

Implicaciones del conflicto bélico ruso-ucraniano en el alumnado de Educación Infantil refugiado en la Comunidad Valenciana. Estudio de casos

Implications of the Russian-Ukrainian war conflict in the refugee students of Early Childhood Education in the Valencian Community. Case study

BELÉN LÁZARO HABA

Universitat de València, España

belaha@alumni.uv.es

ORCID ID: 009-0001-7847-9336

PAU PÉREZ-LEDO

Universitat de València, España

pau.perez-ledo@uv.es

ORCID ID: 0000-0001-6542-4179

OSCAR LOZANO

Universitat de València, España

oscar.lozano@uv.es

ORCID ID: 0000-0002-2883-5371

Resumen: Los conflictos bélicos acarrearán una serie de problemas humanitarios inevitables y que afectan tanto a la sociedad de los países involucrados como a terceros estados que participan de una manera u otra, colaborando en misiones humanitarias, acogiendo a refugiados, etc. La población infantil es siempre una de las más vulnerables y sensibles a estos conflictos. El impacto de aspectos como el TEPT (Trastorno de Estrés posttraumático) debe ser tenido en cuenta en la escolarización de estos infantes en terceros países. Este estudio analiza, de manera cualitativa, el impacto del conflicto ruso-ucraniano en nueve casos de estudiantes de Educación Infantil de la comunidad valenciana a través de las opiniones de sus madres expresadas en varios cuestionarios habituales en estos estudios (War-Related Experiences Scale (WRES) y el Stress Reaction Checklist (SRCL) de Sadeh y la Escala de eventos traumáticos para niños y adolescentes de Scheeringa). En general, los estudiantes refugiados analizados muestran elevados índices de estrés posttraumático tanto en el ambiente familiar como en el escolar, con aspectos actitudinales propios del mismo que, en diferente medida, afectan a su proceso educativo. La confirmación de la exposición a vivencias traumáticas características de los conflictos bélicos, establece una

correlación entre estos, los índices de estrés postraumáticos y los mencionados cambios actitudinales. El análisis de los cambios producidos por la vivencia del conflicto en sí y del desplazamiento forzoso asociado, puede servir de ayuda a la hora de establecer acciones educativas adecuadas que permitan paliar las consecuencias negativas asociadas a dichos hechos.

Palabras clave: TEPT, desarrollo emocional, educación infantil, conflicto bélico Ucrania, educación inclusiva.

Abstract: Armed conflicts bring with them a series of unavoidable humanitarian problems that affect both the society of the countries involved and third states that participate in one way or another, collaborating in humanitarian missions, hosting refugees, etc. The child population is always one of the most vulnerable and sensitive to these conflicts. The impact of aspects such as PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) must be taken into account in the schooling of these children in third countries. This study qualitatively analyses the impact of the Russian-Ukrainian conflict on nine cases of pre-school students in the Valencian community through the opinions of their mothers expressed in several questionnaires commonly used in these studies (War Related Experiences Scale (WRES) and Sadeh Stress Reaction Checklist (SRCL) and Scheeringa's Traumatic Events Scale for Children and Adolescents). In general, the refugee students analysed show high rates of post-traumatic stress in both family and school settings, with attitudinal aspects that, to a greater or lesser extent, affect their educational process. The finding of exposure to traumatic war experiences establishes a correlation between these experiences, rates of post-traumatic stress and the aforementioned attitudinal changes. Analysis of the changes brought about by the experience of conflict and associated forced displacement can help to establish appropriate educational actions to mitigate the negative consequences linked these events.

Keywords: PTSD, emotional development, early childhood education, war conflict Ukraine, inclusive education.

1. INTRODUCCIÓN

El 24 de febrero de 2022 comenzó un conflicto bélico entre Rusia y Ucrania. Actualmente, transcurrido más de un año desde su comienzo, el Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR, 2023) informa de que 5,3 millones de personas se han visto obligadas a desplazarse en busca de un lugar más seguro, de los cuales, en el momento de la realización de esta investigación, 170.000 se encuentran refugiados en España, siendo aproximadamente 29.189 menores de diez años. Más concretamente, en la Comunidad Valenciana se han registrado alrededor de 45.159 casos de personas desplazadas, no disponiendo de datos sobre las edades de las mismas.

“Los bombardeos, la inseguridad y el miedo persisten en un país devastado, con familias separadas, sin hogar ni trabajo, y en muchas ocasiones habiendo perdido a sus seres queridos. Una situación que convierte a esta población en tremendamente vulnerable” (ACNUR, 2023).

Además, las condiciones socioeconómicas y las tendencias de la sociedad cada vez más multipolar y radicalizada en muchos aspectos pueden aumentar las probabilidades de que en un futuro se repitan conflictos como el sucedido entre Rusia y Ucrania. Por ello resulta fundamental conocer cómo este tipo de conflictos afecta a los menores en su desarrollo conductual y emocional, así como el potencial impacto en su educación, para saber, así como abordar la problemática asociada en el caso de que sucedan otros escenarios similares en el futuro.

Para ello la pregunta a la que se pretende responder es ¿cómo ha afectado al desarrollo de los alumnos de Educación Infantil el hecho de tener que cambiar sus condiciones de vida con motivo de un conflicto bélico?

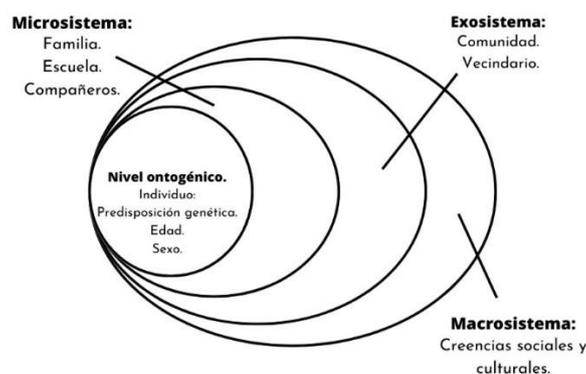
Las emociones están presentes en la vida de las personas desde que nacen, y son la base de la construcción de la personalidad, y un pilar fundamental en la interacción social. Por este motivo se hace necesario tratar las emociones en la escuela, para así poder conocerlas, desarrollarlas y educarlas.

Y es que como dijo López Cassà: “Educar significa contemplar el desarrollo integral de las personas, desarrollar las capacidades tanto cognitivas, físicas, lingüísticas, morales, como afectivas y emocionales. Así pues, las emociones también deben ser educadas y la escuela forma parte de ello” (López Cassà, 2005, p. 155).

Las emociones intervienen por tanto en todos los procesos evolutivos, es decir, en el desarrollo de la comunicación, en el conocimiento social, en el procesamiento de la información, en el apego y en el desarrollo moral entre otros. Así, el término emoción se define como: “Un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a una respuesta organizada. Las emociones se generan habitualmente como respuesta a un acontecimiento externo o interno” (Bisquerra, 2000, p. 61).

Por otra parte, siguiendo el modelo ecológico clásico del desarrollo infantil de Bronferbrenner (1979), la escuela resulta un factor clave en el desarrollo de los menores, al formar esta parte del microsistema que envuelve al niño, llegando a tener tanta importancia como la familia, y dando un lugar también a la relación entre compañeros.

Fig. 1. El modelo ecológico clásico del desarrollo infantil de Bronferbrenner



Este marco socio ecológico describe el desarrollo humano como el resultado de interacciones recíprocas entre los individuos y su entorno, los cuales varían en función de la persona, el contexto, la cultura y el tiempo. (Bronferbrenner y Morris, 2006).

Y es que, en situaciones de crisis humanitarias, la importancia de la Educación Infantil aumenta notablemente. Esto se debe a que los niños son uno de los grupos de población más vulnerables en este tipo de situaciones, por ello se debe velar por su seguridad y sus derechos. Según ACNUR (2023), más de la mitad de los refugiados que hay actualmente en el mundo son menores de edad, lo cual obliga a que los organismos de atención redoblen sus esfuerzos para protegerlos de los conflictos y las guerras. Una de las herramientas para lograrlo es la educación.

2. MARCO TEÓRICO

A la hora de establecer los factores que determinan los aspectos emocionales del alumnado en educación infantil, el primer elemento a resaltar es la familia (Porterfield et al., 2010; Betancourt, 2011). En este sentido, se constata que existe una importancia esencial entre el vínculo madre-hijo para facilitar la adaptación de este a situaciones educativas cambiantes, ya que, por ejemplo, aspectos como los niveles de estrés de la madre se encuentran íntimamente ligados a los niveles de estrés del menor (Chandra et ál., 2010; Masten y Narayan, 2012). Se le concede especial importancia, por tanto, a la salud mental de los progenitores al comprobar su influencia notoria tanto en la adaptación como en la resiliencia del niño/a, pudiendo llegar a afectar gravemente a la salud psicológica del menor (Barenbaum et ál., 2004; Werner, 2012). El término resiliencia se define como el logro de resultados sociales deseables y el ajuste emocional, a pesar de la exposición a un riesgo considerable, (Luthar, 1993; Rutter, 1985). Es por este motivo que la capacidad de adaptación de los padres resulta un factor central en las experiencias de sus hijos/as, produciendo el estrés y la depresión de estos mismos, un impacto negativo en el ajuste psicosocial y el logro académico de los menores. Estos autores comprobaron también la importancia del apoyo social y de la escuela, debido a que resulta un factor clave para disminuir los niveles de estrés, ansiedad, y el Trastorno de estrés postraumático (en adelante nombrado como TEPT), ayudando también a la adaptación psicosocial de los menores.

En general, se puede afirmar que los efectos psicológicos de la violencia dependen más de la disponibilidad de las figuras de apego y su apoyo, que del grado de violencia presenciada. Así, las buenas relaciones familiares, la expresión emocional, las relaciones entre iguales y el comportamiento prosocial, se pueden relacionar con la ausencia de síntomas de TEPT resultando igualmente importante los sistemas de apoyo social y las relaciones con los cuidadores en los resultados de resiliencia de estos jóvenes. (Hodes et ál., 2008).

En los niños más pequeños se observan también síntomas agudos de angustia por separación. Teniendo en cuenta la importancia del apego de la familia comentado, se observa que la separación puede llegar a resultar más estresante que los propios bombardeos. La separación de la figura del padre ocasiona problemas en el desarrollo educativo, dificultades en el aprendizaje de los niños y niñas, y síntomas psicósomáticos y psiquiátricos (Piñeros-Ortiz, et ál., 2021; Porterfield et ál., 2010; Werner, 2012).

En relación al desplazamiento forzado, se observa un riesgo de desarrollar TEPT, sentimientos de angustia, y ansiedad, debido a que los niños desarrollan conexiones íntimas con sus entornos, incluyendo no sólo el apego a las personas, sino también el apego a los lugares. A pesar de que la mayoría de los niños son capaces de adaptarse con éxito a la evacuación (en gran medida dependiendo de si la evacuación ha sido voluntaria o compulsiva) se ha observado que los niños más mayores mostraban más síntomas de ansiedad y depresión, a diferencia de los más pequeños, en los que se podía observar una mayor ansiedad por separación (Ajdukovic y Ajdukovic, 1998; Attanayake et ál., 2009; Barenbaum et ál., 2004).

Numerosos estudios muestran que los niños y niñas que se han visto envueltos en situaciones de violencia, destrucción y desplazamiento forzado, unido a la separación de sus progenitores, como son los conflictos bélicos, desarrollan mayores niveles de ansiedad y depresión, dándose habitualmente la aparición del TEPT y la aparición de emociones como el desagrado, la vergüenza, la ansiedad, o la depresión (Allwood et ál., 2002; Attanayake et ál., 2009; Barenbaum et ál., 2004; Betancourt y Khan, 2008; Chase et ál., 1999; Cohen et ál., 2001; Kuterovac-Jagodic, 2003; López, 2022; Porterfield et ál., 2010; Sadeh et ál., 2008; Strauss et ál., 2011). Igualmente, suelen aparecer Trastornos de adaptación, los cuales son fácilmente observables en el ámbito escolar. Resulta, por tanto, de vital importancia contar con el apoyo tanto familiar, como social y de la escuela, debido a que el apego y las relaciones afectivas estables son claves para la adaptación y la resiliencia de los menores.

De acuerdo a los estudios mencionados, los síntomas más comunes en los niños y niñas que se han visto envueltos en situaciones bélicas son los siguientes:

- Problemas conductuales, entre los que aparecen el temperamento difícil, la agresividad, la violencia y la hostilidad, siendo este síntoma el más repetido en diversos estudios.
- El dolor, el malestar a nivel fisiológico, y las quejas y reacciones somáticas.
- Otro de los síntomas más comunes, es el relacionado con la hiperactivación, cuyo síntoma más frecuente es el problema de sueño y el insomnio, así como la irritabilidad, los problemas de concentración, la hipervigilancia, y el aumento de la respuesta de sobresalto.
- Muy ligado a los problemas de insomnio, podemos encontrar también los recuerdos traumáticos en forma de imágenes o pesadillas.
- Por otra parte, también son numerosos los síntomas relacionados con miedos específicos, o incluso la reaparición de la enuresis debido a los altos niveles de ansiedad.

Los síntomas nombrados anteriormente se definen como los más comunes, pero existen otros muchos posibles síntomas. Dependiendo de cada caso, podemos observar síntomas de ansiedad por separación, retraimiento emocional, nerviosismo, tristeza, llanto excesivo, reacciones intensas al ruido, cambios de personalidad, inseguridad, problemas en el habla, dificultad de interacción, y síntomas de evitación. Estos síntomas pueden tener como consecuencia problemas digestivos, enfermedades cardiovasculares, enfermedades metabólicas, trastorno del sueño y, por supuesto, trastorno del aprendizaje (López, 2022).

Todos los síntomas nombrados pueden ser observados tanto en el hogar como en la escuela, por este motivo resulta relevante la figura del docente, ya que las maestras son, junto

con la familia, las personas que más tiempo pasan con los niños, lo que les permite poder observar diversas actitudes o situaciones en el aula y en la interacción con sus iguales. En definitiva, “los docentes, psicólogos escolares y orientadores son recursos esenciales para la adaptación de los niños refugiados a la escuela, y la identificación de dificultades emocionales o de aprendizaje.” (O’shea et ál., 2000).

En este sentido, algunos autores (Barenbaum et ál., 2004; Martínez et ál., 2016; Porterfield et ál., 2010; Strauss et ál., 2011) defienden que los niños y niñas cercanos a situaciones bélicas muestran cambios en su rendimiento académico, así como dificultades tanto en la expresión verbal como emocional, además de interferir en su desarrollo cognitivo, emocional, moral, social y fisiológico, afectando así a su personalidad, y, por tanto, a sus relaciones interpersonales. No obstante, sostienen que la inmadurez cognitiva de los bebés funciona como herramienta amortiguadora. Al mismo tiempo, sugieren que, en niños y niñas más mayores, el hecho de contar con una mayor comprensión cognitiva les permite mantenerse más protegidos frente a las posibles consecuencias, a diferencia de los niños más pequeños, los cuales aparecen como más vulnerables debido a su capacidad cognitiva poco desarrollada.

En este último aspecto aparece controversia ya que en otros estudios (Werner, 2012) se considera que los niños y niñas mayores tienen mayor riesgo de trauma, al ser conscientes de toda la situación bélica, observándose también que los niños pequeños indicaron realizaban un uso más frecuente y eficiente de estrategias de distracción, mientras que los niños y niñas más mayores utilizaban estrategias agresivas (Kuterovac-Jagodic, 2003).

Igualmente, en la duración de los síntomas no hay un acuerdo común. Autores como Ajdukovic y Ajdukovic (1998), Barenbaum et ál. (2004) y Porterfield et ál. (2010) defienden que existe una enorme capacidad de recuperación en los niños/as pequeños, de manera que los síntomas disminuyen con el tiempo. En contraposición, Agazio et ál. (2014) y Dybdahl (2001) consideran que los síntomas persisten en el tiempo, con consecuencias a largo alcance. Finalmente, Kuterovac-Jagodic (2003) y Sack et ál. (1999) declaran que estos varían sustancialmente en el tiempo dependiendo de los individuos.

3. METODOLOGÍA

Para verificar y contextualizar las diferentes afirmaciones expresadas en la literatura se ha realizado un estudio cualitativo de nueve casos de estudiantes de educación infantil de la Comunidad Valenciana. Para ello se contactó con las madres de dichos estudiantes y se les pasaron dos cuestionarios diferentes:

El primer cuestionario es el relacionado con las experiencias a las que los menores pueden haber estado expuestos. Este cuestionario está inspirado en el conocido War-Related Experiences Scale (WRES) de Sadeh et ál., (2008), en el que se añadieron algunos ítems de Strauss et ál., (2011) que se consideraron importantes tratar, obteniendo un total de 14 ítems. En este cuestionario, por tanto, se les preguntó a los progenitores (en este caso las madres) sobre determinadas experiencias a las que los niños y niñas habían podido estar expuestos, y de ser así, en qué grado se dieron. De manera que se trata de una escala Likert de tres puntos según el grado de exposición, siendo el 1 (sin exposición); el 2 (expo-

sición mínima); y el 3 (exposición intensa).

En relación al segundo cuestionario, se pretende conocer las posibles reacciones de estrés, ansiedad o TEPT, de manera que está inspirado en La Escala de eventos traumáticos para niños y adolescentes de entre 0-18 años de Michael Scheeringa, (2010) y la escala conocida como la Stress Reaction Checklist (SRCL) de Sadeh et ál., (2008), cuestionario en el que se realizaron diversas modificaciones añadiendo ítems importantes para la presente investigación, consiguiendo un total de 29 ítems. Esta, de nuevo, es una escala de tres puntos (1= nunca; 2 = a veces; 3 = muchas veces), y lo más importante, se pregunta si la conducta existía o no antes del evento traumático. Con el fin de comprobar la fiabilidad de la escala, esta fue igualmente completada de forma aleatoria por los progenitores de siete niños y niñas, los cuales no habían estado expuestos a ninguna situación traumática.

Para la obtención de los resultados las 9 madres fueron contactadas a través de una ONG especializada en la atención a refugiados. Todas ellas fueron informadas del objetivo de la investigación y se les proporcionaron los cuestionarios debidamente traducidos al ruso y al ucraniano, ofreciéndose ayuda para su cumplimentación cuando fue necesario.

Por último, las maestras del alumnado cumplimentaron el mismo cuestionario con sus observaciones en el aula para comprobar las diferencias entre los comportamientos en el hogar y en la escuela.

4. RESULTADOS

War-Related Experiences Scale (WRES) cuestionario cuya escala se modificó y amplió para la ocasión, como se indicó en el punto 3. Los resultados del cuestionario mencionado se muestran en la tabla 1. Se observa la frecuencia de cada uno de los ítems, con el objetivo de conocer las experiencias a las que los menores se han visto expuestos, así como su intensidad.

Las experiencias más frecuentes han sido las relacionadas con oír sirenas de alarma y explosiones, donde ocho madres afirman que sus hijos se han visto expuestos a ellas. De estas ocho madres, cuatro informan de una exposición mínima en lo que respecta al sonido de las sirenas, mientras que cuatro de ellas comentan haber sufrido una exposición intensa. Por otra parte, con la misma frecuencia encontramos el ítem relacionado con los sonidos propios de las explosiones, cuatro madres afirman que sus hijos se han visto expuestos a esta situación de forma mínima, a diferencia de cuatro madres, las cuales informan que sus hijos se han visto expuestos de forma intensa.

En relación al tercer ítem más frecuente, este es el basado en la permanencia en refugios antiaéreos, donde cinco madres han contestado de forma positiva, siendo tres casos de exposición mínima, y otros dos casos de exposición intensa.

En general observamos por tanto una exposición relativamente baja en los casos analizados, con muchos ítems sin exposición. Los desplazamientos en las etapas iniciales del conflicto permiten evitar la exposición a este tipo de experiencias. Los datos reflejan este hecho ya que en la mayoría ellos la salida del país se produjo en estas primeras etapas.

Escala de eventos traumáticos combinada con la Stress Reaction Checklist (SRCL). Re-

spuestas de las madres. Resulta importante destacar que ha sido clave el ítem relacionado con si estos síntomas se daban o no antes del evento traumático, ya que de esta forma se han obtenido los casos concretos en los que los síntomas y reacciones han surgido a raíz de este, no existiendo previamente. (Tabla 2).

Como puede observarse en la tabla, en esta se definen los síntomas más frecuentes de estrés, ansiedad o TEPT. De esta forma, mediante un análisis de los resultados, se han podido obtener los casos donde los síntomas surgen a raíz del evento traumático.

Con mayor frecuencia encontramos la aparición del miedo y la ansiedad por separación, con un total de seis casos, siendo cuatro de ellos ocasionales y dos habituales.

En segundo lugar, en un total de cinco casos han sido notorios los cambios de personalidad, cambios que se muestran en tres casos de manera ocasional, y en dos casos de manera habitual.

Con un total de cuatro casos, se ha dado la aparición de síntomas de ansiedad y temores o miedos específicos en los menores. Síntomas que en estos cuatro casos se manifiestan de forma ocasional. Se han podido observar también conductas referidas al aislamiento y el retraimiento emocional, más concretamente estos cuatro casos manifiestan los síntomas de forma ocasional. Con esta misma frecuencia se notifican dificultades en la interacción con otros, manifestándose estas de forma ocasional.

Finalmente, con menor frecuencia se han encontrado los siguientes síntomas o reacciones: pesadillas, alteraciones psicofisiológicas, temor al ruido, llanto excesivo, emociones negativas, problemas de conducta, insomnio, preocupación acerca de la muerte, dolores o síntomas somáticos, síntomas de evitación, conductas de hipervigilancia, pasividad y desinterés hacia el juego, representación del evento traumático, agitación y nerviosismo, sueño excesivo, nuevo hábito o excesivo de chuparse el dedo, distanciamiento con la familia, problemas de concentración o memoria, trastornos alimenticios, dificultades en la expresión verbal o emocional, episodios donde parece quedarse congelado y desinterés hacia las cosas que le gustaba hacer.

El cuestionario se pasó también al personal docente para ver las diferencias con el hogar (Tabla 3).

Uno de los comportamientos más frecuentes en el ambiente escolar ha sido el referido al incumplimiento de las reglas del aula, donde en siete casos diferentes las maestras han expresado que los menores en ocasiones no siguen las reglas pautadas.

En segundo lugar, con un total de seis casos se han percibido síntomas de miedo y ansiedad por separación, donde tres de ellos ocurren de forma ocasional, y en otros tres casos se dan estos síntomas de forma habitual en los menores.

Con esta misma frecuencia surgen también las reacciones de miedo o ansiedad al cambio, reacciones que en los seis casos se dan ocasionalmente. Las maestras expresan haber observado en cinco casos diferentes síntomas de ansiedad y temores o miedos específicos, ocurriendo estos en tres casos de forma ocasional, y en dos casos de forma habitual. Con esta misma frecuencia se ha informado también de un llanto excesivo en los menores, siendo cuatro de ellos ocasionales, y en uno de los casos habitual. Se han dado síntomas

de nerviosismo y agitación, siendo tres de ellos eventuales, y dos usuales.

Igualmente se observa el aislamiento y el retraimiento emocional, en cuatro casos acontecido de forma esporádica, y únicamente en un caso dado de forma regular.

Los problemas de concentración o memoria, se han observado en cuatro casos de forma ocasional, y únicamente en un caso observado de forma habitual. Las maestras han expresado haber percibido dificultades en el rendimiento escolar de los alumnos, definiendo cuatro de ellos como eventuales, y uno de ellos habitual. También se han podido observar dificultades en la interacción con otros, ya que en cuatro de los casos las maestras exponen haber identificado estas dificultades eventualmente, a diferencia de un caso donde estas surgen de forma habitual en el aula.

En lo que respecta a las dificultades en la expresión verbal y emocional de los alumnos, estas se observan en tres casos de forma ocasional, y en dos casos de forma habitual.

Manteniendo la misma frecuencia se encuentra también el ítem relacionado con buscar a sus padres y nombrarlos, donde en tres casos ocurre de forma eventual, y en dos casos estas acciones se realizan habitualmente. Por último, las maestras informan haber percibido que, en cinco casos, en ocasiones, los menores no muestran disfrute en la escuela. Las maestras expresan haber contemplado en cuatro casos síntomas de pasividad y desinterés hacia el juego en los menores, ocurriendo en tres de los casos de forma ocasional, y en un caso de forma habitual. También se ha dado la representación del evento traumático en sus juegos con muñecas o juguetes, ocurriendo estos en dos casos de forma eventual, y en otros dos casos asiduamente.

Finalmente, en menor frecuencia se han observado los siguientes síntomas en la escuela: temor al ruido o intensas reacciones ante él, emociones negativas como vergüenza o inseguridad, preocupación obsesiva, negación a compartir, problemas del habla como tartamudeo o mutismo, conductas de hipervigilancia, problemas de conducta y la reaparición de enuresis o encopresis.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los estudiantes de educación infantil refugiados del conflicto bélico ruso-ucraniano muestran síntomas claros de TSPT que pueden relacionarse con la experiencia vivida. De los 9 casos analizados, el caso más notorio perteneciente a una niña de 3 años, muestra un total de 32 síntomas (18 en el hogar y 14 en la escuela).

Los otros casos oscilan entre un total de 22 síntomas (niño de 5 años, 6 de estos observados en el hogar, y 16 observados en el ambiente escolar y niña de 2 años que muestra 22 síntomas, 4 en el hogar, y 18 en la escuela) 20 síntomas (16 en el hogar y 4 en la escuela niño de 5 años, 19 síntomas, 18 síntomas, 16 síntomas, y dos casos de menor gravedad con 3 y 0 síntomas.

Los niños/as no expuestos a situaciones traumáticas obtienen una puntuación máxima de 6 síntomas entre el hogar y la escuela.

Estos síntomas van asociados a actitudes y comportamientos escolares que requieren

de especial atención, como vergüenza o inseguridad, preocupación obsesiva, encopresis, etc. Estos comportamientos pueden afectar al rendimiento escolar y deben ser tenidos en cuenta por el equipo docente a la hora de realizar una atención educativa adecuada a las circunstancias.

El estudio tiene unas limitaciones obvias debidas a la muestra reducida con la que se ha trabajado. Pese a ello, la consistencia de las observaciones cualitativas, así como la coincidencia con los resultados obtenidos en los estudios similares realizados en otros conflictos bélicos (citados a lo largo del estudio), se puede asumir cierta validez de los resultados y valorar positivamente su utilidad a la hora de establecer acciones educativas por parte de los docentes que se enfrenten a situaciones similares.

El estudio también presenta limitaciones que pueden ser una puerta a futuras investigaciones. Así, se podría valorar la verdadera importancia del lenguaje en el proceso de adaptación al sistema educativo de acogida comparando con otros colectivos migrantes no refugiados. Igualmente, una ampliación de la muestra y el uso de otros instrumentos de análisis (entrevistas semi-estructuradas a familiares y docentes y observaciones sistemáticas al alumnado en el aula) permitirían establecer más elementos que describan con más detalle la situación y el verdadero reto al que se enfrentan los docentes a la hora de realizar una adecuada inclusión educativa de alumnado proveniente de conflictos bélicos.

REFERENCIAS

- ACNUR. (24 febrero de 2023). Guerra en Ucrania: un año viviendo bajo las bombas. <https://eacnur.org/es/actualidad/noticias/emergencias/guerra-en-ucrania-un-ano-viviendo-bajo-las-bombas>.
- Ajdukovic, M. y Ajdukovic, D. (1998). Impact of displacement on psychological well-being of refugee children. *International Review of Psychiatry*, 10, 186–195.
- Allwood, M.A., Bell-Dolan, D., y Husain, S.A. (2002). Children's trauma and adjustment reactions to violent and nonviolent war experiences. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 450–457.
- Attanayake, V., McKay, R., Jeffres, M., Singh, S., Burkle, F., Jr., y Mills, E. (2009). Prevalence of mental disorders among children exposed to war: A systematic review of 7,920 children. *Medicine, Conflict and Survival*, 25, 4–19.
- Barenbaum, J., Ruchkin, V., y Schwab-Stone, M. C. (2004). The psychosocial aspects of children exposed to war: Practice and policy initiatives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 41–62.
- Betancourt, T. S. (2011). Attending to the mental health of war-affected children: The need for longitudinal and developmental perspectives. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50, 323– 325.
- Betancourt, T. S., y Khan, K. T. (2008). The mental health of children affected by armed conflict: Protective processes and pathways to resilience. *International Review of Psychiatry*, 20, 317–328.

-
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of Human Development*. Cambridge, Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U., y Morris, P. A. (2007). The bioecological model of human development. *Handbook of child psychology*, 1.
- Chandra, A., Lara-Cinisomo, S., Jaycox, L., Tanielian, T., Burns, R. M., Ruder, T., et ál. (2010). Children on the homefront: The experience of children from military families. *Pediatrics*, 125, 16–25.
- Chase, R., Doney, A., Sivayogan, S., Ariyaratne, V., Satkunanayagam, P., y Swaminathan, A. (1999). Mental health initiatives as peace initiatives in SriLankan schoolchildren affected by armed conflict. *Medicine, Conflict, and Survival*, 15, 379–390.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., y Rogal, S. (2001). Treatment practices for childhood post-traumatic stress disorder. *Child Abuse and Neglect*, 25, 123–135.
- Dybdahl, R. (2001a). A psychosocial support programme for children and mothers in war. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 6, 425–436.
- Hodes, M., Jagdev, D., Chandra, N., y Cunniff, A. (2008). Risk and resilience for psychological distress amongst unaccompanied asylum seeking adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(7), 723–732. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2008.01912.x
- Kuterovac-Jagodic, G. (2003). Posttraumatic stress symptoms in Croatian children exposed to war. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 9–25.
- López Cassà, È. (2005). La educación emocional en la educación infantil. *Revista interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 19(3), 153-167.
- López, N. (2022). Consecuencias del conflicto bélico en el cerebro infantil. PSYCOLab. <https://www.psycolab.com/consecuencias-del-conflicto-belico-en-el-cerebro-infantil/>.
- Luthar, S. S. (1993). Annotation: Methodological and conceptual issues in research on childhood resilience. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 34(4), 441.
- Martínez, M.D., Ucros, M., y Vanegas, B.X. (2016). Impacto de experiencias traumáticas sobre el desarrollo cognitivo, emocional y familiar en niños y adolescentes víctimas de violencia. *Revista Tesis Psicológica*, 11(1), 206-215.
- Masten, A. S., y Narayan, A. J. (2012). Child development in the context of disaster, war, and terrorism: Pathways of risk and resilience. *Annual Review of Psychology*, 63, 1–31.
- Piñeros-Ortiz, S., Moreno-Chaparro, J., Garzón-Orjuela, N., Urrego-Mendoza, Z., Samacá-Samacá, D., y Eslava-Schmalbach, J. (2021). Consecuencias de los conflictos armados en la salud mental de niños y adolescentes: revisión de revisiones de la literatura. *Bio-médica*, 41(3), 424-448.
- Porterfield, K., Akinsulure-Smith, A. M., Benson, M. A., Betancourt, T., Heidi Ellis, B., Kia-Keating, M., y Miller, K. (2010). Resilience & recovery after war: Refugee children and families in the United States.

-
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 147, 598–611. <https://doi.org/10.1192/bjp.147.6.598>.
- Sack, W. H., Him, C., y Dickson, D. (1999). Twelve-year follow-up study of Khmer youths who suffered massive war trauma as children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 1173–1179.
- Sadeh, A., Hel-Gal, S., y Tikotzky, L. (2008). Reacciones de los niños al estrés relacionado con la guerra: encuesta y valoración de una intervención innovadora. *Pediatrics*, 65(1), 11-18.
- Strauss, K., Dapp, U., Anders, J., von Rentel-Kruse, W., y Schmidt, S., (2011). Range and specificity of war-related trauma to posttraumatic stress, depression and general health perception: Displaced former World War II children in later life. *Journal of Affective Disorders*, 128, 267–276.
- Werner, E. E. (2012). Children and war: Risk, resilience, and recovery. *Development and psychopathology*, 24(2), 553-558.

ANEXO

Tabla 1. Frecuencia de experiencias traumáticas

Experiencias	1 (Sin exposición)	2 (Exposición mínima)	3 (Exposición intensa)
1. Vivir en refugios antiaéreos.	3	3	2
2. Oír sirenas de alarma.	1	4	4
3. Oír explosiones.	1	4	4
4. Ver personas heridas.	5		
5. Ver daños en el entorno (casas destruidas).	4	1	1
6. Daños del hogar familiar.	5		
7. Saber que ha habido un víctima en la familia.	5		
8. Falta de comida o agua.	5		
9. Falta de refugio.	4	1	
10. Mala salud sin atención médica.	4	1	
11. Estar cerca de la muerte.	4	1	
12. Aislamiento forzado de los demás.	4	2	1
13. Lesiones graves.	5		
14. Muerte de extraños.	5		1

Nota. Esta tabla muestra la frecuencia con la que se dan las experiencias traumáticas en los menores provenientes de la guerra de Ucrania. Los valores perdidos corresponden a respuestas en blanco por parte de las personas entrevistadas.

Tabla 2. Frecuencia de síntomas de estrés y TEPT observados en el hogar

Reacciones	2 (A veces)	3 (Muchas veces)
1. Desde el evento traumático, ¿muestra temor al ruido o intensas reacciones ante él?	Nico Marc	
2. Desde el evento traumático, ¿muestra más miedo y ansiedad a la separación?	Dani Mar Marc Vas	Ana Nico
3. Desde el evento traumático, ¿muestra pasividad y desinterés hacia el juego?	Ana	
4. Desde el evento traumático, ¿siente ansiedad y temores/miedos específicos?	Dani Ana Mar Nico	
5. Desde el evento traumático, ¿han aumentado las pesadillas y despierta con ansiedad?	Ana Marc	Nico
6. Desde el evento traumático, ¿observa un aumento de llanto excesivo?	Ana Marc	
7. ¿El niño/niña muestra emociones negativas como tristeza, inseguridad, vergüenza, desconfianza...?	Dani Marc	
8. ¿Representa el niño el evento traumático en sus juegos con muñecas o juguetes? ¿O personifica ese evento solo o con otros niños?	Ana	
9. Desde el evento traumático, ¿se muestra más nervioso/a y agitado/a?	Marc	
10. Desde el evento traumático, ¿tiene problemas de conducta: Agresividad, irritabilidad, destrucción física de objetos?	Liam Marc	
11. Desde el evento traumático, ¿muestra temor o dificultad para dormirse, insomnio?	Ana Marc	
12. Desde el evento traumático, ¿el niño/a tiene sueño excesivo?	Marc	
13. Desde el evento traumático, ¿se muestra más aislado y retraído emocionalmente?	Dani Ana Liam Marc	
14. ¿A raíz del evento traumático se ha dado la reaparición de enuresis o encopresis?		

15. Desde el evento traumático, ¿habla o se preocupa acerca de la muerte?		Nico Marc
16. Desde el evento traumático, ¿sufre dolores o síntomas somáticos sin explicación?	Ana Marc	
17. Desde el evento traumático, ¿ha aparecido un nuevo hábito o excesivo de chuparse el dedo o utilizar el chupete?	Liam	
18. Desde el evento traumático, ¿ha observado un distanciamiento con la familia y amigos?		Ana
19. Desde el evento traumático, ¿muestra síntomas de evitación, como por ejemplo no querer hablar del tema o no querer ver las noticias de la TV?	Marc	Ana
20. Desde el evento traumático, ¿tiene constancia de que hayan surgido problemas de concentración o memoria?	Dani	
21. Desde el evento traumático, ¿observa conductas de hipervigilancia, como por ejemplo mira a su alrededor en busca de peligro?	Ana Mar	
22. Desde el evento traumático, ¿han aparecido alteraciones psicofisiológicas (problemas digestivos, enfermedades metabólicas, trastorno del sueño...)?	Ana Marc	Nico
23. Desde el evento traumático, ¿ha observado cambios de personalidad en su hija/o?	Ana Marc Vas	Liam Nico
24. Desde el evento traumático, ¿han aparecido trastornos alimenticios: anorexia, poco o excesivo apetito, cambios de peso...?	Ana	
25. Desde el evento traumático, ¿se han desarrollado problemas del habla: tartamudeo, mutismo...?		
26. Desde el evento traumático, ¿observa una dificultad en la interacción con otros?	Dani Mar Marc Ana	
27. Desde el evento traumático, ¿ha notado en su hija/o dificultades en la expresión verbal y emocional?	Ana	
28. Desde el trauma, ¿ha tenido episodios en que parece quedarse congelado? Usted puede haber tratado de despertarlo, pero no responde.		Nico
29. Desde el evento traumático, ¿ha perdido interés su niño/a en las cosas que le gustaba hacer?	Ana	
Notas: Esta tabla muestra aquellos casos en los que los síntomas han surgido a raíz de la guerra de Ucrania. Es importante destacar, que con el fin de respetar el anonimato de los menores, todos los nombres de la tabla han sido inventados.		

Tabla 3. Frecuencia de síntomas de estrés y TEPT observados en el ambiente escolar

Reacciones	1 = Nunca.	2 = A veces	3 = Muchas veces
1. ¿Muestra temor al ruido o intensas reacciones ante él?	6	3	
2. ¿Muestra miedo y ansiedad por separación?	3	3	3
3. ¿Muestra miedo o ansiedad al cambio? Por ejemplo cuando toca cambiar de aula o hay alguna excursión?	3	6	
4. ¿Muestra pasividad y desinterés hacia el juego?	5	3	1
5. ¿Siente ansiedad y temores/miedos específicos?	4	3	2
6. ¿El niño/a muestra un llanto excesivo?	4	4	1
7. ¿El niño/niña muestra emociones negativas como tristeza, inseguridad, vergüenza, desconfianza...?	6	2	1
8. ¿Muestra preocupación obsesiva?	6	1	2
9. ¿Representa el niño el evento traumático en sus juegos con muñecas o juguetes? ¿O personifica ese evento solo o con otros niños?	5	2	2
10. ¿Se muestra nervioso/a y/o agitado/a?	4	3	2
11. ¿Tiene problemas de conducta: Agresividad, irritabilidad, destrucción física de objetos...?	8		1
12. ¿El niño/a tiene sueño excesivo?	9		
13. ¿Se muestra aislado y retraído emocionalmente?	4	4	1
14. ¿Se ha dado la reaparición de enuresis o encopresis?	8		1
15. ¿Sufre dolores o síntomas somáticos sin explicación?	9		
16. ¿Nuevo hábito o excesivo de chuparse el dedo o utilizar el chupete?	9		
17. ¿Tiene el niño/a problemas de concentración o memoria?	4	4	1
18. ¿Observa conductas de hipervigilancia, como por ejemplo mira a su alrededor en busca de peligro?	8	1	
19. ¿Muestra dificultades en su rendimiento escolar?	4	4	1
20. ¿Observa problemas del habla: tartamudeo, mutismo...?	7	2	