (pp. 179-304). Cambridge: University Press.
- Shaw, J. A. (2003). Children exposed to war/terrorism. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6, 237-246.
- Spaccarelli, S. & Fuchs, C. (1997). Variability in symptom expression among sexually abused girls: Developing multivariate models. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26, 24-35.
- Stark, L. (2006). Cleansing the wounds of war: An examination of traditional trauma healing, psychosocial health and reintegration in Sierra Leone. *Intervention*, 4, 206-218.
- 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.
- Summerfield, D. (1999). A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war-affected areas. *Social Sciences & Medicine*, 48, 1449-1462.
- Thabet, A. & Vostanis, P. (1999). Post-traumatic stress reactions in children at war. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 385-391.
- UNICEF (1997). *Cape town principles and best practices on the recruitment of children into the armed forces and on demobilization and social reintegration of child soldiers in africa*. Disponible en: [http://www.unicef.org/emerg/files/Cape\\_Town\\_Principles\(1\).pdf](http://www.unicef.org/emerg/files/Cape_Town_Principles(1).pdf)
- UNICEF (2002). *Adult wars, child soldiers: Voices of children involved in armed conflict in the East Asia and Pacific region*. Bangkok: UNICEF, Eastern and Southern Africa Regional Office.

- United Nations (1989). *Convention on the Rights of the Child*. Disponible en: <http://www.unhcr.ch/html/menu3/b/k2crc.htm> (acceso 2 febrero 2009).
- United Nations (2000). *Optional protocol to the Convention on the Rights of the Child on the Involvement of Children in Armed Conflict*. Disponible en: <http://www.un.org/children/conflict/keydocuments/english/crcop/ptionalproto19.html> (acceso 2 febrero 2009).
- Uppard, S. (2003). Child soldiers and children associated with the fighting forces. *Medicine, Conflict and Survival*, 19, 121-127.
- Veale, A. & Stavrou, A. (2007). Former Lord's Resistance Army child soldier abductees: Explorations of identity in reintegration and reconciliation. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 13, 273-292.
- Vizek-Vidovic, V., Kuterovac-Jagodic, G., & Arambasic, L. (2000). *Scandinavian Journal of Psychology*, 41, 297-306.
- Weiss, D. W. & Marmar, C. R. (1997). The impact of event scale- revised. En J.P. Wilson & T. Keane, (Eds), *Assessing Psychological Trauma and PTSD: A Handbook for Practitioners*. New York, NY: Guildford.
- Wessells, M. G. (1997). Armed conflict and children's rights. *American Psychologist*, 52, 1385-1386.
- Wessells, M. G. (1998). Children, armed conflict, and peace. *Journal of Peace Research*, 35, 635-646.
- Wessells, M. G. & Monteiro, C. (2006). Psychosocial assistance for youth: Toward reconstruction for peace in Angola. *Journal of Social Issues*, 62, 121-139.
- Williams, M. B. (1993). Assessing the traumatic impact of child sexual abuse: What makes it more severe? *Journal of Child Sexual Abuse*, 2, 41-59.
- Williamson, J. (2006). The disarmament, demobilization and reintegration of child soldiers: Social and psychological transformation in Sierra Leone. *Intervention*, 4, 185-205.