

Menores Víctimas del Terrorismo: Una Aproximación desde la Victimología del Desarrollo

Minors Victims of Terrorism: An Approach from Growth Victimology

Noemí Pereda
Universitat de Barcelona, España

Resumen. El impacto psicológico del terrorismo en los menores constituye un problema de salud pública sobre el que existe escasa investigación en nuestro país. Tras el reciente abandono de las armas por parte del grupo terrorista más violento en España, el presente artículo revisa los efectos del terrorismo en menores, en base a las publicaciones nacionales e internacionales al respecto. El impacto psicológico del terror es, en gran parte de los casos, y en función de determinadas variables que configuran la capacidad de resiliencia en estos niños y niñas, no generalizado y transitorio, a pesar de que la asistencia a menores por parte de especialistas en salud mental tras un atentado es escasa. Son necesarios profesionales formados en victimología del desarrollo que sepan reconocer los síntomas asociados a estas experiencias y los dañinos efectos físicos, psicológicos y sociales que pueden conllevar para un grupo significativo de niños y niñas.

Palabras clave: victimología, menores, terrorismo, victimización, desarrollo.

Abstract. Even though children and young people are targets with a high risk of vulnerability to interpersonal victimization and their negative consequences, research on the psychological impact of terrorism on children has not been a topic of interest in Spain. After the permanent and general cease-fire by the most violent terrorist group in Spain, the present article reviews the literature on children's victims of terrorism. International literature has shown that the impact of terror is, in most of the cases, and depending on certain variables, not generalized and transient for children. Individual's resiliency is a factor that should be kept in mind. However, the assistance provided to children from mental health specialists after an attack is scarce and trained professionals in the field of developmental victimology are needed, who be able to recognize the physical, psychological and social adverse effects associated with these experiences for a small but significant group of children.

Keywords: victimology, children, terrorism, victimization, development.

Introducción a la victimología del desarrollo: cuando las víctimas son niños y niñas

Uno de los problemas de salud pública más graves a los que debe enfrentarse la sociedad es cómo abordar los efectos traumáticos de la victimización

en sus miembros más vulnerables; estos son niños, niñas y adolescentes (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano, 2002). A pesar de los intentos internacionales de proteger a los menores, mediante el desarrollo de normas y convenios como la Convención de los Derechos de los Niños de las Naciones Unidas de 1989, ratificada por España en 1991, la infancia sigue encontrándose en situación de especial riesgo ante acontecimientos de victimización interpersonal.

La correspondencia correspondencia sobre este artículo debe enviarse a la autora al e-mail: npereda@ub.edu

Importantes trabajos han mostrado la elevada prevalencia de victimización infantil en la sociedad actual (Finkelhor, Turner, Ormrod y Hamby, 2009), existiendo una preocupación cada vez más insistente sobre la infancia y su calidad de vida. En los últimos años se ha producido un creciente interés por este tema, constatándose en un notable incremento de los estudios (Kendall-Tackett y Giacomoni, 2005) y dando lugar a un nuevo campo de trabajo denominado victimología infanto-juvenil o victimología del desarrollo.

La victimología del desarrollo (Finkelhor, 2007) defiende que los niños y niñas sufren la misma victimización que los adultos pero, a su vez, se encuentran en una posición de mayor riesgo para la vivencia, directa o indirecta, de otras muchas victimizaciones (Williams, 2007) vinculadas, principalmente a su nivel de dependencia del adulto, lo que lleva a considerarlos el grupo de edad más vulnerable en el ámbito de la victimología.

El menor sería, lo que podría denominarse, según la clasificación de tipos de víctimas de Mendelsohn, una víctima totalmente inocente o ideal, caracterizada por altos o absolutos niveles de inconsciencia respecto a la victimización (Herrera Moreno, 2006), lo que tendrá importantes implicaciones en las consecuencias psicológicas que puedan derivarse de ésta.

El terrorismo como forma de victimización interpersonal

Desde una perspectiva victimológica, y basándonos en la definición de Finkelhor (2007), los actos terroristas pueden ser considerados una forma de *victimización interpersonal*, en los que se causa daño o perjuicio a una persona por el comportamiento contrario a las normas sociales de otra persona o grupo de personas. Siguiendo a este autor, este tipo de actos presentan un enorme potencial traumatogénico debido a las variables que interactúan en la situación, como son la malevolencia del acto (*malevolence*), el sentimiento de traición por parte de otro ser humano (*betrayal*), la injusticia del acto en sí mismo (*injustice*) y el hecho que lo acontecido vaya en contra de las normas morales socialmente establecidas (*immorality*).

Son escasos los estudios centrados en los efectos específicos del terrorismo en menores y suelen llevarse a cabo conjuntamente con aquellos que residen en comunidades en guerra (Joshi y O'Donnell, 2003). Si bien ambos son actos de violencia perpetrados por seres humanos, y algunos autores consideran que sus consecuencias son las mismas (Myers-Walls, 2004), el terrorismo y la guerra presentan características distintas que pueden conllevar consecuencias diferentes en los menores afectados (Caffo, Forresi y Lievers, 2005). En este sentido, el terrorismo utiliza la violencia como método para influir, persuadir o intimidar, pretendiendo extenderse más allá de los directamente afectados; las víctimas son seleccionadas por su máximo valor propagandístico, ya sea por su relevancia en el grupo social contra el que el grupo terrorista actúa (*focused terrorism*) o por ser individuos no relacionados directamente con sus intereses (*indiscriminate terrorism*); se usan tácticas militares no convencionales, como los ataques por sorpresa (*sneak attacks*) o la selección específica de objetivos inocentes, como son niños y niñas; finalmente, los miembros de los grupos terroristas presentan una absoluta lealtad a su organización, que les lleva a no plantearse las consecuencias de sus actos o a justificarlos como necesarios (Hills, 2002).

Desde el ámbito victimológico, el terrorismo combina dos amenazas para el individuo que generan profundos sentimientos de inseguridad y terror, y que permiten diferenciarlo de otros acontecimientos de violencia interpersonal, como son el hecho que sean actos de violencia intencionada y dirigida hacia la comunidad, con los consecuentes daños que pueda generar, y, a su vez, violencia al azar, inesperada y que puede acontecer en cualquier momento, por lo que puede afectarle a sí mismo y a su familia (Pine, Costello y Masten, 2005). De este modo, tanto las personas que se encuentran físicamente presentes en el atentado, como la comunidad más amplia en la que se produce éste, son víctimas del terror.

Dentro del área de la victimología del desarrollo, los niños, niñas y jóvenes se encuentran expuestos al terrorismo de distintas formas que incluyen la exposición directa, como es ser víctima de un atentado terrorista o residir en una zona en la que se producen

éstos; la exposición interpersonal, como perder a un ser querido o conocido en un atentado –los denominados familiares de víctimas por Baca, Cabanas y Baca-García (2003)–; la exposición a través de los medios de comunicación, siendo testigos de los actos terroristas o de sus devastadoras consecuencias a través de la televisión u otros medios; y la exposición al clima de amenaza, expectación y alerta o *secondhand terrorism* que deriva de estos actos en la comunidad del menor, en su escuela y en su propia familia y que puede llegar a generar o exacerbar un amplio espectro de consecuencias psicológicas adversas para su desarrollo (Comer y Kendall, 2007).

Consecuencias del terrorismo en menores: más allá del trastorno por estrés postraumático

El impacto que sobre los niños, niñas y jóvenes tiene la victimización interpersonal y, dentro de ésta, los actos terroristas, es mucho mayor que sus efectos inmediatos y visibles, afectando no solamente al menor y a sus relaciones con su familia, sino también a la sociedad en su conjunto (Finkelhor, 2007).

Los niños y niñas son particularmente vulnerables a la violencia y a los efectos derivados de ésta, dado su estatus único de individuo en proceso de crecimiento y desarrollo. En este sentido, el impacto psicológico del terrorismo en los menores constituye un problema de salud pública sobre el que existe escasa investigación en nuestro país, si bien España presenta una larga historia de violencia terrorista destacando, por el elevado número de muertos y heridos que han provocado, los múltiples atentados llevados a cabo por ETA desde los años setenta y el atentado en Madrid por Al Qaeda, el 11 de marzo de 2004. A nivel internacional, los estudios llevados a cabo a este respecto son anecdóticos hasta finales de los años noventa, no constituyéndose un área que suscitara interés por parte de los profesionales de la victimología hasta épocas muy recientes (Comer y Kendall, 2007).

Sin embargo, los niños y niñas víctimas de atentados terroristas presentan un elevado riesgo de desarrollar graves consecuencias psicológicas y sociales, que pueden perdurar a lo largo de su desarrollo

(Freemont, 2004), siendo el trastorno por estrés postraumático una de estas consecuencias psicológicas, quizás la más frecuentemente estudiada, en menores víctimas de violencia interpersonal en general y de atentados terroristas en particular.

En la actualidad, para diagnosticar este trastorno, se requiere de un suceso precipitante, conceptualizado como “un acontecimiento estresante y extremadamente traumático” (DSM-IV; APA, 1994) que incluye hechos que no tienen por que haber sido experimentados por el individuo directamente, pero que deben producir reacciones emocionales intensas; y de la presencia de unos síntomas específicos, que suelen aparecer en los tres primeros meses tras la exposición al suceso y que incluyen tres áreas principales, como son (a) la reexperimentación persistente del acontecimiento, a través de imágenes y pensamientos intrusivos y recurrentes, flashbacks y alucinaciones, respuestas fisiológicas ante estímulos que recuerdan el acontecimiento, sueños y pesadillas, entre otros; (b) la evitación conductual y cognitiva de aquellos estímulos asociados al acontecimiento traumático y/o el embotamiento-paralización de la reactividad general del individuo; así como (c) la hiperactivación psicofisiológica, con dificultades para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad y ataques de ira, un estado de alerta constante y respuestas exageradas de sobresalto, entre otros.

De este modo, se acepta que niños, niñas y adolescentes pueden también vivir este tipo de experiencias traumáticas, ya sea directa o indirectamente, y desarrollar la tríada de síntomas característicos del trastorno. Sin embargo, los profesionales refieren que el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático sigue estando demasiado centrado en los adultos y abogan por unos criterios diferenciales, cuando se aplique a menores, entre los que destaca la propuesta de Scheeringa, Zeanah, Myers y Putnam (2003), sensible a las diferencias en función de los estadios del desarrollo y más centrada en la observación de la conducta del menor que en la descripción verbal del suceso que haga éste. La investigación ha demostrado que los niños y niñas suelen presentar síntomas ligeramente distintos a los que manifiestan los adultos, especialmente los preescolares, como son conductas regresivas y somatizaciones -con una mayor dependencia del adulto, dificultando

tades para conciliar el sueño, trastornos de la alimentación-, conductas agresivas -irritabilidad, rabietas, conductas oposicionistas y destructivas-, pesadillas y terrores nocturnos, sentimiento de culpa, así como la representación repetitiva del acontecimiento traumático, mediante juegos y dibujos (Tareen, Garralda y Hodes, 2007).

Los estudios sobre prevalencia de trastorno por estrés postraumático son escasos en población infantil y adolescente, si bien la presencia de sintomatología postraumática suele situarse entre un 25 y un 60% de los menores víctimas de acontecimientos violentos (véase la revisión de Yule, 2001), lo que puede considerarse una minoría substancial; mientras se establece que un 5% de aquellos niños y niñas expuestos a actos terroristas como el de la Escuela Número 1 de Beslan, en Rusia, presentarán síntomas postraumáticos crónicos (Parfitt, 2004).

Sin embargo, algunos autores han abogado por ir más allá del trastorno por estrés postraumático y tomar una perspectiva amplia respecto a las consecuencias psicológicas asociadas con los actos de violencia terrorista (Engdahl, 2005). Se considera que para evaluar de forma adecuada el impacto del terrorismo en el funcionamiento psicosocial de los menores no sólo hay que centrarse en la sintomatología que puede presentar éste, sino en los cambios que se hayan producido en su funcionamiento y en el del contexto más general en el que se desarrolla (La Greca, 2007). Se ha constatado que la exposición de los menores a estos actos puede generar problemas en su funcionamiento cotidiano, como el ámbito académico o la relación con sus iguales, si bien las investigaciones al respecto son prácticamente inexistentes (Comer y Kendall, 2007).

Desde el ámbito de la psicopatología del desarrollo, los resultados de diversos estudios sugieren que la vivencia de una experiencia fuertemente estresante, como es en este caso un acto terrorista, en la infancia, un período de alta plasticidad neuronal, provoca disregulaciones en el desarrollo neurofisiológico cerebral, lo que, a su vez, parece conllevar problemas de relación, disregulación del estado de ánimo y la conducta, así como múltiples problemas sociales y emocionales en etapas posteriores (Putnam, 2006).

Cabe añadir que la exposición a la violencia terrorista en los niños, niñas y adolescentes puede

suponer graves consecuencias psicosociales a largo plazo. Ante un acto terrorista, el individuo debe asumir que es vulnerable, que se encuentra en riesgo y que sus supuestos básicos sobre el mundo y sobre sí mismo son erróneos (Halpern-Felsher y Millstein, 2002), caracterizándose a partir de ese momento por un componente de pesimismo e incertidumbre (García, 2008). En un niño o niña, cuyas estructuras básicas de la personalidad y su visión del mundo están construyéndose, este tipo de consecuencias pueden llegar a ser devastadoras. Se hacen patentes problemas cognitivos, con ideas distorsionadas sobre lo ocurrido, culpa, vergüenza, inseguridad, indefensión, o pérdida de confianza en el futuro, entre otros (Cohen y Mannarino, 2008). Otros trabajos han observado que los menores expuestos al terrorismo, ya sea de forma directa o indirecta, también desarrollan actitudes negativas e intolerantes hacia determinados grupos y una mayor aceptación de la violencia como forma de relación, que posteriormente van a ser muy difíciles de erradicar (Comer y Kendall, 2007). Cuando el terrorismo es una constante en el entorno en el que crece el menor, éste acaba incorporando la violencia no sólo como una forma de solucionar los problemas, sino como la única forma de protegerse a sí mismo y a los que quiere de los ataques del exterior. En estos casos, la familia y la educación escolar son decisivos para romper este patrón o perpetuarlo (De la Corte, Kruglanski, De Miguel, Sabucedo y Díaz 2008).

Diversos autores han llevado a cabo revisiones teóricas sobre las consecuencias psicológicas de la violencia en los menores, afirmando que ninguna etapa del desarrollo se encuentra protegida de la afectación de acontecimientos de violencia como el terrorismo (véase, por ejemplo, Alkhatib, Regan y Barrett, 2007).

Factores de vulnerabilidad y compensación en menores expuestos al terror

No obstante, no todos los menores presentan sintomatología psicopatológica, o una afectación en su funcionamiento habitual, tras la vivencia de un atentado terrorista, demostrando la investigación que una gran parte se recupera rápidamente de estas experiencias traumáticas (Pine y Cohen, 2002) y

que únicamente algunos de ellos presentarán problemas psicológicos a largo plazo (Yehuda y Hyman, 2005).

En este sentido, la relación entre la experiencia de victimización terrorista en la infancia y el desarrollo de trastornos psiquiátricos no parece ser directa, abriéndose la investigación de los últimos años al concepto de *resiliencia* o resistencia al estrés (Masten, 2001). La presencia o ausencia de ciertas variables, no únicamente relacionadas con las características objetivas de la experiencia de violencia sino también con factores individuales y psicosociales, de manera consistente, facilitarían la aparición de trastornos psicopatológicos en situaciones de estrés; mientras que la presencia o ausencia de otras variables minimizaría o anularía los posibles efectos psicológicos relacionados con esa situación y proporcionaría al individuo la capacidad de resistencia frente a ese estresor (Rutter, 2007).

En general, como factores de vulnerabilidad asociados al contexto de violencia terrorista, los diversos trabajos han destacado la proximidad física y el nivel y duración de la exposición del menor al terror, así como la falta de recursos sociales y materiales para responder a las consecuencias derivadas de éste (Murphy, 2010); la presencia de heridas en el menor o en sus familiares (Pine y Cohen, 2002); la respuesta de los cuidadores principales al atentado (Pfefferbaum et al., 2005); o la pérdida de un ser querido (Hoven et al., 2009).

En relación al menor, algunos de los estudios han analizado qué variables aumentan el riesgo de psicopatología posterior a un ataque terrorista destacando, por su relevancia, la experiencia previa de acontecimientos traumáticos (e.g., Hoven et al., 2005; Wu et al., 2006). El concepto de polivictimización o experiencia de victimizaciones múltiples en la vida del menor (Finkelhor, Ormrod y Turner, 2007), cobra especial importancia para los profesionales que atiendan a estos niños, niñas y jóvenes. A su vez, la vivencia de violencia terrorista se convierte, en sí misma, en un factor de riesgo para el desarrollo posterior de psicopatología en el menor, al experimentar éste otros acontecimientos estresantes o traumáticos (Yehuda y Hyman, 2005). Por ejemplo, la existencia de una situación de estrés, derivada de una relación conflictiva con los padres, tras el atentado

del 11 de septiembre de 2001 en Nueva York incrementa el riesgo de trastorno por estrés posttraumático, un año después del atentado (Gil-Rivas, Holman y Silver, 2004). Lo cierto es que la vivencia de diferentes acontecimientos traumáticos por parte del menor, además del acto terrorista, constituye un factor de riesgo para el desarrollo de sintomatología psicológica (Aber, Gershoff, Ware y Kotler, 2004) más importante que una mayor o menor exposición del niño, niña o adolescente al atentado, eliminándose en menores con altos niveles de sucesos traumáticos, el efecto de dosis-respuesta (Mullett-Hume, Anshel, Guevara y Cloitre, 2008).

También la respuesta peritraumática o reacción emocional del menor inmediatamente después del acontecimiento traumático (Comer y Kendall, 2007), como pueden ser síntomas de estrés agudo (Gil-Rivas et al., 2004), la identificación con las víctimas (Otto et al., 2007), sentimientos de inseguridad, preocupación, miedo o tristeza, se ha demostrado que incrementan la sintomatología posttraumática (Laufer y Solomon, 2006; Pfefferbaum et al., 2006). La presencia de síntomas de ansiedad u otros trastornos previos al acto terrorista, así como el uso de medicación psiquiátrica antes de éste (Calderoni, Alderman, Silver y Bauman, 2006), la existencia de lesiones derivadas de la exposición directa al terror (Scrimin et al., 2006), así como la pertenencia a etnias minoritarias (Lengua, Long, Smith y Meltzoff, 2005; Stein et al., 2004), con más síntomas posttraumáticos en no caucásicos (Murphy, 2010), y un menor nivel de recursos económicos (Calderoni et al., 2006) aumentan el riesgo de síntomas de estrés tras el atentado.

Estudios biológicos recientes, por otro lado, parecen indicar que la alteración de regiones específicas del cerebro, especialmente aquellas relacionadas con el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal y la presencia de respuestas neuroquímicas atípicas ante el acontecimiento traumático, como un bajo nivel de cortisol y una elevada aceleración cardíaca, pueden facilitar el desarrollo de síntomas depresivos, ansiedad y sintomatología posttraumática posteriores a un acontecimiento violento (véase la revisión de Claes, 2004).

Las diferencias según el sexo del menor indican, en general, que las niñas expuestas a un acto terro-

rista presentan más síntomas y trastornos internalizantes, como culpa, sintomatología postraumática, ansiedad y depresión (tanto en muestras norteamericanas: Hoven et al., 2005; Pfefferbaum et al., 2003; Stein et al., 2004; como en israelíes y palestinas: Cohen y Eid, 2007; Laufer y Solomon, 2009; Zeidner, 2005), así como preocupaciones y miedo por su seguridad y la de sus seres queridos (Laufer y Solomon, 2009); mientras que los varones suelen desarrollar más problemas de conducta (Hoven et al., 2005; Lengua et al., 2005) e impulsividad (Wadsworth et al., 2004) del mismo modo que sucede en la población general, si bien estas diferencias no se han encontrado en todos los estudios (Phillips, Prince y Schiebelhut, 2004; Ronen, Rahav y Appel, 2003). De hecho, cuando se ha analizado la gravedad de la sintomatología postraumática presente en los menores, si bien las niñas muestran más síntomas, los varones suelen presentar síntomas más graves (Laufer y Solomon 2009).

En relación con la edad, en algunos estudios se ha observado que los niños y niñas más pequeños presentan más síntomas postraumáticos (Laufer y Solomon, 2006) y actitudes más negativas y estereotipadas ante determinados grupos étnicos (Bar-Tal y Labin, 2001), si bien otros trabajos han encontrado un mayor temor a ser víctima de nuevos atentados en adolescentes (Stein et al., 2004) y alguno no ha encontrado diferencias en el malestar psicológico presentado en función de la edad de los menores (Phillips et al., 2004). Diversos trabajos indican que los niños y niñas más mayores muestran más síntomas externalizantes (Hoven et al., 2005), como por ejemplo un uso del alcohol más frecuente como forma de afrontar el efecto inmediato del terrorismo (Wu et al., 2006) y, por otro lado, tienen más acceso a imágenes y noticias sobre atentados terroristas, lo que incrementa su vulnerabilidad psicopatológica (Becker-Blease, Finkelhor y Turner, 2008), pudiendo presentar más síntomas postraumáticos (Saylor, Cowart, Lipovsky, Jackson y Finch, 2003).

Muy pocos estudios han analizado específicamente las estrategias de afrontamiento utilizadas por los menores ante un atentado terrorista. Los que lo han hecho indican que éstos utilizan diversas formas, tanto centradas en la gestión de las emociones provocadas por el terror como en estrategias más

centradas en el problema, siendo la percepción de control que el menor tenga de la situación una de las variables que se ha relacionado con una mayor respuesta adaptativa (Wadsworth et al., 2004; Zeidner, 2005). A su vez, Laufer y Solomon (2009) observaron que aquellos menores más intolerantes ante ideologías políticas distintas a las propias, presentaban más riesgo de desarrollar trastorno por estrés postraumático vinculado al terrorismo.

Las diferencias en el estado psicológico de aquellos menores que residen en zonas donde el acto terrorista es un acontecimiento puntual, como es el caso de los Estados Unidos o España, de aquellos en los que éste es una constante, como Israel, es una de las líneas de investigación futura a desarrollar (Comer y Kendall, 2007). En el caso de Israel y Palestina existen múltiples estudios centrados en la exposición de los menores a zonas que, por su nivel de violencia y número de atentados, se consideran en guerra (para una revisión de estos trabajos véase Sagi-Schwartz, 2008). El estudio de Ronen y colaboradores (2003) se ha acercado a esta comparativa, al analizar las diferencias entre un grupo de jóvenes israelíes bajo estrés terrorista continuo y otro grupo protegido, víctimas indirectas de un único atentado. En este trabajo se observa cómo el grupo de estrés agudo presenta mayores niveles de miedo, produciéndose una habituación por inoculación al estrés en el grupo sometido a terror constante. Sin embargo, en el grupo de estrés terrorista continuo, el hecho de presentar rasgos de ansiedad anula la habituación y produce una sensibilización mayor en el joven, que se traduce en más síntomas de ansiedad y más miedo. Resultados similares se han obtenido en el estudio de Solomon Even-Chen y Itzhaky (2007), también con muestras israelíes, donde los menores provenientes de zonas de baja exposición al terror presentaban mayores niveles de uso de la violencia que aquellos sometidos a atentados de forma crónica, si bien la esperanza en el futuro, la habilidad para afrontar la vida, cambiar el entorno, influir en el futuro y la satisfacción vital reducían el riesgo de violencia. Del mismo modo, en el trabajo de Solomon y Lavi (2005), residir en las zonas con más frecuentes ataques terroristas se relacionaba con mayores niveles de sintomatología postraumática y, a su vez, la presencia de estos síntomas favorecía

unas actitudes más favorables al proceso de paz. La interacción entre múltiples variables, individuales y del entorno, ilustra las dificultades que existen al intentar establecer relaciones causales entre la exposición al acto terrorista y el desarrollo de síntomas psicopatológicos en el menor, y muestra la complejidad metodológica que deben seguir los futuros estudios que pretendan analizar estos aspectos.

Como diversos autores españoles han destacado (Vázquez, 2005; Vera, 2006) la gran mayoría de estudios llevados a cabo sobre el impacto del terrorismo se centran en los aspectos negativos, en sus efectos psicopatológicos, pero no analizan los aspectos positivos y los factores de protección que podrían desarrollarse en menores expuestos al terror. Algunos de los estudios revisados, sin embargo, indican que hay niños y niñas que desarrollan emociones positivas, como resultado de esta experiencia. La empatía hacia las víctimas y sus familias es una de las variables que aparece cuando se tienen en cuenta este otro tipo de reacciones (Beauchesne, Kelley, Patsdaughter y Pickard, 2002), así como sentimientos de crecimiento personal como resultado de haber sido víctimas del acto terrorista (Laufer y Solomon, 2006), una proyección de futuro optimista (Solomon y Lavi, 2005), mayor unión a los seres queridos, mayor gratitud ante la vida, más conductas altruistas, más seguridad y alerta, y sentimientos patrióticos y de unidad nacional (Whalen, Henker, King, Jamner y Levine, 2004). Si bien la realización de actos patrióticos y la implicación en acciones de ayuda a la comunidad es frecuente en un alto porcentaje de menores, en algunos de los estudios se ha relacionado con una mayor presencia de síntomas postraumáticos (Brown y Goodman, 2005; Phillips et al., 2004). También se han observado cambios en las rutinas cotidianas y normas familiares, con una mayor supervisión y control parental de los menores, que resultan de una respuesta adaptativa de las familias al estrés (Henry, Tolan y Gorman-Smith, 2004). Incluso se han obtenido resultados un tanto sorprendentes, como que los menores presentan, en base a la valoración de sus padres, menos trastornos psicopatológicos tras el atentado terrorista que antes de éste, si bien al cabo de seis meses su estado vuelve al previo al atentado (Stuber et al., 2005).

Intervención psicológica con menores expuestos al terror

Cabe tener en cuenta que la habilidad de un menor para adaptarse al acto terrorista y a sus consecuencias se encuentra directamente relacionada con la capacidad que tengan los contextos en los que éste se desarrolla -familia, escuela, comunidad- para adaptarse a la situación (Comer y Kendall, 2007); así pues el impacto del terrorismo en el entorno, principalmente en los cuidadores principales del menor, también modera la sintomatología que éste desarrolle (Yehuda y Hyman, 2005).

En este sentido, cabe alertar de que los adultos normalmente subestiman la violencia vivenciada por los menores y su repercusión en ellos, tanto por desconocimiento real como por el horror que les causa no haberla podido evitar y la negación que suelen hacer al respecto (Tareen et al., 2007). Por lo tanto, incluso conociendo el malestar del menor, son muy reacios a buscar ayuda, no suelen hablar con sus hijos e hijas de lo ocurrido -destacar, en este sentido, el trabajo de García (2008) llevado a cabo con niños y niñas españoles víctimas del atentado del 11M en Madrid- y la mayoría de menores expuestos a actos terroristas no llegan nunca a recibir atención especializada (Comer y Kendall, 2007). Si tenemos en cuenta el riesgo de trastorno que existe en los menores expuestos a actos terroristas y el desfavorable pronóstico para el desarrollo que se asocia a los trastornos no tratados en la infancia (Pine, Cohen, Gurley, Brook y Ma, 1998), podemos extraer el riesgo que supone que estos menores no reciban una ayuda especializada, constituyéndose la atención a menores víctimas de atentados terroristas en un asunto de interés público nacional.

Es cierto que no todos los menores van a requerir de tratamiento para recuperarse de la victimización y que las cifras de atención psicológica a menores tras un atentado terrorista, en los pocos estudios que se han establecido, si bien no son desdeñables, se alejan de las visiones más alarmistas al respecto. A nivel general, Gould, Munfakh, Kleinman, Lubell y Provenzano (2004) encuentran que la atención clínica profesional a estudiantes de secundaria del estado de Nueva York, tras el atentado del 11 de septiembre de 2001, se sitúa en un 13.3%, siendo la búsqueda de ayuda informal,

en amigos y familiares, de un 97.2%. Por su parte, Stuber y colaboradores (2002) sitúan la prevalencia de atención psicológica recibida por los menores de Manhattan tras el mismo atentado en un 22%.

También es cierto que someter a un menor que no requiere atención psicológica a ésta supone un riesgo de victimización secundaria (Echeburúa y Corral, 2007) que debemos evitar. Sin embargo, no podemos olvidar los denominados efectos latentes de la victimización y la necesidad que se realice un seguimiento de estos menores por parte de profesionales formados específicamente en este ámbito. Si se tiene en cuenta que, gran parte de las víctimas adultas del terrorismo en España sienten, de forma clara y definida, que han sido abandonados por las instituciones y la sociedad en general tras el atentado (véanse los resultados del Proyecto Fénix en Baca et al., 2003) cabe tener en cuenta cómo puede llegar a sentirse un menor que, en muchos casos, no ha recibido ayuda alguna por parte de profesionales.

En este sentido, se requieren programas de tratamiento basados en la evidencia y en los resultados de las investigaciones que hasta el momento se han llevado a cabo (La Greca, 2007), si bien la asistencia a menores por parte de especialistas en salud mental tras un atentado es, como demuestran las investigaciones revisadas, realmente escasa, centrándose las intervenciones en orientaciones y asesoramientos breves dentro de un marco escolar (Stuber et al., 2002). A su vez, la evaluación de los programas de tratamiento que se proporcionan a los menores tras los atentados terroristas, en los casos en los que se proporciona este recurso, también requiere de una evaluación de su efectividad que, por el momento, no se ha llevado a cabo (Comer y Kendall, 2007).

Tras el reciente comunicado de la banda terrorista ETA respecto al cese de la violencia, España se encuentra en un momento clave para la reflexión sobre el tratamiento que se ha dado a las víctimas a lo largo de la historia y sobre las necesidades que, a partir de este momento, y en función del desarrollo de los acontecimientos, puedan presentar. Esto implica la concienciación y preparación de profesionales formados para intervenir con estas víctimas teniendo en cuenta no sólo a los adultos, si no también a los niños, niñas y jóvenes que sufren el dolor y el terror que generan este tipo de actos.

Referencias

- Aber, J. L., Gershoff, E. T., Ware, A. y Kotler, J. A. (2004). Estimating the effects of September 11th and other forms of violence on mental health and social development of New York City's youth: A matter of context. *Applied Developmental Science*, 8, 111-129. doi: 10.1207/s1532480x-ads0803_2
- Alkhatib, A., Regan, J. y Barrett, D. (2007). The silent victims: Effects of war and terrorism on child development. *Psychiatric Annals*, 37, 586-589.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Baca, E., Cabanas, M. L. y Baca-García, E. (2003). El Proyecto Fénix: Un estudio sobre las víctimas del terrorismo en España. Resultados preliminares. En E. Baca y M. L. Cabanas (Eds.), *Las víctimas de la violencia. Estudios psicopatológicos* (pp. 139-186). Madrid: Triacastela.
- Bar-Tal, D. y Labin, D. (2001). The effect of a major event on stereotyping: Terrorist attacks in Israel and Israeli adolescents' perceptions of Palestinians, Jordanians and Arabs. *European Journal of Social Psychology*, 31, 265-280. doi: 10.1002/ejsp.43
- Beauchesne, M. A., Kelley, B. R., Patsdaughter, C. A. y Pickard, J. (2002). Attack on America: Children's reactions and parents' responses. *Journal of Pediatric Health Care*, 16, 213-221. doi: 10.1067/mp.2002.127353
- Becker-Blease, K. A., Finkelhor, D. y Turner, H. (2008). Media exposure predicts children's reactions to crime and terrorism. *Journal of Trauma & Dissociation*, 9, 225-248. doi: 10.1080/1529-9730802048652
- Brown, E. J. y Goodman, R. F. (2005). Childhood traumatic grief: An exploration of the construct in children bereaved on September 11. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 34, 248-259. doi: 10.1207/s15374424jccp3402_4
- Caffo, E., Forresi, B. y Lievers, L. S. (2005). Impact, psychological sequelae and management of trauma affecting children and adolescents. *Current Opinion in Psychiatry*, 18, 422-428. doi: 10.1097/01.yco.0000172062.01520.ac

- Calderoni, M. E., Alderman, E. M., Silver, E. J. y Bauman, L. J. (2006). The mental health impact of 9/11 on inner-city high school students 20 miles north of Ground Zero. *Journal of Adolescent Health, 39*, 57-65. doi: 10.1016/j.jado-health.2005.08.012
- Claes, S. J. (2004). Corticotropin-releasing hormone (CRH) in Psychiatry: From stress to psychopathology. *Annals of Medicine, 36*, 50-61. doi: 10.1080/07853890310017044
- Cohen, M. y Eid, J. (2007). The effect of constant threat of terror on Israeli Jewish and Arab adolescents. *Anxiety Stress and Coping, 20*, 47-60. doi: 10.1080/10615800601167546
- Cohen, J. A. y Mannarino, A. P. (2008). Trauma-focused cognitive behavioural therapy for children and parents. *Child and Adolescent Mental Health, 13*, 158-162. doi: 10.1111/j.1475-3588.2008.00502.x
- Comer, J. S. y Kendall, P. C. (2007). Terrorism: The psychological impact on youth. *Clinical Psychology: Science and Practice, 14*, 179-212.
- De la Corte, L., Kruglanski, A., De Miguel, J., Sabucedo, J. M. y Díaz, D. (2008). Seven psychological principles for explaining terrorism. *Psychology in Spain, 12*, 70-80.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿Cuándo, cómo y para qué?. *Psicología Conductual, 15*(3), 373-387.
- Engdahl, B. (2005). International findings in the impact of terrorism. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 9*, 265-276. doi: 10.1300/J146v09n01_33
- Finkelhor, D. (2007). Developmental victimology: The comprehensive study of childhood victimization. En R. C. Davis, A. J. Lurigio y Herman, S. (Eds.), *Victims of Crime* (3ª ed., pp. 9-34). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K. y Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect, 31*, 7-26. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.06.008
- Finkelhor, D., Turner, H., Ormrod, R. y Hamby, S. L. (2009). Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth. *Pediatrics, 124*, 1-13. doi: 10.1542/peds.2009-0467
- Freemont, W. P. (2004). Childhood reactions to terrorism-induced trauma: A review of the past ten years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*, 381-392. doi: 10.1097/00004583-200404000-00004
- García, M. (2008). *El 11M. Un estudio sobre su impacto psicológico desde el entorno familiar y escolar en alumnos de infantil y primaria*. Tesis doctoral no publicada, Universitat Jaume I, Castellón.
- Gil-Rivas, V., Holman, E. A. y Silver, R. C. (2004). Adolescent vulnerability following the September 11th terrorist attacks: A study of parents and their children. *Applied Developmental Science, 8*, 130-142.
- Gould, M. S., Munfakh, J. L. H., Kleinman, M., Lubell, K. y Provenzano, D. (2004). Impact of the September 11th terrorist attacks on teenagers' mental health. *Applied Developmental Science, 8*, 158-169.
- Halpern-Felsher, B. L. y Millstein, S. G. (2002). The effects of terrorism on teen's perceptions of dying: The new world is riskier than ever. *Journal of Adolescent Health, 30*, 308-311. doi: 10.1016/S1054-139X(02)00358-0
- Henry, D. B., Tolan, P. H. y Gorman-Smith, D. (2004). Have there been lasting effects associated with the September 11, 2001, terrorist attacks among inner-city parents and children?. *Professional Psychology: Research and Practice, 35*, 542-547. doi: 10.1037/0735-7028.35.5.542
- Herrera Moreno, M. (2006). Historia de la victimología. En E. Baca, E. Echeburúa y J. M. Tamarit (Coords.). *Manual de Victimología* (pp. 68). Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Hills, A. (2002). Responding to catastrophic terrorism. *Studies in Conflict & Terrorism, 25*, 245-261. doi: 10.1080/10576100290101160
- Hoven, C. W., Duarte, C. S., Lucas, C. P., Wu, P., Mandell, D. J., Goodwin, R. D., ... Susser, E. (2005). Psychopathology among New York City public school children six months after September 11. *Archives of General Psychiatry, 62*, 545-552. doi: 10.1001/archpsyc.62.5.545
- Hoven, C. W., Duarte, C. S., Wu, P., Doan, T., Singh, N., Mandell, D. J., ... Cohen, P. (2009). Parental exposure to mass violence and child mental health:

- The first responder and WTC Evacuee study. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 12, 95-112. doi: 10.1007/s10567-009-0047-2
- Joshi, P. T. y O'Donnell, D. A. (2003). Consequences of child exposure to war and terrorism. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6, 275-292. doi: 10.1080/1936152-1.2011. 577395
- Kendall-Tackett, K. y Giacomoni, S. (Eds.), (2005). *Child victimization*. New York: Civic Research Institute.
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. y Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- La Greca, A. M. (2007). Understanding the psychological impact of terrorism on youth: Moving beyond posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 219-223. doi: 10.1111/j.1468-2850.2007.00080.x
- Laufer, A. y Solomon, Z. (2006). Posttraumatic symptoms and posttraumatic growth among Israeli youth exposed to terror incidents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 429-447.
- Laufer, A. y Solomon, Z. (2009). Gender differences in PTSD in Israeli youth exposed to terror attacks. *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 959-976. doi: 10.1177/0886260508319367
- Lengua, L. J., Long, A. C., Smith, K. I. y Meltzoff, A. N. (2005). Pre-attack symptomatology and temperament as predictors of children's responses to the September 11 terrorist attacks. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 631-645. doi: 0.1111/j.1469-7610.2004.00378.x
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238. doi: 10.1037/0003-066X.56.3
- Mullett-Hume, E., Anshel, D., Guevara, V. y Cloitre, M. (2008). Cumulative trauma and posttraumatic stress disorder among children exposed to the 9/11 World Trade Center attack. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78, 103-108. doi: 10.1037/0002-9432.78.1.103
- Murphy, S. A. (2010). Women's and children's exposure to mass disaster and terrorist attacks. *Issues in Mental Health Nursing*, 31, 45-53. doi: 10.3109/01612840903200035
- Myers-Walls, J. A. (2004). Children as victims of war and terrorism. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 8(1), 41-62. doi: 10.1300/J146v08n01_02
- Otto, M. W., Henin, A., Hirshfeld-Becker, D. R., Pollack, M. H., Biederman, J. y Rosenbaum, J. F. (2007). Posttraumatic stress disorder symptoms following media exposure to tragic events: Impact of 9/11 on children at risk for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 888-902. doi: 10.1016/j.janxdis.2006.10.008
- Parfitt, T. (2004). How Beslan's children are learning to cope. *The Lancet*, 364, 2009-2010. doi: 10.1016/S0140-6736(04)17532-6
- Pfefferbaum, B. J., Devoe, E. R., Stuber, J., Schiff, M., Klein, T. P. y Fairbrother, G. (2005). Psychological impact of terrorism on children and families in the United States. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 9, 305-317. doi: 10.1300/J146v09n03_01
- Pfefferbaum, B., North, C. S., Doughty, D. E., Pfefferbaum, R. L., Dumont, C. E., Pynoos R. S., ... Ndeti, D. (2006). Trauma, grief and depression in Nairobi children after the 1998 bombing of the American embassy. *Death Studies*, 30, 561-577. doi: 10.1080/07481180600742566
- Pfefferbaum, B., Sconzo, G. M., Flynn, B. W., Kearns, L. J., Doughty, D. E., Gurwitch, R. H., ... Nawaz, S. (2003). Case finding and mental health services for children in the aftermath of the Oklahoma City bombing. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 3, 215-227. doi: 10.1007/BF02289809
- Phillips, D., Prince, S. y Schiebelhut, L. (2004). Elementary school children's responses 3 months after the September 11 terrorist attacks: A study in Washington, DC. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74, 509-528. doi: 10.1037/000-2-9432.74.4.509
- Pine, D. S. y Cohen, J. A. (2002). Trauma in children and adolescents: Risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biological Psychiatry*, 51, 519-531. doi: 10.1016/S0006-3223(01)01352-X
- Pine, D., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J. y Ma, Y. (1998). The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55, 56-64.
- Pine, D. S., Costello, J. y Masten, A. S. (2005). Trauma, proximity, and developmental psy-

- chopathology: The effects of war and terrorism on children. *Neuropsychopharmacology*, 30, 1781-1792. doi: 10.1038/sj.npp.1300814
- Putnam, F. W. (2006). The impact of trauma on child development. *Juvenile Family Court Journal*, 57, 1-11. doi: 10.1111/j.1755-6988.2006.tb00110.x
- Ronen, T., Rahav, G. y Appel, N. (2003). Adolescent stress responses to a single acute stress and to continuous external stress: Terrorist attacks. *Journal of Loss and Trauma*, 8, 261-282. doi: 10.1080/15325020305878
- Rutter, M. (2007). Resilience, competence, and coping. *Child Abuse & Neglect*, 31, 205-209. doi: 10.1016/j.chiabu.2007.02.001
- Sagi-Schwartz, A. (2008). The well being of children living in chronic war zones: The Palestinian-Israel case. *International Journal of Behavioral Development*, 32, 322-336. doi: 10.1177/016502-5408090974
- Saylor, C. F., Cowart, B. L., Lipovsky, J. A., Jackson, C. y Finch, A. J., Jr. (2003). Media exposure to September 11: Elementary school students' experiences and posttraumatic symptoms. *American Behavioral Scientist*, 46, 1622-1642. doi: 10.1177/0002764203254619
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Myers, L. y Putnam, F.W. (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 561-570. doi: 10.1097/01.C-HI.0000046822.95464.14,
- Scrimin, S., Axia, G., Capelo, F., Moscardino, U., Steinberg, A. M. y Pynoos, R. S. (2006). Post-traumatic reactions among injured children and their caregivers 3 months after the terrorist attack in Beslan. *Psychiatry Research*, 141, 333-336. doi: 10.1016/j.psychres.2005.11.004
- Solomon Even Chen, M. y Itzhaky, H. (2007). Exposure to terrorism and violent behavior among adolescents in Israel. *Journal of Community Psychology*, 35, 43-55. doi: 10.1002/jcop.20133
- Solomon, Z. y Lavi, T. (2005). Israeli youth in the second Intifada: PTSD and future orientation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 1167-1175. doi: 10.1097/01.chi.0000161650.97643.e1
- Stein, B. D., Jaycox, L. H., Elliott, M. N., Collins, R., Berry, S., Marshall, G.N., ... Schuster M. A. (2004). The emotional and behavioral impact of terrorism on children: Results from a national survey. *Applied Developmental Science*, 8(4), 184-194. doi: 10.1207/s1532480xads0804_2
- Stuber, J., Fairbrother, G., Galea, S., Pfefferbaum, B., Wilson-Genderson, M. y Vlahov, D. (2002). Determinants of counseling for children in Manhattan after September 11 attacks. *Psychiatric Services*, 53, 815-822. doi: 10.11-76/appi.ps. 53. 7.815
- Stuber, J., Galea, S., Pfefferbaum, B., Vandivere, S., Moore, K. y Fairbrother, G. (2005). Behavior problems in New York City's children after the September 11, 2001, terrorist attacks. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75, 190-200. doi: 10.1037/0002-9432.75.2.190
- Tareen, A., Garralda, M. E. y Hodes, M. (2007). Post-traumatic stress disorder in childhood. *Archives of Disease in Childhood Education and Practice Edition*, 92, ep1-ep6. doi: 10.1136/adc.2006.100305
- Vázquez, C. (2005). Reacciones de estrés en la población general tras los ataques terroristas del 11S, 2001 (EE.UU.) y del 11M, 2004 (Madrid, España): Mitos y realidades. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 9-25.
- Vera, B. (2006). Epidemiología del TEPT en los atentados del 11-S: Un análisis crítico del concepto de estrés postraumático. *Cuadernos de Crisis*, 5, 53-66.
- Wadsworth, M. E., Gudmundsen, G. R., Raviv, T., Ahlkvist, J. A., McIntosh, D. N., Kline, G. H., ... Burwell, R. A. (2004). Coping with terrorism: Age and gender differences in effortful and involuntary responses to September 11th. *Applied Developmental Science*, 8, 143-157. doi: 10.1207/s1532480xads0803_4
- Whalen, C. K., Henker, B., King, P. S., Jamner, L. D. y Levine, L. (2004). Adolescents react to the events of September 11, 2001: Focused versus ambient impact. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 1-11. doi: 10.1023/B:JAC-P.0000007576.94501.a0
- Williams, R. (2007). The psychosocial consequences for children of mass violence, terrorism

- and disasters. *International Review of Psychiatry*, 19, 263-277. doi: 10.1080/0954026070-1349 480
- Wu, P., Duarte, C. S., Mandell, D. J., Fan, B., Liu, X., Fuller, C. J., ... Hoven, C. W. (2006). Exposure to the World Trade Center attack and the use of cigarettes and alcohol among New York City public high-school students. *American Journal of Public Health*, 96, 804-807. doi: 10.2105/AJPH.2004.058925
- Yehuda, R. y Hyman, S. E. (2005). The impact of terrorism on brain, and behavior: What we know and what we need to know. *Neuropsychopharmacology*, 30, 1773-1780. doi: 10.1038/sj.npp.1300 817
- Yule, W. (2001). Post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *International Review of Psychiatry*, 13, 194-200. doi: 10.1080/09540260-120074064
- Zeidner, M. (2005). Contextual and personal predictors of adaptive outcomes under terror attack: The case of Israeli adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 459-470. doi: 10.1007/s10964-005-7263-y

Manuscrito recibido: 25/10/2011

Revisión recibida: 23/04/2012

Aceptado: 24/04/2012