



## Efectos de la guerra sobre los niños/as y su tratamiento psicológico

Tanto los desastres naturales como los producidos por el hombre provocan problemas emocionales en el ser humano. La guerra, un conflicto provocado por la mano del hombre, deja una huella traumática sobre las personas que la viven, por una parte proporciona una marca física (Halileh, Daoood, Khatib, Mikki-Samarah, 2002; Salignon, Legros, 2002), pero por otra provoca daños psicológicos (Shuter, 2002; Kozaric-Kovacic, Kocijan-Hercognja, Jamproscic, 2002). Muchas de las víctimas de la guerra sufrirán problemas de ansiedad, estrés postraumático y depresión (Ehrebrihc, 1999; Gannagé, 2003).

### Las fases de las crisis.

Cuando el ser humano sufre una crisis vive unas etapas. Las personas pasan primero por una **fase de impacto** (Slaikeu, 1996) en los primeros momentos, cuando el desastre acaba de suceder o está aconteciendo, aparecen respuestas emocionales diversas, desde un entumecimiento psíquico o negación del hecho (“esto no está sucediendo”), ira, rabia, ansiedad generalizada, culpabilidad en los que logran sobrevivir, inestabilidad afectiva, hasta en algunos momentos y por el alivio de sentirse seguros un optimismo exagerado. Esta fase de impacto dura entre unas horas y pocos días.

Posteriormente aparece una **fase de penetración** (Slaikeu, 1996), de asimilación de la tragedia que está sucediendo, donde aparecerán sueños o pesadillas recurrentes, imágenes imborrables e intrusivas, insomnio, malestar intenso, irritabilidad, preocupación persistente y excesiva, falta de interés y de placer por las actividades de la vida, etc. En los niños/as, es frecuente que aparezcan retraimiento social, irritabilidad y quejas somáticas.

Cuando todo ha concluido viene la **fase de consumación** (Slaikeu, 1996), donde el sujeto elabora aquello que le ha ocurrido y aprende a vivir con la herida que ha causado el desastre, en este caso el conflicto bélico. Pero muchas personas elaborarán mal esta fase si no logran encauzar adecuadamente sus emociones, seguramente comenzarán a presentar los denominados síntomas tardíos, depresión crónica, síndrome del sobreviviente (“sin chispa por la vida”), una “adicción a odiar” y agresividad crónica, además de multitud de problemas laborales, conyugales y con los hijos/as.

No todos los refugiados por motivos de la guerra van experimentar todos los síntomas (Guijarro, 2022). Pueden variar en función de unos factores de protección como tener un grupo de apoyo social estructurado y unido; huir con todo el núcleo familiar unido, sin dejar a nadie atrás; el tiempo de exposición al drama de la guerra, es lógico que a más tiempo más posibilidades hay de quedar afectado negativamente por la misma. Los factores que no favorece la protección son: haber sufrido situaciones traumáticas antes de la guerra, la pérdida de un ser querido, situaciones de exclusión, rupturas sentimentales, etc.; presentar patología previa, cuanto más incapacitante más probabilidad hay de que la influencia negativa sea mayor; pertenecer a grupos vulnerables, especialmente en niños y ancianos, estos últimos se verán así mismos como un estorbo que obliga a los suyos a quedarse con ellos a pesar de la guerra, para cuidarles.

Los efectos psicológicos más frecuentes son (Guijarro, 2022):



**Incredulidad:** Sentimiento de irrealidad, de que es un mal sueño, y no puede ser verdad.

**Dificultad para concentrarse:** Para mantener la atención en una tarea o en una conversación.

**Ansiedad permanente:** por dejar su historia, sus raíces, sus recuerdos, sus vidas, sus familias. Sin saber que le depara el futuro, si llegaran a algún sitio seguro, como será su vida allí, podrá volver a empezar. La huida no exenta de riesgo impide pensar con calma y claridad, es una mirada en túnel con una única salida huir del infierno.

**Depresión:** La desesperanza se adueña al no tener una base segura sobre la que apoyarse, todo lo que tenían lo han dejado atrás. Las situaciones e imágenes vividas en primera persona acrecienta el sentimiento de vulnerabilidad e indefensión.

**Consumo de alcohol, tabaco y drogas:** Como vía fácil de escapar de lo que le rodea, de lo que ha vivido, de lo que le pueda deparar el futuro.

**Poca tolerancia a la frustración:** De todo se hace un mundo, se generaliza y se extiende a otras situaciones.

**Insomnio o aletargamiento:** Como reacciones somáticas ante la situación de pérdida y desamparo que pueden llegar a sentir.

**Comer en exceso o dejar de hacerlo:** Por idénticas razones al punto anterior.

**Necesidad de que ocurra algo que pare esta situación:** incapacidad de poder sobreponerse a todo lo que le rodea, cerrarse y no buscar alternativas, solo querer que aquello acabe cuanto antes.

**En casos extremos:** se puede llegar al suicidio y al homicidio por compasión de los seres queridos para que no sufran, como ellos están sufriendo, para evitarles una agonía larga y dolorosa, que ellos creen segura.

### **Los más débiles, los niños/as**

Respecto a **los niños/as**, debido a su mayor sensibilidad, sufren las consecuencias negativas de forma más severa que los adultos (Pearn, 2002). Sin embargo se he podido comprobar que aquellos que tienen apoyo, protección y estabilidad por parte de sus padres o adultos de confianza, superan mejor los desastres de la guerra. Existen muchos estudios que así lo indican, niños/as palestinos (Sidis, 2003; Shuter, 2002; Thabet, Abed, Vostanis, 2002), iraquíes (Asshraf, 2003), croatas (Kuterovac-Jagodic, 2002), israelíes (Simms, 2002), bosnios (Smith, Perrin, Yule, Hacam, Stuvland, 2002), afganos (Van de Put, 2002), colombianos (Arboleda, 2002), sudaneses (El-Nagar, 2000), del Kurdistan (Sundelin, Wahlsten, Ahmad, Von Knorring, 2001).

En general nos vamos a encontrar con un **duelo migratorio**, con un proceso complejo que implica una reorganización de la vida al que debe hacer frente la persona para adaptarse al cambio que produce la migración. Es un duelo parcial, recurrente y múltiple. El niño/a experimenta múltiples pérdidas: la familia y los amigos, el idioma, la cultura, la tierra, el nivel social, la identidad, la inseguridad

Las respuestas de los niños/as varían en función de la edad. Entre los más pequeños, aquellos que están en una etapa infantil (hasta los 6 años) aparece sobre todo ansiedad de separación, fobias, problemas de sueño, regresiones en el control de esfínteres y en el lenguaje y síntomas de carácter motriz como retraso en el caminar o mantenerse de pie y comportamientos auto-estimulantes como morderse o balancearse, golpearse la cabeza incluso tragarse algún objeto.



En la etapa escolar aparecen pensamientos negativos, incapacidad para divertirse, retraimiento, pérdida de interés por amistades y juegos, miedo y fobias asociadas al desastre, pesadillas, agresividad, resentimiento, irritabilidad, quejas somáticas, incluso extremada autocritica sintiéndose culpable por todo lo que hace.

Los preadolescentes presentan síntomas parecidos a los de los adultos, señales cognitivas y afectivas que adquieren un carácter interiorizado, alteraciones del estado de ánimo, mayor agresividad y frecuentes reacciones de ira, abuso de sustancias, comportamientos de riesgo para su salud, baja autoestima acompañada de pensamientos suicidas y multitud de problemas físicos (dolores de cabeza, de estómago, falta de apetito).

Lo que indican la mayoría de los estudios mencionados es que hay una influencia directa en el desarrollo y bienestar de niños y jóvenes, produciéndose un deterioro en el aprendizaje, en el comportamiento, en el lenguaje, aparecen trastornos psicosomáticos, pesadillas, predisposición al uso de drogas y conductas autodestructivas. Por lo que se requiere una adecuada intervención psicológica.

### **Intervención psicológica**

Cuando se producen intervenciones en crisis, después de un desastre, lo primero y más urgente que se deben cubrir son las necesidades materiales, el daño físico, la pérdida de vidas, el cuidado médico, la comida, el agua y el cobijo. Pero pasado el tiempo y una vez satisfechas las necesidades básicas, muchas personas comienzan a ser receptivas a las intervenciones psicológicas, a poder hablar de lo sucedido (Wainrib; Bloch, 2009).

Dicha intervención psicológica debe estar basada en primer lugar en ayudar al niño/a a exteriorizar pensamientos y sentimientos, los niños/as no siempre están disponibles para exteriorizar su mundo interior, debemos ponernos a su nivel y encontrar recursos a través del juego, el dibujo, las historias incompletas que faciliten la expresión. Dar información comprensible y adecuada, fomentar la toma de decisiones y la solución de problemas, explicar los fenómenos psicológicos que se van a ir produciendo con el paso del tiempo, los “porqués”, la rabia, la culpa, el embotamiento emocional, los pensamientos intrusivos, el miedo y la ansiedad, la constante preocupación, la tristeza y un largo etc. de diferentes emociones que pueden aparecer. Además, crear redes de apoyo social que pueden ayudar a aliviar los síntomas y utilizar los recursos y las fortalezas propias y de la comunicad (Patel, Tribe, Yule, 2018).

Es importante que el niño/a construya una relato de sus experiencias, una correcta narración de lo que ha sucedido (Pennebaker, Evans, 2014), que cuente, dramatice, proyecte o escriba su propia historia. La utilización de técnicas vivenciales y expresivas como el dibujo, las historias inacabadas, la poesía, la expresión corporal, el masaje o la relajación. Los juegos con animales, muñecas, soldaditos, títeres, donde el niño proyecte su historia (Dikann, Augagneur, 2019).

Aprenda a convivir con sus síntomas a través de técnicas de mindfulness y otras terapias de tercera generación (Gil, Barreto y Montoya, 2009; 2012).

Por otra parte, la familia es un elemento fundamental en la recuperación de los niños/as y adolescentes (Mansour, 2003). En primer lugar, es importante que al niño le acompañe alguna figura familiar importante en su vida (padre o madre, abuelo, hermano, maestro). En segundo lugar, de no existir problemas de relación o abusos entre dichas figura y el niño/a, es conveniente que animen a los niños/as a hablar sobre



lo que pasó en la guerra, a reconocer y entender las reacciones emocionales. Una adecuada escuela de padres donde se explique los comportamientos regresivos, las situaciones de indefensión vividas, los programas de contingencias, el adecuado apego emocional, incluso, como ha visto Field (2019), los efectos positivos de los masajes sobre la persona.

La División de Psicología Infantil y Educativa de la Sociedad Británica de Psicología ha publicado (Infocop, 2022) una guía para dar pautas y herramientas a los centros educativos para apoyar a niños y niñas refugiados/as, y ayudarles a sentirse seguros/as en el contexto escolar. La escuela es muy importante en el proceso de intervención, ofrece un ambiente estructurado para la persona y ayuda a regular sus reacciones. En un principio, el niño/a después de una situación tan terrible como haber sufrido una guerra, no tiene como objetivo centrarse en el rendimiento académico, sino que hay que darle tiempo para hablar del evento y expresar sus sentimientos sobre él a través de las estrategias proyectivas que se han enumerado.

La intervención con los compañeros conlleva, dar respuesta a las dudas y efectos que está provocando la situación de conflicto “cercano” en el propio grupo de clase, preparar para la acogida a los compañeros, aprender a cuidar a los/as nuevos/as compañeros: respeto, empatía, protección, cuidado.

Además, en la escuela también se pueden mantener reuniones con los familiares para facilitar la comunicación con los niños/as. Existen una serie de principios fundamentales (Prado, 2022): de la guerra hay que hablar partiendo de lo que saben los niños/as; estar dispuestos a revivir emociones desagradables, hablar de ellas y escuchar cómo se sienten; validar sus emociones; contestar a los interrogantes con la verdad y cuidando las emociones que nos provoca esta situación; preguntar qué saben para reconducir la información; reducir el flujo superfluo de información, sobre todo cuidando lo que ven por las redes sociales; enseñarles estrategias para gestionar los temores; explicar cómo se producen los conflictos y quién es cada uno, formar parte de la solución con acciones solidarias: recaudar fondos, comprar cosas necesarias, orar...

### **Referencias Bibliográficas.**

Arboleda, N. (2002).- The effects of war on the Colombian population. *Med. Confl. Surviv.* 18(4): 394-399.

Ashraf, H. (2003).- The people of Iraq face a grim future with or without a war. *Lancet*, 361: 626-627.

Dikann, A.; Augagneur, J. (2019).- *Ejercicios de arte-terapia*. Terapias verdes

Ehrenreich, J. H. (1999).- Enfrentando el desastre. Una guía para la intervención psicosocial. *Gipac IB*.

El-Nagar, S.E. (2000) The impact of war on women and children: case study of Sudan. *Women*, 5: 9-11.



Field, T. (2019).- Pediatric massage therapy research: a narrative review. *Children*. Jun 6; 6(6).

Gannagé, M. (2003).- La resiliencia en el niño de la guerra. En Manciaux. *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Gedisa, Barcelona

Gil, J.; Barreto, P.; Montoya, I. (2010). Mejora de las capacidades de “atención plena” y reducción de síntomas psicopatológicos con mindfulness. *Informació psicològica*. 98, 42-54

Gil, J.; Barreto, P.; Montoya, I. (2012).- Terapias de tercera generación. *Congreso de psicoterapia*. Valencia.

Guijarro, A. (2022).- Efectos psicológicos de las personas que huyen de la guerra. *Infocop 05/04/2022*

Halileh, S.O.; Daood, A.R.; Khatib, R.A; Mikki-Samarah, N.S.(2002).- The impact of the intifada on the health of a nation. *Med. Confl. Surviv.*, 18(3):239-248.

Kozaric-Kovacic, D.; Kocijan-Hercognja, D.;Jamproscic, A. (2002).- Psychiatric help to psychotraumatized persons during and after war in Croatia. *Croat Med. J.* 43(2): 221-228.

Kuterovac-Jagodic, G. (2003).- Posttraumatic stress symptoms in Croating children exposed to war: A prospective study. *J. Clin. Psychol.* 59(1):9-25

Manciaux, M. (2003).- *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Gedisa, Barcelona

Mansour, S. (2003).- la resiliencia de las adolescentes en Palestina. En Manciaux, *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Gedisa, Barcelona.

Prado, A. (2022).- Habilidades de comunicación de los padres y/o cuidadores sobre la guerra a la población infantil. *Infocop 05/04/2022*

Patel, N; Tribe, R.; Yule, B. (2018).- *Guidelines for psychologists working with refugees and asylum seekers in the UK*

Pearn, J. (2003).- Children and war. *J. Pediatr. Child Health*, 39(3):166-172.

Pennebaker, J; Evans, J. (2014).- *Expressive writing: words that healt*. Idyll Arbor.

Salignon, P.; Legros, D. (2002) Impact of war on civilian population health. Republic of the Congo, December 1998-February 2000. *Med. Trop.* 62(4); 433-437

Slaikeu, K. (1996).- *Manual de intervención en crisis para la práctica y la investigación*. Manual Moderno, México



- Shuter, J. (2002).- Emotional problems of Palestinian children living in a war zone. *Lancet*, 360: 1098
- Sidis, M. (2003).- Emotional problems of Palestinian children living in a war zone. *Lancet*, 361: 260
- Simms, N. (2002).- The radical transformation of Jewish childrearing after massacres of the first two Crusades: a problema in multi-generational psot-traumatic stress. *J. Psychohist*, 30(2): 164-189.
- Smith, P.; Perrin, S.; Yule, W.; Hacam, B. ; Stuvland, R. (2002).- War exposure among children from Bosnia-Herzegovina; psychologic adjustment in a community sample. *J. Trauma Stress*, 15 (2): 147-156
- Sundelin Wahllsten, V.; Ahmad, A.; Von Knorring, AL. (2001).-Traumatic experiences and posttraumatic stress reactions in children and their parents from Kurdistan and Sweden. *Nord J. Psychiatry*, 55 (6): 395-400
- Thabet, AA.; Abed, Y.; Vostanis, P. (2002).- Emotional problems in Palestinian children living in a war zone: a cross-sectional study. *Lancet*, 359: 1801-1804
- The British Psychological Society (2022).- Welcoming and supporting refugee children. Information for schools. En *Infocop* 14/3/2022
- Van de Put, W. (2002).- Addressing mentalhealth in Afghanistan. *Lancet*, 360: 41-42
- Wainrib, B; Bloch, E. (2009).- *Intervención en crisis y respuesta al trauma*. DDB

Dr. José Gil Martínez  
Codirector del Máster de Psicoterapia y Psicología Clínica  
Fundación Universidad Empresa ADEIT