

Revisión sistemática de las consecuencias psicológicas en menores víctimas del terrorismo

Manuscrito recibido el 31 de octubre de 2011 / Publicado el 26 de diciembre de 2011

Noemí Pereda¹

Grup de Recerca en Victimització Infantil i Adolescent (GReVIA)

Universitat de Barcelona

RESUMEN

Los actos terroristas presentan un enorme potencial traumatogénico, especialmente para un colectivo vulnerable como son los niños, niñas y jóvenes. Sin embargo, son escasos los estudios que han analizado las posibles consecuencias adversas del terrorismo en menores. El presente trabajo tiene como finalidad realizar una revisión sistemática de las publicaciones sobre consecuencias psicológicas en menores expuestos a actos terroristas. Se revisaron 54 trabajos, principalmente, de los Estados Unidos de América (72,22%) y vinculados al atentado del 11 de septiembre de 2001 en Nueva York (50%). En la mayoría de casos se analizaron síntomas postraumáticos (64,81%) en menores que sufrieron la victimización de forma indirecta, a través de su exposición a información del atentado en los medios de comunicación (33,33%). Son necesarios profesionales formados para trabajar con menores víctimas del terrorismo, que sepan reconocer los síntomas asociados a estas experiencias y los dañinos efectos que pueden conllevar para los niños y niñas.

¹ Dirección de contacto: Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics. Facultat de Psicologia. Universitat de Barcelona. Passeig Vall d'Hebron, 171. 08035 Barcelona. Tel. 933125113. Correo electrónico: npereda@ub.edu

Palabras clave: menor, terrorismo, efectos, Victimología

ABSTRACT

Terrorism has an enormous traumatogenic potential, especially for a vulnerable group such as children and young people. However, few studies have examined the possible adverse consequences of terrorism on children. This paper aims to conduct a systematic review of the literature on psychological consequences for children exposed to terrorist acts. Fifty-four papers were reviewed, mainly from the United States of America (72.22%) and related to the attack of September 11th, 2001 in New York (50%). In most cases, PTSD symptoms were analyzed (64.81%) in children who experienced victimization indirectly, through their exposure to attack information in the media (33.33%). Trained professionals are needed to work with child victims of terrorism, who can recognize the symptoms associated with these experiences and the damaging effects that can lead to children.

Key words: children, terrorism, effects, victimology

Introducción

Desde una perspectiva victimológica, los actos terroristas pueden ser considerados una forma de *victimización interpersonal*, con 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*) (Finkelhor, 2007).

El terrorismo comparte algunas características con otros acontecimientos de violencia interpersonal como son los actos de guerra o las agresiones. De hecho, el conocimiento que tenemos sobre los efectos del terrorismo deriva, en gran parte, de los estudios llevados a cabo sobre este otro tipo de acontecimientos. Sin embargo, los actos de terrorismo son más impredecibles y episódicos, implican una amenaza indefinida y tienen un profundo y perdurable efecto en la comunidad dado que son manifestaciones de un convencimiento ideológico para utilizar la violencia, con la finalidad de amenazar e intimidar a un grupo

mucho mayor que el directamente afectado (Shaw, 2003). La elección de las víctimas es otro de sus elementos distintivos y parte de la táctica terrorista (Lima, 2006). Su finalidad raramente es el acto en sí mismo, sino que su objetivo es aterrorizar e intimidar al máximo de la población (Comer y Kendall, 2007; Yehuda y Hyman, 2005), creando un clima de miedo, incertidumbre y vulnerabilidad, principalmente mediante su dimensión comunicativa o propagandística (De la Corte et al., 2008; Silke, 2005).

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 los 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.

Teniendo esto en cuenta, se ha afirmado que los actos terroristas son el acontecimiento generador de trauma más puro que pueda existir, dado que combinan la percepción de una intención malévola en el victimario, con la amenaza o existencia real de daños físicos y/o psicológicos extremos y la generación en sus víctimas de un auténtico pavor ante el futuro, violando la básica asunción humana de seguridad (Echeburúa, Corral y Amor, 1998)

Dentro del área de la victimología del desarrollo (Finkelhor, 2007), 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).

La exposición directa del menor al atentado terrorista conlleva terror, genera confusión y desestabiliza su equilibrio cotidiano, indispensable para un correcto desarrollo. El riesgo de presentar múltiples trastornos psicológicos en menores que han estado directamente expuestos al terror es muy elevado (Comer y Kendall, 2007). Cabe destacar, no obstante, que incluso si el menor no ha estado presente en el atentado, la muerte inesperada de un ser querido como resultado de éste, especialmente la muerte de uno de los cuidadores principales, comporta un fuerte impacto emocional, que puede derivar en duelo patológico y en diversos trastornos, principalmente vinculados al estado de ánimo depresivo y a sintomatología ansiosa, pero también a conducta opositora y disruptiva, especialmente en varones, teniendo graves repercusiones a largo plazo (Dowdney, 2000). En tercer lugar, el impacto que pueden llegar a tener los acontecimientos traumáticos en el menor, tanto a través de los medios de comunicación, como mediante los efectos indirectos derivados de la afectación de su familia y comunidad, también es relevante y debe analizarse. Como se ha demostrado, el denominado *distant trauma* puede generar los mismos síntomas adversos que el trauma directamente experimentado (Terr et al., 1999).

Es a partir de los atentados del 11 de septiembre de 2001 en el World Trade Center de Nueva York cuando empieza a ampliarse el foco de interés respecto a los actos de violencia terrorista y su efecto en los menores, más allá de los estudios clásicos sobre las consecuencias de la violencia familiar en éstos (Prinz y Feerick, 2003). Sin embargo, este interés sigue siendo muy reciente y los estudios al respecto, muy escasos.

Teniendo en cuenta esta necesidad, el objetivo del presente estudio es describir y analizar de forma crítica aquellos trabajos publicados en relación a los efectos psicológicos que presentan los menores víctimas, directas o indirectas, de atentados terroristas, dado que, si

bien existen diversos trabajos de revisión teórica publicados en lengua inglesa (destacando la reciente publicación de Comer y Kendall, 2007), no se ha realizado ninguna revisión sistemática de estos posibles efectos. Por otro lado, en España, el interés de los profesionales se ha centrado, de forma exclusiva, en la sintomatología de los adultos víctimas del terrorismo. En los estudios sobre atentados en España, cuando se analiza la afectación psicológica de los menores, suele hacerse dentro de un grupo mayor, que incluye principalmente a adultos (e.g., Baca, Cabanas y Baca-García, 2002). No existen, por tanto, estudios llevados a cabo con menores sobre este tema en lengua española, a excepción del trabajo pionero y único hasta el momento de García Renedo (2008) cuya tesis doctoral se centra específicamente en el impacto emocional del atentado del 11 de marzo de 2004 en Madrid en alumnos de infantil y primaria, a partir de la valoración de los propios menores. En este sentido, y tras el reciente abandono de la violencia por parte del grupo terrorista más activo en nuestro país, la presente revisión teórica es de relevante interés profesional.

Método

a) Selección de los estudios

Se seleccionaron aquellas publicaciones en revistas científicas, no tesis doctorales ni capítulos de libro, en inglés o español exclusivamente, centradas en estudios empíricos sobre consecuencias psicológicas en menores víctimas, directas o indirectas, de actos terroristas a través de las bases de datos más relevantes en el ámbito de la salud (*Medline, Scopus, Psycinfo* de la Web of Science) utilizando los siguientes términos: (*terrorism*) AND (“*baby*” OR “*childhood*” OR “*child*” OR “*children*” OR “*infancy*” OR “*infant*” OR “*toddler*” OR “*adolescence*” OR “*adolescent*” OR “*youth*” OR “*teenager*” OR “*youngster*” OR “*minor*”) AND (“*victimization*” OR “*victimology*” OR “*victim*” OR “*violence*”) AND (“*consequences*” OR “*effects*”). A su vez, se revisaron la base de datos *SciELO* y las publicaciones al respecto incluidas en *Latindex*. Como complemento a lo anterior también se examinaron las listas de referencias de aquellos estudios de revisión publicados previamente, como los de Comer y Kendall (2007) o Freemont (2004). Como criterios de exclusión, se descartaron todos aquellos estudios en cuyo resumen no se incluyeran los temas de revisión o hicieran referencia a temas relacionados, pero no directamente vinculados, como las consecuencias de la guerra, la violencia comunitaria y los menores refugiados.

Tras la búsqueda inicial (267 publicaciones potenciales), se eliminaron aquellos estudios duplicados o irrelevantes, seleccionándose 104 resúmenes para leer, e incluyendo, finalmente, 54 artículos en la revisión.

b) Codificación de los estudios

Se registraron una serie de variables relativas a los trabajos revisados relacionadas con el diseño y la metodología del estudio: (a) año de publicación; (b) país en el que se desarrolla el estudio; (c) número de participantes; (d) estudio descriptivo o existencia de grupo control comparativo; (e) informante (padres, menor, otros); (f) metodología utilizada para la evaluación del menor (cuestionario, entrevista); y (g) período de evaluación (días, meses, años tras el atentado). También se codificaron variables relacionadas con los menores y con el acto terrorista: (a) sexo de los menores participantes (varones, mujeres, ambos sexos); (b) rango o edad media de la muestra (en años); (c) raza o grupo étnico de los participantes; (d) tipo de victimización (directa, interpersonal, o indirecta -medios de comunicación y secondhand terrorism-); y (e) identificación del atentado terrorista. Finalmente, se analizaron las consecuencias psicológicas evaluadas y asociadas con el acto terrorista (e.g., trastorno por estrés postraumático, depresión, problemas de conducta, entre otros).

Resultados

Como puede observarse en la Tabla 1, se han incluido 54 artículos empíricos sobre las consecuencias psicológicas del terrorismo en menores, la mayoría publicados con muestras norteamericanas (72,22%), seguidos a gran distancia por Israel (20,37%). El tamaño muestral difiere entre estudios, con un mínimo de 22 y un máximo de 8.236 participantes ($M=952,52$, $DT=1532,03$).

Autores y año	País	Atentado	Tipo de victimización	N	Informante	Forma de evaluación	Variables psicológicas
1 Baca, Baca-García, Pérez-Rodríguez y Cabanas (2005)	España	Diversos	D, INT, IND	2.998	Adulto y menor	ENT-P	Exposición al terror, apoyo social percibido, psicopatología general
2 Basu y Dutta (2010)	India	n.e.	D	131	Cuidador	C	Psicopatología general
3 Scrimin et al. (2006)	Rusia	2004 Beslan	D	42	Cuidador y menor	ENT-P, C	Trastorno por estrés postraumático, memoria y capacidad de atención
4 Elbedour et al. (1999)	Palestina	1994 Hebrón	INT	61	Cuidador y menor	ENT-P	Síntomas postraumáticos, culpa, depresión, decepción, desesperanza, indefensión, pérdida de memoria
5 Desivilya, Gal y Ayalon (1996a)	Israel	1974 Ma'alot	D	59	Menor en la edad adulta	ENT-P	Gravedad de la victimización, síntomas postraumáticos
6 Desivilya, Gal y Ayalon (1996b)	Israel	1974 Ma'alot	D	59	Menor en la edad adulta	ENT-P, C	Psicopatología general, ajuste interpersonal y familiar
7 Raviv et al. (2000)	Israel	Asesinato Yitzhak Rabin	IND	477	Menor	C	Cambio de actitudes políticas tras el atentado, reacciones emocionales diversas
8 Bar-Tal y Labin (2001)	Israel	n.e.	n.e.	119	Menor	C	Percepciones estereotipadas y actitudes ante tres grupos culturales: Palestinos, Jordanos y Árabes.
9 Solomon y Lavi (2005)	Israel	n.e.	D, IND	740	Menor	C	Exposición al terror, síntomas postraumáticos, proyección de futuro, percepción del conflicto en el futuro
10 Ronen, Rahav y Appel (2003)	Israel	Ataque Tel-Aviv	IND	154	Menor	C	Síntomas de ansiedad, miedo, problemas de conducta, proximidad al atentado
11 Zeidner (2005)	Israel	n.e.	INT	227	Menor	C	Estrés vinculado a violencia política, ansiedad rasgo, estrategias de afrontamiento, estado de ánimo negativo, síntomas somáticos, síntomas postraumáticos
12 Laufer y Solomon (2006)	Israel	n.e.	D, INT	2.999	Menor	C	Exposición al terror, síntomas postraumáticos y crecimiento postraumático
13 Cohen y Eid (2007)	Israel	n.e.	D, INT, IND	346	Menor	C	Exposición al terror, evitación de lugares públicos, compartir emociones con seres queridos, síntomas de estrés
14 Solomon Even-Chen y Itzhaky (2007)	Israel	n.e.	D, IND	254	Menor	C	Exposición a violencia familiar y comunitaria, grado de exposición al terror, apoyo social y familiar; habilidad para afrontar la vida, cambiar el entorno, influir en el futuro (mastery); esperanza; satisfacción vital; conducta violenta
15 Laufer y Solomon (2009)	Israel	n.e.	D	2.999	Menor	C	Exposición objetiva y subjetiva al terror, compromiso ideológico, orientación religiosa, apoyo social, síntomas postraumáticos
16 Trappler y Friedman (1996)	EUA	1994 Brooklyn	D	22	Menor	C	Síntomas postraumáticos, depresión, ansiedad

17	Pfefferbaum et al. (1999a)	EUA	1995 Oklahoma	INT, IND	3.218	Menor	C	Exposición al terror, respuesta peritraumática, síntomas postraumáticos
18	Pfefferbaum et al. (1999b)	EUA	1995 Oklahoma	IND	3.218	Menor	C	Exposición al terror, respuesta peritraumática, síntomas postraumáticos
19	Pfefferbaum et al. (2000a)	EUA	1995 Oklahoma	INT, IND	54	Menor	C	Exposición al terror, síntomas postraumáticos
20	Pfefferbaum et al. (2000b)	EUA	1995 Oklahoma	IND	69	Menor	C	Exposición al terror, síntomas postraumáticos, funcionamiento cotidiano
21	Pfefferbaum et al. (2001)	EUA	1995 Oklahoma	D, INT, IND	2.381	Menor	C	Exposición al terror, síntomas postraumáticos
22	Schuster et al. (2001)	EUA	2001-11S	IND	170	Cuidador	ENT-T	Exposición televisiva al terror, síntomas postraumáticos, proximidad al atentado
23	Beauchesne, Kelley, Patsdaughter y Pickard (2002)	EUA	2001-11S	IND	139	Cuidador y menor	ENT-P	Conocimientos sobre el atentado, reacciones emocionales diversas
24	Koplewicz et al. (2002)	EUA	1993 Nueva York	D	49	Cuidador y menor	ENT-P, C	Síntomas postraumáticos, miedos, síntomas psicopatológicos
25	Halpern-Felsher y Millstein (2002)	EUA	2001-11S	IND	362	Menor	C	Riesgo percibido de muerte
26	Pfefferbaum et al. (2002)	EUA	1995 Oklahoma	D, INT, IND	2.381	Menor	C	Exposición al terror, seguridad, preocupación y síntomas postraumáticos
27	Fairbrother et al. (2003)	EUA	2001-11S	IND	434	Cuidador	ENT-T	Exposición televisiva al terror, síntomas postraumáticos
28	Fischhoff, González, Small y Lerner (2003)	EUA	2001-11S	n.e.	973	Adulto y menor	C	Riesgo percibido vinculado a atentados terroristas
29	Pfefferbaum et al. (2003a)	EUA	1998 Nairobi	D, INT, IND	562	Menor	C	Exposición al terror reacción peritraumática, síntomas postraumáticos y dificultades en el funcionamiento
30	Pfefferbaum et al. (2003c)	EUA	1995 Oklahoma	IND	2.720	Menor	C	Exposición al terror, síntomas postraumáticos, preocupación por la seguridad, problemas en el funcionamiento cotidiano, búsqueda de asesoramiento psicológico
31	Pfefferbaum et al. (2003d)	EUA	1995 Oklahoma	INT, IND	88	Menor	C	Exposición al terror, síntomas postraumáticos
32	Saylor et al. (2003)	EUA	2001-11S	IND	179	Cuidador y menor	C	Síntomas postraumáticos y problemas de conducta

Autores y año	País	Atentado	Tipo de victimización	N	Informante	Forma de evaluación	VARIABLES psicológicas
33 Aber, Gershoff, Ware y Kotler (2004)	EUA	2001-11S	D, INT, IND	768	Menor	ENT-P, C	Exposición al terror, exposición a violencia comunitaria, trastornos psicopatológicos, síntomas de depresión, ansiedad y problemas de conducta, sesgo de atribución hostil, prejuicios contra inmigrantes, desconfianza social
34 Gould et al. (2004)	EUA	2001-11S	INT	791	Menor	C	Exposición al terror, respuesta peritraumática, desesperanza y pesimismo sobre el futuro, discapacidad funcional, trastornos del estado del ánimo, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias, trastorno por estrés postraumático, ideación suicida e intentos de suicidio
35 Gil-Rivas, Holman y Silver (2004)	EUA	2001-11S	IND	284	Cuidador y menores	C-INT	Exposición televisiva al terror, síntomas de estrés agudo, síntomas postraumáticos, malestar psicológico, discapacidad funcional, afecto positivo, apoyo parental percibido, conflicto con los padres
36 Henry, Tolan y Gorman-Smith (2004)	EUA	2001-11S	n.e.	281	Cuidador y menores	ENT-P	Depresión, ansiedad, sentimiento de seguridad, supervisión de los menores
37 Hock, Hart, Kang y Lutz (2004)	EUA	2001-11S	n.e.	104	Cuidador y menores	ENT-P, C	Psicopatología general, ansiedad por separación, preocupaciones tras el atentado en madres y en menores
38 Hoven et al. (2004)	EUA	2001-11S	D, INT, IND	8.236	Menor	C	Exposición al terror, trastorno de ansiedad por separación y trastorno por estrés postraumático
39 Phillips, Prince y Schiebelhut (2004b)	EUA	2001-11S	INT, IND	223	Cuidador y menores	C	Exposición al atentado, síntomas de estrés y problemas conductuales y emocionales, acciones constructivas, actuaciones de los padres para ayudar al menor a afrontar el atentado
40 Stein et al. (2004)	EUA	2001-11S	IND	398	Cuidador	ENT-T	Efectos emocionales y conductuales del terrorismo, comunicación respecto al atentado, preocupación por la seguridad de sí mismo y de sus seres queridos
41 Wadsworth et al. (2004)	EUA	2001-11S	IND	1138	Menor	C	Respuestas al estrés, estrategias de afrontamiento, síntomas de ansiedad
42 Whalen et al. (2004)	EUA	2001-11S	IND	171	Menor	C	Reacciones al atentado, estado de ánimo y estado físico tras éste, cambios en las rutinas, síntomas postraumáticos, beneficios derivados de la experiencia
43 Barnes, Treiber y Ludwig (2005)	EUA	2001-11S	IND	406	Menor	C	Recursos sociales, síntomas postraumáticos, ira y hostilidad
44 Brown y Goodman (2005)	EUA	2001-11S	INT	128	Menor	C	Exposición al terror, síntomas de duelo traumático, síntomas postraumáticos, síntomas internalizantes y externalizantes, autoestima
45 Hoven et al. (2005)	EUA	2001-11S	D, INT, IND	8.236	Menor	ENT-P	Exposición al terror, psicopatología

Autores y año	País	Atentado	Tipo de victimización	N	Informante	Forma de evaluación	Variables psicológicas
46 Lengua, Long, Smith y Meltzoff (2005)	EUA	2001-11S	INT, IND	142	Menor	ENT-T	Exposición al terror, preocupaciones y malestar relacionados con el atentado, síntomas postraumáticos, síntomas psicopatológicos, ajuste positivo, temperamento
47 Stuber et al. (2005)	EUA	2001-11S	D, INT, IND	443	Cuidador	ENT-T	Exposición al terror, problemas de conducta
48 Calderoni, Alderman, Silver y Bauman (2006)	EUA	2001-11S	D, INT	1.214	Menor	C	Exposición al terror, síntomas postraumáticos, pérdida de recursos psicológicos tras el atentado, sentimientos de seguridad, fe en el gobierno, asistencia psiquiátrica, medicación psiquiátrica
49 Pfefferbaum et al. (2006)	EUA	1998 Nairobi	INT	156	Menor	C	Exposición al terror, respuesta emocional aguda al atentado, síntomas postraumáticos, duelo
50 Otto et al. (2007)	EUA	2001-11S	IND	250	Cuidador y menor a partir de los 10 años	ENT-T	Exposición al terror, inhibición conductual, funcionamiento familiar, síntomas postraumáticos
51 Becker-Blease, Finkelhor y Turner (2008)	EUA	Diversos	IND	2.030	Cuidador y menor a partir de los 10 años	ENT-T	Exposición al terror, victimizaciones previas, preocupación por la seguridad propia y de seres queridos, cambios en las actividades cotidianas
52 Wu et al. (2006)	EUA	2001-11S	D, INT, IND	2.731	Menor	C	Exposición al terror, victimizaciones previas, uso del alcohol y el tabaco, trastorno por estrés postraumático
53 Mullett-Hume, Anshel, Guevara y Cloitre (2008)	EUA	2001-11S	D	204	Menor	C	Exposición al terror, vivencia de otros acontecimientos traumáticos, síntomas postraumáticos
54 Mijanovich y Weitzman (2010)	EUA	2001-11S	IND	5.120	Cuidador	ENT-T	Sensación de seguridad, preocupación

n.e.: no especificado

1974 Ma'alot: Secuestro de 120 jóvenes en la ciudad de Ma'alot, Israel

1993 Nueva York: Atentado contra el World Trade Center de Nueva York, EUA

1995 Oklahoma: Atentado contra el edificio federal Alfred P. Murrah de Oklahoma, EUA

1994 Brooklyn: Caravana de menores judíos tiroteados en el puente de Brooklyn, EUA

1994 Hebrón: Atentado en la mequita de Hebrón, Palestina

2001-11S: Atentado contra el World Trade Center de Nueva York, EUA

2004 Beslan: Atentado contra la Escuela Número 1 de Beslan, Rúsia

Tipo de victimización: D: directa, INT: interpersonal, IND: indirecta

Forma de evaluación: ENT-P: entrevista personal, ENT-T: entrevista telefónica, C= cuestionario, C-INT: cuestionario por Internet

Respecto al atentado terrorista referido en el estudio destaca, en primer lugar, el 11 de septiembre de 2001 contra el World Trade Center de Nueva York (50,00%), seguido por el atentado contra el edificio federal Alfred P. Murrah de Oklahoma en 1995 (14,81%). En la mayoría de casos se analizó a menores que sufrieron la victimización de forma indirecta, a través de su exposición a información del atentado en los medios de comunicación (33,33%), si bien también existen estudios llevados a cabo con víctimas directas, estando presentes en el atentado (14,81%), y expuestas a terrorismo interpersonal, por la muerte de un conocido o ser querido (7,41%). Los estudios suelen llevarse a cabo en períodos de tiempo muy dispares, a partir de dos días tras el atentado (e.g. Bar-Tal y Labin, 2001) y 17 años más tarde (Desivilya et al. 1996a, 1996b).

Exceptuando un único estudio centrado en varones exclusivamente (Trappler y Friedman, 1996), los menores analizados fueron de ambos sexos y en porcentajes muy similares, en la extensa mayoría de estudios. Los trabajos revisados han evaluado a menores a partir de un año y medio de edad (Basu y Dutta, 2010), si bien la gran mayoría de ellos utilizan muestras que cuentan con diez años o más. Los estudios suelen utilizar muestras de razas y grupos étnicos diversos, principalmente por las propias características demográficas del país en el que se han desarrollado gran parte de los trabajos, pero destaca el caucásico como más frecuente (42,59%), distribuyéndose el resto entre otras minorías étnicas y religiosas (como por ejemplo, judíos, sefardíes, árabes, musulmanes, hindúes, africanos, afroamericanos, latinos, asiáticoamericanos, 37,04%). En un 20,37% de los trabajos no se incluye información sobre la raza o grupo étnico de la muestra.

La evaluación se produce, principalmente, a través de los propios menores (64,81%), seguidos por el método multiinformante en el que se incluye a padres y menores (22,22%). Los instrumentos más utilizados para obtener esta información fueron los cuestionarios de lápiz y papel (62,96%) y las entrevistas (25,92%). Únicamente en cinco casos se utilizaron ambas técnicas (9,26%). En un caso se utilizó Internet para responder a los cuestionarios (1,85%). Además de evaluar el grado de exposición del menor al atentado terrorista (59,25%), como variables psicológicas analizadas destacan, en primer lugar los síntomas de estrés y postraumáticos (64,81%), seguidos por otros trastornos psicopatológicos generales (11,11%).

Discusión

En el presente estudio se ha llevado a cabo una primera aproximación en lengua española al impacto psicosocial del terrorismo en menores, no existiendo hasta el momento ningún trabajo que haya presentado una revisión sistemática de las publicaciones al respecto en el ámbito nacional o internacional.

En general, como sintomatología más presente en los menores analizados destaca la internalizante, principalmente los síntomas característicos del trastorno por estrés postraumático, si bien este resultado puede deberse a que es, a su vez, la sintomatología más frecuentemente evaluada (Comer y Kendall, 2007). Cuando se analiza un espectro más amplio de síntomas aparecen síntomas depresivos, síntomas de ansiedad generalizada, ansiedad por separación o agorafobia (Hock et al., 2004; Hoven et al., 2004; Hoven et al., 2005). Escasas investigaciones se han centrado en la presencia de sintomatología externalizante en menores víctimas del terrorismo, como los trastornos de conducta o el abuso de sustancias (e.g., Hoven et al., 2005; Lengua et al., 2005; Wu et al., 2006), lo que impide establecer una conclusión fiable a este respecto. Cuando se tiene en cuenta la prevalencia de trastornos psicopatológicos, tanto internalizantes como externalizantes, las víctimas del terrorismo presentan mayores niveles de síntomas en todos los problemas evaluados (Basu y Dutta, 2010; Desivilya et al., 1996a, 1996b).

La mayoría de trabajos revisados se centran en evaluar trastornos incluidos en manuales clínicos, especialmente trastorno por estrés postraumático (Hoven et al., 2009), obviando realizar una evaluación amplia de todas aquellas consecuencias que pueden presentar los menores (Comer y Kendall, 2007; Pfefferbaum et al., 2005). Son muy escasos los trabajos que han considerado esta perspectiva más amplia y que han demostrado que los menores víctimas de atentados terroristas presentan una elevada prevalencia de distintas dificultades psicológicas (e.g., Hoven et al., 2005), no siempre incluidas en un manual de evaluación clásico, como son problemas en el funcionamiento en el hogar, con el grupo de pares o en la escuela (e.g., Pfefferbaum et al., 2003d).

En este sentido, se hace necesario diferenciar aquellas reacciones patológicas posteriores al acto terrorista de aquellas que pueden considerarse respuestas normales ante un evento anormal (Pynoos, Steinberg y Piacentini, 1999), y el único modo de hacerlo es teniendo en cuenta en la evaluación la afectación del funcionamiento habitual

del menor en todos los contextos en los que se desarrolla y no únicamente la presencia de sintomatología (La Greca, 2007). Los niños y niñas presentan una serie de reacciones normales ante la violencia terrorista (véase Joshi y Lewin, 2004 o Williams, 2007) que no deben confundirse con problemas psicopatológicos puesto que, en la mayoría de casos, estos menores van a recuperarse por sí solos de su exposición al terror tras un periodo de readaptación. De hecho, cuando los trabajos se centran en el análisis de la afectación del menor en su funcionamiento cotidiano, los autores concluyen que el impacto del terror es, en la gran mayoría de casos, y en función de determinadas variables que comentamos más adelante, no generalizado, mínimo y transitorio (Pfefferbaum et al., 2003a, 2003b).

a) Consecuencias de la exposición al terrorismo a través de los medios de comunicación

Si bien la investigación ha demostrado la existencia de un efecto de dosis-respuesta en los menores víctimas del terrorismo, que muestra que a mayor experiencia directa del menor en el atentado mayor presencia de sintomatología psicopatológica, tanto en el ámbito internalizante (e.g., Baca et al., 2005; Hoven et al., 2004; Koplewicz et al., 2002; Lengua et al., 2005; Pine et al., 2005) como en el externalizante (Solomon Even-Chen y Itzhaky, 2007; Wu et al., 2006), una de las limitaciones de los estudios es que, mayoritariamente, describen las consecuencias psicológicas de la victimización indirecta en los niños y niñas, por su exposición a material relacionado con el acto a través de los *medios de comunicación* (Pfefferbaum et al., 2005). En este sentido, y como sugieren Pfefferbaum y colaboradores (2003b), investigar los efectos de la exposición indirecta de los menores al terrorismo es relevante, dado que uno de los objetivos de la violencia terrorista es provocar miedo a la comunidad general.

El impacto de las imágenes transmitidas por los medios de comunicación en los menores tras un acto terrorista es evidente y explica la presencia de malestar emocional en niños, niñas y adolescentes alejados físicamente de la tragedia (e.g., Fairbrother et al., 2003; Gil-Rivas et al., 2004; Mijanovich y Weitzman, 2010; Pfefferbaum et al., 2000b; Pfefferbaum et al., 2001; Pfefferbaum et al., 2003d; Schuster et al., 2001). Se han encontrado síntomas de estrés postraumático, ansiedad, tristeza, aislamiento y malestar psicológico general (e.g., Barnes et al., 2005; Fairbrother et al., 2003; Gil-Rivas et al., 2004; Hock et al., 2004; Lengua et al., 2005; Mijanovich y Weitzman, 2010;

Otto et al., 2007; Pfefferbaum, 2003d; Schuster et al., 2001; Stein et al., 2004; Whalen et al., 2004), una visión del mundo como un lugar más peligroso y menos seguro (Halpern-Felsher y Millstein, 2002; Phillips et al., 2004), alteración en la visión del futuro (Fairbrother et al., 2003) y mayor percepción de riesgo de muerte (Halpern-Felsher y Millstein, 2002), preocupación por la propia seguridad y cambios en las actividades cotidianas (Becker-Blease et al., 2008; Pfefferbaum et al., 2003c), así como problemas externalizantes (Lengua et al., 2005) en menores víctimas indirectas del terrorismo.

A su vez, la exposición a noticias del atentado tras la experiencia directa de éste empeora seriamente el estado emocional de los menores, con una mayor presencia de sintomatología postraumática, principalmente de síntomas intrusivos como pesadillas o imágenes recurrentes (Pfefferbaum et al., 2001), en niños y niñas tras la bomba en el edificio federal Alfred P. Murrah de Oklahoma en 1995 (Pfefferbaum et al., 1999a; Pfefferbaum et al., 2000a; Pfefferbaum et al., 2003d) o el ataque del 11 de setiembre de 2001 al World Trade Center de Nueva York (Saylor et al., 2003).

Según el estudio de Saylor y colaboradores (2003) en el que se preguntaba a padres de menores en educación primaria el grado de exposición de sus hijos e hijas a imágenes explícitas del atentado del 11 de septiembre de 2001 en Nueva York, como los aviones chocando contra sus objetivos, personas heridas o personas saltando de las torres, ya fuera en la televisión o a través de Internet, únicamente un 15% de los niños y niñas evaluados no tuvieron acceso a estas imágenes. Por otro lado, incluso las denominadas imágenes positivas, como ver al presidente dirigiéndose a la nación, el altruismo de los ciudadanos o tareas de rescate y ayuda, provocaban un incremento en el número de síntomas postraumáticos. Dados los efectos negativos que esta exposición parece conllevar en los menores, destaca que los padres no restrinjan el acceso de sus hijos e hijas a estos estímulos, especialmente de aquellos más mayores, como se ha obtenido en los estudios revisados (e.g., Becker-Blease et al., 2008; Lengua et al., 2005; Phillips et al., 2004b; Schuster et al., 2001), si bien en ocasiones es la propia escuela la que no restringe este acceso, como se obtiene en el trabajo de Saylor et al. (2003), en el que un 50% de los menores de la muestra manifestaron haber visto imágenes de los atentados en el colegio.

En el único estudio que se ha comparado la exposición diferencial de menores a radio, televisión y prensa escrita, el resultado muestra que es esta última la que se

encuentra más relacionada con una mayor duración de la sintomatología postraumática en los menores (Pfefferbaum et al., 2003d). Los autores exponen que este resultado puede estar relacionado con que aquellos menores más afectados presentan un mayor interés por el acto terrorista, que les lleva a buscar más información, o a que la lectura y retención de imágenes estáticas, quizás las más impactantes, que facilita la prensa escrita, genere una mayor afectación debido a un procesamiento de la información diferente del que se sigue ante imágenes más dinámicas como las televisivas. Resultados similares se han obtenido al analizar el uso de Internet como fuente de información ante los atentados del 11 de septiembre de 2001 en Nueva York, con más síntomas postraumáticos en aquellos menores que utilizaban este medio (Saylor et al., 2003).

Cabe tener en cuenta que las investigaciones se encuentran limitadas en este ámbito por las dificultades de evaluar el acceso a imágenes e información del acto terrorista tras éste si bien, en función de los resultados encontrados hasta el momento y reiterados en todos los trabajos, tanto las familias como las instituciones públicas deben ser conscientes del riesgo que implica que niños, niñas y adolescentes estén expuestos a este tipo de contenidos, tanto si han sido víctimas directas del acto terrorista, como si se encuentran muy lejos del lugar en el que ha ocurrido (Comer y Kendall, 2007; Pfefferbaum et al., 2003d; Phillips et al., 2004b; Pine et al., 2005; Schuster et al., 2001).

b) Consecuencias de la exposición interpersonal al terrorismo

El análisis de los menores como *familiares de víctimas* o su *exposición interpersonal* a través de la relación con algún afectado directo por el acto terrorista, también es frecuente y confirma las graves repercusiones sobre el estado psicológico del menor (tanto en estudios norteamericanos: Pfefferbaum et al., 1999a, 1999b; Pfefferbaum et al., 2003d; Pine y Cohen, 2002; como en trabajos con menores palestinos e israelíes: Cohen y Eid, 2007; Elbedour et al., 1999; Ronen et al., 2003), que han sido demostradas, a su vez, en nuestro país con víctimas adultas (Baca et al., 2003). Los estudios constatan altos porcentajes de trastorno por estrés postraumático en menores que han perdido a alguno de sus padres por el terrorismo, con un 50% de las niñas y un 33,1% de los niños diagnosticados de este trastorno tras el asesinato de un progenitor en el atentado de la Mezquita de Hebrón en 1994 (Elbedour et al., 1999).

El estudio de Pfefferbaum y colaboradores (2000b), en el que se analizan los

síntomas de estrés en menores relacionados indirectamente con el atentado de Oklahoma en 1995, a través de un amigo que conocía a alguien que murió o resultó herido por el acto terrorista, muestran que incluso este tipo de relación interpersonal indirecta repercute en un mayor nivel de síntomas en los menores, al ser comparados con menores sin esta exposición.

Cabe añadir que la adaptación del menor al acto terrorista va a depender, en gran medida, de la adaptación que haga su entorno más inmediato, principalmente la familia y la escuela, y del apoyo social que el menor perciba (Basu y Dutta, 2010; Gil-Rivas et al., 2004). Los menores procesan los acontecimientos traumáticos a través de las reacciones que observan en las personas de su entorno, buscando señales e indicadores que les permitan interpretar el suceso y reaccionar como es socialmente esperable (Yehuda y Hyman, 2005).

A pesar de ello, no existen estudios publicados que hayan analizado específicamente el efecto del malestar del personal educativo en el estado emocional de los menores posterior a un atentado terrorista (Comer y Kendall, 2007), si bien se ha observado que existe una asociación entre las reacciones de temor del profesorado durante el atentado y una mayor presencia de síntomas postraumáticos en los menores a su cargo (Pfefferbaum et al., 2003c).

Respecto a la familia, se ha constatado que los hijos e hijas de aquellos adultos altamente expuestos al terrorismo (e.g., evacuados del World Trade Center el 11 de septiembre de 2001 y profesionales implicados en las tareas de rescate), incluso si los menores no habían estado presentes durante el atentado, presentaban más problemas psicológicos, principalmente trastorno por estrés postraumático, que aquellos cuyos padres estuvieron menos expuestos, especialmente si la alta exposición se había dado en ambos, padres e hijos e hijas (e.g., Hoven et al., 2004; Hoven et al., 2005), y si se trataba de adolescentes, con madurez y capacidad para comprender el peligro al que sus padres habían estado sometidos (Stuber et al., 2005).

A su vez, las manifestaciones de dolor de los padres tras el atentado del World Trade Center el 11 de septiembre de 2001, como el llanto y la presencia de sintomatología postraumática en éstos, se ha asociado con el desarrollo en sus hijos e hijas de más síntomas de éste (Fairbrother et al., 2003) y otros trastornos y dificultades (Stuber et al., 2005). A pesar de que se ha obtenido evidencia empírica de que la comunicación familiar posterior al acto terrorista se constituye en un amortiguador del

desarrollo de psicopatología en los menores (Stuber et al., 2005), las discusiones más largas con los padres sobre el atentado se han asociado, a su vez, con más reacciones emocionales y conductuales desajustadas en los menores (Stein et al., 2004). También se observa este patrón en estudios llevados a cabo con familias israelíes, judías y árabes, donde los niños y niñas cuyos padres compartían con ellos más información y sus propios sentimientos en relación a los atentados, mostraban un mayor nivel de síntomas postraumáticos (Cohen y Eid, 2007). Todos estos resultados sugieren que los adultos deben reflexionar sobre la conveniencia de expresar determinadas emociones negativas ante los menores, especialmente si estos no tienen la capacidad de comprensión suficiente para entender una posible explicación posterior que los tranquilicen.

El efecto dosis-respuesta también se hace visible en estos trabajos, donde la relación con la víctima directa del atentado influye en el nivel de psicopatología del menor y se manifiesta en un mayor número de síntomas postraumáticos en aquellas relaciones más estrechas e íntimas con el afectado (Pfefferbaum et al., 2000a; Pfefferbaum et al., 2006), especialmente cuando se trata de la madre del menor en niños y niñas preescolares (Basu y Dutta, 2010); si bien en el estudio de Pfefferbaum y colaboradores (1999a) con jóvenes de entre 10 y 16 años, aquellos que habían experimentado la muerte de un hermano o hermana por un atentado terrorista eran los que mostraban un nivel más elevado de síntomas postraumáticos, seguidos por aquellos que habían perdido a uno de sus progenitores.

La posible presencia de duelo patológico en los menores expuestos al terrorismo sólo ha sido considerada en dos de los estudios revisados (e.g., Brown y Goodman, 2005; Pfefferbaum et al., 2006) y aparece como un tema crítico a analizar, dado el gran número de niños, niñas y adolescentes que pierden a un ser querido en este tipo de actos violentos (La Greca, 2007) y las consecuencias adversas que se han relacionado con el duelo traumático, como una mayor presencia de sintomatología postraumática (Brown y Goodman, 2005; Dowdney, 2000; Pfefferbaum et al., 1999b; Pfefferbaum et al., 2006).

c) Consecuencias de la exposición directa al terrorismo

Cuando los estudios se centran en los menores *víctimas directas* del atentado (e.g., Koplewick et al., 2002), las muestras de estudio son, en muchos casos, reducidas y carecen de grupos control con las que puedan compararse, lo que limita los resultados obtenidos si bien suponen una primera aproximación a este relevante tema (Comer y Kendall, 2007; Pfefferbaum et al., 2005).

Son diversos los estudios que se basan en los reportes de los padres de los menores afectados (e.g., Fairbrother et al., 2003; Phillips et al., 2004b; Schuster et al., 2001), con los problemas que esta forma de evaluación supone, si tenemos en cuenta que los adultos tienden a subestimar el malestar psicológico que presentan los niños y niñas y a considerar que, si realmente éste se ha producido, va desapareciendo por sí solo con el tiempo (véase por ejemplo el estudio de Koplewicz et al., 2002). Especialmente en la valoración de trastornos de ansiedad, los más frecuentes en víctimas de la violencia, los adultos tienden a infravalorar la presencia de síntomas en los niños y niñas, con lo que la presencia de falsos negativos es frecuente en estudios que únicamente tienen en cuenta la visión del los padres (Kendall y Flannery-Schroeder, 1998). Por otro lado, los padres que presentan una intensa reacción emocional tras los atentados evalúan a sus hijos como más afectados por estos (Hock et al., 2004; Phillips et al., 2004b; Schuster et al., 2001), debiéndose tener en cuenta en el momento de programar un tratamiento (Stuber et al., 2002); si bien parece ser que el malestar que presenta el menor también tiene una influencia negativa en el malestar de sus cuidadores, retroalimentándose ambos y generando una mayor intensidad psicopatológica (Phillips, Featherman y Liu, 2004a). Por ejemplo, tres meses después del atentado en 2004 contra la Escuela Número 1 de Beslan en Rúsia, un 95% de los cuidadores principales y un 77.3% de los menores, evaluados por sus propios cuidadores, presentaban diagnóstico de trastorno por estrés postraumático (Scrimin et al., 2006). Los estudios que han evaluado la sintomatología a través de los propios menores presentes en el atentado, obtienen una prevalencia de trastorno por estrés postraumático diagnosticado en el 35% de éstos, dos años y medio después del atentado del 11 de septiembre de 2001 en Nueva York, juntamente con dificultades en su funcionamiento cotidiano en cerca de la mitad de los casos (Mullett-Hume et al., 2008). En esta misma línea, el 28% de los menores atacados en el puente de Brooklyn en 1994 presentaban trastorno por estrés postraumático dos meses después, así como otros síntomas de ansiedad y depresión (Trappler y Friedman, 1996). En este sentido, la necesidad de multiinformantes en la valoración de sintomatología patológica en menores ha sido subrayada desde las perspectivas clásicas de la evaluación psicológica infantil (Achenbach, McConaughy y Howell, 1987) y es especialmente relevante en la valoración de sintomatología internalizante dada la escasa consistencia entre informantes (Kendall y Flannery-Schroeder, 1998).

c) *Implicaciones sociales y profesionales*

Como miembros de la sociedad podemos elegir desesperarnos ante este tipo de actos de extrema violencia o actuar para erradicar sus consecuencias (Myers-Walls, 2004). Una forma de actuar es llevar a cabo estudios que incrementen el conocimiento que existe sobre el terrorismo y los efectos en sus víctimas (para seguir las pautas de lo que debería ser un buen estudio en el ámbito de los efectos mentales del terrorismo en menores, véase North y Pfefferbaum, 2002 o Kazdin, 2007), especialmente en aquellas más vulnerables y que tienen el poder de construir el futuro de una sociedad menos violenta, los niños y niñas.

Son necesarios profesionales formados en el ámbito de la victimología del desarrollo (Finkelhor, 2007) para trabajar con menores que han experimentado un acto terrorista, que sepan reconocer los síntomas asociados a estas experiencias y los dañinos efectos físicos, psicológicos y sociales que pueden conllevar para los niños y niñas, tanto a corto como a largo plazo, teniendo en cuenta que el objetivo final del terrorismo es provocar estos negativos efectos en la comunidad (Myers-Walls, 2004).

Especialmente importante es estar preparados para trabajar con niños, niñas y adolescentes víctimas indirectas de estos atentados, ya sea a través de la televisión o del denominado *second-hand terrorism*, puesto que en la mayoría de casos ésta va a ser la forma a través de la cual el terrorismo va a incidir en la sociedad en general y en sus futuras generaciones, siendo necesarias intervenciones comunitarias que puedan evitar las distorsiones respecto al futuro, la seguridad y la violencia que pueden acabar desarrollando los menores (Pfefferbaum et al., 2003b).

Es cierto que el terrorismo y sus implicaciones en la infancia es una reciente área de estudio (La Greca, 2007) que no cuenta con la investigación que un tema de tal relevancia y notoria actualidad requiere (Kazdin, 2007), pero también es cierto que disponemos ya de importante información descriptiva, principalmente llevada a cabo en los últimos diez años en otros países, que abre un nuevo y alentador campo de trabajo a los profesionales que trabajan con víctimas, tanto desde la investigación, como en su atención directa.

Este trabajo ha permitido conocer, de una forma sistemática y rigurosa, los síntomas y trastornos psicopatológicos que más frecuentemente aparecen en menores víctimas del terrorismo, siendo esta información fundamental para poder diseñar intervenciones y programas de tratamiento específicos, efectivos, sensibles a las

necesidades de la población y que cuenten con el apoyo empírico de los resultados obtenidos con miles de niños, niñas y adolescentes de todo el mundo, permitiendo su implementación eficaz en un futuro, ante posibles nuevos actos de violencia terrorista.

Referencias bibliográficas

Los artículos incluidos en la revisión se han marcado con un asterisco (*).

- *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.
- Achenbach, T.M., McConaughy, S.H., y Howell, C.T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: implication of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101, 213-232.
- *Baca, E., Baca-García, E., Pérez-Rodríguez, M.M., y Cabanas, M.L. (2005). Short and long-term effects of terrorism attacks in Spain. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 9(1), 157-170.
- Baca, E., Cabanas, M.L., y Baca-García, E. (2002). Impacto de los atentados terroristas en la morbilidad psiquiátrica a corto y largo plazo. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30 (2), 85-90.
- 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*. Madrid: Triacastela (pp. 139-186).
- *Barnes, V.A., Treiber, F.A., y Ludwig, D.A. (2005). African-American adolescents' stress responses after the 9/11/01 terrorist attacks. *Journal of Adolescent Health*, 36, 201-207.
- *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.
- *Basu, B. y Dutta, N. (2010). Psychological changes of children surviving terrorist shock in Indian Kashmir. *Journal of Child Neurology*, 25, 1331-1334.
- *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 (5), 213-221.
- *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 (2), 225-248.

- *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(2), 248-259.
- *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.
- *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.
- 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(1), 70-80.
- *Desivilya, H.S., Gal, R., y Ayalon, O. (1996a). Extent of victimization, traumatic stress symptoms, and adjustment of terrorist assault survivors: A long-term follow-up. *Journal of Traumatic Stress*, 9 (4), 881-889.
- *Desivilya, H.S., Gal, R., y Ayalon, O. (1996b). Long-term effects of trauma in adolescence: comparison between survivors of a terrorist attack and control counterparts. *Anxiety, Stress, and Coping*, 9, 135-150.
- Dowdney, L. (2000). Annotation: Childhood bereavement following parental death. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41 (7), 819-830.
- Echeburúa, E., Corral, P., y Amor, P.J. (1998). Perfiles diferenciales de trastorno por estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24 (96), 527-555.
- *Elbedour, S., Baker, A., Shalhoub-Kevorkian, N., Irwin, M., y Belmaker, R.H. (1999). Psychological responses in family members after the Hebron massacre. *Depression and Anxiety*, 9, 27-31.
- *Fairbrother, G., Stuber, J., Galea, S., Fleischman, A.R., y Pfefferbaum, B. (2003). Posttraumatic stress reactions in New York City children after the September 11, 2001, terrorist attacks. *Ambulatory Pediatrics*, 3(6), 304-311.
- 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 (3rd ed., pp. 9-34)*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- *Fischhoff, B., González, R.M., Small, D.A., y Lerner, J.S. (2003). Judged terror risk and proximity to the World Trade Center. *The Journal of Risk and Uncertainty*, 26, 137-151.
- 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.
- García Renedo, 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(3), 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(3), 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.
- *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(5), 542-547.
- Hills, A. (2002). Responding to catastrophic terrorism. *Studies in Conflict y Terrorism*, 25, 245-261.
- *Hock, E., Hart, M., Kang, M.J., y Lutz, W.J. (2004). Predicting children's reactions to terrorist attacks: The importance of self-reports and preexisting characteristics. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74(3), 253-262.
- *Hoven, C.W., Duarte, C.S., Lucas, C.P., Wu, P., Mandell, D.J., Goodwin, R.D., Cohen, M., Balaban, V., Woodruff, B.A., Bin, F., Musa, G.J., Mei, L., Cantor, P.A., Aber, J.L., Cohen, P., y Susser, E. (2005). Psychopathology among New York City public school children six months after September 11. *Archives of General Psychiatry*, 62, 545-552.
- *Hoven, C.W., Duarte, C.S., Wu, P., Erickson, E., Musa, G., y Mandell, D.J. (2004). Exposure to trauma and separation anxiety in children after the WTC attack. *Applied*

- Developmental Science*, 8, 172-183.
- Hoven, C.W., Duarte, C.S., Wu, P., Doan, T., Singh, N., Mandell, D.J., Bin, F., Teichman, Y., Teichman, M., Wicks, J., Musa, G., y 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.
- Joshi, P.T. y Lewin, S.M. (2004). Disaster, terrorism, and children. *Psychiatric Annals*, 34(9), 710-716.
- Kazdin, A.E. (2007). Child reactions to terrorism: Cautions and next steps for research. *Clinical psychology: Science and Practice*, 14 (3), 213-218.
- Kendall, P.C. y Flannery-Schroeder, E. (1998). Methodological issues in the treatment research for anxiety disorders in youth. *Journal of Abnormal Child Psychopathology*, 26, 27-38.
- *Koplewicz, H.S., Vogel, J.M., Solanto, M.V., Morrissey, R.F., Alonso, C.M., Abikoff, H., Gallagher, R., y Novick, R.M. (2002). Child and parent response to the 1993 World Trade Center bombing. *Journal of Traumatic Stress*, 15(1), 77-85.
- La Greca, A.M. (2007). Understanding the psychological impact of terrorism on youth: Moving beyond posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(3), 219-223.
- *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(4), 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.
- *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(6), 631-645.
- Lima, M.L. (2006). Las víctimas del delito y el abuso del poder del terrorismo. *Eguzkilore*, 20, 41-74.
- *Mijanovich, T. y Weitzman, B.C. (2010). Disaster in context: The effects of 9/11 on youth distant from the attacks. *Community Mental Health Journal*, 46, 601-611.
- *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(1), 103-108.
- Myers-Walls, J.A. (2004). Children as victims of war and terrorism. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 8(1), 41-62.
- North, C.S. y Pfefferbaum, B. (2002). Research on the mental health effects of terrorism. *Journal of the American Medical Association*, 288 (5), 633-636.
- *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.
- 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 (3), 305-317.
- *Pfefferbaum, B., Doughty, D.E., Chandrashekar, R., Patel, N., Gurwitch, R.H., Nixon, S.J., y Tivis, R.D. (2002). Exposure and peritraumatic response as predictors of posttraumatic stress in children following the 1995 Oklahoma City Bombing. *Journal of Urban Health*, 79(3), 354-363.
- *Pfefferbaum, B., Gurwitch, R.H., McDonald, N.B., Leftwich, M.J.T., Sconzo, G.M., Messenbaugh, A.K., y Schultz, R.A. (2000a). Posttraumatic stress among young children after the death of a friend or acquaintance in a terrorist bombing. *Psychiatric Services*, 51 (3), 386-388.
- *Pfefferbaum, B., Nixon, S.J., Krug, R.S., Tivis, R.D., Moore, V.L., Brown, J.M., Pynoos, R.S., Foy, D., y Gurwitch, R.H. (1999a). Clinical needs assessment of middle and high school students following the 1995 Oklahoma City bombing. *American Journal of Psychiatry*, 156(7), 1069-1074.
- *Pfefferbaum, B.J., Nixon, S.J., Tivis, R.D., Doughty, D.E., Pynoos, R.S., Gurwitch, R.H., y Foy, D.W (2001). Television exposure in children after a terrorist incident. *Psychiatry*, 64, 202-211.
- *Pfefferbaum, B., Nixon, S.J., Tucker, P.M., Tivis, R.D., Moore, V.L., Gurwitch, R.H., Pynoos, R.S., y Geis, H.K. (1999b). Posttraumatic stress responses in bereaved children after the Oklahoma City bombing. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(11), 1372-1379.
- *Pfefferbaum, B., North, C.S., Doughty, D.E., Gurwitch, R.H., Fullerton, C.S., y Kyula, J. (2003a). Posttraumatic stress and functional impairment in Kenyan children

- following the 1998 American embassy bombing. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(2), 133-140.
- *Pfefferbaum, B., North, C.S., Doughty, D.E., Pfefferbaum, R.L., Dumont, C.E., Pynoos R.S., Gurwitch, R.H., y Ndetei, D. (2006). Trauma, grief and depression in Nairobi children after the 1998 bombing of the American embassy. *Death Studies*, 30(6), 561-577.
- Pfefferbaum, B., Pfefferbaum, R., Gurwitch, R., Nagumalli, S., Brandt, E., Robertson, M., Aceska, A., y Saste, V. (2003b). Children's response to terrorism: A critical review of the literature. *Current Psychiatry Reports*, 5, 95-100.
- *Pfefferbaum, B., Sconzo, G.M., Flynn, B.W., Kearns, L.J., Doughty, D.E., Gurwitch, R.H., Nixon, S.J., y Nawaz, S. (2003c). Case finding and mental health services for children in the aftermath of the Oklahoma city bombing. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 30 (2), 215-227.
- *Pfefferbaum, B., Seale, T.W., Brandt, E.N.Jr., Pfefferbaum, R.L., Doughty, D.E., y Rainwater, S.M. (2003d). Media exposure in children one hundred miles from a terrorist bombing. *Annals of Clinical Psychiatry*, 15, 1-8.
- *Pfefferbaum, B., Seale, T.W., McDonald, N.B., Brandt, E.N., Rainwater, Jr.S.M., Maynar, B.T., Meierhoefer, B., y Miller, P.D. (2000b). Posttraumatic stress two years after the Oklahoma City bombing in youths geographically distant from the explosion. *Psychiatry*, 63 (4), 358-370.
- Phillips, D., Featherman, D.L., y Liu, J. (2004a). Children as an evocative influence on adults' reactions to terrorism. *Applied Developmental Science*, 8 (4), 195-210.
- *Phillips, D., Prince, S., y Schiebelhut, L. (2004b). Elementary school children's responses 3 months after the September 11 terrorist attacks: A study in Washington, DC. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74(4), 509-528.
- Pine, D.S. y Cohen, J.A. (2002). Trauma in children and adolescents: Risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biological Psychiatry*, 51, 519-531.
- Pine, D. S., Costello, J., y Masten, A. S. (2005). Trauma, proximity, and developmental psychopathology: The effects of war and terrorism on children. *Neuropsychopharmacology*, 30, 1781-1792.
- Prinz, R.J. y Feerick, M.M. (2003). Children exposed to community violence or war/terrorism: Current status and research directions-Introduction. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(4), 221-222.

- Pynoos, R.S., Steinberg, A.M., y Piacentini, J.C. (1999). A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46, 1542-1554.
- *Raviv, A., Sadeh, A., Raviv, A., Silberstein, O., y Diver, O. (2000). Young Israeli's reactions to national trauma: The Rabin assassination and terror attacks. *Political Psychology*, 21(2), 299-322.
- *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(4), 261-282.
- *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.
- *Schuster, M.A., Stein, B.D., Jaycox, L.J., Collins, R.L., Marshall, G.N., Elliott, M.N., Zhou, A.J., Kanouse, D.E., Morrison, J.L., y Berry, S.H. (2001). A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. *New England Journal of Medicine*, 345(20), 1507-1512.
- *Scrimin, S., Axia, G., Capelo, F., Moscardino, U., Steinberg, A.M., y Pynoos, R.S. (2006). Posttraumatic reactions among injured children and their caregivers 3 months after the terrorist attack in Beslan. *Psychiatry Research*, 141, 333-336.
- Shaw, J.A. (2003). Children exposed to war/terrorism. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6 (4), 237-246.
- Silke, A. (2005). Children, terrorism and counterterrorism: Lessons in policy and practice. *Terrorism and Political Violence*, 17, 201-213.
- *Solomon Even Chen, M. y Itzhaky, H. (2007). Exposure to terrorism and violent behavior among adolescents in Israel. *Journal of Community Psychology*, 35(1), 43-55.
- *Solomon, Z. y Lavi, T. (2005). Israeli Routh in the second Intifada: PTSD and future orientation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(11), 1167-1175.
- *Stein, B.D., Jaycox, L.H., Elliott, M.N., Collins, R., Berry, S., Marshall, G.N., Klein, D.J., y 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.

- 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(7), 815-822.
- *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(2), 190-200.
- Terr, L.C., Bloch, D.A., Michel, B.A., Shi, J., Reinhardt, J. A., y Metayer, S. (1999). Children's symptoms in the wake of Challenger: A field study of distant-traumatic effects and an outline of related conditions. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1536-1544.
- *Trappler, B. y Friedman, S. (1996). Posttraumatic stress disorder in survivors of the Brooklyn bridge shooting. *The American Journal of Psychiatry*, 153(5), 705-707.
- *Wadsworth, M.E., Gudmundsen, G.R., Raviv, T., Ahlkvist, J.A., McIntosh, D.N., Kline, G.H., Rea, J., y Burwell, R.A. (2004). Coping with terrorism: Age and gender differences in effortful and involuntary responses to September 11th. *Applied Developmental Science*, 8(3), 143-157.
- *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), 1-11.
- Williams, R. (2007). The psychosocial consequences for children of mass violence, terrorism and disasters. *International Review of Psychiatry*, 19(3), 263-277.
- *Wu, P., Duarte, C.S., Mandell, D.J., Fan, B., Liu, X., Fuller, C.J., Musa, G., Cohen, M., Cohen, P., y 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(5), 804-807.
- 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.
- *Zeidner, M. (2005). Contextual and personal predictors of adaptive outcomes under terror attack: The case of Israeli adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(5), 459-470.