

LA SALUD MENTAL INFANTIL FRENTE LAS ADVERSIDADES COLECTIVAS: POBREZA, INDIGENCIA, GUERRA Y DESPLAZAMIENTO

**Laura Pacione, Toby Measham, Rachel Kronick,
Francesca Meloni, Alexandra Ricard-Guay, Cécile Rousseau &
Monica Ruiz-Casares**

**Editores: Matías Irrarrázaval, Andres Martin, Laura Revert Martín & Sergio Jesús Soler
Traductores: Sergio Jesús Soler, Nieves Hermosin Carpio, Clara De Castro & Beatriz Ortega**



London Street
Children por
Edward R.King
(1904) Museo
de Arte UCL

Laura Pacione MD, MSc

Residente de Psiquiatría,
Equipo de investigación y de
intervenciones transculturales;
Departamento de Psiquiatría
Social y Transcultural de
la Universidad de McGill
(Montreal, Quebec, Canadá)
Conflictos de intereses:
ninguno declarado.

Toby Measham MD, MSc

Profesor adjunto, Equipo
de investigación y de
intervenciones transculturales;
Departamento de Psiquiatría
Social y Transcultural de
la Universidad de McGill
(Montreal, Quebec, Canadá)
Conflictos de intereses:
ninguno declarado.

Esta publicación está dirigida a profesionales en formación o con práctica en salud mental y no para el público general. Las opiniones vertidas son de responsabilidad de sus autores y no representan necesariamente el punto de vista del Editor o de IACAPAP. Esta publicación busca describir los mejores tratamientos y las prácticas basadas en la evidencia científica disponible en el tiempo en que se escribió, tal como fueron evaluadas por los autores, y éstas pueden cambiar como resultado de nueva investigación. Los lectores deberán aplicar este conocimiento a los pacientes de acuerdo con las directrices y leyes de cada país en el que ejercen profesionalmente. Algunos medicamentos pueden que no estén disponibles en algunos países, por lo que los lectores deberán consultar la información específica del fármaco debido a que ni se mencionan todas las dosis, ni todos los efectos no deseados. Las citas de organizaciones, publicaciones y enlaces de sitios de Internet tienen la finalidad de ilustrar situaciones, o se enlazan como una fuente adicional de información; lo que no significa que los autores, el Editor o IACAPAP avalen su contenido o recomendaciones, que deberán ser analizadas de manera crítica por el lector. Los sitios de Internet, a su vez, también pueden cambiar o dejar de existir.

©IACAPAP 2018. Esta es una publicación de acceso libre bajo criterios de [Licencia Creative Commons Atribución No Comercial](#). El uso, distribución y reproducción a través de cualquier medio están permitidos sin previa autorización siempre que la obra original esté debidamente citada y su uso no sea comercial. Envíe sus comentarios acerca de este libro digital o algún capítulo a jmrey@bigpond.net.au

Citación sugerida: Pacione L, Measham T, Kronick R, Meloni F, Ricard-Guay A, Rousseau C, Ruiz-Casares M. La salud mental infantil frente las adversidades colectivas: pobreza, indigencia, guerra y desplazamiento. En Rey JM (Irrarrázaval M, Martin A, Revert L, & Soler S.J, eds. Soler S.J, Hermosin Carpio N, De Castro C, Ortega B. trad.), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines 2018.

La adversidad puede adoptar múltiples formas en los niños. Puede provenir de la vulnerabilidad constitucional; de la disfunción o dificultades parentales y familiares; o por estresores ambientales, todos ellos pueden poner en peligro el desarrollo del niño y afectar a su salud mental. La pobreza, convertirse en huérfano, la indigencia, el trabajo infantil y la guerra exponen a los niños a estresores potencialmente perjudiciales. Este capítulo describirá los efectos de este tipo de adversidades colectivas sobre la salud mental y el bienestar de los niños. Se tomará la experiencia de los niños refugiados como ejemplo para ilustrar el enfoque de la evaluación y el tratamiento de la salud mental en los niños vulnerables una vez que están en una situación de seguridad.

LAS CONSECUENCIAS DE LA POBREZA SOBRE LA SALUD MENTAL INFANTIL

Definiendo la pobreza

La pobreza es un concepto difícil de definir porque se superpone con muchas dimensiones culturales, sociales y políticas distintas. El “Umbral de la Pobreza” se define normalmente como el punto de corte que separa a los pobres de aquellos que perciben lo que se considera un nivel de ingresos adecuado en un país determinado (Ravaillon, 2010).

El Banco Mundial define el umbral de la pobreza de dos formas: El Umbral de Pobreza Relativo es el que depende de la distribución de ingresos en un país determinado y varía según el poder adquisitivo. Por ejemplo, el umbral de pobreza se establece, a menudo, en el 50% del salario medio de un país determinado. El Umbral de Pobreza Absoluta (también conocida como Pobreza Extrema) se define utilizando distintos métodos, pero normalmente se determina en relación al coste mediano de las necesidades de supervivencia básica en los 10-20 países más pobres. En 2005, el Banco Mundial definía el umbral de pobreza absoluto como el ingreso doméstico de menos de 1,25\$ (EEUU) por día (Chen & Ravallion, 2010). Este nuevo valor supuso un incremento del dato previo de 1\$ (EEUU) por día, y se piensa que es el que mejor representa el coste de los bienes. A veces un ingreso doméstico menor de 2\$ (EEUU) por día se usa como punto de corte para describir mejor el alcance de la pobreza en un país o región determinados. Usando un punto de corte menor de 1,25\$ (EEUU) de ingresos domésticos por día, se estima que 1290 millones de personas, sobre una cuarta parte de la población de los países en vías de desarrollo, estaba viviendo en la pobreza absoluta en 2008 (Banco Mundial, 2012). Para ponerlo en términos relativos, el número de personas viviendo en la absoluta pobreza es aproximadamente 4 veces la población de EEUU censada en 2010.

En la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social de la ONU celebrada en 1995 en Copenhague se elaboró una declaración y un plan de acción, donde se definió la Pobreza Absoluta como “una condición caracterizada por una severa privación de las necesidades básicas humanas, incluyendo comida, acceso a agua potable, condiciones de saneamiento, salud, cobijo, educación e información. Esto no solo depende de los ingresos, sino también del acceso a los servicios” (Gordon, 2005). La pobreza puede, por consiguiente, ser interpretada como la situación de acceso insuficiente a los recursos necesarios para sobrevivir. Determinado el concepto de pobreza relativa, la pobreza puede también ser considerada como un estado de desventaja relativa social y material. Estas son obviamente definiciones

Rachel Kronick MD

Residente de Psiquiatría, Equipo de investigación y de intervenciones transculturales; Departamento de Psiquiatría Social y Transcultural de la Universidad de McGill (Montreal, Quebec, Canadá) Conflictos de intereses: ninguno declarado.

Francesca Meloni MA

Candidata al Doctorado en Filosofía, Psiquiatría, Equipo de investigación y de intervenciones transculturales; Departamento de Psiquiatría Social y Transcultural, Facultad de Trabajo Social de la Universidad de McGill (Montreal, Quebec, Canadá) Conflictos de intereses: ninguno declarado.

Alexandra Ricard-Guay MA

Candidata al Doctorado en Filosofía, Trabajo Social, Equipo de investigación y de intervenciones transculturales; Departamento de Psiquiatría Social y Transcultural, Facultad de Trabajo Social de la Universidad de McGill (Montreal, Quebec, Canadá) Conflictos de intereses: ninguno declarado.

Cécile Rousseau MD, MSc

Profesora, Equipo de investigación y de intervenciones transculturales; Departamento de Psiquiatría Social y Transcultural de la Universidad de McGill (Montreal, Quebec, Canadá) Conflictos de intereses: ninguno declarado.

Monica Ruiz-Casares BLL, MA, MSc, PhD

Profesora adjunta, Equipo de investigación y de intervenciones transculturales; Departamento de Psiquiatría Social y Transcultural de la Universidad de McGill (Montreal, Quebec, Canadá) Conflictos de intereses: ninguno declarado.

La sección de niños soldado está basada parcialmente en: Denov M, Ricard-Guay A (impreso). Chicas soldado: hacia una comprensión de género del reclutamiento en tiempos de guerra, de la participación y de la desmovilización. Un Manual del Género y la Guerra. Edward Elgar Editores.

superpuestas, pero cada una tiene consecuencias únicas para la salud física y mental infantil.

El impacto polifacético de la pobreza está incluido en la definición oficial de la pobreza de la ONU, que fue ratificada por los líderes de todas las agencias de la ONU en 1998: “Fundamentalmente, la pobreza es una negación de las opciones y oportunidades, una violación de la dignidad humana. Significa una pérdida de la capacidad básica para participar de forma efectiva en la sociedad. Significa no tener suficiente para alimentar y vestir a una familia, no tener un colegio o centro de salud al que ir, no tener tierra en la que cultivar comida propia o un trabajo para ganarse la vida, no tener acceso a un crédito. Significa inseguridad, impotencia y exclusión de individuos, familias y comunidades. Significa ser susceptible a la violencia, y esto frecuentemente implica vivir en la marginalidad o en ambientes frágiles o marginales, sin acceso a agua potable o saneamiento” (Gordon, 2005). De hecho, Mahatma Gandhi ha descrito la pobreza como “la peor forma de violencia”.

La pobreza afecta sobre todo a los niños porque ellos normalmente dependen de sus padres o de otros adultos y se encuentran en una posición social vulnerable y de debilidad. (Boyden & De Berry, 2004; Lansdown, 1994; Scheper-Hughes & Sargent, 1998). Por consiguiente, la pobreza tiene un impacto único en los niños.

Midiendo la pobreza infantil

Dada la vulnerable posición social de los niños, UNICEF ha instado a que la conceptualización de la pobreza infantil se extienda más allá del concepto de la pobreza de ingresos. Una definición operativa de pobreza absoluta sería la grave privación de dos o más necesidades básicas humanas para los niños, incluyendo graves privaciones en las siguientes áreas (Gordon & Nandy, 2008):

- Deprivación de comida que conduzca a la malnutrición severa
- Deprivación de agua con acceso limitado a aguas superficiales o fuentes de agua lejos de casa
- Ausencia de instalaciones de saneamiento (baño o letrina)
- Deprivación de salud, incluyendo falta de inmunización o tratamiento médico
- Deprivación de cobijo (p.ej, masificación severa de cinco o más personas por habitación, o viviendas sin suelo)
- Ausencia de educación profesional de cualquier tipo
- Deprivación de información (p.ej, niños entre 3 y 18 años de edad sin acceso a periódicos, radio, televisión, ordenadores o teléfonos en casa)
- Deprivación de acceso a los servicios básicos (p.ej, niños viviendo a 20 kilómetros o más de cualquier tipo de colegio a 50 kilómetros o más de algún centro médico con doctores)

De estas medidas, la privación grave de asilo, saneamiento, información y agua son las más comunes alrededor del mundo, pero los índices varían dependiendo de la región afectada (Gordon & Nandy, 2008).

El alcance de la pobreza infantil

Dadas las dificultades en medir la pobreza utilizando la información

Mahatma Gandhi describió la pobreza como “la peor forma de violencia”

En el 2006, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la primera definición aceptada internacionalmente de pobreza infantil:

“Los niños que viven en pobreza están desprovistos de nutrición, agua e instalaciones de saneamiento, acceso a los servicios de salud básicos, abrigo, educación, participación y protección y, aunque, una falta de bienes y servicios daña a cualquier ser humano, esto es más amenazante y dañino para los niños, dejándoles incapaces de disfrutar sus derechos, alcanzar todo su potencial y participar como miembros de pleno derecho en la sociedad” (Minujin & Nandy, 2012, p3).



Brot! (¡Pan!) litografía por Käthe Kollwitz (1867-1945).

general sobre ingresos, el acceso a recursos y servicios puede proveer una imagen más clara de la pobreza y la desigualdad social infantil. Entre los 2200 millones estimados de niños en el mundo, se estima que 1000 millones viven con menos de \$1 dólar estadounidense al día (UNICEF, 2005a). Además, en cuanto a los 1900 millones de niños que viven al sur del ecuador, hay:

- 640 millones sin cobijo adecuado (una tercera parte)
- 400 millones sin acceso a agua potable (una quinta parte)
- 270 millones sin acceso a servicios de salud (una séptima parte)

Aunque las tasas de pobreza absoluta están golpeando a los países en vías de desarrollo, también se encuentran altos niveles de pobreza en términos de privación económica y social relativa en el mundo occidental. En los países ricos, el riesgo de pobreza está significativamente determinado por la etnia, la nacionalidad y el estado migratorio. Por ejemplo, en EEUU, los niños de raza negra y latina son desproporcionadamente pobres, carecen de seguro médico y

tienen acceso limitado a la educación y a los servicios sociales (Fass & Cauthen, 2008; Guendelman et al, 2005). La nacionalidad también puede influir en el riesgo familiar de pobreza. En Alemania, el número de niños en familias sin nacionalidad alemana que viven en la pobreza casi se ha triplicado, desde el 5% a principios de los noventa al 15% en 2001, mientras que los niveles de pobreza de los niños de nacionalidad alemana no ha cambiado (UNICEF, 2005b).

Hay una fuerte relación entre la pobreza, la salud, la desigualdad social y la denegación de los Derechos Humanos Básicos (UNICEF, 2000; 2006a). Se estima que las mujeres representan el 70% de la pobreza mundial y se considera que están desproporcionadamente afectadas debido a la discriminación sistemática de género que limita el acceso de las mujeres a la educación, la atención a la salud, las oportunidades económicas y el control de los bienes (ONU Mujeres, 2010). Consistentemente, las niñas, a menudo, están desproporcionadamente afectadas por la pobreza y bajo condiciones de pobreza absoluta, tienen más probabilidades que sus hermanos varones de sufrir malnutrición, déficit de crecimiento y de tener vetado el acceso a la educación primaria (Khuwaja et al, 2005; Baig-Ansari et al, 2006; ONU, 2010). En algunos países, los sesgos de género en las leyes de propiedad y herencia y las restricciones en la adquisición de bienes perpetúan el ciclo de pobreza en las mujeres y las niñas (UNICEF, 2006a).

Pobreza y conflictos armados

La pobreza también interactúa con la inestabilidad política, los conflictos armados, la violencia y la discriminación de formas que específicamente afectan a los niños. Por ejemplo, en casos de conflictos armados y terrible pobreza, las estrategias de supervivencia de las familias pueden consistir en prescindir de los hijos, ya sea mediante el abandono, el tráfico infantil o la militarización (Boyden & De Berry, 2004; Einarsdóttir, 2006; Scheper-Hughes, 1987). Los menores que son desplazados por conflicto armado y que frecuentemente no son reconocidos o protegidos por los Estados están particularmente afectados por la pobreza (Boyden & Hart, 2007). En 2006, ACNUR anunció que 5,8 millones de personas eran apátridas y 13,5 millones eran desplazados dentro de la nación (Bhabha, 2009). Para estos niños, el derecho a los derechos sociales que es, en principio, asumido por un Estado, es frecuentemente denegado o concedido por razones humanitarias, como mucho. Otro ejemplo del papel particularmente vulnerable de los niños es el caso de los menores nacionalizados que carecen del acceso a la educación o a la atención médica, porque sus padres no tienen estatus legal dentro de sus países de acogida (Bernhard et al, 2007; Ruiz-Casares et al, 2010).

Consecuencias en el desarrollo, las emociones y la conducta de la pobreza infantil

Las consecuencias de la pobreza en los niños pueden incluir impactos a largo plazo en el desarrollo físico y psicológico. De hecho, el daño sufrido debido a la malnutrición y al inadecuado cuidado médico en la infancia temprana tiene a menudo severas consecuencias en el desarrollo y bienestar del niño (Brooks-Gunn & Duncan, 1997; Nandy et al, 2005; Seccombe, 2000; Simich, 2006). La prevalencia mayor de trastornos del neurodesarrollo y de menor rendimiento académico entre los niños que crecen en severa pobreza puede ser explicada por diversos factores, incluidas la malnutrición proteica que lleva a alteraciones estructurales cerebrales, deficiencias de micronutrientes en la dieta, toxinas ambientales, falta de

estimulación sensorial temprana, anemia secundaria a parasitosis y las secuelas de las enfermedades infecciosas (Bergen, 2008).

Muchas de las investigaciones del impacto de la pobreza infantil en la salud mental han sido realizadas con niños de países desarrollados que están expuestos a pobreza relativa y a privación social. Estos datos indican que la pobreza incrementa el riesgo de síntomas emocionales y conductuales en los niños y puede afectar también negativamente a la salud mental de adolescentes y adultos. En un estudio de 5000 familias con ingresos bajos en 20 grandes ciudades de EEUU, la falta de vivienda o el estado precario de la casa estaba asociado con más problemas internalizantes y externalizantes entre los niños de 3 años, en comparación con niños homólogos de casas en adecuadas condiciones (Park et al, 2011).

En un extenso estudio longitudinal hecho en Australia, la exposición a la pobreza durante el período intrauterino y a los seis meses, 5 o 14 años estaba asociada con tasas más altas de ansiedad y depresión en adolescentes y adultez temprana, y repetidas experiencias de pobreza estaban asociadas con peor salud mental (Najman et al, 2010). Un estudio de familias rurales pobres de EEUU que salieron de la pobreza debido a subsidios demostró que en las familias que salieron de la pobreza, los niños presentaron menos síntomas de trastornos de conducta y de trastorno oposicionista desafiante, pero hubo cambios en los síntomas de ansiedad y depresión (Costello et al, 2003). Esto plantea la posibilidad de que los efectos de la pobreza en los síntomas internalizantes y externalizantes de síntomas en los niños pueden ser moderados por distintos mecanismos. En las sociedades ricas, en cuanto al nivel de salud poblacional, el bienestar de los niños está asociado con una mayor igualdad de ingresos y un menor porcentaje de niños en pobreza relativa más que con la media de ingresos familiares por sí sola (Pickett & Wilkinson,

Reducir la desigualdad en los ingresos en los países ricos podría ser un objetivo importante para mejorar el bienestar infantil en la sociedad como un todo.



Chico Nepali.
Foto: shashish
<http://www.flickr.com/photos/shashish/3527873250/>

2007). Por consiguiente, se ha demostrado que la pobreza infantil relativa tiene un impacto duradero en la salud mental de niños y adultos y puede estar relacionada tanto con la privación social y material como con la desigualdad. Reducir la desigualdad salarial en los países ricos puede ser un importante objetivo con la finalidad de mejorar el bienestar infantil en la sociedad en su conjunto.

Cómo la pobreza infantil lleva a una salud mental más precaria no está claramente establecido, pero algunos datos sugieren que el estrés físico y psicológico de la pobreza tiene consecuencias duraderas en el desarrollo infantil. La pobreza debe mediar su efecto sobre la salud mental mediante alteraciones en la función del sistema nervioso simpático, que incrementa la liberación de adrenalina y noradrenalina, y del eje hipotálamo-hipofisario, que estimula la producción de cortisol, la hormona de estrés (Evans & Kim, 2007). Además, el estrés excesivo durante la infancia está asociado con cambios estructurales en diferentes regiones del cerebro en desarrollo, incluida la amígdala, el hipocampo y la corteza prefrontal, las cuales están implicadas en la experiencia emocional, la regulación del estrés, el aprendizaje y la capacidad de hacer frente a la adversidad (Shonkoff et al, 2012).

Resiliencia

A pesar de los efectos dañinos de la pobreza en los niños, es importante tener en cuenta la resiliencia y las estrategias de afrontamiento empleadas por estos niños. Boyden (2004) remarcaba que factores como el género, la clase y la etnia desempeñan un papel significativo en la formación de la experiencia del niño y su capacidad para lidiar con la adversidad. Un estudio longitudinal de una cohorte multirracial de niños expuestos a la pobreza crónica ha mostrado también la importancia del papel de los niños dentro de la comunidad, a través de la presencia de redes sociales y recursos personales (Werner, 1993). Los niños son así agentes de su propio desarrollo e, incluso en situaciones de adversidad y pobreza crónica, pueden conscientemente actuar en consecuencia e influir en los ambientes en los que viven.

Conclusión

Para concluir, necesitamos comprender la pobreza como el resultado de la interacción de múltiples factores, incluyendo el mercado laboral, las políticas del gobierno, los esfuerzos familiares, los conflictos políticos, la discriminación social y las estrategias personales. En la práctica clínica, es importante observar la influencia de la pobreza y la desigualdad social no solo centrándose en la privación de los niños, sino dentro de un marco de referencia mucho más grande, que incluye dimensiones culturales, sociales, políticas e individuales (Sen, 2008).

CRECIENDO DEMASIADO DEPRISA HÚERFANOS, HOGARES INFANTILES, NIÑOS INDIGENTES Y TRABAJO INFANTIL

En la mayoría de países de ingresos bajos y medios, el problema de la pobreza está claramente relacionado con otros riesgos serios para de la salud y el bienestar del niño, incluyendo la orfandad, la falta de vivienda, el desplazamiento debido a desastres y conflictos, los niños indigentes y el trabajo infantil. Los niños más vulnerables son aquéllos que no tienen ningún adulto que les proporcione

Introduction to
Working with
Children and
Psychosocial Support



Participant's Manual



Haga clic en la imagen para acceder a "Introducción al manual Trabajando con niños y ayuda psicosocial del participante". El taller está diseñado para sensibilizar sobre los problemas a los que se enfrentan los niños afectados de VIH y cómo ofrecer ayuda y favorecer la resiliencia.

cuidados. Estos niños frecuentemente asumen los roles del adulto con la finalidad de sobrevivir bajo condiciones de severa deprivación y adversidad; y sin embargo les son denegados los derechos y privilegios permitidos a los adultos en la sociedad.

HÚERFANOS Y HOGARES INFANTILES

Se estima en 153 millones el número de huérfanos en el mundo (UNAIDS, 2010). Ésto incluye a todos los niños (de 0 a 17 años) que han perdido a uno o ambos padres, por defunción, separación o abandono. De esos 153 millones, casi el 12% ha perdido a ambos padres y el 11% de estos han perdido a uno o ambos padres por el SIDA (UNAIDS, 2010). Estas proporciones, sin embargo, varían enormemente según el país; por ejemplo, el 16 % de todos los huérfanos de Namibia ha perdido a ambos padres y el 58% de estos ha perdido a uno o a ambos padres por el SIDA (UNAIDS, 2010). La diversidad de definiciones sobre qué es ser huérfano hace del análisis comparativo una dificultad evidente (Sherr et al, 2008). En la última década, a partir de la evidencia de la investigación de la situación de los huérfanos y los no huérfanos en diversos países, UNICEF y la mayoría de las organizaciones internacionales han ampliado su punto de mira para incluir un número de factores que hacen a los niños y a las familias vulnerables, además de la orfandad (p.ej., pobreza doméstica, educación parental, trabajo infantil, falta de vivienda, etc.). La expresión “niño huérfano y vulnerable”, es por consiguiente, muy comúnmente empleada.

A día de hoy, la mayoría de los huérfanos y de otros niños vulnerables están todavía viviendo con su familia extensa, frecuentemente con sus abuelos (Monasch & Boerma, 2004; Nyangara, 2004). Las casas multigeneracionales y el acogimiento familiar de niños tienen una larga tradición en diversas partes del mundo como medio para fortalecer las relaciones y redistribuir los recursos dentro de las familias (Madhavan, 2004). Mientras que el acogimiento de los niños dentro de familias extensas puede reducir el impacto de la orfandad, hay evidencia de que los niños de familias con escaso contacto regular con parientes tienen mayor riesgo mayor de ser abandonados si su actual cuidador muere (Foster et al, 1997). A veces, los parientes cometen negligencias, explotan o expulsan a los niños huérfanos de la familia. La muerte de los padres frecuentemente suele implicar la reubicación y la inseguridad doméstica (Foster, 2000). Como resultado de la guerra y el desplazamiento, millones de niños crecen con la ausencia de uno o ambos padres, frecuentemente separados de sus hermanos y de otros miembros de su familia.

Como resultado del abuso, la pobreza y la separación familiar en los conflictos armados, en los desastres naturales y en la pandemia del SIDA, han surgido las viviendas dirigidas por niños y adolescentes (Luzze, 2002). En algunos casos, estas viviendas se crean en respuesta a las últimas voluntades de los padres fallecidos, o a las preferencias de los propios niños (Foster et al, 1997). Estas viviendas generalmente surgen después de la muerte de la madre. Estas viviendas fueron reconocidas en Uganda y Tanzania a finales de los 80, y se ha documentado posteriormente este fenómeno en muchos otros países de la región. Hay también viviendas “funcionales” dirigidas por niños y adolescentes para menores que no son huérfanos, las cuales surgen con la finalidad de permitir que estos completen su educación (Ruiz-Casares, 2009).

Los niños huérfanos intentan mantenerse juntos tanto como es posible para aliviarse las penas, mantener el parentesco, los lazos familiares y de comunidad, asegurar los bienes, evitar los abusos por conocidos y obtener asistencia y guía cultural de los ancianos en sus comunidades.

Los efectos de la separación parental debida a múltiples causas se ha estudiado en contextos de guerra, desastres naturales y en la orfandad. La pérdida de uno o ambos padres a menudo se acompaña de la separación de los hermanos y otros miembros de la familia, pobreza, falta de acceso a los servicios básicos, estigma y exclusión (Cluver et al, 2008). La dispersión de los hermanos entre parientes es un mecanismo común de manejo en situaciones de orfandad, particularmente cuando hay más de un bebé o niño pequeño de la misma familia que requiere cuidados (Foster, 2000). Sin embargo, los niños huérfanos y separados (particularmente los de mayor edad) tienden a intentar permanecer juntos lo máximo posible (Germann, 2005). Permaneciendo juntos en el hogar de sus padres, los niños son capaces de ayudarse mutuamente en sus penas, mantienen los lazos entre sí, con la familia y con la comunidad, aseguran sus posesiones, evitan el abuso por parte de parientes y obtienen asistencia y asesoramiento cultural de las personas mayores de sus comunidades (Germann, 2005).

Riesgos que afrontan los niños huérfanos o los niños que dirigen su familia

Los niños huérfanos sin padres ni tutela adulta son especialmente vulnerables (Donald & Clacherty, 2005). Las chicas están particularmente en desventaja porque son normalmente las primeras de la vivienda en abandonar la escuela, cuidar a los hermanos más jóvenes y realizar muchas de las tareas de los adultos (Francis-Chizororo, 2010). Algunos niños o adolescentes que dirigen su familia, que cuidan de sus hermanos pequeños, tienen menos de 9 años (Roalkvam, 2005). Los niños huérfanos a menudo son forzados a situaciones abusivas y a la explotación laboral en un intento de negociar su supervivencia (Cluver et al, 2008). Muchos niños son forzados a trabajos sexuales, exponiéndose de este modo a riesgos físicos y psicológicos significativos (Cluver et al, 2011). Son consecuencias frecuentes de la orfandad el abandono escolar, el deterioro serio de la salud y una consecuente pérdida de futuro. Es común que los parientes u otros miembros de la comunidad



Nermine, Niña indigente en El Cairo. Foto: Linda Forsell

arrebatan las pertenencias de los niños y frecuentemente no se consulta a los niños acerca de sus preferencias en cuanto a su futura vivienda después de la muerte de sus padres u otros cuidadores (Ruiz-Casares, 2009). En un estudio de más de mil niños en Zimbabwe, se encontró que los huérfanos sufrían mayor estrés psicológico en comparación con los no huérfanos. El daño psicológico estaba mediado por el trauma, el abandono escolar, el ser cuidado por una persona que no es su padre, el cuidado inadecuado, el trabajo infantil, el abuso físico, el estigma y la discriminación (Nyamukapa, 2010).

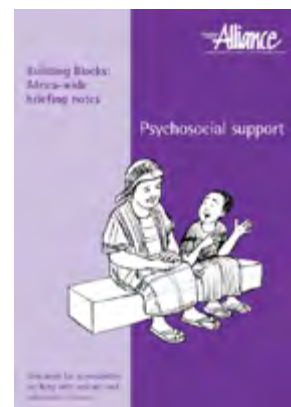
En el caso de la pérdida parental debida al VIH/SIDA, a menudo los niños no solo están solos acarreando la carga emocional de cuidar y ver que una persona querida sufre y muere, sino que además pueden experimentar el estigma, la discriminación y una reducción del estatus social y del poder económico familiar (Nyamukapa, 2010). Los niños huérfanos debido a la muerte por VIH/SIDA suelen experimentar un incremento de la pobreza o el grado extremo de esta, debido a los gastos derivados del cuidado de los padres enfermos y a la pérdida del apoyo financiero por parte de estos. Además, muchos viven con temor a ser portadores de la enfermedad (Bhargava, 2005; Cluver et al, 2008; Germann, 2005; Luzze, 2002). De hecho, muchos la tienen (Hillis et al, 2012). Una revisión sistemática de los estudios empíricos sobre el VIH/SIDA y la orfandad encontró que los niños huérfanos normalmente tienen repercusiones físicas y psicológicas negativas. (Foster, 1998). Los investigadores han encontrado, por ejemplo, niveles elevados de daño psicológico en los niños huérfanos, incluyendo ansiedad, síntomas depresivos, ira, soledad, baja autoestima, aislamiento social y problemas de sueño (Bhargava, 2005; Makame et al, 2002; Ruiz-Casares, 2009; Zhao et al, 2009).

Menores no acompañados

Los menores que están solos y que buscan asilo político, refugiados o desplazados dentro de sus países de origen son una población especial de niños sin hogar que deben hacer frente a los diferentes retos que no tienen los menores sin hogar que están solos, pero que no son emigrantes. A menudo son separados de sus familias en situaciones de conflicto armado, desastres naturales y violencia política. La Convención de la ONU por los Derechos del Niño define a los menores no acompañados como niños menores de 18 años “que han sido separados de ambos padres y otros parientes y que no son cuidados por otro adulto que, por ley o costumbre, sea responsable de hacerlo” (Touzines, 2007). Los menores no acompañados pueden, por consiguiente, ser considerados como un subconjunto de niños huérfanos de alto riesgo. Se registran altas tasas de exposición a violencia física y sexual y se ha demostrado que tienen mayores tasas de problemas de salud mental, incluyendo síntomas depresivos y de estrés postraumático, los cuales persisten incluso después del reasentamiento en un nuevo país (Seglem et al, 2011). En comparación con los niños solicitantes de asilo que tienen familias, los menores no acompañados que buscan asilo tienen mayores tasas de síntomas y enfermedades psiquiátricas (Wiese & Burhorst, 2007).

NIÑOS EN SITUACIÓN DE CALLE

Los niños que están viviendo en la calle, en chabolas o asentamientos ilegales y aquellos sin hogar debido a conflictos armados, desastres naturales o violencia política están entre los más vulnerables y desfavorecidos. Estos niños sufren abuso,



Red África para niños huérfanos y en riesgo

Haga clic en la imagen para acceder a un resumen sobre las directrices en los programas destinados a proveer apoyo a los niños huérfanos y vulnerables (Alianza Internacional VIH/SIDA, 2003)

explotación, violencia sexual y enfermedades físicas y mentales. El problema de los niños indigentes puede ser observado desde las perspectivas de los derechos humanos, de la salud mental comunitaria y del desarrollo económico (McAlpine et al, 2010). A pesar de vivir bajo circunstancias extremadamente duras, los niños indigentes muestran resiliencia y utilizan estrategias de afrontamiento efectivas en su lucha por la supervivencia.

- El término niños en situación de calle se usa para referirse a los niños que trabajan o duermen en la calle. No hay consenso universal acerca de la definición de niño en situación de calle; UNICEF usa dos definiciones: Niños en situación de calle sin hogar, también llamados “niños establecidos en la calle” o “niños de la calle”, que viven y duermen en las calles de áreas urbanas, frecuentemente solos, y que viven con otros niños indigentes, miembros de familias sin hogar u otros adultos sin hogar, y
- *Niños de la en situación de calle con hogar*, también llamados “Niños establecidos en el hogar” o “Niños en la calle”, que están la mayor parte del día en la calle, pero mantienen contacto con sus familias y suelen volver a casa por la noche (UNICEF, 2001).

En los países occidentales, los términos jóvenes sin hogar y jóvenes en situación de calle se usan para referirse a estas dos poblaciones respectivamente. Los niños en situación de calle por consiguiente comprende un grupo heterogéneo de niños que puede dormir en la calle, dormir en casa con sus familias o una mezcla de los dos; sin embargo, tienden a no tener supervisión ni estar acompañados la mayor parte del día y están, por lo tanto, en riesgo de abuso y explotación. En base a estas definiciones, los trabajadores infantiles que trabajan la mayor parte del día en la calle como vendedores, chatarrereros, porteros, limpiacoches y limpiasuelas, guardias y artistas callejeros también son considerados niños en situación de calle.

El número de niños en situación de calle no se conoce con certeza, pero se estima que está sobre las decenas de millones, con algunas estimaciones que llegan incluso a los 100 millones (UNICEF, 2006). Debido al incremento de la población mundial y a la alta emigración a áreas urbanas, se considera que está creciendo el número de niños callejeros (UNICEF, 2006b). Algunos estudios usan el método de “captura-recaptura” para estimar el número de niños callejeros de una determinada área. Los estudios que usan este método han demostrado que la mayoría de los niños callejeros son varones, mantienen contacto con sus familias, duermen en casa al menos una vez a la semana y ganan un salario que ayuda a sus familias de origen (Bezerra et al, 2011; McAlpine et al, 2010). Se estima que el 80% de los niños callejeros son chicos, lo cual puede ser resultado del valor percibido de las chicas como trabajadoras domésticas (Abdelgalil et al, 2004; Le Roux, 1996).

Las razones principales que señalan los niños callejeros para llegar a no tener hogar incluyen la pobreza familiar, el abuso y la violencia familiar, ser huérfano o haberse separado de sus padres durante la emigración (Abdelgalil et al, 2004; McAlpine et al, 2010). Los niños sin hogar son más proclives a haber huido por abuso en sus familias de origen que los niños callejeros con hogar (McAlpine et al, 2010). Desafortunadamente, una vez en la calle, los niños se exponen normalmente a más abusos. Se estima que los niños que no tienen hogar y que duermen en la calle sin contacto con miembros de su familia o cuidadores comprenden alrededor del 15% de todos los niños callejeros (Bezerra et al, 2011). Los niños callejeros que



Haga clic en la imagen para acceder a “Directrices para el trabajo con Niños de la Calle” por Judith Ennew.



Haga clic en la imagen para acceder a “Trabajando con Niños de la Calle: entrenamiento en uso de sustancias, salud sexual y reproductiva incluyendo VIH” de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002)

duermen en casa tienden a tener diferentes razones para pasar tiempo en la calle, como la pobreza familiar, estar presionados por sus padres para trabajar o mendigar en las calles y el deseo de jugar o pasar el tiempo con amigos (Lalor, 1999).

La salud de los niños en situación de calle

La mayoría de los estudios de salud de los niños callejeros son pequeños y muchos se concentran en la drogadicción, las enfermedades infecciosas (especialmente el VIH/SIDA) y el abuso. Sin embargo, estar en la calle expone a los niños a multitud de riesgos para la salud. Los niños callejeros informan de elevados niveles de abuso y acoso por parte de la policía y otros niños callejeros, incapacidad para asistir a la escuela, implicación en crímenes y problemas médicos, que incluyen heridas e infecciones en la piel y respiratorias (Ali & Muynck, 2005; Huang et al, 2004). En Brasil, miles de niños callejeros han sido asesinados y se piensa que la mayoría han sido asesinados por escuadrones de la muerte, la policía u otros tipos de bandas de criminales (Inciardi & Surrat, 1998).

Tanto los chicos como las chicas que viven en la calle señalan mayor cantidad de abusos sexuales por extraños y además aparece el “sexo por supervivencia”, por medio del cual los niños intercambian sexo por comida, protección o dinero, siendo muy común (Pagare et al, 2005; Sherman et al, 2005). En un estudio de niños callejeros en Ruanda se objetivó que más de tres cuartas partes de las chicas, incluyendo el 35% de las menores de 10 años, eran sexualmente activas y el 93% indicaron haber sido violadas mientras que aproximadamente el 60% de los chicos afirmaron haber llevado a cabo violaciones (Save the Children, 2005). Una elevada proporción de adolescentes callejeros eran sexualmente activos con más de una pareja sexual y no usaban ninguna protección contra el embarazo o las enfermedades de transmisión sexual (Nada & Sulima, 2010). Los niños callejeros sin hogar que también eran huérfanos podían tener incluso mayores riesgos para la salud que los niños sin hogar que no eran huérfanos, incluyendo un riesgo mayor de VIH/SIDA (Hillis et al, 2012). Los traumas, la estigmatización y la marginación limita el acceso de los niños callejeros a los servicios de los que disponen, en el caso de los niños afectados por VIH/SIDA (Jones, 2009).

Las tasas de uso de sustancias son muy altas entre los niños callejeros y según la OMS, entre el 25% y el 90% usa sustancias psicoactivas, incluyendo alcohol, nicotina, estimulantes, inhalantes, cannabis y opioides (OMS, 2010). Los efectos de la inhalación de sustancias volátiles, como los pegamentos, quitaesmaltes de uñas, fluidos de mecheros, pintura en spray y otros productos domésticos, que son percibidos como beneficiosos por los niños callejeros son el incremento de la fuerza física, una disminución de la timidez, la somnolencia, la sensación de bienestar y la insensibilidad al dolor físico y psicológico (Sharma & Lal, 2011). Las tasas de enfermedad mental entre los adolescentes callejeros, que incluye los trastornos por abuso de sustancias, trastornos del ánimo, trastornos hiperkinéticos y trastornos de ansiedad pueden llegar a alcanzar el 98% (Scivoletto et al, 2011).

NIÑOS TRABAJADORES Y TRABAJO INFANTIL

Los niños, tanto si viven con sus padres, en viviendas dirigidas por niños y adolescentes o en la calle, a menudo contribuyen de manera significativa en



Haga clic en la imagen para acceder a “Herramienta de evaluación sobre incidentes en niños obreros”. Recurso rápido en línea que permite comprobar si un incidente en particular es sobre un niño obrero o no (Sistema de conocimiento compartido de niños obreros, Filipinas)

sus casas, haciendo las tareas domésticas u otro tipo de trabajos. Sin embargo, en las regiones más pobres del mundo, los niños normalmente son contratados en trabajos que son peligrosos o están en situaciones de explotación con la finalidad de asegurar su propia supervivencia y la de sus familias. El trabajo infantil es un tema complejo, y además del abuso y la explotación, las realidades de los niños trabajadores comprenden la socialización, la participación, el aprendizaje y el desarrollo de habilidades, la independencia, el reconocimiento, el poder, las seguridad y el orgullo en su capacidad de ser útiles en sus casas (Liebel, 2004). Sin embargo, la mayoría de niños y adolescentes de los países en desarrollo trabajan para apoyar a sus familias, dada las necesidades económicas y muchos no disfrutan de su trabajo y preferirían estar en la escuela (Mathews et al, 2003; Tabassum & Baig, 2002).

Hay una significativa controversia sobre si los niños deberían realizar trabajos remunerados en absoluto, qué tipo de trabajo puede ser necesario o perjudicial, y el tipo de trabajo que puede ser considerado apropiado para niños y adolescentes (Abebe & Bessell, 2011). Las opiniones del trabajo infantil se forjan también según el concepto de infancia, el cual difiere entre culturas, y una comprensión del niño a lo largo de un continuum desde personas pasivas, vulnerables que necesitan protección hasta sujetos competentes que pueden contribuir a la sociedad de manera significativa y actuar como agentes de su propio destino (Abebe & Bessell, 2011).

Ennew, Myers y Plateau (2005) identificaron cuatro puntos de vista clave en el trabajo infantil:

- La perspectiva del mercado laboral, que contempla el trabajo infantil como un signo de pobreza y subdesarrollo que será superado cuando las naciones se desarrollen.
- La perspectiva del capital humano, que ve la infancia como un periodo de protección en el que la educación escolar es primordial, y donde la participación en trabajos no tendría lugar.
- La perspectiva de la responsabilidad social, que define el trabajo infantil como una causa y consecuencia de la exclusión social, donde el trabajo de los niños se percibe como explotador, alienante y opresivo y
- La perspectiva que enfatiza el derecho de los niños a ser protegidos de la explotación infantil.

Así, mientras los intereses occidentales han exigido normalmente la completa prohibición del trabajo infantil, las organizaciones de niños trabajadores de los países en desarrollo han reclamado la igualdad de derechos y participación, que incluye el derecho de ser incluidos como miembros de los sindicatos que pretenden protegerlos y representarlos (Liebel, 2004 pp25-32).

Estatus actual y definiciones

Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), fundada por la ONU en 1919, en el 2008 había aproximadamente unos 215 millones de niños entre 5 y 14 años estaban involucrados en trabajos económicos, principalmente en Asia, África y Latinoamérica (OIT, 2010). Esto representa un descenso respecto a los 222 millones de niños que se estimaba que estaban trabajando en 2004;

sin embargo, estas estimaciones no incluyen a los niños implicados en formas modernas de esclavitud, que incluyen el trabajo forzoso o de servidumbre u otros tipos de trabajo ilícito, como los niños soldados, el trabajo sexual y el tráfico de drogas. Además, las estimaciones no incluyen a los niños, frecuentemente chicas, que hacen trabajos domésticos o que cuidan a sus hermanos menores en sus propias casas.

En base a las definiciones creadas por la OIT, los niños que al menos realizan una hora de trabajo remunerado por semana estarían incluidos en la economía laboral (Hagemann et al, 2006). Estos niños por lo tanto se dividen en diferentes grupos según su edad y el tipo de trabajo que hacen:

- *Niños económicamente activos o trabajadores* se refiere a los niños de entre 5 y 17 años.
- *Trabajo infantil* se refiere a los niños trabajadores de entre 5 y 14 años.
- *Niños que realizan trabajos peligrosos* se refiere a los niños de entre 5 y 17 años que desempeñan trabajos peligrosos como en la mina y en la construcción, usan maquinaria pesada, están expuestos a toxinas como pesticidas, o trabajan más de 43 horas a la semana.

UNICEF usa una definición diferente que incluye a los niños que realizan excesivas horas de tareas domésticas en sus propias casas (por lo menos 28 horas a la semana en niños de entre 5 y 14 años o por lo menos 42 horas al combinar tareas domésticas y trabajo remunerado en niños de entre 12 y 14 años). Sin embargo, esta definición de trabajo infantil excluye a los niños de entre 12 y 14 años que hacen menos de 14 horas a la semana de trabajo remunerado y menos de 42 horas a la semana de trabajo remunerado y tareas domésticas (Gibbons et al, 2005). Cuando las tareas domésticas están incluidas, las chicas representan el 38% de los niños implicados en el trabajo infantil a nivel mundial (Gibbons et al, 2005).

En 1921 la OIT aprobó la primera convención sobre el trabajo infantil donde se fijó la edad mínima para trabajar en la industria en 14 años. Más recientemente, se ha prestado especial atención a la erradicación de los peores tipos de trabajo infantil, en los que es más probable que se afecte “la salud y el desarrollo físico, mental, social, espiritual o moral de los niños”, como los niños soldado, la participación en el tráfico sexual, y otros trabajos que exponen a los niños al riesgo de un daño físico o psicológico. En 1992 la OIT ratificó el Tratado 182 sobre los Peores Tipos de Trabajo Infantil. Sin embargo, muchos países no han ratificado estos tratados, y hacia 2008, 115 millones de niños a nivel mundial se dedicaban a trabajos peligrosos (OIT, 2010). La mayoría de los niños que trabajan lo hacen a nivel familiar sin recibir remuneración y el 60% se dedica a la agricultura (OIT, 2010). Sólo el 20% de los niños trabajadores están asalariados, sin embargo, en algunas viviendas, los salarios de los niños suponen una gran proporción de los ingresos familiares. Incluso como trabajadores para la familia no remunerados, los niños pueden trabajar junto a sus padres en la pequeña industria, como la producción artesanal, los comercios y en servicios como la mecánica y el tejido de alfombras. Mientras que a menudo se consideran menos peligrosos, los niños que trabajaban en esta industria estaban frecuentemente expuestos al esfuerzo físico, largas horas de trabajo, bajos salarios y alta exposición al ruido, el polvo y los productos químicos sin tener el equipamiento protector (Nuwayhid et al, 2001).

El trabajo infantil ha sido descrito como la mayor causa única de abuso infantil en el mundo.



Haga clic en la imagen para acceder a unas notas breves sobre las directrices para los programas destinados a dar apoyo a los niños huérfanos y vulnerables (Alianza Internacional VIH, 2003)

El trabajo infantil como riesgo para la salud del niño

El trabajo infantil ha sido descrito como “la mayor causa de abuso infantil mundial” (Scanlon et al, 2002). Los daños asociados con el trabajo infantil incluyen el riesgo de lesiones físicas y enfermedad, el envenenamiento agudo o crónico, el riesgo de abuso, trato inapropiado, explotación y exposición a duras condiciones de trabajo. Los niños trabajadores pueden también tener dificultades para asistir a la escuela. Tanto los niños como las niñas involucrados en la prostitución y en el trabajo con grupos armados están expuestos a violencia (física, emocional y sexual), enfermedades infecciosas (incluido el VIH/SIDA), baja autoestima y daño psicológico y emocional.

La mayoría de los estudios que registran los riesgos para la salud de los niños trabajadores son pequeños y las poblaciones de niños trabajadores son normalmente de difícil acceso, en particular aquellos que están realizando trabajos ilícitos o muy peligrosos, como el trabajo forzado y la prostitución. Determinar el impacto del trabajo infantil en la salud se hace también difícil por el largo período de latencia antes del comienzo de la enfermedad, el escaso reconocimiento de los problemas de salud, las dificultades en la medición de los cambios en el desarrollo y los efectos psicosociales, y el “efecto del trabajador saludable” por el cual los niños más sanos son seleccionados para trabajar, mientras que los niños enfermos o heridos son excluidos (Parker et al, 2010). De manera consistente, los estudios que observan a los niños trabajadores en general no suelen demostrar un impacto negativo global del trabajo en la salud del niño; sin embargo, estudios que evalúan a poblaciones específicas de niños que realizan trabajos peligrosos sí que han demostrado que causan daño (Comprendiendo el Trabajo Infantil 2003a; 2003b).

La mayoría de los niños trabajadores del mundo están trabajando en la agricultura y presentan riesgo agudo y crónico de envenenamiento por pesticidas a consecuencia de la exposición ocupacional (Corriols & Aragón, 2010). Se ha demostrado que ciertas industrias agrícolas, como la cosecha de cacao y la producción de tabaco, emplean a niños, los cuales que trabajaban sin ropa de protección, por lo que están expuestos a múltiples riesgos para su salud, como el riesgo de lesión y la exposición a toxinas (McKnight & Spiller, 2005; Mull & Kirkhorn, 2005; Otañez et al , 2006). Los niños trabajadores que estaban expuestos a disolventes, tales como aquellos que trabajaban con máquinas o en tiendas artesanales, realizaban peor la mayoría de los tests neurofisiológicos y neuroconductuales en comparación tanto con niños estudiantes que no trabajaban como con niños trabajadores que no estaban expuestos a esos disolventes (Saddik, 2003; 2005). Se ha demostrado que en niños que trabajan en fábricas de cerámica, que recogen chatarra y que se dedican a la venta ambulante existen niveles inaceptablemente elevados de plomo en sangre, una conocida neurotoxina que se ha evidenciado que reduce el coeficiente intelectual y que causa problemas conductuales (Ide & Parker, 2005). Los niños y los adolescentes expuestos a condiciones polvorientas en la minería, en el pulido de piedra, en la cerámica y en las fábricas de ladrillo, sin equipamiento de protección, tienen un riesgo incrementado de desarrollar silicosis, una enfermedad pulmonar crónica debilitante (Chievegatto et al, 2010; Saiyed, 1995). Los niños y adolescentes que trabajan en la industria, especialmente aquellos que trabajan con poderosas sierras de madera, tienen riesgo de lesión y amputación de las

“Ser pobre es, en sí mismo, es un riesgo para la salud; aunque peor es ser pobre y urbano. Peor todavía es ser pobre, urbano y niño. Pero lo peor de todo es ser niño de la calle en un ambiente urbano” Ximena de la Barra, UNICEF (de la Barra, 1998)

extremidades (Durusoy et al, 2011). Los impactos del trabajo perjudicial sobre los niños, por consiguiente, incluyen riesgos para la salud agudos y crónicos y dificultades del desarrollo que pueden limitar el potencial cognitivo de los niños.

Una de las consecuencias perjudiciales más frecuentes del trabajo infantil podría ser la imposibilidad o menor posibilidad de asistir a la escuela. El trabajo infantil está claramente relacionado con la pobreza porque ésta por sí misma puede imposibilitar al niño a asistir a la escuela y forzarle a trabajar para ayudar a asegurar la supervivencia familiar. Aunque muchos niños compaginan satisfactoriamente el trabajo y la escuela, altas tasas de trabajo infantil tienden a asociarse con menor asistencia a la escuela. Por ejemplo, entre los países africanos en 2004, Swazilandia tenía una tasa de trabajo infantil del 10% y una asistencia a la escuela del 78% , mientras que Níger, en el otro extremo, tenía una tasa de trabajo infantil del 72% y una asistencia a la escuela del 30% (Gibbons et al, 2005). El trabajo infantil, y el papel de las chicas en particular, puede ser entendido como parte de un ciclo de rendimiento académico limitado, pobreza intergeneracional y salud precaria (Leinberger-Jabari et al, 2005). Sin embargo, debería también recalarse que algunos niños cuyas familias no se pueden permitir enviarlos a la escuela, sus salarios les permiten costearse las matrículas del colegio, los libros y el material escolar (Woodhead, 2001). A pesar de los esfuerzos de los niños en mejorar su propia situación, la pobreza y la necesidad de trabajar pueden interferir en la posibilidad de asistir a la escuela, en tener éxito a nivel académico y en la superación del ciclo de la pobreza.

El trabajo infantil como riesgo para la salud mental y el bienestar

Hay relativamente pocos estudios que examinen las consecuencias sobre la salud mental del trabajo infantil. Un estudio en Etiopía que comparó 528 niños trabajadores de entre 5 y 14 años con niños que no trabajaban de esa misma edad, encontró que los niños trabajadores tenían un aumento significativo de trastornos conductuales y emocionales, incluida la depresión (Fekadu et al, 2006). En los niños trabajadores, empezar a trabajar a edades más tempranas y trabajar más horas se asocia con una peor salud mental (Caglayan et al, 2010). Aunque hay escasa información sobre las consecuencias sobre la salud mental futura de los niños trabajadores, hay una relación bien establecida entre niño pobre y peor salud física, emocional y mental del niño en edad adulta, y el abuso sexual y la negligencia en la infancia (Gilbert et al, 2009). Una alta proporción de niños trabajadores refieren haber sido abusados emocional, física y sexualmente por sus jefes (Gharaibeh & Hoeman, 2003; Mathews et al, 2003). Además, las chicas contratadas en trabajos remunerados pueden tener un riesgo incrementado de violencia sexual. En un estudio sobre las chicas de Nigeria que eran vendedoras callejeras, trabajadoras en tiendas o empleadas domésticas, determinó que el 78% de las chicas reportaron haber sido violadas, la mayoría por clientes y el riesgo era mayor en niñas que eran menores de 12 años, que trabajaban más de 8 horas al día o que tenían 2 o más trabajos (Audu et al, 2009). Como cabía predecir, las chicas que son empleadas domésticas son las más vulnerables al abuso físico, psicológico y sexual.

Niños huérfanos y vulnerables, pobreza, indigencia y trabajo infantil

Hay una clara relación entre la pobreza y la dependencia al trabajo infantil como estrategia para la supervivencia de la familia. Una encuesta nacional en

Guatemala reveló que era más probable que las familias pobres recurriesen al trabajo infantil y a la reducción de escolarización como estrategias para afrontar las adversidades socioeconómicas (Vásquez & Bohara, 2010). En una muestra de familias pobres en Nigeria, el 39% de los padres indicó que pensaban que sus hijos en edad escolar deberían estar trabajando para suplementar los ingresos de la familia, ayudar con el negocio familiar y permitir que los niños adquirieran experiencia laboral (Omokhodion & Uchendu, 2010). Los niños que son pobres, huérfanos y que trabajan tienen que lidiar con múltiples retos interrelacionados. Para los niños huérfanos en Zimbabue, trabajar y no acudir a la escuela son factores de riesgo que se asocian con mayor daño psicológico (Nyamukapa et al, 2010).

Cuando el número de niños huérfanos por el VIH/SIDA sobrepasa la capacidad de las familias y de las comunidades para cuidarlos, los niños huérfanos tienen un alto riesgo de indigencia. En Brazzaville (Congo), se estima que el 50% de los niños indigentes son huérfanos (Nkouika-Dinghani-Nkita, 2000). Igualmente en Lusaka (Zambia), el 58% de los niños de la calle eran huérfanos: el 22% había perdido a ambos padres, el 26% había perdido a su padre y el 10% había perdido a su madre (Concern/UNICEF, 2002).

Las familias empobrecidas que acogen a parientes huérfanos frecuentemente tienen recursos insuficientes para apoyar a estos niños, dando lugar a apuros financieros y a la necesidad de que los huérfanos realicen trabajos remunerados para ayudar al sustento de la familia (Balew et al, 2010). Sin embargo, a pesar de que los huérfanos a menudo son vistos como una carga para la familia, ellos también contribuyen significativamente a la preservación familiar a través de su trabajo, por ejemplo, con el cuidado de parientes enfermos (Robson, 2004). Entre los obstáculos identificados para la asistencia a la escuela y para alcanzar el éxito académico en los huérfanos de Uganda, se incluyen el hambre y el estar en la escuela todo el día sin comer, la dura carga de trabajo doméstica (incluidas las responsabilidades de la agricultura a primera hora de la mañana que conlleva llegar tarde a la escuela), la falta de uniformes escolares y de libros, y las opciones limitadas de escolarización más allá de la educación primaria debido a las dificultades financieras (Oleke et al, 2007). Además, algunas huérfanas adolescentes recurren a la participación en relaciones sexuales con ancianos ricos y sanos, comúnmente conocidos como “dulces abuelitos”, como una forma de asegurarse fondos para pagarse la matrícula y el material escolar (Oleke et al, 2007). Así, bajo condiciones de severa pobreza y privación, los huérfanos están implicados en complejas situaciones que afectan a su salud, su bienestar emocional y la posibilidad de alcanzar un mejor futuro para ellos y para sus familias.

Los niños vulnerables, en los que se incluye a los niños pobres, huérfanos y sin hogar, tienen un alto riesgo de abuso y de que les involucren en la mayoría de formas de explotación de trabajo infantil, incluyendo la servidumbre por deudas y otras formas de esclavitud, la asociación con grupos armados, la mendicidad, la prostitución infantil y otras formas de explotación sexual.

Resiliencia

A pesar de los peligros obvios, la adversidad severa puede conducir a los niños y adolescentes a desarrollar estrategias efectivas de supervivencia que les permitan promover su propio crecimiento y desarrollo (Ruiz-Casares, 2009). Los



Niño soldado en Darfur. Outpost Magazine. Foto: Marie Frechon

niños que están bajo circunstancias difíciles pueden desarrollar, entre otras cosas, habilidades de manejo y de supervivencia práctica, independencia, la capacidad de manejo del estrés, de toma de decisiones importantes y desarrollar un mejor concepto de autoeficacia (Liebel, 2004). En su estudio de niños y jóvenes que dirigen sus casas en Namibia, Ruiz-Casares (2010) documentó cómo los niños de todas las edades demostraron una capacidad para obtener los bienes y servicios que necesitaban y de mantener los lazos comunitarios de apoyo. Dichos niños y adolescentes demostraron resiliencia en la manera en que eran capaces de movilizar a sus redes sociales, incluyendo a hermanos, amigos y vecinos, para obtener ayuda emocional y académica y bienes materiales (Donald & Clacherty, 2005). No obstante, escasos estudios han explorado las fortalezas y los resultados positivos. Un estudio enfocado en los niños indigentes en Kenia encontró que, en comparación con niños con hogar, mostraban un alto grado de adaptabilidad y flexibilidad para hacer frente a la adversidad, lo que les permitía permanecer sorprendentemente bien adaptados (Ayuku et al, 2004; Luna, 1991). Los niños huérfanos, pobres, indigentes y trabajadores pueden también de este modo ser vistos como agentes de su propio desarrollo que intentan hacer frente lo mejor que pueden a las difíciles circunstancias en las que se encuentran. Los niños no se deberían ver, por consiguiente, como víctimas pasivas, sino también como participantes activos en sus familias y comunidades, quienes tienen voz y merecen respeto.

LOS NIÑOS SOLDADO

La pobreza, la indigencia y el trabajo infantil están entrelazados con el problema de los menores que se asocian a fuerzas o grupos armados. No solo la pobreza, la falta de vivienda, el trabajo infantil forzado, y, por supuesto, la presencia



Haga clic en la imagen para acceder a "Ajuste psicosocial y reintegración social de los niños vinculados con grupos armados: estado del campo y direcciones futuras" (Betancourt et al, 2008)

de guerra y conflicto constituyen factores de riesgo para el reclutamiento de niños soldado, sino que además estos aspectos representan retos para la rehabilitación y reintegración en la vida civil de los antiguos niños soldado.

Se considera que los niños soldados son baratos y accesibles (Wessels, 2006). Se percibe a los menores, tanto niños como niñas, como altamente obedientes y fácilmente manipulables (Denov, 2010; Wessels, 2006). De acuerdo con la Coalición para la Prohibición del Uso de Niños Soldado (CSUCS), esto puede explicar parcialmente por qué el uso de niños soldado está extendido en países y regiones afectadas por la guerra (CSUCS, 2008). Partiendo de la dificultad para conseguir datos fiables, la CSUCS (ahora llamado Niños Soldado Internacional) estimó en su informe del 2004 que 250.000 niños estaban formando parte de fuerzas armadas tanto estatales como no estatales (CSUCS, 2004). Desde entonces, entre 2004 y 2007, mientras la Coalición informaba de un descenso en el número de niños soldado tras los acuerdos de paz y los programas de desmovilización de diferentes países, es sabido que grupos armados de 24 países habían reclutado a niños menores de 18 años (CSUCS, 2008).

Terminología y definiciones

El término comúnmente empleado de niño soldado está refutado en los estudios y se considera problemático en diversos aspectos (Denov, 2010; Wessells, 2006; McKay et al, 2010). Como en cualquier otra etiqueta, la de niño soldado se aplica a un rango extenso de niños y jóvenes con experiencias muy diversas. Como destacan varios autores (Denov, 2010; Wessells, 2006), la noción de “soldado” conlleva algunas imágenes arquetípicas de combatientes bien entrenados, personificadas mayoritariamente por una figura masculina con uniforme. Todavía esta imagen encubre la multiplicidad de roles y tareas que llevan a cabo. Los niños soldado no son solo combatientes activos con armas, sino que también espían, cocinan, vigilan, llevan mensajes y son forzados a la esclavitud sexual.

En un intento por dar a conocer las diversas tareas de los niños soldado, se ha introducido el término niños asociados con las fuerzas o grupo armados y se describe en el Principio de París en la ONU (2007) como: “Cualquier persona menor de 18 años que es o que ha sido reclutada o empleada por una fuerza o grupo armado de alguna forma, donde se incluye, pero no se limita a los niños, tanto chicos como chicas, empleados como combatientes, cocineros, transportistas, mensajeros, espías o para propósitos sexuales. No se refiere solo al niño que está tomando o que ha tomado parte directa de las hostilidades”. (ONU, 2007, pg 7).

Sin embargo, esta definición es aún problemática. La noción de “infancia” por sí misma es un concepto muy cuestionado. Como constructo social principalmente basado en la visión Occidental y en la edad biológica, el concepto de niño como individuo por debajo de los 18 años puede no contemplar los diversos significados transculturales de la infancia. Por si no fuera suficiente, aunque la mayoría de los niños soldado son adolescentes, una gran cantidad de niños menores de diez años están asociados a grupos armados (Machel, 2001).

Las experiencias de los niños soldado

Los niños soldado pueden llegar a formar parte de grupos armados a través de un reclutamiento forzoso o no (Denov, 2010; Wessells, 2006). Los medios de reclutamiento son diversos, y aunque la secuestro violento y el reclutamiento



Haga clic en la imagen para acceder a la base de datos del Centro de Tratamiento de Niños Soldado: organizaciones y centros especializados en el tratamiento, rehabilitación, educación y rehabilitación de antiguos niños soldado, secuestrados o niños víctimas de la guerra, ordenados por país.

forzoso están generalizados en muchos conflictos, la línea entre la incorporación forzosa y no forzosa frecuentemente no es clara y la noción de reclutamiento voluntario del niño se debería considerar cuidadosamente (Wessells, 2006). Basados en testimonios, los estudios han mostrado que cuando no son secuestrados forzosamente, la decisión de los chicos y las chicas de unirse a los grupos armados a menudo se realiza en contextos de privación, adversidades y maltrato. Muchas razones pueden conducir a las chicas y chicos a unirse a los grupos armados (Wessells, 2006; Denov, 2010; Brett & Specht, 2004):

- La pobreza y la oportunidad de obtener comida y refugio
- La falta de oportunidades socioeconómicas
- La búsqueda de protección
- Para huir de los abusos de su familia de origen
- Por creencias políticas y religiosas
- Para obtener un sentido de familia o de pertenencia a un grupo
- Para vengar la muerte de sus padres, otros miembros de la familia o amigos
- Ser soldado puede ser también atractivo por el uniforme o el prestigio.

Por consiguiente, simplificar demasiado la dicotomía entre los métodos de reclutamiento forzoso y no forzoso puede ser problemático dado que, a menudo, es difícil distinguir entre una víctima reticente y los perpetradores de violencia voluntarios.

Estudios recientes han ido más allá de las narrativas de victimización para explorar cómo, a pesar de la extrema violencia y del control ambiental, los niños despliegan algunas formas de estrategias para actuar y resistir (Denov, 2010; Denov & Maclure, 2007; Wessells, 2006). Los testimonios de ex niños soldado, tanto chicos como chicas, ilustran cómo las experiencias en los grupos armados están marcadas por una oscilación entre el victimismo y la resistencia, o la participación activa en la violencia (Denov, 2010): "... Las experiencias de los niños revelan que ellos oscilaban continuamente entre cometer actos de violencia y simultáneamente ser víctimas de la violencia ejercida por otros" (Denov, 2010, pg 129). El proceso de militarización de chicos y chicas incluye el poderoso adoctrinamiento, un duro entrenamiento y el empleo de amenazas y violencia para promover el terror y la docilidad (Denov & Maclure, 2007). La adaptación al ambiente militarizado y altamente violento conlleva a cambios en el comportamiento, las relaciones, la autopercepción y el sentido de identidad (Veale & Stravou, 2007; denov & Maclure, 2007; Wessel, 2007). Algunas veces, la obediencia puede llegar a ser imprescindible para sobrevivir (Denov, 2010). Estos factores tendrán importantes consecuencias en el proceso de reintegración en la vida civil.

Según la Iniciativa de los Niños Soldado (CSI), se estima que el 40 % de los niños soldado son chicas y que toman papeles tan variados como los de los chicos (CSI, 2010). Sin embargo, la evidencia muestra que las chicas, a causa de su género, experimentarán los conflictos armados de forma diferente a los chicos (McKay & Mazurana, 2004). Una dimensión de sus experiencias influidas por el género es la importante violencia sexual generalizada perpetrada contra ellas. Los testimonios de ex niñas soldado en Uganda del Norte, Sierra Leona y Mozambique



Salud mental y ayuda psicosocial en emergencias humanitarias

El grupo objetivo de trabajo para la OMS en salud mental y ayuda psicosocial en emergencias es cualquier población expuesta a estresores extremos, tales como refugiados, personas desplazadas, supervivientes de desastres y poblaciones expuestas a terrorismo, guerras o genocidios. Haga clic para acceder a documentos clave en este campo.

informaron de la existencia de una amplia violencia sexual, incluyendo la violación y la violación en grupo (McKay & Mazurana, 2004; Coulter, 2009). También refirieron que fueron forzadas a la esclavitud sexual a través de la exigencia de contraer matrimonio con hombres pertenecientes a los grupos armados, llegando a ser consideradas su propiedad sexual, siendo conocidas también como mujeres arbusto (Coulter, 2009; Denov, 2010). Esto permitiría la protección frente asaltos sexuales inesperados de otros hombres combatientes, mientras que están obligadas a estar sexualmente disponibles de manera constante para sus “maridos” (Coulter, 2009). El matrimonio forzado con comandantes poderosos puede ser una estrategia de supervivencia, y también tanto una fuente de protección como de violencia. Además de las consecuencias sociales y psicológicas, la violencia sexual también expone a las chicas a enfermedades de transmisión sexual (VIH/SIDA sobretodo), embarazos no deseados y lesiones severas resultantes de un abuso sexual violento (Proyecto ACQUIRE, 2005). Es importante reconocer las experiencias brutales de violencia de estas chicas. En contraste, en algunos marcos de conflicto hay fuertes prohibiciones contra la victimización sexual de las chicas soldado y las chicas refieren sentirse protegidas (Keairns, 2002). La victimización de las chicas es solo una faceta de su realidad vivida y abundante literatura reciente ha buscado rebatir el retrato de las chicas soldado como víctimas (Coulter, 2009; McKay et al, 2010; Denov, 2010; Veale & Stavrou, 2007). Mientras que a menudo desempeñan roles femeninos y el trabajo doméstico, como la cocina y el servicio sexual, el papel de las chicas también incluye tareas militares y la participación activa en actividades de combate (Denov, 2010).

Las secuelas: consecuencias psicosociales

En las secuelas de la participación en la violencia armada, tanto si el conflicto ha terminado como si no, los ex niños soldado hacen frente a transiciones críticas cuando intentan reintegrarse en la vida civil de nuevo (Denov, 2010). El término reintegración es polémico, ya que tiende a asumir que los antiguos niños soldado vuelven a su familia o comunidad de origen y a sus vidas normales previas; sin embargo, raramente éste es el caso. De hecho, los ex niños soldado pueden estar afectados por la guerra de muy diferentes formas y por lo tanto pueden no requerir un apoyo similar. Algunos pueden estar discapacitados, huérfanos o lesionados; algunas chicas pueden ser madres o viudas, o puede no darse ninguna de estas situaciones. Los niños soldado pueden haber sido forzados a cometer atrocidades, como asesinatos y violaciones, o pueden haber realizado únicamente trabajos domésticos. Algunos han sido violentamente secuestrados, algunas veces hasta han sido forzados a asesinar a miembros de su familia. Es necesario reconocer esta diversidad para comprender sus vidas de posguerra (Wessells, 2006).

Dadas las profundas implicaciones psicosociales de la exposición a la violencia, la salud mental y el bienestar de los ex niños soldado es clave en el proceso de reintegración a la vida civil (Wessel, 2006). Las experiencias severas de la guerra y la exposición a la violencia extrema afectarán a los antiguos chicos y chicas soldado de diversas maneras, tanto físicamente (en forma de lesiones, discapacidades y enfermedades infecciosas) como psicológicamente. Algunos estudios que examinan las repercusiones en la salud mental confirman síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT), ansiedad y depresión en los ex niños soldado (Derluyn et al, 2004; Betancourt et al, 2008). De los ex niños soldado



Haga clic en la imagen para acceder a “Humantrafficking.org” una web con recursos para combatir el tráfico de personas (múltiples países). Contiene recursos útiles para niños traficados para trabajar o con objetivos sexuales.

estudiados en Uganda del Norte, el 97% tenían síntomas de TEPT (Derluyn et al, 2004). Destaca que no solo las chicas soldado reportan violencia sexual. Los chicos soldado también refirieron haber sufrido violencia sexual y haber sido forzados a la esclavitud sexual, lo que se asocia con tasas más altas de síntomas de depresión y TEPT, disfunción social e ideación suicida, en comparación con los combatientes que no habían sido víctimas sexuales (Johnson et al, 2008).

Sin embargo, como señalan varios investigadores, la escasa literatura existente sobre las repercusiones en la salud mental de los ex niños soldado se centra exclusivamente en los signos y en los síntomas del TEPT. Esta focalización en el trauma del enfoque médico occidental se ha criticado por su énfasis en la patología y en los déficits (Wessells, 2006; Betancourt et al, 2008; 2010; Klasen et al, 2010). Además, el TEPT puede representar solo una fracción del extenso rango de las implicaciones psicosociales de la violencia en tiempos de guerra (Betancourt et al, 2010; Wessells, 2006). Si se considera un enfoque desde la resiliencia, pocos estudios han explorado la adaptación positiva, el ajuste psicosocial y las capacidades adaptativas de los ex niños soldado (Klasen et al, 2010; Wessells, 2006). Las chicas, al igual que los chicos, no son solo víctimas de los traumas de la guerra, sino que se adaptan a sus nuevas vidas y emplean estrategias de afrontamiento creativas para hacer frente a sus diversas luchas (Betancourt et al, 2010; Klasen et al, 2010; Denov, 2010).

Desarme, desmovilización, reintegración y rehabilitación

Las experiencias posdesmovilización están inevitablemente moldeadas y limitadas por otros muchos factores a parte de las experiencias de los tiempos de guerra, como el género, la etnia, el estatus socioeconómico, las aptitudes, la posición dentro de la comunidad y el acceso al apoyo social. La pobreza, el desplazamiento y la pérdida de hogar tras la desmovilización tienen profundas implicaciones psicosociales (Wessells, 2006). Estudios recientes sobre la reintegración y la rehabilitación de los ex niños soldado señalan que la exposición a la violencia sólo representa una parte de la situación (Wessells, 2006), y no justifica exclusivamente la afectación de la salud mental o del bienestar (Betancourt et al, 2008; 2010; Kohr et al, 2008; Klasen, 2010). Los factores posconflicto pueden tener efectos positivos o adversos en el bienestar mental de los ex niños soldado que hacen frente a diversos retos, como el estigma social y el acceso limitado a la educación, el cuidado médico, la subsistencia sostenible y las oportunidades económicas (Worthen et al, 2010; McKay et al, 2010; Wessells, 2006; Denov, 2010).

La estigmatización social y la discriminación experimentada por los ex niños soldado se han identificado como factores posconflicto clave que contribuyen al empeoramiento de la salud mental (Betancourt et al, 2008; 2010; Klasen et al, 2010). Además se debe tener en cuenta que las chicas afrontan retos únicos y particulares que afectan a sus vidas tras el conflicto. Además de las cicatrices físicas y psicológicas resultantes de la violencia sexual, muchas ex chicas soldado afrontan mayores riesgos de estigma después de la reintegración porque son percibidas como sexualmente impuras o incluso no aptas para el matrimonio, lo que puede tener importantes consecuencias psicosociales (Betancourt et al, 2008; McKay et al, 2010; McKay & Mazurana, 2004). Por otra parte, la aceptación y el apoyo



Hambre

Käthe Kollwitz (1867-1945)

(préstamo permanente realizado por Gudrun & Martin Fritsch al Museo Käthe Kollwitz, Berlin)

familiar y de la comunidad son factores críticos para el éxito de la reintegración y el ajuste psicosocial óptimo (Betancourt et al, 2010). El acceso a la educación y a las oportunidades socioeconómicas son también importantes factores positivos posconflicto.

La transición a la vida civil (que significa cambios abruptos en las relaciones, en los patrones de conducta y en las expectativas) implica un remodelado de las identidades, desde las identidades militarizadas a la vida civil (Veale & Stravou, 2007; Denov, 2010). De hecho, la transformación y la negociación de la identidad constituye un reto central en el proceso de reintegración (Veale & Stravou, 2007, pg 286). El proceso de fabricación de niños soldado (a través del secuestro, el duro entrenamiento y el adoctrinamiento) implica que se requieren complejas negociaciones de la identidad para deshacer niños soldado tras la desmovilización (Denov, 2010; Denov & Maclure, 2007).

El desarme, la desmovilización, la reintegración y la rehabilitación (DDRR) son conceptos que se emplean para describir el proceso por el cual los niños soldados son devueltos a la vida civil. Este proceso también se emplea con los adultos combatientes, pero los programas específicos para niños son frecuentes y toman distintas formas en cada región. Como se ha expuesto previamente, el desarme no siempre es necesario porque los niños cumplen muchos roles no bélicos dentro de los grupos armados. A pesar de usarse de forma sistemática, hay poca información sobre el éxito de los programas DDRR. Un estudio en Sierra Leona (Williamson, 2006) identificó 9 áreas de intervención que contribuyen al éxito de la reintegración familiar y comunitaria:

- Sensibilización comunitaria del regreso de los niños
- Desarme formal y desmovilización
- Un período de transición en un “centro de cuidado provisional”
- Localización y mediación familiar
- Reunificación familiar
- Ceremonias tradicionales de purificación y curación y apoyo religioso
- Formación escolar o de habilidades profesionales
- Acceso a la atención médica para aquellos que estén en el colegio o en formación profesional y
- Terapia de apoyo individual.

Un estudio en Mozambique que hizo el seguimiento de ex niños soldados durante 16 años mostró que la reintegración a largo plazo y la autosuficiencia era facilitada por la aceptación y el perdón de la comunidad, los rituales tradicionales de purificación y curación, los medios de subsistencia y la formación (Boothby et al, 2006).

Los centros de cuidado provisionales o transitorios son normalmente los primeros lugares donde los niños desmovilizados permanecen tras regresar de los grupos armados en los que estaban afiliados. En uno de estos centros, el Centro de Cuidado Transitorio de Goma situado en el este de la República Democrática del Congo, se agruparon 250 niños en familias de alrededor de 30 niños, cada una con su propio dormitorio y sus propios educadores (Humphreys, 2009). Los niños de cada familia proceden de ambientes étnicos y grupos armados mixtos. Además del asesoramiento individual dirigido a los niños con problemas específicos, los grupos familiares se diseñaron para que los niños pudieran escucharse y apoyarse los unos a los otros. Los niños pasan 3 meses en el centro antes de ser reintegrados dentro de la comunidad.

Conclusión

En resumen, dentro del contexto de la reintegración, los ex niños soldados hacen frente a muchos otros retos además de afrontar las cicatrices de las experiencias de la guerra. En realidad, el acceso a la educación y al empleo, la seguridad financiera, la aceptación comunitaria y muchos otros factores relacionados con sus condiciones de vida tras el conflicto tienen implicaciones psicosociales. Es importante la comprensión del impacto de los múltiples factores relacionados con la guerra y posconflicto para identificar los objetivos de intervención apropiados (Betancourt et al, 2010).

LA SALUD MENTAL DE LOS NIÑOS AFECTADOS POR LA GUERRA

Esta sección tratará sobre los efectos de la guerra en los niños que han tenido que abandonar sus países nativos y han emigrado a un nuevo país receptor a causa de la guerra. Se comentarán los abordajes prácticos del plan de evaluación y tratamiento para atender las necesidades de la salud mental de estos niños.

La investigación sugiere que el trauma de la guerra puede afectar a la salud mental infantil. Los efectos de este trauma son complejos, dado que las experiencias de guerra implican la exposición a múltiples estresores que incluyen la violencia, el desplazamiento, la separación familiar, las pérdidas y los duelos, el abandono escolar y la ruptura de los lazos sociales.

Se ha relacionado la exposición a la violencia con las dificultades psicológicas en los niños, desde las dificultades para dormir y la ansiedad hasta el trastorno de estrés posttraumático (TEPT) (Fazel et al, 2011; Hjern et al, 1991; Rothe et al, 2002). Parece que son importantes la severidad y la frecuencia de exposición a la violencia: los niños con múltiples exposiciones a la violencia durante largos períodos de tiempo manifiestan alteraciones en su salud mental hasta nueve años después de haber pedido asilo. Por el contrario, los niños que sufrieron menos adversidades tienden a recuperarse más rápidamente (Montgomery, 2010). La exposición de los padres a la violencia también afecta al bienestar de los niños. Los estudios han demostrado que la salud mental de los niños se afecta negativamente si sus padres han sido torturados (Almqvist & Randell-Forsberg, 1997; Cohn et al, 1985; Daud et al, 2008; Fazel et al, 2011). Un estudio describe también que el conocimiento de los niños de que sus padres han sido retenidos se asocia con el desarrollo de TEPT (Montgomery y Foldspang, 2006).

En ocasiones durante la guerra los niños son separados de sus familias y forzados a huir solos. La separación de la familia, por sí misma, se asoció con el TEPT en un estudio (Geltman et al, 2005). No disponer de compañía cuando se solicita asilo incrementa el riesgo de repercusiones sobre la salud mental de los jóvenes (Hjern et al, 1998). Los niños cuyas familias siguen padeciendo las adversidades (por ejemplo, si un padre es retenido o continúa en un país en guerra) tienden a tener un peor funcionamiento psicológico. Por otro lado, la salud mental infantil parece estar protegida cuando las familias permanecen unidas y son de apoyo (Fazel et al, 2011; Rousseau et al, 2004). Experiencias positivas en la escuela y con los compañeros también se correlacionan con el bienestar de los niños refugiados (Fazel et al, 2011; Geltman et al, 2005; Sujoldzic et al, 2006).

Las experiencias de la migración

Las familias que han sufrido violencia organizada antes de emigrar pueden a veces hacer frente a dificultades en sus países de acogida, incluyendo la violencia (Jaycox et al, 2002), el racismo (Gunew, 2003), la pobreza (Beiser, 2002) y el estatus inseguro de inmigrante. Las experiencias que se van incorporando de discriminación (Hassan & Rousseau, 2008; Rousseau et al, 2009) y los obstáculos para obtener atención médica influirán en el bienestar psicológico de los niños tanto como la confianza y la colaboración que puede fomentarse en la relación terapéutica. Un estudio de adolescentes somalíes que habían huido a los EEUU

demonstró que la depresión y el TEPT estaban asociados con las experiencias juveniles de discriminación en el país de acogida (Ellis et al, 2008).

Es importante para los clínicos tener en mente que las familias que huyen de la guerra se encuentran frecuentemente con muchas barreras cuando intentan pedir asilo. Esto también tiene un impacto en el bienestar psicológico de los niños. De hecho, algunos estudios longitudinales sugieren que los estresores posmigratorios son más potentes predictores de depresión en los niños refugiados que los eventos relacionados con el conflicto pasado (Sack et al, 1993). La detención de inmigrantes es uno de estos estresores. Muchos países industrializados tienen políticas de detención de niños y familias que piden asilo. Para los niños que huyen de la guerra, la detención es potencialmente retraumatizante y se correlaciona con altas tasas de complicaciones psiquiátricas.

Las familias migrantes se encuentran en un período de adaptación que a veces es muy estresante. El proceso de comprensión de las dificultades y la proposición de soluciones son tareas que necesitan ser trabajadas junto con las familias, teniendo en cuenta las fortalezas familiares, su preparación y capacidad para enfrentarse a las dificultades, su comprensión de las causas de sus dificultades y sus impresiones sobre las soluciones propuestas para abordar la situación.

Resiliencia

En el proceso de reconstruir una vida se debe alcanzar un nuevo equilibrio entre el mantenimiento de alguna continuidad con el pasado y la adopción de nuevas estrategias de afrontamiento para tratar con lo desconocido. En general, las investigaciones sugieren que el proceso de aculturación en los niños que buscan asilo es complejo, y ningún camino es más protector o dañino para todos los niños (Fazel et al, 2011). La espiritualidad desempeña un papel fundamental para muchas familias (Boehnlein, 2007), ya sea en forma de rezos personales o del apoyo derivado de acudir a rituales y celebraciones religiosas. Estas redes sociales etno-religiosas pueden también dar a los niños un sentimiento de pertenencia. Sin embargo, también pueden constituir recuerdos traumáticos cuando la religión está asociada con el trauma. Las actividades artísticas, los deportes, el trabajo y el estudio son importantes fortalezas si establecen continuidad con aspectos significativos de la vida del niño antes de la experiencia migratoria y de la ruptura traumática. Las mismas actividades también pueden ser nuevas para el niño y, cuando se da el apoyo apropiado para aprender estos nuevos roles, pueden representar dimensiones positivas de su adaptación.

Es importante mencionar que todas las consecuencias de la guerra no solamente conducen a la pérdida y a la discapacidad. Los eventos traumáticos pueden promover habilidades de afrontamiento creativas, y ser transformadas hacia una fuente de fortaleza y resiliencia (Rousseau et al, 1999).

Manejando las consecuencias de la guerra: la valoración y el tratamiento de los niños afectados por la guerra

La intervención con los niños afectados por la guerra así como por otros desastres humanitarios se ha considerado una intervención piramidal, donde la base de la pirámide representa la promoción de los servicios básicos que garanticen la seguridad. El siguiente escalón de la pirámide incluye el fortalecimiento de

los apoyos familiares y comunitarios, seguido por apoyos más individualizados proporcionados por personal no especializado. Los servicios de salud mental especializados forman la cumbre de la pirámide. Se ha defendido que todas estas intervenciones deberían implementarse a la vez. Está disponible una guía práctica en varios idiomas del Interagency Standing Committee (IASC, 2010) para el manejo de la provisión de apoyo humanitario y psicosocial en las crisis humanitarias)

Evaluación

Acceso asistencial: asistencia médica primaria, prevención e interpretación

Muchos puntos prácticos pueden ayudar a apoyar la valoración y el tratamiento de los niños que están sufriendo repercusiones en su salud mental como consecuencia de la guerra, así como el de sus familias. Los esfuerzos para apoyar a las escuelas, a los trabajadores de la asistencia médica primaria y a los trabajadores de la comunidad para ayudar a manejar las necesidades de estos niños y de sus familias son muy importantes, ya que frecuentemente las dificultades de estos niños se manifiestan en primer lugar a estas personas. Se ha ofrecido ayuda a los niños y a las familias en los marcos comunitarios, como en las escuelas (Kataoka et al, 2003; Ngo et al, 2008; Hodes, 2008; Duncan & Kang, 1985) y en los centros de salud, donde los profesionales de primera línea son apoyados por equipos de salud mental. Este apoyo de primer nivel puede también facilitar el acceso a asistencia más especializada cuando se necesite.

Los programas de prevención llevados a cabo en la escuela y en la comunidad pueden también desempeñar un papel clave en la promoción de la salud mental de niños de comunidades emigrantes y etno-culturales. Las actividades realizadas en las aulas de las escuelas pueden ayudar a los niños a asimilar experiencias pasadas y futuras presentándolas como oportunidades de aprendizaje, facilitando la expresión emocional de sus experiencias y promoviendo el desarrollo de relaciones positivas dentro de la clase y de la sociedad (Green et al, 2005). Algunos programas de prevención usan modalidades de tratamientos específicas como la expresión artística para apoyar la transformación de las adversidades del pasado y del presente a través de la creatividad y de las representaciones metafóricas y mediante el fomento del desarrollo de la solidaridad entre los niños (Rousseau & Guzder, 2008). El apoyo exitoso a familias y niños a nivel comunitario también señala el comienzo de un proceso de construcción de alianzas y una asistencia que da soporte a las necesidades biopsicosociales de los niños que han experimentado la guerra y de sus familias.

Para terminar, se deberían ofrecer intérpretes a las familias que hablan una lengua diferente a la lengua dominante del sistema sanitario para ayudar a facilitar el proceso de asistencia y de tratamiento. Los intérpretes facilitan el encuentro clínico mediante la traducción y, en algunos casos, facilitando la asistencia y el tratamiento al actuar como agentes culturales y coterapeutas para ayudar a comprender, replantear o transmitir conocimientos culturales (Hsieh, 2007; Rousseau et al, 2011).

Autorreflexión en los clínicos

La exploración de las referencias culturales en la consulta médica requiere una apertura mental para aceptar la propia identidad del clínico, una capacidad para



CHI - Niños y Guerra
Escalas de calificación en salud mental infantil para niños afectados y traumatizados por la guerra.

Escalas de calificación en salud mental infantil para niños afectados y traumatizados por la guerra.

Haga clic en la imagen para acceder a diversas escalas de calificación (la escala revisada del impacto de evento en niños, CRIES; Escala de Autocalificación en Depresión para niños, DSRS; Inventario de cogniciones post-traumáticas, cPTCI, el auto-informe para trastornos relacionados con la ansiedad en la infancia, SCARED y otros) (Fundación Niños y Guerra)

meditar en cómo los otros nos ven a nosotros mismos, y una apertura a percibirse a uno mismo como una herramienta en el trabajo terapéutico (Kirmayer et al, 2003). Esto facilitará la valoración y ayudará a los clínicos a explorar determinadas áreas como los modelos explicativos de la enfermedad y los abordajes para la curación. La familiaridad con las formas de manejar los elementos culturales en la práctica de la salud mental, así como la formulación cultural de la DSM-V y trabajar aportando asesoramiento sobre cómo adaptar la formulación cultural a la práctica de la salud mental infantil (véase por ejemplo Ecklund & Johnson, 2007 Measham et al, 2010) pueden facilitar una asistencia que esté ajustada a estas cuestiones culturales.

El proceso de evaluación

La valoración de los niños y las familias que han experimentado la guerra incluye una exploración de varios temas importantes:

- Las experiencias familiares en sus hogares y en sus países de acogidas
- Los síntomas del niño
- Los síntomas experimentados por otros miembros de la familia
- Las fortalezas familiares e individuales
- Los recursos y las trayectorias previas a la petición de ayuda
- Una negociación de la compleja reconstrucción de la familia y su red social.

Tener en consideración la alianza terapéutica es de gran importancia cuando se abordan las consecuencias de la guerra en los niños. Las familias y los niños frecuentemente se relacionan con personas desconocidas y recelan sobre en quién confiar y cuánto confiar. Además, algunos miembros de la familia pueden permanecer en situaciones de riesgo, así que la confidencialidad del espacio terapéutico es de suma importancia.

A pesar de que es importante explorar las experiencias de traumas relacionados con la guerra en los niños y las familias, se necesita comprender el ritmo con el que se debe investigar, las formas en que esta información se solicita y los valores culturales sobre los datos que se revelan. Pedir de una manera occidental una revelación de los hechos que son culturalmente tabú puede ser dañino, y manejar esta información con los niños requiere tener en cuenta su desarrollo y del efecto de la revelación en las relaciones paterno-filiales y en la transmisión del trauma. Los agentes culturales pueden ayudar a comprender qué hay alrededor de las experiencias traumáticas. En el caso de los niños, es útil enfocar esta información que se revela de una forma adecuada, que incluye conocer el papel de los padres como salvaguardas que pueden ayudar a sus niños a comprender sus experiencias. Los métodos indirectos para evaluar al trauma a través del arte, el juego y las metáforas pueden también revelar información importante para la valoración, mientras no se estén experimentando como demasiado intrusivas por los miembros de la familia (Measham & Rousseau, 2010).

Cuando la supervivencia de la familia está en juego es necesario prestar atención a las necesidades acuciantes de la familia, como el asilo, la vivienda, la seguridad y la educación. De forma similar, en la valoración de la salud mental de los niños refugiados se necesita una evaluación de los mecanismos de



Haga clic en la imagen para acceder a "Kit de herramientas para trabajar con niños afligidos". Incluye información para identificar y comunicarse con niños afligidos además de consideraciones para la intervención psicosocial y cultural (Acción para los Derechos de los Niños, Trabajando con Niños, Revisión versión 01/01)

supervivencia de la familia. Los esfuerzos terapéuticos dirigidos a interrumpir más pérdidas traumáticas y la cadena negativa de consecuencias que pueden resultar de éstas también son importantes (Miller & Rasmussen, 2010). Los síntomas y el significado de los diagnósticos también necesitan ser abordados. Es importante señalar que los diagnósticos pueden tener importantes ramificaciones más allá del espacio terapéutico. En particular, un diagnóstico que no reconoce los aspectos postraumáticos de los síntomas puede ser inadvertidamente contraproducente para las personas cuyo estatus de refugiado se cuestiona ya que el diagnóstico de TEPT es bien aceptado en los círculos legales, donde a menudo se considera que proporciona credibilidad a una historia traumática, y su ausencia se considera (falsamente) prueba de que la persona que alega trauma está mintiendo (Stein et al, 2007). Por otra parte, la identidad de la víctima asociada con la etiqueta del TEPT, aunque potencia respuestas empáticas, también puede medicalizar excesivamente los problemas y dejar sin poder a la familia y a la red social. Acudir a Psiquiatría y recibir diagnósticos puede también ser estigmatizante, y se necesita abordar los efectos de recibir un diagnóstico en los niños.

Para terminar, la importancia de identificar las fortalezas individuales y de la familia y de reinterpretar los roles familiares en el contexto de la adaptación postraumática ayudará a la elaboración de los planes de tratamiento. Por ejemplo, la adquisición del papel de padre de estos niños (o en su anglicismo, parentificación) con el resto del núcleo familiar o con la familia extensa, a menudo se percibe negativamente como una carga, aunque este papel puede ser tranquilizador durante el período de adaptación postraumática. Aunque los niños parentificados pueden estar sufriendo, su sentido de tener un propósito y una misión es habitualmente protector al mismo tiempo.

Tratamiento

Reducción de los síntomas y reconstrucción del mundo social

El tratamiento implica una reconstrucción de los mundos personal, familiar y sociocultural con el propósito de recuperar un sentido de normalidad en los niños mediante la posibilidad de que su vida continúe (integración social) y que se supere la parálisis que el terror y el dolor puedan causar (reducción sintomática). Se necesita considerar la ganancia en términos de reducción del daño y de mejora en el funcionamiento, y es importante señalar que su relación con el alivio sintomático no es lineal (Pynoos et al, 2009). La principal implicación de esto para el tratamiento es que es sencillamente tan importante recuperar la continuidad de la vida facilitando la integración social de los niños y de sus familias dentro del país de acogida, como reducir los síntomas.

Del estatus precario a la estabilidad

Los clínicos pueden sentirse incómodos cuando se les solicita ayudar a las personas demandantes de asilo con sus documentos de inmigración. El apoyo que proporciona un clínico a las familias solicitantes de asilo mediante la realización de un documento de apoyo para su permiso de residencia es un testimonio explícito de la autenticidad de la experiencia de las familias de los refugiados (Rousseau & Foxen, 2005). Cuando tal testimonio permite a las familias solicitantes de asilo obtener un estatus seguro de inmigración, esto alivia considerablemente el sufrimiento y



Campo de Refugiados en Kenya, hogar de Somalíes que huyen del hambre y del conflicto

la sintomatología psíquica dado que un estatus precario de inmigración se asocia con peor salud mental (Bean et al, 2007; Bodegard, 2005; Nielsen et al, 2008). Es más, este apoyo, incluso si las familias no obtienen el permiso de residencia tras los esfuerzos de los clínicos, puede contrarrestar parcialmente el impacto destructivo de un rechazo de la solicitud de asilo, que puede ser profundamente retraumatizante.

La satisfacción de las necesidades básicas

Solventar los problemas diarios desempeña un papel clave en el logro de una cierta normalidad que permite el establecimiento de una rutina. La mayoría de las familias de refugiados requerirán algún tipo de ayuda práctica de las organizaciones comunitarias, los servicios sociales primarios y los servicios de asistencia sanitaria, o incluso de las escuelas, para resolver los problemas de asentamiento. Algunas veces, reestablecer el contacto con familias del mismo país a través de las organizaciones comunitarias puede facilitar el desarrollo de una red social. Sin embargo, muchas comunidades desgarradas por la violencia organizada se fragmentan y permanecen en conflicto incluso cuando la comunidad está en el exilio. Así, los clínicos necesitan comprender cuáles son los contactos sociales que pueden proveer un escudo social, y cuáles son los que pueden conllevar más estresores.

Modalidades psicoterapéuticas: terapia, medicación y curación tradicional

Los trastornos de ansiedad relacionados con el trauma (principalmente estudiado en el TEPT), y la depresión, generados por las múltiples pérdidas en un escenario de exilio, se pueden tratar mediante varias formas de psicoterapia. Las terapias cortas, como la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y la terapia de exposición narrativa, se han promovido para los niños y adolescentes refugiados no porque proporcionen una resolución completa del sufrimiento relacionado con el trauma, sino porque son útiles en el alivio sintomático y pueden ser implementadas

de forma realista en marcos como las escuelas (Ehnholt & Yule, 2006; Kataoka, 2003; Ngo et al, 2008).

A pesar de que la psicofarmacología es una opción para estos niños, recomendamos precaución dado que hay poca evidencia de su eficacia en niños y adolescentes refugiados, así que la evidencia de su eficacia se ha extrapolado de estudios realizados en niños con diagnósticos similares. Las terapias que integran elementos tradicionales son prometedoras en la literatura médica. Las terapias basadas en las artes creativas, como la arteterapia, son preferidas a veces por las familias de refugiados, en parte porque estas terapias enfatizan normalmente métodos terapéuticos no verbales, y de este modo ayudar a personas reticentes a iniciar una terapia verbal. Esto se puede explicar tanto por actitudes culturales como por el hecho de que los abordajes verbales se pueden ver como una forma de ser irrespetuoso ante ciertas estrategias de evitación de los niños. Mientras los métodos de tratamiento occidentales pueden preferir una intervención más directa del trauma a través de centrar el trabajo terapéutico en el trauma, otras tradiciones culturales pueden preferir trabajar alrededor del trauma (Rousseau et al, 2005). Finalmente, la imposición unilateral de los métodos occidentales o de otras modalidades culturalmente sensibles se puede experimentar como coercitiva si no se tiene en cuenta la elección del niño o de la familia de optar o no por su propia cultura en un momento determinado.

Tener un esquema del inventario de recursos disponibles de una determinada comunidad es esencial para un plan de tratamiento realista. En muchas circunstancias, la psicoterapia especializada puede no estar ampliamente disponible, pero los trabajadores comunitarios comprometidos y los profesionales de la asistencia primaria pueden proporcionar un excelente apoyo terapéutico y un foro de escucha empática que puede comenzar a dar alivio a los niños y a las familias.

Conclusión

El manejo de las consecuencias de la guerra en los niños refugiados cuyas familias han experimentado un trauma premigratorio requiere una combinación del conocimiento cultural y de los métodos terapéuticos del trauma que incluya no solo psicoterapias individuales y enfoques terapéuticos tradicionales, sino también intervenciones sistémicas que aborden las consecuencias de la violencia organizada en las relaciones sociales de la familia. Las instituciones de asistencia primaria, incluidos los centros de salud, las escuelas y las organizaciones comunitarias pueden ser particularmente de ayuda para establecer una red de apoyo alrededor del niño refugiado y su familia, porque son muy cercanas al medio familiar. Puede haber, sin embargo, más dificultades en la provisión de terapia especializada. Potenciar las estrategias de apoyo preventivas y basadas en la comunidad para afrontar las consecuencias de la guerra en los niños, del mismo modo que asegurar el acceso a los servicios de salud mental especializada cuando sea necesario, ayudarán a abordar las múltiples necesidades y fortalezas de los niños refugiados y proveer el tipo de apoyo correcto en el lugar exacto y tiempo apropiado.

CONCLUSIONES

Los servicios de salud mental infantil necesitan manejar la adversidad originada de estresores sociales y ambientales. Aunque las distintas formas de tratamiento pueden ayudar a aliviar los síntomas y a apoyar la resiliencia del niño y de la familia, el conocimiento de la naturaleza colectiva del sufrimiento social y la validación de la experiencia del niño y de su familia pueden ser clave. Los profesionales de la salud mental de todos los países pueden jugar un importante papel mediante intervenciones multidisciplinarias que ayuden a amortiguar este estrés e incluso en algunos casos a prevenirlo. En cuanto a la Convención de los Derechos del Niño (ver Capítulo J.7), es un objetivo a largo plazo. En los países de ingresos altos esto podría implicar reconocer los mismos derechos a la salud y a la educación para los niños sin la nacionalidad y de otros niños vulnerables. En los países de ingresos bajos y medios esto podría relacionarse con la implementación de medidas protectoras que redujesen la exposición de los niños a múltiples adversidades y que mejorasen su salud y su bienestar.

Aunque estos cambios sociales están más allá del ámbito de los profesionales de salud mental, los profesionales de la salud pueden tener un papel crucial en la defensa de estos cambios sociales que pueden mejorar la salud mental y el bienestar de los niños.



Haga clic en la imagen para acceder a “Guía de recursos participativos para niños y jóvenes” de UNICEF. Esta guía contiene recursos para la participación de niños y jóvenes de Asia, Europa, Norte América, Latinoamérica, África, Australia y el Pacífico. La mayor parte del material está disponible en formato electrónico. El principal público de esta guía de recursos son practicantes y gestores involucrados en la promoción de la participación de los niños y los jóvenes en el gobierno, organizaciones basadas en la comunidad, organizaciones dirigidas por niños, ONGs, Naciones Unidas y organismos donantes. organizaciones basadas en la comunidad, organizaciones dirigidas por niños, ONGs, Naciones Unidas y organismos donantes.

REFERENCIAS

- Abdelgalil S, Gurgel RG, Theobald S et al (2004). Household and family characteristics of street children in Aracaju, Brazil. *Archives of Disease in Childhood*, 89:817-820.
- Abebe T, Bessell S (2011). Dominant discourses, debates and silences on child labour in Africa and Asia. *Third World Quarterly*, 32:765-786.
- ACQUIRE Project (2005). Traumatic gynecologic fistula as a consequence of sexual violence in conflict settings: A literature review. New York: *The ACQUIRE Project/ EngenderHealth*.
- Ali M, de Muynck A (2005). Illness incidence and health seeking behaviour among street children in Rawalpindi and Islamabad, Pakistan - a qualitative study. *Child: Care, Health and Development*, 31:525-532.
- Almqvist K, Brandell-Forsberg M (1997). Refugee children in Sweden: Post-Traumatic Stress Disorder in Iranian preschool children exposed to organized violence. *Child Abuse & Neglect*, 21:351-366.
- Audu B, Geidam A, Jarma H (2009). Child labor and sexual assault among girls in Maiduguri, Nigeria. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 104:64-67.
- Ayuku DO, Devries MW, Mengech HN et al (2004). Temperament characteristics of street and non-street children in Eldoret, Kenya. *African Health Sciences* 4:24-30.
- Baig-Ansari N, Rahbar MH, Bhutta ZA et al (2006). Child's gender and household food insecurity are associated with stunting among young Pakistani children residing in urban squatter settlements. *Food Nutrition Bulletin*, 27:114-127.
- Balew G, Worku N, Tilaye T et al (2010). Assessment of household burden of orphaning and coping strategies by guardians and families with orphans and vulnerable children in Hossana Town, SNNPR. *Ethiopian Medical Journal*, 48:219-228.
- Banerjee SR, Bharati P, Vasulu TS et al (2008). Whole time domestic child labor in metropolitan city of Kolkata. *Indian Pediatrics*, 45:579-582.
- Bean TM, Eurelings-Bontekoe E, Spinhoven P (2007). Course and predictors of mental health of unaccompanied refugee minors in the Netherlands: one year follow-up. *Social Science & Medicine*, 64:1204-1215.
- Beiser M, Hou F, Hyman I et al (2002). Poverty, family process and the mental health of immigrant children in Canada. *The American Journal of Public Health*, 92:220-227.
- Bergen DC (2008). Effects of poverty on cognitive function: a hidden neurologic epidemic. *Neurology*, 71:447-451.
- Bernhard JK, Goldring L, Young J et al (2007). Living with precarious legal status in Canada: implications for the well-being of children and families. *Refuge*, 24:101-114.
- Betancourt TS, Brennan RT, Rubin-Smith J et al (2010). Sierra Leone's former child soldiers: a longitudinal study of risk, protective factors, and mental health. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49:606-615.
- Betancourt TS, Borisova I, Rubin-Smith J et al (2008). *Psychosocial Adjustment and Social Reintegration of Children Associated with Armed Groups: The State of The Field and Future Directions*. Austin, TX: Psychology Beyond Borders.
- Bezerra KF, Gurgel RQ, Ilozue C et al (2011). Estimating the number of street children and adolescents in two cities of Brazil using capture-recapture. *Journal of Paediatrics & Child Health*, 47:524-529.
- Bhabha J (2009). Arendt's Children: Do today's migrant children have a right to have rights?. *Human Rights Quarterly*, 31:410-451.
- Bhargava A (2005). AIDS epidemic and the psychological well-being and school participation of Ethiopian orphans. *Psychology, Health and Medicine*, 10:263-275.
- Bodegard G (2005). Pervasive loss of function in asylum-seeking children in Sweden. *Acta Paediatrica*, 94:1706-7.
- Boehnlein JK (2007). Religion and spirituality after trauma. In LJ Kirmayer, R Lemelson, M Barad (eds) *Understanding Trauma : Integrating Biological, Clinical, and Cultural Perspectives*. New York, NY: Cambridge University Press, pp 259-274.
- Boothby N., Crawford J., Halperin J., 2006. Mozambique child soldier life outcome study: lessons learned in rehabilitation and reintegration efforts. *Glob Public Health*, 1(1):87-107.
- Boyden J, De Berry J (2004). *Children and Youth on the Front line: Ethnography, Armed Conflict and Displacement*. Oxford: Berghahn Books.
- Boyden J, Hart J (2007). The statelessness of the world's children. *Children and Society*, 21:237-248.
- Brett R, Specht I (2004). *Young Soldiers: Why They Choose to Fight?* Boulder. CO: Lynne River.
- Brooks-Gunn J, Duncan GJ (1997). The effects of poverty on children. *The Future of Children*, 7:55-71.
- Caglayan C, Hamzaoglu O, Yavuz CI et al (2010). Working conditions and health status of child workers: cross-sectional study of the students at an apprenticeship school in Kocaeli. *Pediatrics International*, 52:6-12.
- Chen S, Ravallion M (2010). The developing world is poorer than we thought, but no less successful in the fight against poverty. *The Quarterly Journal of Economics*, 125:1577-1625.
- Chiavegatto CV, Carneiro AP, Dias EC et al (2010). Diagnosis of severe silicosis in young adults working in stone polishing and mining in Minas Gerais, Brazil. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 16:147-150.

- Child Soldiers Initiative (2010). *The Girl Soldier*.
- Cluver L, Gardner F, Operario D (2008). Effects of stigma on the mental health of adolescents orphaned by AIDS. *Journal of Adolescent Health*, 42:410-417.
- Cluver L, Orkin M, Boyes M et al (2011). Transactional sex amongst AIDS-orphaned and AIDS-affected adolescents predicted by abuse and extreme poverty. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 58:336-343.
- Coalition to Stop the Use of Child Soldiers (2004). *Child Soldiers: Global Report 2004*. London: Coalition to Stop the Use of Child Soldiers.
- Coalition to Stop the Use of Child Soldiers (2008). *Child Soldiers: Global Report 2008*. London: Coalition to Stop the Use of Child Soldiers.
- Cohn J, Danielsen L, Mygind-Holzer KI et al (1985). A study of Chilean refugee children in Denmark. *The Lancet* 326:437-438.
- Concern/UNICEF (2002). *Rapid Assessment of Street Children in Lusaka*.
- Corriols M, Aragón A (2010). Child labor and acute pesticide poisoning in Nicaragua: failure to comply with children's rights. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 16:193-200.
- Costello EJ, Compton SN, Keeler G et al (2003). Relationships between poverty and psychopathology: a natural experiment. *Journal of the American Medical Association*. 290:2023-2029.
- Coulter C (2009). *Bush Wives and Girl Soldiers: Women's Lives through War and Peace in Sierra Leone*. New York: Cornell University Press.
- Daud A, af Klinteberg B, Rydelius PA (2008). Resilience and vulnerability among refugee children of traumatized and non-traumatized parents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2:7.
- de la Barra X (1998). Poverty: the main cause of ill health in urban children. *Health Education and Behavior*, 25:46-59.
- Denov M (2010). *Child soldiers: Sierra Leone's Revolutionary United Front*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Denov M, Maclure R (2007). Turnings and epiphanies: militarization, life histories and the unmaking of two child soldiers in Sierra Leone. *Journal of Youth Studies*, 10: 243-261.
- Derluyn I, Brockaert E, Schuyten G et al (2004). Post-traumatic stress in former Uganda child soldiers. *Lancet*, 363:861-863.
- Donald D, Clacherty G (2005). Developmental vulnerabilities and strengths of children living in child-headed households: A comparison with children in adult-headed households in equivalent impoverished communities. *African Journal of AIDS Research*, 4:21-28.
- Duncan J, Kang S (1985). *Using Buddhist Ritual Activities as Foundation for a Mental Health Program for Cambodian Children in Foster Care* (unpublished). Mountlake Terrace, WA: Lutheran Social Services.
- Durusoy R, Davas A, Kayalar M et al (2011). What kinds of hand injuries are more likely to result in amputation? An analysis of 6549 hand injuries. *The Journal of Hand Surgery, European Volume*, 36:383-391.
- Ecklund K, Johnson WB (2007). Toward cultural competence in child intake assessments. *Professional Psychology-Research and Practice*, 38:356-362.
- Ehnholt KA, Yule W (2006). Practitioner review: assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war-related trauma. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47:1197-1210.
- Einarsdóttir J (2006). Child survival in affluence and poverty: ethics and fieldwork experiences from Iceland and Guinea-Bissau. *Field Methods*, 18:189.
- Ellis BH, MacDonald HZ, Lincoln AK et al (2008). Mental health of Somali adolescent refugees: The role of trauma, stress, and perceived discrimination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76:184.
- Ennew J, Myers WE, Plateau DP (2005). Defining child labor as if human right really matter. In BH Weston (ed) *Child Labor and Human Rights: Making Children Matter*. London: Lynne Rienner Publishers, pp28-52.
- Evans GW, Kim P (2007). Childhood poverty and health: cumulative risk exposure and stress dysregulation. *Psychological Science*, 18:953-957.
- Fass S, Cauthen N (2008). *Who Are America's Poor Children?*
- Fazel M, Reed R, Panter-Brick C et al (2011). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *Lancet*, 379:266-282.
- Fekadu D, Alem A, Hägglöf B (2006). The prevalence of mental health problems in Ethiopian child laborers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47:954-959.
- Foster G (1998). Today's children—challenges to child health promotion in countries with severe AIDS epidemics. *AIDS Care*, 10(supp 1): S17-S23.
- Foster G (2000). The capacity of the extended family safety net for orphans in Africa. *Psychology, Health and Medicine* 5:55-62.
- Foster G, Makufa C, Drew R et al (1997). Factors leading to the establishment of child-headed households: the case of Zimbabwe. *Health Transition Review*, 7(Supp2):155-168.
- Francis-Chizororo M (2010). Growing up without parents: socialisation and gender relations in orphaned-child-headed households in rural Zimbabwe. *Journal of Southern African Studies*. 36:711-727.
- Geltman PL, Grant-Knight W, Mehta SD et al (2005). The "Lost Boys of Sudan": functional and behavioral health of unaccompanied refugee minors resettled in the United States. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 159:585-591.
- Germann SE (2005). *An Exploratory Study of Quality of Life and Coping Strategies of Orphans Living in Child-Headed Households in the High HIV/AIDS Prevalent City of Bulawayo, Zimbabwe*. University of South Africa: Pretoria.

- Gharaibeh M, Hoeman S (2003). Health hazards and risks for abuse among child labor in Jordan. *Journal of Pediatric Nursing*, 18:140-147.
- Gibbons ED, Huebler F, Loaiza E (2005). *Child Labour, Education and the Principle of Non-Discrimination*. UNICEF, Division of Policy and Planning.
- Gilbert R, Widom CS, Browne K et al (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373:68-81.
- Gordon D (2005). *Indicators of Poverty and Hunger*. Expert Group Meeting on Youth Development Indicators, UN Headquarters, New York.
- Gordon D, Nandy S (2008). *UNICEF Global Study of Child Poverty and Disparities: Measuring Child Poverty for Policy Purposes*.
- Green J, Howes F, Waters E et al (2005). Promoting the social and emotional health of primary school-aged children: reviewing the evidence for school-based interventions. *International Journal of Mental Health Promotion*, 7:30-36.
- Guendelman S, Angulo V, Wier M et al (2005). Overcoming the odds: access to care for immigrant children in working poor families in California. *Maternal and Child Health Journal*, 9:351-362.
- Gunew SM (2003). *Haunted Nations: The Colonial Dimensions of Multiculturalism*. New York: Routledge.
- Hagemann F, Diallo Y, Etienne A (2006). *Global Child Labour Trends: 2000 to 2004*. Geneva: International Labour Organization.
- Hassan G, Rousseau C (2008). Protecting children: issues of intervention in intercultural context. *LARIC Bulletin*, 37:37-50.
- Hillis SD, Zapata L, Robbins CL et al (2012). HIV seroprevalence among orphaned and homeless youth: no place like home. *AIDS*, 26:105-110.
- Hjern A, Angel B, Höjer B (1991). Persecution and behavior: A report of refugee children from Chile. *Child Abuse & Neglect* 15:239-248.
- Hjern A, Angel B, Jeppson O (1998). Political violence, family stress and mental health of refugee children in exile. *Scandinavian Journal of Public Health* 26:18-25.
- Hodes M, Jagdev D, Chandra N et al (2008). Risk and resilience for psychological distress amongst unaccompanied asylum seeking adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49:723-732.
- Hope Worldwide Africa (2006). *Introduction to Working with Children and Psychosocial Support Participant's Manual*.
- Hsieh E (2007). Interpreters as co-diagnosticians: overlapping roles and services between providers and interpreters. *Social Science & Medicine*, 64:924-937.
- Huang CC, Barreda P, Mendoza V et al (2004). A comparative analysis of abandoned street children and formerly abandoned street children in La Paz, Bolivia. *Archives of Disease in Childhood*, 89:821-826.
- Humphreys G (2009). Healing child soldiers. *Bulletin of the World Health Organization*, 87:325-404.
- IASC Reference Group for mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings (2010). *Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know?* Geneva.
- Ide LS, Parker DL (2005). Hazardous child labor: lead and neurocognitive development. *Public Health Reports*, 120:607-612.
- ILO (2010). *Facts on Child Labour 2010*.
- Inciardi JA, Surratt HL (1998). Children in the streets of Brazil: drug use, crime, violence, and HIV risks. *Substance Use and Misuse*, 33:1461-1480.
- International HIV/AIDS Alliance (2003). *Building Blocks: African-wide Briefing Notes on Psychosocial Support Resources for Communities Working with Orphans and Vulnerable Children*.
- Jaycox LH, Stein BD, Kataoka SH et al (2002). Violence exposure, posttraumatic stress disorder and depressive symptoms among recent immigrant schoolchildren. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41:1104-1110.
- Jones A (2009). Social marginalization and children's rights: HIV-affected children in the Republic of Trinidad and Tobago. *Health Social Worker*, 34:293-300.
- Johnson K, Asher J, Rosborough S et al (2008). Association of combatant status and sexual violence with health and mental health outcomes in postconflict Liberia. *Journal of the American Medical Association*, 300:676-690.
- Kataoka SH, Stein BD, Jaycox LH et al (2003). A school-based mental health program for traumatized Latino immigrant children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42:311-318.
- Keairns YE (2002). *The Voices of Girl Child Soldiers: Summary*. Quaker United Nations Office.
- Khuwaja S, Selwyn BJ, Shah SM (2005). Prevalence and correlates of stunting among primary school children in rural areas of southern Pakistan. *Journal of Tropical Pediatrics*, 51:72-77.
- Kirmayer LJ, Rousseau C, Jarvis GE et al (2003). The cultural context of clinical assessment. In A Tasman, J Lieberman, J Kay (eds), *Psychiatry* New York: John Wiley & Sons, pp19-29.
- Klasen F, Oettingen G, Daniels J et al (2010). Posttraumatic resilience in former ugandan child soldiers. *Child Development*, 81:1096-1113.
- Kohrt BA, Jordans MJ, Tol WA et al (2008). Comparison of mental health between former child soldiers and children never conscripted by armed groups in Nepal. *Journal of the American Medical Association*, 300:691-702.
- Lalor KJ (1999). Street children: a comparative perspective. *Child Abuse and Neglect*, 23:759-770.
- Lansdown G (1994). Children's rights. In B Mayall (ed), *Children's Childhoods. Observed and Experienced*. London: Falmer Press.
- Le Roux J (1996). Street children in South Africa: findings from interviews on the background of street children in Pretoria, South Africa. *Adolescence*. 31:423-431.

- Leinberger-Jabari A, Parker DL, Oberg C (2005). Child labor, gender, and health. *Public Health Reports*, 120:642-647.
- Liebel M (2004). *A Will of Their Own: Crosscultural Perspectives on Working Children*. London: Zed Books.
- Luna GC (1991). Street youth: Adaptation and survival in the AIDS decade. *Journal of Adolescent Health*, 12:511-514.
- Luzze F (2002). *Survival in Child-Headed Households: A Study on the Impact of World Vision Support on Coping Strategies in Child-Headed Households in Kakuuto County, Rakai District, Uganda*, Oxford Centre for Mission Studies, University of Leeds: Leeds, p77.
- Machel G (2001). *The Impact of War on Children*. London: UNICEF-Unifem.
- Madhavan S (2004). Fosterage patterns in the age of AIDS: continuity and change. *Social Science and Medicine*, 58:1443-1454.
- Makame V, Ani C, Grantham-McGregor S (2002). Psychological wellbeing of orphans in Dar-Es-Salaam, Tanzania. *Acta Paediatrica*, 91:459-465.
- Mathews R, Reis C, Iacopino V (2003). Child labor. A matter of health and human rights. *Journal of Ambulatory Care Management*, 26:181-182.
- McAlpine K, Henley R, Mueller M et al (2010). A survey of street children in northern Tanzania: how abuse or support factors may influence migration to the street. *Community Mental Health Journal*, 46:26-32.
- McKay S, Mazurana D (2004). *Where are the Girls? Girls in Fighting Forces in Northern Uganda, Sierra Leone, and Mozambique: Their Lives During and After War*. Montreal: International Centre for Human Rights and Democratic Development.
- McKay S, Veale A, Worthen M et al (2010). *Community-Based Reintegration of War-Affected Young Mothers: Participation Action Research (PAR) in Liberia, Sierra Leone and Northern Uganda*. ParGirlProject.
- McKnight RH, Spiller HA (2005). Green tobacco sickness in children and adolescents. *Public Health Reports*, 120:602-605.
- Measham T, Guzder G, Rousseau C et al (2010). Cultural considerations in child and adolescent psychiatry. *Psychiatric Times*, 27:1-6.
- Measham T, Rousseau C (2011). Family disclosure of war trauma to children. *Traumatology*, 16:85-96.
- Miller KE, Rasmussen A (2010). War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: Bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Social Science & Medicine*, 70:7-16.
- Minujin A, Nandy S (2012). *Global Child Poverty and Well-Being: Measurement, Concepts, Policy and Action*. University of Bristol: The Policy Press, p3.
- Monasch R, Boerma TJ (2004). Orphanhood and childcare patterns in sub-Saharan Africa: an analysis of national surveys from 40 countries. *AIDS*, 18(sup 2):S55-S65.
- Montgomery E (2010). Trauma and resilience in young refugees: a 9-year follow-up study. *Development and Psychopathology*, 22:477-489.
- Montgomery E, Foldspang A (2006). Validity of PTSD in a sample of refugee children: can a separate diagnostic entity be justified? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 15:64-74.
- Mull LD, Kirkhorn SR (2005). Child labor in Ghana cocoa production: focus upon agricultural tasks, ergonomic exposures, and associated injuries and illnesses. *Public Health Reports*, 120:649-655.
- Nada KH, Suliman el DA (2010). Violence, abuse, alcohol and drug use, and sexual behaviors in street children of Greater Cairo and Alexandria, Egypt. *AIDS*, 24(sup 2):S39-44.
- Najman JM, Hayatbakhsh MR, Clavarino A et al (2010). Family poverty over the early life course and recurrent adolescent and young adult anxiety and depression: a longitudinal study. *American Journal of Public Health*, 100:1719-1723.
- Nandy S, Irving M, Gordon D et al (2005). Poverty, child undernutrition and morbidity: new evidence from India. *Bulletin of the World Health Organization*, 83:210-216.
- Ngo V, Langley A, Kataoka S et al. (2008). Providing evidence based practice to ethnically diverse youth: Examples from the cognitive behavioural intervention for trauma in schools (CBITS) program. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47:858-862.
- Nkouika-Dinghani-Nkita G (2000). *Les déterminants du phénomène des enfants de la rue à Brazzaville* [The causes of the phenomenon of street children in Brazzaville].
- Nielsen SS, Norredam M, Christiansen KL et al (2008). Mental health among children seeking asylum in Denmark - the effect of length of stay and number of relocations: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 8:19.
- Nuwayhid I, Saddik B, Quba'a R (2001). Working children in small industrial establishments in Tripoli and Akkar—Lebanon: their work environment and work activities. *Proceedings of the International Programme for the Elimination of Child Labour (IPEC) at the International Labour Organization*, Geneva, Switzerland.
- Nyamukapa CA, Gregson S, Wambe M et al (2010). Causes and consequences of psychological distress among orphans in eastern Zimbabwe. *AIDS Care*, 22:988-996.
- Nyangara FM (2004). *Changes in Household Composition and Orphan's Living Situations in Selected Sub-Saharan African Countries Affected by HIV/AIDS*. Futures Group International/PHNI Project: Washington, DC.
- Oleke C, Blystad A, Fylkesnes Ket al (2007). Constraints to educational opportunities of orphans: a community-based study from northern Uganda. *AIDS Care*, 19:361-368.
- Omokhodion FO, Uchendu OC (2010). Perception and practice of child labour among parents of school-aged children in Ibadan, southwest Nigeria. *Child: Care Health and Development*, 36:304-308.
- Otañez MG, Muggli ME, Hurt RD et al (2006). Eliminating child labour in Malawi: a British American Tobacco corporate responsibility project to sidestep tobacco labour exploitation. *Tobacco Control*, 15:224-230.

- Pagare D, Meena GS, Jiloha RC et al (2005). Sexual abuse of street children brought to an observation home. *Indian Pediatrics*, 42:134-1139.
- Park JM, Fertig AR, Allison PD (2011). Physical and mental health, cognitive development, and health care use by housing status of low-income young children in 20 American cities: a prospective cohort study. *American Journal of Public Health*, 101(supp 1):S255-261.
- Parker DL, Fassa AG, Scanlon TJ (2010). Understanding the health effects of child labour. In A Fassa, D Parker, T Scanlon (eds) *Child Labour: A Public Health Perspective*. Oxford: Oxford University Press, pp103-121.
- Pickett KE, Wilkinson RG (2007). Child wellbeing and income inequality in rich societies: ecological cross sectional study. *British Medical Journal*, 335:1080.
- Ravallion M (2010). *Poverty Lines across the World*. Policy Research Working Paper 5284, World Bank Development Research Group, Washington DC.
- Roalkvam S (2005). The children left to stand alone. *African Journal of AIDS Research*, 4:211-218.
- Robson E (2004). Hidden child workers: young carers in Zimbabwe. *Antipode*, 36:227-248.
- Rothe EM, Lewis J, Castillo-Matos K et al (2002). Posttraumatic stress disorder among Cuban children and adolescents after release from a refugee camp. *Psychiatric Services*, 53:970-976.
- Rousseau C, de la Aldea E, Viger Rojas M et al (2005). After the NGO's departure: Changing memory strategies of young Mayan refugees who returned to Guatemala as a community. *Anthropology and Medicine*, 12:3-21.
- Rousseau C, Drapeau A, Platt R (1999). Family trauma and its association with emotional and behavioral problems and social adjustment in adolescent Cambodian refugees. *Child Abuse and Neglect*, 23:1263-1273.
- Rousseau C, Drapeau A, Platt R (2004). Family environment and emotional and behavioural symptoms in adolescent Cambodian Refugees: influence of time, gender, and acculturation. *Medicine, Conflict and Survival*, 20:151-165.
- Rousseau C, Foxen P (2005). Constructing and deconstructing the myth of the lying refugee: Paradoxes of power and justice in an administrative immigration tribunal. In E Van Dongen, S Fainzang (eds), *Lying & Illness: Power and Performance*, Amsterdam: Aksant, pp56-91.
- Rousseau C, Guzder J (2008). School-based prevention programs for refugee children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17:533-549.
- Rousseau C, Hassan G, Measham T et al. (2009). From the family universe to the outside world: family relations, school attitude and perception of racism in Caribbean and Filipino adolescents. *Health & Place*, 15:721-730.
- Rousseau C, Measham T, Moro MR (2011). Working with interpreters in child mental health. *Child and Adolescent Mental Health*, 16:55-59.
- Ruiz-Casares M (2009). Between Adversity and Agency: Child and Youth-Headed Households in Namibia. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 4:238-248.
- Ruiz-Casares M (2010). Kin and youths in the social networks of youth-headed households in Namibia. *Journal of Marriage and Family*, 72:1408-1425.
- Ruiz-Casares M, Rousseau C, Derluyn et al (2010). Right and access to healthcare for undocumented children: Addressing the gap between international conventions and disparate implementations in North America and Europe. *Social Science and Medicine*, 70:329-336.
- Ruiz-Casares M, Thombs BD, Rousseau C (2009). The association of single and double orphanhood with symptoms of depression among children and adolescents in Namibia. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18:369-376.
- Sack WH, Clarke G, Him C et al (1993). A 6-year follow-up study of Cambodian refugee adolescents traumatized as children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32:431-437.
- Saddik B, Nuwayhid I, Williamson A et al (2003). Evidence of neurotoxicity in working children in Lebanon. *Neurotoxicology* 24:733-739.
- Saddik B, Nuwayhid I, Williamson A et al (2005). The effects of solvent exposure on memory and motor dexterity in working children. *Public Health Reports*, 120:657-663.
- Saiyed HN (1995). Dustiness, silicosis, and tuberculosis in small scale pottery workers. *Indian Journal of Medical Research*, 102:138-142.
- Save the Children (2005). Global submission by the International Save the Children Alliance, *UN Study on Violence Against Children*, p 43.
- Scanlon T, Prior V, Lamarao MLN et al (2002) Child labour. Vast problem whose effects on children's health remain largely unstudied. *British Medical Journal*, 325:401-402.
- Scivoletto S, da Silva TF, Rosenheck RA (2011). Child psychiatry takes to the streets: a developmental partnership between a university institute and children and adolescents from the streets of Sao Paulo, Brazil. *Child Abuse and Neglect*, 35:89-95.
- Scheper-Hughes N (1987). Culture, scarcity, and maternal thinking: mother love and child death in Northeast Brazil. In N Scheper-Hughes (ed) *Child Survival: Anthropological Perspectives on the Treatment and Maltreatment of Children*. Dordrecht, Holland: D Reidel, pp187-208.
- Scheper-Hughes N, Sargent CF (1998). *Small Wars: The Cultural Politics of Childhood*. Berkeley: University of California Press.
- Secombe K (2000). Families in poverty in the 1990s: trends, causes, consequences, and lessons learned. *Journal of Marriage and Family*, 62:1094-1113.
- Seglem KB, Oppedal B, Raeder S (2011). Predictors of depressive symptoms among resettled unaccompanied refugee minors. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52:457-464.
- Sen A (2008). Violence, identity and poverty. *Journal of Peace Research*, 45:5.
- Sharma S, Lal R (2011). Volatile substance misuse among street children in India: a preliminary report. *Substance Use and Misuse*, 46(supp 1):46-49.

- Sherman SS, Plitt S, ul Hassan S et al (2005). Drug use, street survival, and risk behaviors among street children in Lahore, Pakistan. *Journal of Urban Health*, 82(supp 4):iv113-124.
- Sherr L, Varrall R, Mueller J et al (2008). A systematic review on the meaning of the concept 'AIDS Orphan': confusion over definitions and implications for care. *AIDS Care*, 20:527-536.
- Simich L (2006). Hidden meanings of health security: migration experiences and systemic barriers to mental well-being among non-status migrants in Canada. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 2 (3/4):16-27.
- Shonkoff JP, Garner S et al (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*. 129:e232-246.
- Stein DJ, Seedat S, Iversen A et al (2007). Post-traumatic stress disorder: medicine and politics. *The Lancet* 369:139-144.
- Sujoldzic A, Peternel L, Kulenovic T et al (2006). Social determinants of health—a comparative study of Bosnian adolescents in different cultural contexts. *Collegium Antropologicum*, 30:703-711.
- Tabassum F, Baig LA (2002). Child labour a reality: results from a study of a squatter settlement of Karachi. *Journal of Pakistan Medical Association*, 52:507-510.
- Touzines K (2007). Unaccompanied minors: rights and protection. *International Journal of Refugee Law* 19:779-782.
- UCW (2003a). *Understanding Children's Work in Guatemala*.
- UCW (2003b). *Understanding Children's Work in Yemen*.
- UNAIDS (2010). *Report on the Global AIDS Epidemic*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS: Geneva, Switzerland.
- UNICEF (2001). *A Study on Street Children in Zimbabwe*.
- UNICEF (2003). *Child Protection Definitions*.
- UNICEF (2000). *Poverty Reduction Begins with Children*.
- UNICEF (2005a). *The State of the World's Children 2005 - Childhood under Threat*.
- UNICEF (2005b). *Child Poverty in Rich Countries*.
- UNICEF (2006a). *The State of the World's Children 2007: Women and Children - The Double Dividend of Gender Equality*.
- UNICEF (2006b). *Street Children*.
- UNICEF (2006c). *Child and Youth Participation Resource Guide*.
- United Nations (2007). *Paris Principles: Children and Armed Conflict*
- United Nations (2010). *Global Education Digest 2010: Comparing Education Statistics Across the World*. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.
- United Nations Women (2010). *Women, Poverty and Economics*.
- Vásquez WF, Bohara AK (2010). Household shocks, child labor, and child schooling: evidence from Guatemala. *Latin American Research Review*, 45:165-186.
- Veale A, Stavrou A (2007). Former Lord's Resistance Army child soldiers abductees: explorations of identity in reintegration and reconciliation. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 13:273-292.
- Werner EE (1993). Risk, resilience, and recovery: perspectives from the Kauai longitudinal study. *Development and psychopathology*, 5:503-503.
- Wessells M (2006). *Child Soldiers: From Violence to Protection*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- WHO (2000). Understanding substance use among street children. In WHO, *Working with Street Children: A Training Package on Substance Use, Sexual and Reproductive Health Including HIV/AIDS*.
- Wiese EB, Burhorst I (2007). The mental health of asylum-seeking and refugee children and adolescents attending a clinic in the Netherlands. *Transcultural Psychiatry*, 44:596-613.
- Williamson J (2006). The disarmament, demobilization and reintegration of child soldiers: social and psychological transformation in Sierra Leone. *Intervention*, 4:185-205.
- Woodhead M (2001). The value of work and school: a study of working children's perspectives. In K Lieten, B White (eds) *Child Labour: Policy Options*, Amsterdam: Children's Life Worlds.
- World Bank (2012). *World Bank Sees Progress Against Extreme Poverty, But Flags Vulnerabilities*. Press Release No:2012/297.
- Worthen M, Veale A, McKay S et al (2010). "I stand like a woman": empowerment and human rights in the context of community-based reintegration of girl mothers formerly associated with fighting forces and armed groups. *Journal of Human Rights Practice*, 2:49-70.
- Zhao G, Li X, Kaljee L et al (2009). Psychosocial consequences for children experiencing parental loss due to HIV/AIDS in central China. *AIDS Care*, 21:769-774.