



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Guía de recursos terapéuticos para niños y adolescentes

Alumno/a: **María José Carrillo Sánchez**

Tutor/a: Lourdes Espinosa Fernández

Dpto.: Departamento de Psicología

ÍNDICE

Resumen y palabras clave	3
1. INTRODUCCIÓN	4 – 6
2. EVALUACIÓN.....	7 – 12
2.1 Consideraciones generales sobre la población infanto-juvenil en función de la edad.....	7 – 8
2.2 Entrevistas.....	8 – 9
2.3 Escalas y cuestionarios.....	10 – 11
2.4 Observación y registros conductuales	11 – 12
3. INTERVENCIÓN	14 - 30
3.1 Juego.....	15 – 20
3.2 Lecturas, cuentos y libros.....	21 – 22
3.3 Teatro / arte dramático	22 – 26
3.4 Tecnologías de la información y comunicación	26 - 27
3.5 Otros recursos.....	27 – 29
3.5.1 Actividad física.....	27 – 28
3.5.2 Terapia asistida con animales.....	28 – 29
4. CONCLUSIONES	29 – 30
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30 – 40
6. ANEXOS	40 – 45

Resumen

Este trabajo de fin de grado recoge una muestra de recursos terapéuticos que pueden utilizarse en el trabajo terapéutico con niños y adolescentes. Se compone de tres grandes apartados, el primero, muestra la necesidad de recurrir a técnicas específicas para los menores, que son diferentes a las requeridas por los adultos; en el segundo se recogen aspectos generales a tener en cuenta en el proceso de evaluación con población infanto-juvenil indicándose algunos instrumentos utilizados con frecuencia, y en el tercero, se muestran diferentes recursos y técnicas para llevar a cabo la intervención.

Palabras clave: niños, adolescentes, evaluación, intervención, recursos.

Abstract

This final degree project collects a sample of therapeutic resources that can be used in therapeutic work with children and adolescents. It is made up of three main sections, the first one shows the need to resort to specific techniques for minors, which are different from those required by adults; In the second, general aspects are collected to take into account in the evaluation process with the child and adolescent population, indicating some instruments used frequently, and in the third, different resources and techniques are shown to carry out the intervention.

Keywords: children, teenagers, evaluation, intervention, resources.

1. INTRODUCCIÓN

El proceso de evaluación e intervención con niños o adolescentes muestra algunas diferencias con respecto al que se realiza con adultos, dadas las características únicas que presenta esta población, que están marcadas por el momento del desarrollo evolutivo. Un factor importante a considerar es que los niños no van por sí mismos a terapia, sino que son sus padres los que los llevan si piensan que su hijo tiene un problema, pero esto puede no ser así. Para saber si un comportamiento es patológico o no, no basta con conocer la frecuencia, intensidad y persistencia del mismo como en los adultos, sino que hay que tener en cuenta también el curso de desarrollo del niño para comprobar si existen desviaciones significativas con respecto a sus iguales. Una forma de detectarlo es mediante cuadros o escalas de desarrollo que evalúan aspectos como la motricidad (gruesa, fina y perceptiva), el lenguaje (articulatorio, expresivo y comprensivo), el área cognitiva (habilidades conceptuales y desarrollo conceptual), el área personal-social (interacción con los adultos, autoconcepto y expresión de sentimientos). Del mismo modo, la instrumentación utilizada debe ser acorde a este desarrollo, aunque no coincida con la edad cronológica y Fernández-Zúñiga y León (2014) plantean que, en lugar de dar un diagnóstico cerrado, es aconsejable utilizar hipótesis de trabajo, ya que el problema puede ir cambiando progresivamente con la maduración.

Durante el proceso de evaluación, el momento de la entrevista resulta altamente significativo, ya que a partir de esta se pueden obtener muchos datos útiles en el planteamiento de las hipótesis. El psicólogo debe mostrarse receptivo con lo que le transmitan los menores porque usualmente no suelen proporcionar información abiertamente, sobre todo si les afecta emocionalmente, y por ello debe prestar especial atención a los aspectos paraverbales como los silencios, la velocidad del habla y el mantenimiento o evitación de la mirada (Zwiers y Morrissette, 1999; McConaughy, 2005).

Otro factor a tener en cuenta es que los niños y adolescentes se ven altamente influenciados por el entorno que les rodea, así que se debe tener en consideración su conducta en diferentes contextos y con personas diversas, ya que esta puede cambiar sustancialmente. Es necesario conocer el punto de vista de diferentes fuentes de información como los padres, médicos, profesores o amigos, para tener una visión comprehensiva de la problemática (Hunsley y Mash, 2008) porque generalmente los

diferentes informantes no tienen la misma perspectiva de la dificultad del menor, tal y como muestran Achenbach, McConaughy y Howell (1987) en su metaanálisis.

Algún tiempo atrás surgió una polémica acerca de la credibilidad de la información aportada por los menores de 6 años, ya que se pensaba que no tenían suficiente capacidad para hablar de sus dificultades, pero se ha demostrado que los niños son fiables cuando informan sobre experiencias subjetivas actuales, de situaciones dolorosas y de problemas internalizantes en general, además de ser habilidosos para determinar el inicio, duración y variaciones en la intensidad de su dificultad. A partir de los 5 años los niños también pueden hablar de los síntomas fisiológicos que sienten. En cambio, los padres son más eficaces para detectar los problemas externalizantes relativos a la conducta (Fernández-Zúñiga y León, 2014). Pese a que los niños pueden mentir, hecho que se observa con más frecuencia entre los varones más pequeños, (Achenbach y Rescorla, 2001, McConaughy, 2005) se debe en mayor medida al efecto de deseabilidad social, para obtener algún beneficio o evitar un castigo, que al hecho de querer mentir deliberadamente (Fernández-Zúñiga y León, 2014). También niegan hechos o emociones especialmente dolorosas o incómodas (Hughes y Baker, 1990) y los más pequeños pueden inventar situaciones al no diferenciar lo que desean que pase de lo que ocurrió realmente (McConaughy, 2005).

En cuanto a la intervención, se debe realizar un programa individualizado utilizando técnicas ajustadas al desarrollo de los niños y que cubran sus necesidades. Por ejemplo, si su comportamiento durante las sesiones no es el adecuado, se puede recurrir a técnicas conductuales como el refuerzo y la extinción para lograr una conducta en el menor que no dificulte el trabajo psicológico.

Además, se tendrá en cuenta su contexto y se valorará la participación en la terapia de otras personas significativas como los padres o tutores legales haciendo uso de programas de entrenamiento a padres. También se podrá requerir la colaboración de los profesores del menor si la problemática afecta al ámbito escolar y se considera que su participación puede resultar beneficiosa para el tratamiento. Es muy importante que este sea explicado y comprendido tanto por el niño como por el resto de personas que intervengan y se ajustarán sus expectativas sobre él con la finalidad de aumentar la motivación (Vernon, 2002).

Por otra parte, el terapeuta tiene que poner empeño en no tomar un papel aleccionador con los niños y sobre todo con los adolescentes, sino que mantendrá un rol de colaborador que ofrece recursos para ayudarles con sus problemas, evitando así un posible rechazo en la participación (Kendall, 2006). Otra forma de conseguir aumentarla es haciendo que las sesiones mantengan un orden en la programación para que el niño conozca cómo van a suceder las cosas y pueda anticiparse (Friedberg y McClure, 2005). Para ello se puede acordar con el menor al comienzo qué aspectos se abordarán ese día en función de las que se consideren más importantes.

En definitiva, dadas las características diferenciales entre los menores y los adultos, la forma de evaluar e intervenir cambia significativamente, por lo que existen herramientas, recursos y habilidades específicas para el trabajo psicológico con niños y adolescentes. El objetivo de esta guía es proporcionar una fuente en la que se pueden consultar diferentes recursos destinados a abordar las problemáticas de los menores facilitando que los profesionales de la psicología puedan acceder a ellos.

2. EVALUACIÓN

Para realizar una correcta evaluación de los más jóvenes, hay que tener en cuenta todas las áreas en las que estos se encuentran implicados abarcando desde la familia hasta el contexto escolar. Se puede recurrir a obtener información de diferentes informantes como los padres, profesores, compañeros y el propio menor, de modo que se llegue a una visión comprehensiva de la problemática (Piqueras y Carrasco, 2018).

Cuando los niños sean más pequeños o tengan dificultades en el uso del lenguaje verbal, se puede recurrir a la utilización de material que sirva de apoyo visual. Una forma hacerlo podría ser dedicando algunas sesiones para enseñarles acerca de las emociones y utilizar una serie de ilustraciones que las representen, para que los niños puedan escoger aquellas con la que se sientan más identificados. En esa línea se han realizado estudios como el de Celdrán y Ferrándiz (2012), en el que se analiza la eficacia de un programa que tiene como objetivo la mejora del reconocimiento de emociones mediante imágenes y situaciones contextuales en niños de entre 6 y 7 años.

Existen diversos cuestionarios, autoinformes y entrevistas estructuradas y semiestructuradas que pueden servir para recoger los datos ofrecidos por los implicados.

En esta guía se recogen algunos de ellos junto con una serie de recomendaciones generales a tener en cuenta sobre los niños y adolescentes en función de su edad.

2.1 Consideraciones generales sobre la población infanto-juvenil en función de la edad

Tal y como se ha introducido anteriormente, en el trabajo clínico con niños y adolescentes es muy importante tener en cuenta su desarrollo evolutivo. Esto es así porque al comparar los hitos normalmente alcanzados a diferentes edades, el terapeuta puede determinar si el desarrollo del menor es patológico o no, permitiendo realizar un análisis funcional de la conducta. Además, podrá tenerlo en cuenta para enfocar el tratamiento según la consecución o no, de estos hitos y servirle como guía para los aspectos a incluir en la intervención (Weisz y Hawley, 2002). Dichos hitos se pueden consultar en el *Anexo 1*, dónde se incluye una tabla extraída del manual “Desarrollo en la infancia” de Feldman et al. (2008, p.602-603).

A continuación, se recogen algunas consideraciones generales según las recomendaciones de Fernández-Zúñiga y León (2014) en las que se tienen en cuenta las principales características de los niños a diferentes edades.

- En los niños menores de 3 años se suele encontrar reticencia a separarse de los padres y cuando lo hacen estos presentan ansiedad y desconfianza, ya que pueden no estar acostumbrados a separarse de sus figuras de apego. Mediante la interacción con los niños puede que establezcan una relación con el evaluador permitiendo estar a solas con ellos, pero si esto no sucede se puede pedir a los padres que, aunque estén presentes intervengan lo menos posible.
- En cuanto a los niños de 3 a 6 años, es probable que ya sean capaces de entrar en la consulta sin los padres, excepto si se trata de menores temerosos o poco sociables. Se recomienda prestar atención a la comprensión y el nivel léxico para adaptarse al niño, utilizando un vocabulario simple con frases cortas, mucha entonación, gesticulación y velocidad adecuadas. Por otra parte, hay que tener en cuenta que la capacidad atencional en estas edades ronda entre 5 y 15 minutos, por lo que los juegos y tareas que se preparen deben de ser cortas.
- En niños de 6 a 11 años hay que empezar comentando la situación de evaluación porque suelen estar nerviosos al semejarla con un examen de la escuela. Se les debe explicar qué se va a realizar, tranquilizándoles al respecto. Se puede

comenzar hablando de los temas de interés del niño para no empezar directamente con el problema y evitar que se produzca rechazo por su parte. Suelen entender frases más complejas, aunque se puede utilizar material visual y gráfico para facilitar la comprensión y expresión. Se aconseja controlar los estímulos a los que tiene acceso el niño para evitar distracciones. En cuanto al refuerzo, suelen tener como recompensa preferida la realización de actividades de interés más que refuerzos primarios.

- En los niños a partir de los 12 años, es especialmente importante asegurar la confidencialidad. Al tener mayor conciencia del problema, pueden comentar sus dificultades y deseos de cambio y es conveniente preguntar al respecto. A veces ocurre que los adolescentes pueden intentar provocar al psicólogo con opiniones atrevidas, ante las que se debe evitar reaccionar para extinguir la conducta.

2.2 Entrevistas

Las primeras entrevistas son claves en el transcurso del resto de sesiones y en el establecimiento de una buena alianza terapéutica tanto con los menores como con los padres. Durante el proceso de evaluación según Piqueras y Carrasco (2018), hay que cumplir con tres objetivos fundamentales: la identificación del problema, su formulación y realizar una valoración del tratamiento.

Para cumplir el primer objetivo, de identificación del problema, se tiene que concretar y delimitar cuál es la demanda, recoger información sobre las características (intensidad, frecuencia, duración, número y configuración de los síntomas) y circunstancias en las que se presenta valorando la posible existencia de síndromes y comorbilidades y las repercusiones que este tiene en su vida cotidiana.

En cuanto a la formulación del problema hay que analizar los factores que intervienen en su origen y mantenimiento para comprenderlo mejor y poder establecer hipótesis explicativas. Para ello, se establecerán las relaciones entre las variables psicológicas y el contexto de los menores obteniendo datos sobre la historia del trastorno, aspectos personales como, por ejemplo, la maduración, personalidad, intereses o dificultades médicas del niño, sobre su contexto escolar y familiar, factores protectores y de vulnerabilidad y acontecimientos vitales.

Por último, para la valoración del tratamiento, hay que evaluar durante el proceso de intervención (monitorización) y al finalizarla para poder analizar los efectos que está

teniendo. Para ello se medirán la eficacia (cumplimiento de los objetivos), la efectividad (bienestar y salud mental) y la eficiencia (relación entre los costes y los beneficios) observando la motivación y expectativas del tratamiento o su resistencia ante este, la existencia de una alianza terapéutica, la evolución de la sintomatología y su influencia en diferentes contextos, el nivel de bienestar y satisfacción y la realización de un seguimiento para evitar posibles recaídas.

Para recoger toda esta información se realizarán entrevistas tanto a los niños como a los padres, ya que estos últimos, podrán informar de los síntomas externos de sus hijos, como problemas de conducta, pero no sobre características internas como el pensamiento. También se puede valorar la participación de los profesores, que pueden aportar datos acerca de la conducta de los niños en el contexto educativo y de su rendimiento escolar.

Hay diferentes tipos de entrevistas clínicas: abiertas, semiestructuradas y estructuradas. En el caso de la primera, el profesional no tiene unas directrices específicas sobre cómo debe realizarla. Sin embargo, en los otros casos requieren hacerla de forma más estricta siguiendo los criterios establecidos por los sistemas de clasificación diagnóstica como el DSM-V o la CIE-11. (Piqueras y Carrasco, 2018).

A continuación, se presentan algunos ejemplos de entrevistas estructuradas y semiestructuradas que se pueden utilizar:

- *ADIS-5-C/P: «Entrevista diagnóstica de trastornos de ansiedad para niños y adolescentes» (Anxiety Disorders Interview Schedule for Children)* (Albano et al., 2018). Para niños entre 6 y 17 años y también cuenta con una versión para padres. Permite el diagnóstico de los trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, abuso de sustancias y algunos somatoformes incluidos en el DSM-V.
- *K-SADS-PL: «Entrevista para los trastornos afectivos y la esquizofrenia en niños de edad escolar» (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children)* (Kaufman et al., 1997). Para niños y adolescentes entre 6 y 17 años, en la que se siguen los criterios diagnósticos del DSM-IV para evaluar síntomas presentes y pasados. También cuenta con una versión para padres. Se incluyen trastornos afectivos, psicóticos y conductuales.
- *MINI-KID: (Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents)* (Sheehan et al., 2010). Para niños entre 6 y 17 años siguiendo el diagnóstico de trastornos mentales según los criterios del DSM-IV y la CIE 10.

2.3. Escalas y cuestionarios

Los cuestionarios son parte de la evaluación, pero no establecen un diagnóstico por sí mismos, sino que se pueden utilizar junto con otros instrumentos para precisar algún aspecto observado durante la entrevista. Son medidas objetivas de las que se puede obtener información de la conducta, el ambiente y el comportamiento social y emocional aportada tanto por el niño como por los padres o profesores. (Fernández-Zúñiga y León, 2014). También son útiles para comprobar la evolución de los menores durante la intervención comparando los resultados obtenidos con la misma prueba en distintos momentos temporales.

Como desventaja, hay que tener en cuenta que si el niño es menor de 7 años o tiene problemas con la lectura puede no ser capaz de cumplimentarlo. En estos casos se puede utilizar apoyo pictórico para que pueda contestar o leer el contenido en voz alta y ayudarle en la comprensión.

Hay una amplia variedad de cuestionarios, por lo que aquí solo se expondrán algunos ejemplos de escalas que miden sintomatología general y específica (ansiedad, depresión, ira y adaptación) e inteligencia:

- *BASC. Behavior Assessment System for Children* (Reynolds y Kamphaus, 2004). Para niños de 3 a 17 años, padres y profesores. Evalúa dimensiones adaptativas mediante dos escalas (habilidades sociales y adaptabilidad) y dimensiones desadaptativas con ocho escalas (agresividad, problemas de atención, hiperactividad, atipicidad, ansiedad, retraimiento y somatización). Para ello utiliza cuestionarios, la historia del desarrollo y la observación.
- *SENA. Sistema de Evaluación para Niños y Adolescentes*. (Fernández, Santamaría, Sánchez, 2015). Para niños de 3 a 18 años, padres y profesores. Evalúa problemas emocionales y de conducta, además de señalar las vulnerabilidades y los recursos psicológicos del menor.
- *ASEBA. Sistema de Evaluación de Achenbach* (Achenbach y Rescorla, 2001, 2007). Para niños de 2 a 16 años, padres y profesores. Incluye diferentes instrumentos para evaluar comportamientos adaptativos y desadaptativos interiorizados (personalidad, timidez y ansiedad/inhibición) y exteriorizados (conducta, cólera o desafío y agresión)

- *TAMAI. Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil* (Hernández-Guarín, 2009). A partir de 8 años. Evalúa la adaptación personal, social, escolar y familiar. Además, incluye en la evaluación las actitudes de los padres con respecto a la educación.
- *CDI. Cuestionario de Depresión Infantil* (Del Barrio y Carrasco, 2004). Para niños de 7 a 15 años. Evalúa la existencia de depresión y contiene dos escalas, la disforia y la autoestima.
- *STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982). Para adolescentes a partir de 11 años. Tiene una versión para niños de 9 a 11 años, el *STAIC. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo en niño* (Spielberger 1973). Evalúan el nivel de ansiedad rasgo y ansiedad estado.
- *STAXI-2. Inventario de Expresión Ira Estado-Rasgo* (Spielberger 1991). Para adolescentes a partir de 16 años. Tiene una versión para niños de 8 a 17 años, el *STAXI-NA. Inventario de Ira Estado-Rasgo para Niños y Adolescentes*. (Del Barrio, y Aluja, 2005). Evalúan la experiencia de la ira, su expresión y su control. También miden la ira tanto en rasgo como en estado.
- *WISC-V: Quinta edición de la Escala de Inteligencia para Niños de Wechsler* (Wechsler, 2015) Para niños de 6 a 16 años. Se trata de una batería de pruebas cognitivas de las que se obtienen un índice de inteligencia general y cuatro índices de funcionamiento cognitivo (comprensión verbal, razonamiento fluido, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento).
- *WPPSI-R: Escala Wechsler para Pre-escolares- Revisada* (Wechsler, 2001) Para niños de 2 años y medio a 7 años y medio. Es una batería de pruebas cognitivas que se compone de tres medidas de cociente intelectual, el verbal, el manipulativo y el total.

2.4 Observación y registros conductuales

La observación es fundamental para obtener información sobre la conducta del menor, ya que mediante esta se pueden ver cómo se comportan habitualmente los niños en su propio ambiente, permitiendo que sea analizada por el terapeuta (Anguera, 2010) para determinar sus características topográficas, contextuales y los factores que hacen que se produzca o desaparezca.

Para anotar los resultados, se pueden utilizar grabaciones, cuadros o esquemas, pero lo más común es utilizar registros de conducta. Es recomendable que la observación se haga en distintos entornos porque el comportamiento del niño podría sufrir variaciones. Para ello, se puede pedir tanto a los padres como a los profesores que sean los observadores y que anoten la información obtenida en los registros para que el terapeuta pueda supervisarlos.

También es interesante que los propios menores se observen a ellos mismos y que cumplimenten su propio autorregistro. En estos se pueden incluir diferentes anotaciones en función de las características de la problemática. Lo más frecuente es que se anote el día y la hora, una descripción de la situación, el grado de malestar, qué siente o piensa y qué ocurrió después. En niños mayores que sepan leer y escribir no suele haber problemas si el registro se ajusta según sus capacidades. Para los niños de menor edad se pueden utilizar autorregistros más simples en los que puedan participar con ayuda de los padres, por ejemplo, mediante el coloreado de dibujos o poniendo pegatinas.

Otra estrategia para la observación es el empleo de la técnica de rol-play, ya que los más pequeños refieren sus vivencias más fácilmente con la representación de acciones. De esta forma, se puede conseguir información observando qué hacen los niños en esa situación que, a pesar de ser más artificial que la observación natural, puede ayudar al terapeuta en el análisis de la conducta. Por ejemplo, se puede iniciar un juego en el que el niño debe tomar el papel de alguno de sus progenitores en una situación cotidiana, como durante la cena. También se podrían utilizar muñecos que ocupen distintos roles que nos interesen explorar, tales como familiares, amigos, profesores, etc. y que vaya tomando cada uno de los papeles. De esta forma se obtiene una amplia variedad de información acerca de la percepción que tiene el niño sobre el contexto examinado y de los diferentes participantes.

3. INTERVENCIÓN

Para la intervención hay una amplia variedad de herramientas terapéuticas que se pueden utilizar para motivar a los menores y lograr que su implicación en el tratamiento sea mayor, así como para aumentar la consciencia sobre el problema y mejorar su conocimiento sobre aspectos psicológicos. Esta se debe realizar teniendo en cuenta los

datos obtenidos durante la evaluación, seleccionando las técnicas óptimas para el niño o adolescente.

Durante el proceso, el psicólogo tendrá en cuenta las opiniones del niño o adolescente en la toma de decisiones mediante una actitud colaboradora. Del mismo modo, se convertirá en un apoyo tanto para él como para los padres, ayudándoles en el desarrollo de sus habilidades y proporcionando recursos para solucionar los problemas que surjan, proponiendo actividades tanto dentro de la sesión como para trabajar en casa. También ayudará a los menores a que realicen cambios en sus pensamientos y conductas problemáticas, enseñándoles recursos para manejar su comportamiento y emociones (Holmbeck et al., 2010)

Es muy útil utilizar con los niños más pequeños ilustraciones, dibujos y juguetes que acompañen las explicaciones del psicólogo y que les ayuden a asimilar la información con mayor facilidad (Fernández-Zúñiga y León, 2014). Además de estos existen otros recursos que se pueden utilizar en la intervención. Algunos de ellos se mencionan en el presente trabajo.

Al igual que con la evaluación, el psicólogo debe determinar quiénes participarán en ella, requiriendo en la mayoría de las ocasiones la colaboración de los padres y en algunas circunstancias de los profesores.

En cuanto a los padres, pueden contribuir en la intervención supervisando que su hijo cumpla con las actividades propuestas por el terapeuta en casa y guiándoles en ellas, según las indicaciones del psicólogo. Otra forma es la participación en Programas de Entrenamiento a Padres (PEP) de los cuales existen muchos tipos, por ejemplo, para tratar la enuresis, existe el programa de entrenamiento en cama seca de Azrin et al., (1974) o programas de conducta, que se elaboran para que, con la modificación del ambiente por parte de los progenitores, el comportamiento de los niños y adolescentes cambie. Para llevarlo a cabo los padres tienen que comprender el problema de sus hijos, tanto los antecedentes como los mantenedores y consecuentes. Resulta efectivo porque los niños son muy dependientes del entorno, así que, mediante técnicas de condicionamiento, sobre todo operantes, se puede llegar a atajar en gran medida la problemática de los niños. Utilizando el reforzamiento, el castigo, la extinción y el control de estímulos se pueden aumentar el número de conductas deseables y reducir aquellas conductas que resulten poco adaptativas.

Algunas de las consecuencias positivas encontradas de los PEP son el incremento de la confianza y las habilidades de crianza de los padres, la reducción del estrés familiar y comportamientos agresivos y oposicionistas. Además, aunque se obtengan estos beneficios a nivel general, se pueden lograr otros en función de los aspectos que se hayan abordado en el programa dependiendo de la necesidad de la familia, por ejemplo, en PEP para menores con TDAH, se ha encontrado una disminución de la inatención, hiperactividad e impulsividad (Cunningham, 2006; Lee, Niew, Yang, Chen y Lin 2012).

La participación de los profesores en la intervención es importante porque los niños y adolescentes pasan mucho tiempo en la escuela y es un contexto importante para ellos en el que, además de desarrollar habilidades y conocimientos, aprenden las normas sociales. En algunos casos llega a ser imprescindible su implicación, por ejemplo, en casos como la fobia escolar o problemas de rendimiento académico, ya que el ámbito educativo está directamente relacionado con el problema. Se debe informar a los docentes de la situación del menor y se solicitará su colaboración en la medida de lo posible.

Alguna de las formas en las que se puede actuar es sugiriéndoles que controlen el nivel de exigencia y presión sobre los menores en los momentos en los que presenten dificultades especiales, acordar con ellos la planificación de actividades escolares motivantes teniendo en cuenta la situación del niño o pidiendo a los compañeros de clase que le animen a implicarse en ellas (Pillado et al., 2015).

Del mismo modo que ocurre con los padres, también existen programas de entrenamiento a profesores para que se desarrollen en el contexto escolar (Cuenca y Mendoza, 2017). Estos pueden incluir aspectos conductuales como el control de estímulos, modelado, técnicas de respuesta alternativa, coste de respuesta o programas de reforzamiento entre muchos otros. Además, también pueden tener técnicas de carácter cognitivo, relacionadas, por ejemplo, con la adquisición de habilidades para la solución de problemas o con la comunicación asertiva.

Hay estudios como el de Webster-Stratton, Reid y Hammond (2004), en el que se muestra que es más efectivo para el tratamiento del comportamiento agresivo en los niños, que, además de realizar el entrenamiento a padres se haga también un entrenamiento a los profesores. En la misma línea, Cuenca y Mendoza (2017) encuentran más efectos positivos cuando se incluyen a los profesores en el programa con respecto a la intervención sólo con los padres.

3.1 Juego

El juego es uno de los principales recursos para trabajar con los niños, ya que es muy utilizado por estos en su ambiente natural, generando respuestas espontáneas. Puede aportar una gran cantidad de información, por ejemplo, según la forma y complejidad en la que se desarrolle puede demostrar sus habilidades y recursos cognitivos en función de si es un juego funcional o simbólico, el interés por construir cosas nuevas, la interacción que mantiene con el adulto, etc. (Delfos, 2008; Garaigordobil, 2003; Sattler, 2003).

Durante los periodos de juego, los niños expresan su creatividad mostrando sus intereses personales, resultando ser una actividad placentera para ellos además de ayudarles en la adquisición de habilidades sociales, cognoscitivas, motrices y afectivas. Para tratar de dar explicación al por qué y para qué juegan los niños se han desarrollado diversas teorías. A continuación, se exponen algunas de ellas, aunque hay muchas más.

En la teoría de Claparède se dice que el juego es lo más importante para los niños y que en él se muestran las tendencias y necesidades que tendrán durante la adultez (Parra, 2000). Para Piaget, los diferentes tipos de juego que se dan durante el desarrollo se producen por la transformación de las estructuras mentales de los niños, por lo que este favorece a su desarrollo (Linaza, 1991). Por otra parte, Vigotsky (1982) considera que en el juego se crea una zona de desarrollo próximo por encima de la edad del niño en la que se dan conductas que siguen las tendencias evolutivas siendo útil para su desarrollo. En cambio, Chateau (1958) piensa que el juego tiene el mismo rol en los niños que el trabajo para los adultos para la afirmación del yo y que durante este se muestra la personalidad de los menores. Por último, Sutton-Smith y Roberts (1964, 1981) conciben que el juego sirve como una forma de adaptar y acomodar la realidad, suponiendo una forma de escape para los conflictos personales.

Dada la relevancia del juego en el desarrollo de los menores, el terapeuta debe conocer y utilizar los juegos apropiados para cada momento evolutivo y también qué juguetes son más populares para atraer su atención y motivarlos a participar en las actividades.

Por ejemplo, se pueden utilizar juegos dónde se utilice la imaginación para aumentar la motivación y ayudarles a mantener la atención y expresar aspectos de carácter subjetivo. Esto es especialmente útil en niños de entre 3 y 10 años. Algunos materiales que se pueden usar son pinturas para dibujar, arcilla o plastilina para modelar o juguetes

diversos para recrear situaciones (McConaughy, 2005; Sattler, 2003). Otro ejemplo es el empleo de juegos de etiquetado de emociones en niños de 6 a 10 años, utilizando diferentes actividades para enseñarles vocabulario y facilitarles poder hablar sobre ellas.

De manera general, Fernández-Zúñiga y León (2014) hacen algunas recomendaciones a tener en cuenta con los más pequeños. En niños menores de 3 años utilizar juguetes que representen su vida cotidiana. Para los niños de 3 a 6 años, no preguntarles si quieren jugar o no para evitar que se nieguen, en su lugar ofrecer diferentes opciones con juguetes de su interés y esperar la iniciativa o el feedback por su parte. Hay que tener en cuenta que con esta edad suelen jugar enlazando secuencias cortas y complejas que representan rutinas o imitación a los adultos u otros niños.

Los **juegos terapéuticos**, son un tipo de juegos especiales que se pueden utilizar con los menores para trabajar diferentes objetivos planteados en la intervención. Estos, han sido creados para que resulten más atractivos para ellos y que su participación sea mayor. A continuación, se presenta un listado de diferentes juegos terapéuticos publicados por la editorial TEA que tratan sobre diversas dificultades. Este se recoge en el *anexo 2* dividido por temáticas para facilitar la selección del juego más indicado en cada caso.

- “*Adiós Tristeza*” (Bisenius y Norris, 2005). Para niños y adolescentes de 6 a 18 años. Se trata de un juego de tablero en el que se ve reflejado el ciclo de la naturaleza. La principal función es ayudar a los niños a expresar sus emociones relacionadas con la pérdida utilizando tarjetas en las que se trabajan diferentes aspectos del duelo.
- “*Animales rabiosos*” (Mariah, 2011). Para niños de 5 a 10 años. Es un juego que utiliza la temática de animales para enseñar a los niños a expresar de manera positiva y más saludable la cólera. Esto se logra mediante unas tarjetas con diferentes situaciones que pueden provocar el enfado, ante lo que el menor debe elegir la mejor forma de actuar.
- “*CEM. Creciendo en Mindfulness*” (Delgado, Pérez et al., 2019). Para niños y adultos, la edad no está especificada. Consiste en un juego de tablero en el que se incluyen diferentes actividades relacionadas con la práctica de la atención plena para mejorar la regulación emocional, el autoconocimiento y la compasión. Para

ello, los jugadores deben avanzar por el tablero realizando diferentes actividades relacionadas con el mindfulness.

- “*COLETAS Y VERDI. Juego para la Prevención, la Detección y el Tratamiento del Abuso Sexual Infantil*” (Rodríguez y de la Cruz, 2013). Para niños de 6 a 12 años. Este juego se puede utilizar tanto para la prevención como para detección y tratamiento del abuso sexual infantil (ASI) mediante diferentes estrategias propias de la terapia cognitivo-conductual como la relajación, la reestructuración cognitiva, la identificación y expresión de emociones y estrategias de afrontamiento. En el juego hay diferentes tarjetas con actividades que el menor debe completar para sumar el máximo de puntos y ganar la partida.
- “*El bingo de las emociones*” (Mitlin, 2008). Para niños a partir de 6 años. Es parecido al juego del bingo, pero en lugar de números hay distintas emociones. Permite hablar de los sentimientos propios y de los otros, favoreciendo la comprensión emocional y el desarrollo de la empatía.
- “*El juego de las habilidades sociales*” (Berg, 2010). Para niños a partir de 8 años. Es un juego de mesa basado en los principios del modelado, el refuerzo, la retroalimentación y la práctica que trabaja 4 grandes bloques: hacer amigos, responder positivamente a otros, cooperar y expresar las necesidades. En estos bloques se desarrollan aspectos cognitivos relacionados con las habilidades sociales como el autorrefuerzo, la atribución causal, el afrontamiento de la ansiedad, el afrontamiento de los errores, las expectativas de eficacia y las expectativas de resultados.
- “*El juego de las pistas*” (Creative Therapy Store, 2013). Para niños de 6 a 16 años. Está diseñado para niños con problemas en la comprensión de la comunicación social, por ejemplo, con algún trastorno del espectro autista. Se incluyen actividades y tarjetas para trabajar la interpretación de situaciones sociales, expresión facial, lenguaje corporal y lenguaje metafórico.
- “*El Juego sobre el Acoso Escolar*” (Berg, 2007). Para niños a partir de 8 años. Se trata de un programa de intervención aplicado a los tres grupos de implicados: acosadores, víctima y espectadores. En el juego hay tarjetas divididas en los tres grupos, que narran diferentes situaciones relacionadas con el bullying y los jugadores tienen que responder qué harían ante esa situación.

- *“El planeta de los Psimon”* (Vogel, 2009). Para niños de 8 a 14 años. Este juego está basado en las técnicas de A. Ellis y A. Beck, enseñando a los niños a reconocer los pensamientos negativos y las distorsiones cognitivas y modificarlos. Contiene un tablero y distintas tarjetas con diferentes monstruos psicológicos que representan los pensamientos negativos y distorsiones cognitivas y tienen que emparejarlos con otros que muestran las habilidades cognitivo-conductuales adaptativas.
- *“La magia de las palabras. Juego para la Estimulación de la Conciencia Morfológica”* (Lázaro, Calvo y Simón, 2020). Para niños de 6 a 12 años. Es un juego de cartas que desarrolla la conciencia morfológica mediante 3 juegos: “palabras encantadas”, que trabaja el reconocimiento de lexemas mediante la identificación de estos en las cartas de los demás jugadores; “abracadabra buscapalabras” en el que mediante la discriminación de estímulos verbales favorece en los niños el reconocimiento global de las palabras y el último, “pociones léxicas”, que consiste en generar palabras para trabajar la capacidad expresiva.
- *“Mi familia ha cambiado”* (Berg, 2007). Para niños a partir de 8 años. Es un programa de intervención para niños con actitudes problemáticas sobre la separación de sus padres en el que se trabajan las 6 fases del divorcio: Problemas dentro de la familia, Anuncio de la separación, Cambio de hogar de uno de los progenitores, Vida con el progenitor que tiene la custodia, Visitas al progenitor que no tiene la custodia y Vida en una familia diferente.
- *“Mi gran aventura en bicicleta”* (Rodríguez y de la Cruz, 2019). Para niños de 6 a 12 años. Este juego se puede usar tanto para la prevención como para la intervención de menores víctimas de violencia de género. Consiste en realizar con las diferentes tarjetas un recorrido con la bicicleta ante el que surgen las pruebas que deben superar. Estas actividades fomentan el desarrollo de la resiliencia como un factor de protección y recursos específicos relativos a la prevención y reparación de los efectos psicológicos ocasionados por la violencia de género.
- *“Olimpiadas felinas. Juego para el entrenamiento y generalización de habilidades de afrontamiento”* (de la Cruz, 2017). Para niños de 7 a 11 años. Este juego cuenta con un tablero que representa una pista de atletismo y tiene tarjetas sobre diferentes técnicas, con el objetivo del entrenamiento y generalización de

las habilidades de afrontamiento para ayudar a los niños a adaptarse al entorno social. Las actividades utilizan técnicas del modelo cognitivo-conductual como el modelado, ensayo conductual o role-playing, retroalimentación y refuerzo.

- *“Uno entre un millón”* (Nass y Nass, 2013). Para niños de 6 a 12 años. Es un juego basado en las cartas del “UNO”, cuyo objetivo es que, a través de una serie de preguntas, los niños sean conscientes de sus cualidades y virtudes, mejorando su autoestima.

Otra forma de intervención con los niños mediante el juego es utilizando como herramienta la **creatividad**. Según Martínez (2009) a los niños se les puede ayudar en el desarrollo de la autonomía mediante actividades artísticas porque estas hacen que el niño perciba que es una persona independiente que puede plasmar sus propias creencias y emociones en el arte. Propone la creatividad como una manera a través de la que se pueden lograr objetivos como el desarrollo de un espacio intermediario niño-realidad, como un espacio seguro de juego y creación, en el que se facilita la expresión emocional y la mejoría en habilidades sociales, la estimulación de una búsqueda de soluciones más creativas cercanas a la realidad, el fomento de la reafirmación de la individualidad y la autovaloración del niño, desarrollando sus propios límites, la dotación del niño de herramientas de expresión no verbal y servir como guía de la energía del niño hacia la creatividad.

Marinovic (1987) remarca que durante la adolescencia se produce la búsqueda de la propia identidad, existe una tendencia a la agrupación, pero produciéndose al mismo tiempo una separación gradual con respecto a los padres, cambios de humor y conductas contradictorias. De modo que, usando la creatividad, se puede desarrollar la autoexploración, la superación del egocentrismo, el refuerzo de la capacidad expresiva y de simbolización y ayuda a la comprensión de una forma distinta del mundo y de sí mismos, mediante el uso de imágenes, de colores y metáforas.

Algunos ejemplos de actividades propuestas por Morales y Jarpa (2010) que se pueden realizar son las siguientes:

- **Máscaras:** Se da la instrucción de que fabriquen una máscara que les represente con el objetivo de que expresen aspectos de sí mismos y facilitar el reconocimiento de las emociones. Para ello se les pueden dar diversos materiales como herramientas de dibujo, cintas, cartulinas, etc. Una vez terminada se le

pueden plantear cuestiones como las siguientes “¿Qué emociones te genera la máscara al verla?, ¿Cómo te sientes al ponerte una máscara así?, ¿Qué diría la máscara si pudiera hablar?, ¿Qué dirían los demás al ver la máscara?, ¿Qué les llamaría la atención?, ¿Qué harías en tu vida cotidiana con una máscara así?” (Morales y Jarpa, 2010, p. 147)

- **Mapa de las emociones:** El objetivo de la actividad es la identificación emocional y el vínculo que estas tienen con las sensaciones físicas. Para ello se dibuja la silueta del niño o adolescente y se pregunta qué emociones siente con más frecuencia, en qué momentos las siente y se pide que les asigne un color. Después se propone que coloree los lugares del cuerpo en el que siente esas emociones y se comentan las experiencias que ha tenido con ellas.
- **Dibujo expresivo:** El objetivo es profundizar sobre la expresión emocional de la actividad anterior. Para ello se utiliza el cuento “El pájaro del alma” (Snunit, 2015), del cual se realiza una lectura y se realizan metáforas sobre las experiencias emocionales de los personajes involucrados. Por último, se pide que imagine su propio pájaro del alma y que lo dibuje.
- **Fotolenguaje:** El objetivo es la exploración de las proyecciones e identificaciones de los adolescentes. Se presentan una serie de fotografías en diferentes situaciones mostrando emociones diversas, solos o en un grupo. De estas se le pide que escoja las que más le llaman la atención. Después se pregunta el porqué de su elección y se indaga sobre qué sentimientos y pensamientos pueden tener las personas de las fotografías.

Además de los usos anteriormente expuestos del juego, cabe remarcar su incorporación como parte de otros programas. Por ejemplo, las **escenificaciones emotivas** desarrolladas por Xavier Méndez para el tratamiento de las fobias específicas en niños de 3 a 8 años. Se trata de un programa multicomponente en el que la exposición se realiza mediante un juego en el que el niño selecciona un personaje de fantasía que le guste y que represente la valentía. Tras la realización de la jerarquía se incorporan progresivamente al juego los diferentes elementos incluidos en esta. Si está muy asustado y no quiere continuar, el terapeuta realiza el modelado de la conducta y le anima a repetirla. Además, se utiliza el refuerzo social durante la exposición, acompañado, si es necesario, de otros tipos de refuerzos materiales. Este tratamiento ha demostrado ser muy efectivo, por ejemplo, para la fobia a la oscuridad (Méndez, Orgilés, y Espada, 2004).

3.2 Lecturas, cuentos y libros

Zeigh (1992) en su libro “Un seminario Didáctico con Milton Erikson” propone utilizar relatos cortos para incidir, a través de las metáforas, en los pensamientos, emociones y conductas, de modo que la persona que los esté escuchando no se sienta amenazada, aumente su interés y su independencia, ya que son ellos los que tienen que dar un sentido a la metáfora y extraer conclusiones (Bárcena, González y Arredondo, 2006). Es por esto que es recomendable usar este recurso para los niños, ya que a través del cuento se les puede ayudar a solucionar problemas haciendo que se identifiquen con los protagonistas utilizando la imaginación.

En la editorial TEA se pueden encontrar **libros** para niños de 4 a 9 años como “Mi primer libro de terapia” (Nemiroff y Annunziata, 2015), en el que el objetivo es que los niños comprendan y acepten el proceso de terapia y “Me van a ayudar: el TDA explicado a los niños” (Nemiroff y Annunziata, 2007), con el mismo objetivo que el anterior pero destinado a niños que presenten el Trastorno de Déficit de Atención (TDA).

Además, esta misma editorial cuenta con toda una colección denominada “Psicocuentos”, que son libros en los que se incluye una guía con pautas de intervención para los padres y otras personas cercanas a los menores y un cuento para el niño. En función del cuento que se trate abarcará unas problemáticas determinadas, por ejemplo “El enfado excesivo y Pinchi y su mal genio” (Sevilla y Pastor, 2017) aborda el enfado en los niños.

Xavier Méndez también ha publicado libros destinados a guiar a los padres sobre diferentes dificultades de sus hijos, por ejemplo, “El niño miedoso” (2011) para tratar el miedo. Se proporciona información a los padres para que entiendan, en este caso, el miedo que pueden experimentar sus hijos y con el apoyo de diferentes estrategias y recursos se les ofrecen pautas de actuación para ayudar a sus hijos a superar y vencer miedos cotidianos.

Además de estos recursos, en TEA hay una colección denominada “**¿Qué puedo hacer cuando...?**”, para niños de 6 a 12 años que son guías infantiles que tratan distintas problemáticas psicológicas. En ellos se utilizan métodos cognitivo-conductuales y se incluyen actividades para que los padres las realicen en casa junto con sus hijos. A continuación, se presenta un listado con los diferentes libros que se existen y las temáticas tratadas.

- “*Qué puedo hacer con... la enfermedad mental*” (Clarke, 2011). Destinado a los niños cuyos padres tienen una enfermedad mental para ayudarles a comprender la situación.
- “*Qué puedo hacer cuando...algo no es justo*” (Toner y Freeland, 2015). Destinado a niños con celos o envidias para enseñarles cómo enfrentarse a estos sentimientos de una forma más adaptativa.
- “*Qué puedo hacer cuando...estallo por cualquier cosa*” (Huebner, 2011). Destinado a niños con problemas en el control de la ira con el objetivo de que respondan ante esta de una forma más adaptativa.
- “*Qué puedo hacer cuando...me da miedo equivocarme*” (Toner y Freeland, 2017). Destinado a niños con miedo a la equivocación por ser excesivamente perfeccionistas para ayudarles a identificar sus creencias y afrontar los sentimientos negativos que traen.
- “*Qué puedo hacer cuando...me da miedo irme a la cama*” (Huebner, 2009). Destinado a niños con dificultades para ir a la cama como pesadillas, acostarse tarde o problemas para relajarse entre otros.
- “*Qué puedo hacer cuando...me obsesiono demasiado*” (Huebner, 2011). Destinado a niños con un Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) que tiene como objetivo enseñarles a responder adecuadamente ante el TOC y aumentar su motivación para el cambio.
- “*Qué puedo hacer cuando...me preocupo demasiado*” (Huebner, 2012). Destinado a niños con ansiedad para darles técnicas de manejo de la ansiedad y preocupación.
- “*Qué puedo hacer cuando...refunfuño demasiado*” (Huebner, 2008). Destinado a niños negativistas otorga herramientas que les ayuden a centrarse en lo positivo de las situaciones.
- “*Qué puedo hacer...para vencer mis manías*” (Huebner, 2012). Tiene el objetivo de eliminar hábitos inadecuados como morderse las uñas, chuparse el dedo, retorcerse el pelo y meterse el dedo en la nariz entre otros

3.3 Teatro / arte dramático

El teatro se ha utilizado como herramienta tanto de prevención como de intervención de trastornos mentales. Lorente (2014) remarca que puede ser útil para

expresar emociones y solucionar situaciones complicadas, además de servir como una forma de toma de conciencia.

En la revisión sistemática realizada por Bellavista-Rof y Mora-Giral (2019) se encontraron experiencias en las que se utiliza el teatro en trastornos de la conducta alimentaria (TCA), trastorno del espectro autista (TEA), abuso de sustancias y episodios psicóticos iniciales, entre otros, siendo el 92% eficaces en el cumplimiento de sus objetivos. Dentro de estos estudios hay algunos específicos para niños y adolescentes, para los que dada su mayor dificultad para expresarse resulta especialmente interesante este tipo de intervenciones. Además de mencionarlas a continuación, también aparecen recogidas, de manera esquemática, en el *Anexo 3*.

En cuanto a la prevención de los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) Bellavista-Rof y Mora-Giral (2019) recogen los siguientes estudios:

- Programa de Haines, Neumark-Sztainer, y Morris (2008). Para niños de 8 a 11 años. En este programa se realizó un grupo de teatro escolar en el que representaron una obra sobre temas relacionados con el peso. En los resultados se encuentra un incremento en la resiliencia, cambios positivos en la comunicación y una mayor satisfacción corporal.
- Programa de Neumark-Sztainer et al. (2008). Para niños de 8 a 11 años con sobrepeso y sus padres. Este programa tiene tres componentes, las sesiones de teatro, las sesiones de refuerzo y la extensión familiar. Como resultados se encuentran una alta satisfacción de los participantes con el programa e intento o realización de cambios positivos en la conducta alimentaria.
- Programa de Mora et al. (2015). Para niños de 12 a 15 años. Este programa tiene dos componentes, uno de educación nutricional y otro denominado “teatro vivo”, en el que los niños prepararon e interpretaron la obra de teatro Teen Spirit, que utiliza el programa de alfabetización mediática en el que se promueve un análisis crítico de los ideales de belleza. Como resultado se obtuvo una alta mejora en la autoestima.
- Programa de Mora et al. (2016). Para niños de 12 a 15 años. Este programa tiene dos componentes, uno sobre educación nutricional y otro sobre teatro en educación para la salud, en el que los niños interpretaron una obra escrita por un

guionista profesional y supervisada por los investigadores. Como resultados se obtuvieron puntuaciones más bajas en las cogniciones desadaptadas.

Para la prevención del consumo de sustancias, Bellavista-Rof y Mora-Giral (2019) proponen el programa de Quek et al. (2012), aplicado en adolescentes de 17 años. Está basado en el teatro con un marco de minimización de daños, utilizando mensajes de seguridad e integrándolos durante la actuación en parodias, cultura pop contemporánea y música. Los resultados obtenidos fueron una reducción en el uso ilícito de drogas y de conductas problemáticas.

En cuanto a la prevención de episodios psicóticos iniciales, Bellavista-Rof y Mora-Giral (2019) destacan el programa de Roberts et al. (2007), para jóvenes de 14 a 22 años. Este se desarrolló a través de un trabajo colaborativo entre psiquiatría, drama aplicado y expertos en psicosis para formar un teatro interactivo. El programa se basó en la pedagogía teatral aplicada y en las pautas de buenas prácticas, de manera que se estimula la empatía y la identificación con los personajes además de la transmisión de información de utilidad. Los objetivos propuestos y cumplidos fueron el aumento del conocimiento y comprensión del primer episodio de psicosis, la reducción del estigma y la discriminación, el aumento de la conciencia y el apoyo del comportamiento de búsqueda de ayuda.

Para el tratamiento de Trastornos de Conducta Alimentaria Bellavista-Rof y Mora-Giral (2019) mencionan el programa de Pellicciari et al. (2013), para adolescentes hospitalizados de 14 a 19 años. Los resultados fueron la mejoría en el trabajo en equipo y espontaneidad, una reducción en la desregulación afectiva, la mejoría en los pensamientos obsesivos y en el estado de ánimo y numerosos beneficios subjetivos reportados por los adolescentes. En este se utiliza una intervención que incluye, además de la terapia dramática y el psicodrama, la terapia narrativa. La Asociación Española de Psicodrama (AEP) define el psicodrama como “un método psicociológico, que promueve la expresión del pensar, del hacer, del sentir, del cuerpo, de lo gestual..., y que utiliza la acción y la escenificación principalmente, con una finalidad clínica, terapéutica, educativa, de intervención social, o simplemente de crecimiento y desarrollo personal, o como expresión cultural”. La terapia narrativa por su parte, propone que las personas construyen y determinan su vida mediante historias que se refieren a si mismas, de modo

que la forma en la que se las cuentan puede tener efectos significativos en su interpretación (Marulanda, 2015).

Por último, en cuanto al tratamiento del Trastorno del Espectro Autista, Bellavista-Rof y Mora-Giral (2019) recogen varios estudios.

- Programa de Corbett et al. (2011). Para niños y adolescentes de 6 a 17 años. Se utilizó el programa SENSE, en el que los participantes fueron emparejados con compañeros de la misma edad, que son los actores que hacen de modelos. Estos hicieron de maestros, modelando la comunicación verbal y no verbal, percepción y expresión socioemocional y conductual y lo grabaron en vídeo para reproducirlo varias veces a la semana. Los resultados obtenidos fueron una mejora en la identificación de caras, en la teoría de la mente y en la percepción social.
- Programa de Corbett et al. (2014). Para niños y adolescentes de 8 a 17 años. Se utilizó el programa SENSE, desarrollado de forma parecida, asignando compañeros de edad similar, pero con la incorporación de enseñanza directa, de la utilización de ejemplos de casos y de la experiencia supervisada. Durante el programa realizan diversos juegos teatrales como el juego imaginativo, el juego de roles y juegos de música, entre otros. Los resultados logrados fueron una mejoría en el procesamiento facial, consciencia y cognición social, además de un aumento en la duración de la interacción con compañeros conocidos.
- Programa de Corbett et al. (2016) Para niños de 8 a 14 años. De nuevo se utilizó el programa SENSE, tal y como se ha explicado anteriormente, pero en este caso además se realizaron dos actuaciones públicas en el teatro de la universidad. Los resultados fueron una mejoría en la capacidad social, en los síntomas de comunicación, en el juego grupal con juguetes, en la memoria para caras y en la teoría de la mente.
- Programa de Corbett, Blain, Ioannou, y Balsler (2017). Para niños de 8 a 14 años. En este programa se usa el teatro mediado por compañeros como una forma de reducir el nivel de estrés y ansiedad de los jóvenes con TEA. Los resultados obtenidos fueron una disminución en la puntuación en ansiedad-rasgo, dándose una correlación negativa entre el juego grupal y este factor.
- Programa de Kim et al. (2015). Para adolescentes de 15 años. En este estudio se investigó el impacto de la participación inclusiva en el teatro de jóvenes con autismo en las relaciones personales e interpersonales. Concretamente se tuvieron

en cuenta la autoestima, empatía, comodidad con los demás y confianza, encontrando resultados favorables.

3.4 Tecnologías de la información y comunicación

Las tecnologías de la información y comunicación (TICS) se han instaurado en la actualidad acompañando a los menores en su desarrollo, brindando a la sociedad de nuevas formas de comunicación y otorgando a los profesionales herramientas tecnológicas para desempeñar sus labores. Algún ejemplo del uso de las TICS en la intervención psicológica infanto-juvenil es mediante la tele-psicología, en la que se incluyen los *serious games*, la realidad virtual y los podcasts, aunque hay muchos otros y solo se detallaran un poco más los dos últimos.

La tele-psicología (Barak, Klein, y Proudfoot, 2009) consiste en realizar a distancia la intervención psicológica utilizando internet para distintos tratamientos. Se pueden clasificar en diferentes tipos:

- Intervenciones estructuradas en la web. Son programas estructurados que se desarrollan en una plataforma web.
- Asesoramiento e intervención telepsicológica. Se utilizan las videoconferencias, los correos electrónicos y el chat, entre otros, para mantener el contacto entre el terapeuta y el cliente.
- Software terapéutico. Intervenciones que usan la inteligencia artificial mediante robots, la realidad virtual, y los *serious games*, entre otros. Los *serious games* son un software que aparenta ser un videojuego, pero cuyo fin es la educación, la prevención o la intervención de diferentes dificultades psicológicas (Bellotti, Kapralos, Lee, Moreno-Ger y Berta, 2013).
- Otras actividades online. Por ejemplo, se pueden encontrar blogs, redes de apoyo a grupos, páginas web con información y podcasts, entre otros.

El uso de la realidad virtual como técnica en la terapia se encuentra mayoritariamente en el tratamiento de problemas relacionados con la ansiedad, sobre todo en las fobias. Cuando no hay posibilidad de realizar la exposición en vivo o el menor no es capaz de imaginar correctamente la situación, se puede utilizar esta tecnología para que los niños y adolescentes desarrollen habilidades de afrontamiento ante los estímulos fóbicos y trasladarlos a su ambiente natural (Srivastava, Das, y Chaudhury, 2014; Turner y Casey, 2014; Wiederhold, Miller, y Wiederhold, 2018).

Existen compañías como PSIOUS, que ofrecen kits de realidad virtual en el que se incluyen las gafas junto con sensores de respuesta electrodérmica y una plataforma virtual en la que se encuentran diversos escenarios en los que hay técnicas de relajación y mindfulness guiadas y diferentes entornos para trabajar problemas de ansiedad. Estos están preparados para la exposición ante fobias específicas, ansiedad generalizada, ansiedad social, ansiedad ante exámenes, bullying, desórdenes alimenticios, desarrollo neurológico, hablar en público, manejo del dolor y el trastorno obsesivo compulsivo.

En cuanto a los podcasts, pueden utilizarse como un medio para ayudar al psicólogo a realizar la psicoeducación. Sánchez y Solano (2010) definen un podcast pedagógico como “un medio didáctico que supone la existencia de un archivo sonoro con contenidos educativos y que ha sido creado a partir de un proceso de planificación didáctica” (p.128). Dependiendo del objetivo que se pretenda conseguir con la psicoeducación el podcast podrá tratar unos aspectos u otros. Un ejemplo de este tipo de podcast es el referente a “Miedo a Diario”.

Se trata de un podcast documental en ficción sonora sobre el trastorno de ansiedad social en adolescentes. Está compuesto por 6 episodios en los que tratan su sintomatología, factores de riesgo, vulnerabilidades, causas de su inicio y mantenimiento, procesos de detección, evaluación y tratamiento psicológico. El objetivo es facilitar la alfabetización en salud mental por lo que se puede beneficiar de su escucha cualquier persona.

El guion se basa en testimonios reales de jóvenes de entre 11 y 16 años recogidos en investigaciones realizadas por la Universidad de Jaén, en colaboración con el «Grupo de Investigación HUM-836» y la RedProem. Mezcla narraciones explicativas en tercera persona, una historia principal en primera persona y fragmentos de testimonios proporcionados por diferentes adolescentes.

3.5 Otros recursos

3.5.1 Actividad física

La realización de actividad física se ha mostrado beneficiosa si se incorpora en el tratamiento de algunas problemáticas psicológicas. La prescripción de realizar deporte se puede utilizar como una técnica que ayuda a los menores a mejorar su conducta, tal y como muestra Villa-González et al. (2019) en su estudio, dónde se observa que el deporte

intenso conlleva mejorías en los niños y adolescentes con TDAH en atención, hiperactividad y conductas impulsivas.

Hay otros estudios que apoyan los beneficios de la actividad física, como concluyen Marker et al. (2018), en su metaanálisis. Estos autores indican que, a pesar de necesitar más estudios para determinar el tipo, la frecuencia, la duración y la intensidad del deporte, existen relaciones entre este y una mayor calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

Teniendo presente su utilidad, se han creado programas multicomponente que incluyen el deporte dentro de sus actividades, como, por ejemplo, el programa “Wave by Wave” desarrollado por Pereira et al. (2020), que combina el surf con una intervención psicológica grupal en menores entre 7 y 17 años que viven en acogimiento residencial, obteniendo efectos positivos en el comportamiento y fomentando que este sea prosocial.

Además de aportar elementos positivos para la conducta, en el deporte, sobre todo colectivo, también tiene bastante peso el componente social y personal, influyendo en la formación de las características personales del niño como la percepción de habilidad (Horn, 1985), consecuencias emocionales y afectivas positivas derivadas de la participación en la actividad deportiva (Brustad, 1988), motivación para la participación e implicación en la actividad (Cruz, 1987, 1994) y sirve como ayuda en la transmisión de valores y el desarrollo moral (Cruz, et al., 1996). Teniendo en cuenta estos aspectos, se puede utilizar el ejercicio físico para obtener beneficios relacionados con la regulación emocional, la autoestima, la motivación y el establecimiento de relaciones sociales.

En definitiva, la realización de deporte supone beneficios psicológicos para los niños y adolescentes, por lo que utilizar este recurso en combinación con la terapia psicológica puede resultar útil en problemas de conducta, el desarrollo de habilidades sociales y el aumento de la autoestima, tal y como muestran los estudios anteriormente mencionados.

3.5.2 Terapia asistida con animales

Los animales domésticos pueden ser beneficiosos para el tratamiento psicológico de niños y adolescentes. Por una parte, facilitan la comunicación, aumenta la confianza ante el terapeuta y suponen un apoyo permanente e incondicional en casa (Levinson, 1965). Se suelen utilizar en caso de hospitalizaciones de larga duración, rehabilitaciones,

enfermedades o trastornos crónicos y en cuidados paliativos (Monleón, Martínez y Andreu, 2017).

Según Monleón, Martínez y Andreu (2017), gracias al animal se puede establecer un entorno más atractivo y relajado, generando una sensación de seguridad que facilita el afrontamiento de la problemática. Además, proponen incorporar actividades en las sesiones tales como metáforas en las que se use al animal, historias sobre este que hagan que el niño se identifique con él, acompañar al menor mientras que se desarrolla la sesión o juegos con el animal para mejorar el humor mientras que se incorporan temas más delicados o conflictivos.

En el artículo de Berral (2018), se recogen cuatro estudios en los que se ha llevado a cabo la Terapia asistida con Animales en pediatría. A continuación, se exponen los principales resultados obtenidos.

- En el hospital “St. Cloud Hospital Children’s Center” de Minnesota encontraron una reducción del dolor cuatro veces superior en los niños que realizaron sesiones de unos 15-20 minutos con perros. Proponen la liberación de endorfinas como el factor que explica estos resultados.
- En el hospital “Meyer Children’s Hospital” en Italia se introdujeron sesiones de juego con los perros y obtuvieron resultados positivos en cuanto a la sensación de bienestar en los niños. Además, encontraron opiniones favorables sobre su utilización por parte de los padres y del personal hospitalario.
- En el hospital “Children’s Hospital and Health Center” en San Diego incluyeron a un perro en el contexto de atención terciaria para tratar el dolor postoperatorio. Los resultados indican una reducción del dolor físico y emocional en los niños y sugieren que el animal funciona como una forma de distracción cognitiva.
- En el hospital “University of Wisconsin Hospitals and Clinics” obtienen conclusiones similares, encontrando que el uso terapéutico del animal en el contexto hospitalario proporciona beneficios en los niños por la distracción que supone.

4. CONCLUSIONES

Este trabajo de fin de grado aporta ejemplos sobre diferentes herramientas para la evaluación e intervención clínica en niños y adolescentes y recoge una serie de pautas y

herramientas concretas para utilizar con este sector de la población. Tanto los terapeutas como los investigadores pueden utilizar esta guía para consultar algunos de los recursos que aporta la psicología para el trabajo con los menores.

Al comienzo, han sido expuestas las razones por las que la evaluación e intervención clínica con los más jóvenes difiere con respecto a los adultos y, en los siguientes apartados, se ha mostrado cómo la psicología ha dado respuesta a esta necesidad.

En cuanto a la evaluación, se han recogido las características que presentan los niños con diferentes edades para que los profesionales puedan tenerlas en cuenta. También se han comentado algunos recursos disponibles, como entrevistas estructuradas y semiestructuradas y técnicas de observación, para facilitar la recogida de información y, además, cuestionarios, inventarios y escalas para cuantificar la problemática.

En cuanto a la intervención, se han explicado algunos de los recursos que existen para tratar con las diferentes dificultades que puedan presentar los menores. Los expuestos en este trabajo son el juego, los libros, el teatro, la realidad virtual, los podcasts, la actividad física y la terapia asistida con animales.

Por último, en el apartado de anexos, se recogen de una forma resumida los hitos de desarrollo de los menores. También se incluyen diversas tablas con las que se pretende facilitar el acceso a los recursos expuestos sobre los juegos terapéuticos y los programas de teatro.

A lo largo de la guía se manifiesta que existe una gran cantidad de recursos que se pueden utilizar para el trabajo clínico con niños y adolescentes. A pesar de esto, aún queda por delante mucha investigación que realizar al respecto que genere instrumentos para la evaluación e intervención actualizados y especializados para que los menores puedan recibir un tratamiento clínico adaptado a sus necesidades.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Achenbach, T. M. y Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles. Child Behavior Checklist for Ages 6-18. Teacher's Report Form. Youth Self-Report. An Integrated System Of Multi-informant Assessment.* Burlington: University of Vermont.

- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., y Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, *101*(2), 213-232. DOI: 10.1037/0033-2909.101.2.213
- Achenbach, T. M., y Rescorla, L. A. (2001as). *Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Achenbach, T. M., y Rescorla, L. A. (2007). *Multicultural Supplement to the Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont: Center for Children, Youth, & Families.
- Albano AM, Silverman WK (2016) *The anxiety disorders interview schedule for children for DSM-5, child and parent versions*. Oxford University Press, New York
- American Art Therapy Association. Recuperado el 22 de abril de 2021, de <https://arttherapy.org/about-art-therapy/>
- Asociación Española de Psicodrama (AEP). Recuperado el 15 de mayo de 2021 de <http://www.aepsicodrama.es/contenido/el-psicodrama>
- Azrin, N.H., Sneed, T.J. y Foxx, R.M. (1974) Dry-bed Training: Rapid elimination of Childhood Enuresis. *Behavior Research and Therapy*, *12*, 147-156.
- Barak, A., Klein, B., & Proudfoot, J. G. (2009). Defining Internet-Supported Therapeutic Interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, *38*(1), 4-17. DOI:10.1007/s12160-009-9130-7
- Bárcena, R. R., González, M. S. y Arredondo, L. V. (2006). Antídoto Contra Monstruos: El uso de historias terapéuticas con niños. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, *9* (3), 12-23. Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/issue/view/1556/showToc>
- Bellavista-Rof, C., y Mora-Giral, M. (2019). Prevención y tratamiento de los trastornos mentales a través del teatro: Una revisión. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes* *6*(3), 1-12. doi: 10.21134/rpcna.2019.06.2.1

- Bellotti, F., Kapralos, B., Lee, K., Moreno-Ger, P., & Berta, R. (2013). Assessment in and of Serious Games: An Overview. *Advances in Human-Computer Interaction*, 2013, 1-11. DOI:10.1155/2013/136864
- Berg, B. (2007). *El Juego sobre el Acoso Escolar*. TEA Ediciones.
- Berg, B. (2007). *Mi Familia ha Cambiado*. TEA Ediciones.
- Berg, B. (2010). *El Juego de las Habilidades Sociales*. TEA Ediciones.
- Berral, S. (2017). Aspectos a tener en cuenta en la implantación de un programa de terapia asistida por animales en pediatría en un hospital. *Derecho Animal Forum of Animal Law Studies*, 9, (1), 52-95. doi.org/10.5565/rev/da.246
- Bisenius N.J. y Norris, M. (2005). *Adiós Tristeza*. TEA Ediciones.
- Brustad, R. J. (1988). Affective outcomes in competitive youth sport: The influence of intrapersonal and socialization factors. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 10(3), 307-321. DOI: 10.1123/jsep.10.3.307
- Celdrán, J. y Ferrándiz, C. (2012). Reconocimiento de emociones en niños de Educación Primaria: Eficacia de un programa educativo para reconocer emociones. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 10 (3), 28, 1321-1342. <http://www.investigacionpsicopedagogica.org/revista/new/ContadorArticulo.php?718>
- Chateau, J. (1958). *Psicología de los juegos infantiles*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Clarke, L.A. (2011). *Qué puedo hacer con... la enfermedad mental*. TEA Ediciones.
- Conaughy, S. H. (2005). *Clinical Interviews for Children and Adolescents: Assessment to Intervention (Guilford Practical Intervention in the Schools)*. Guilford Publ.
- Corbett, B., Blain, S., Ioannou, S., y Balsler, M. (2017). Changes in anxiety following a randomized control trial of a theatre-based intervention for youth with autism spectrum disorder. *Autism*, 21(3), 333-343. DOI: 10.1177/1362361316643623
- Corbett, B., Gunther, J., Comins, D., Price, J., Ryan, N., Simon, D., Schupp, C., y Rios, T. (2011). Brief Report: Theatre as Therapy for Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(4), 505-511. DOI: 10.1007/s10803-010-1064-1

- Corbett, B., Key, A P., Qualls, L., Fecteau, S., Newsom, C., Coke, C., y Yoder, P. (2016). Improvement in Social Competence Using a Randomized Trial of a Theatre Intervention for Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 46(2), 658-672. DOI: 10.1007/s10803-015-2600-9
- Corbett, B., Swain, D. M., Coke, C., Simon, D., Newsom, C., Houchins-Juarez, N., Jenson, A., Wang, L., y Song, L. (2014). Improvement in Social deficits in Autism Spectrum Disorders using a Theatre-Based, Peer-Mediated Intervention. *Autism Research*, 7(1), 1-16. DOI: 10.1002/aur.1341
- Creative Therapy Store (2013). *El Juego de las Pistas*. TEA Ediciones.
- Cruz, J. (1987). Aportacions a la iniciació esportiva. *Apunts. Educació Física*, 1(9), 10-18. <https://ddd.uab.cat/record/183334>
- Cruz, J. (1994). L'assessorament psicològic a entrenadors: experiència en bàsquet d'iniciació. *Apunts. Educació Física i Esports*, 1(35), 5-14. Recuperado de <https://www.raco.cat/index.php/ApuntsEFD/article/view/379240/472505>
- Cruz, J.; Capdevila, Ll.; Boixadós, M.; Pintanel, M.; Alonso, C.; Mimbrero, J. y Torregrosa, M. (1996). Identificación de conductas, actitudes y valores relacionadas con el fairplay en deportistas jóvenes. Informe final del proyecto. *Consejo Superior de Deportes: Madrid*, 1(9). <https://revistasdigitales.csd.gob.es/index.php/ICD/article/view/72>
- Cuenca, V., y Mendoza, B. (2017). Comportamiento prosocial y agresivo en niños: tratamiento conductual dirigido a padres y profesores. *Acta de investigación psicológica*, 7(2), 2691-2703.
- Cunningham, C. E. (2006) *Large-group, community-based, familycentered parent training*. Barkley R. (ed) Attention –Deficit Hyperactivity Disorder” Third Edition. The Guildford Press.
- De la Cruz, M.A. (2017). *Olimpiadas felinas. Juego para el entrenamiento y generalización de habilidades de afrontamiento*. TEA Ediciones.
- Del Barrio, V., Spielberger, C. D., y Aluja, A. (2005). *STAXI-NA: Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo en Niños y Adolescentes*. TEA Ediciones.

- Del Barrio, V., y Carrasco, M. A. (2004). *CDI: Inventario de Depresión Infantil*. TEA Ediciones.
- Delfos, M. F. (2008). *¿Me estás escuchando? Cómo conversar con niños entre los 4 y los 12 años*. Pirámide.
- Delgado-Ríos, M., Pérez, A.M., Ardoy, C., García, S., Pérez, G.M., Pedrosa M.L., Campos, F.J. (2019). *CEM. Creciendo en Mindfulness*. TEA Ediciones.
- Feldman, R. S., Olgún, V. C., Acosta, M. G., y Hoyos, M. T. A. (2008). *Desarrollo en la infancia*. Pearson Educación, Mexico
- Fernández, I. M. S., y Vera, M. M. S. (2010). Aprendiendo en cualquier lugar: el podcast educativo. *Pixel-Bit. Revista de Medios y Educación*, 36, 125-139.
- Fernández-Pinto, I., Santamaría, P., Sánchez-Sánchez, F., Carrasco, M. A., y Del Barrio, V. (2015). Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes. SENA. *TEA Ediciones*.
- Fernández-Zúñiga, A. (2014). *Habilidades del terapeuta de niños y adolescentes*. Pirámide.
- Friedberg, R. D. y McClure, J. M. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Paidós.
- Garaigordobil, M. (2003). *Intervención psicológica para desarrollar la personalidad infantil: Juego, conducta prosocial y creatividad*. Pirámide
- Haines, J., Neumark-Sztainer., y Morris, B. (2008). Theatre as a Behavior Change Strategy: Qualitative Finding from a School-Based Intervention, *Eating Disorders*, 16(3), 241-254. DOI: 10.1080/10640260802016829
- Holmbeck, G. N., Devine, K. A. y Bruno, E. F. (2010). *Developmental Issues and Considerations in Research and Practice*. En J. R. Weisz y A. E. Kazdin, *Evidence-Based Psychotherapies for children and Adolescents*. The Guilford Press.
- Horn, T. S. (1985). Coaches' feedback and changes in children's perceptions of their physical competence. *Journal of Educational Psychology*, 77(2), 174-186. DOI: 10.1037/0022-0663.77.2.174
- Huebner, D. (2008). *Qué puedo hacer cuando... refunfuño demasiado*. TEA Ediciones.

- Huebner, D. (2009). *Qué puedo hacer cuando... me da miedo irme a la cama*. TEA Ediciones.
- Huebner, D. (2011). *Qué puedo hacer cuando... estallo por cualquier cosa*. TEA Ediciones.
- Huebner, D. (2011). *Qué puedo hacer cuando... me obsesiono demasiado*. TEA Ediciones.
- Huebner, D. (2012). *Qué puedo hacer cuando... me preocupo demasiado*. TEA Ediciones.
- Huebner, D. (2012). *Qué puedo hacer... para vencer mis manías*. TEA Ediciones.
- Hughes, J. N. y Barker, D. B. (1990). *The Clinical Child Interview*. The Guilford Press.
- Hunsley, J. y Mash, E. J. (2008). *A Guide to Assessment that works*. Oxford University Press.
- Kaufman, J.; Birmaher, B.; Brent, D.; Rao, U. M. A.; Flynn, C.; Moreci, P.; Williamson, D., y Ryan, N. (1997). "Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data", *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7), pp. 980-988.
- Kendal, P. C. (2006). *Child and Adolescent Therapy. Cognitive Behavioral Procedures*. The Guilford Press.
- Kim, A. J., Stenbridge, S., Lawrence, C., Torres, V., Miodrag, N., Lee, J. W., y Boyns, D. (2015). Neurodiversity on the Stage: The Effects of Inclusive Theatre on Youth with Autism. *International Journal of Education and Social Science*, 2(9), 27-39. Recuperado de: <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.1050.1487&rep=rep1&type=pdf>
- Lázaro, M. Calvo, J. y Simón, T. (2020). *La magia de las palabras. Juego para la Estimulación de la Conciencia Morfológica*. TEA Ediciones.

- Levinson, B. M. (1965). Pet psychotherapy: Use of household pets in the treatment of behavior disorder in childhood. *Psychological Reports*, 17(3), 695-698. DOI: 10.2466/pr0.1965.17.3.695
- Linaza, J. L. (1991). *Jugar y aprender*. Alhambra Longman.
- Lorente, E. (2014). Una experiencia terapéutica del uso del teatro en salud mental: A therapeutic experience using theatre in mental health: A therapeutic experience using theatre in mental health. *Revista Electrónica de Terapia Ocupacional Galicia, TOG*, 20(4) 4-4. Recuperado de <http://www.revistatog.com/num20/pdfs/original4.pdf>
- Mariah, K. (2011). *Animales Rabiosos*. TEA Ediciones.
- Marinovic, M. (1987) Expresión plástica de psicóticos: informe de una experiencia. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 25(2), 112-119.
- Marker, A. M., Steele, R. G., y Noser, A. E. (2018). Physical activity and health-related quality of life in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Health Psychology*, 37(10), 893-903. DOI: 10.1037/hea0000653
- Martínez, S. A. (2009). Arteterapia con niños en edad preescolar. *Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 4, 159-175.
- Marulanda, L. C. (2015). *Potenciación de habilidades comunicativas, a través de las terapias narrativas, en la Unidad Educativa José María Vélaz de Fe y Alegría Quito-Ecuador* (Tesis de maestría no publicada). Universidad de Guayaquil, Ecuador.
- Méndez, F.X. (2011). *El niño miedoso*. Ediciones Pirámide.
- Méndez, X., Orgilés, M. y Espada, J.P. (2004). Escenificaciones emotivas para la fobia a la oscuridad: un ensayo controlado. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(3), 505-520. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33740304>
- Mitlin, M. (2008). *El Bingo de las Emociones*. TEA Ediciones.
- Molina, J.P. (2021). Miedo a Diario. Recuperado el 28 de abril de 2021 de <https://miedodiario.es/>

- Monleón, M. B., Martínez, V. C., y Andreu, J. L. (2017). Terapia asistida con perros en niños y adolescentes. *Revista Española de*, 73(2), 79-84. Recuperado de <https://www.seinap.es/wp-content/uploads/2015/05/REP-73-2.pdf#page=24>
- Mora, M., Penelo, E., Gutiérrez, T., Espinoza, P., González, M. L., y Raich, RM. (2015). Assessment of Two School-Based Programs to Prevent Universal Eating Disorders: Media Literacy and Theatre-Based Methodology in Spanish Adolescent Boys and Girls. *The Scientific World Journal*, 1-12. DOI: 10.1155/2015/328753
- Mora, M., Penelo, E., Rosés, R., González, M. L., Espinoza, P., Deví, J., y Raich, R. M. (2016). Pilot assessment of two disordered eating prevention programs. Preliminary finding on maladaptative beliefs related to eating disorders. *Eating Behaviors*, 25(2), 51-57. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2016.08.002
- Morales, P., y Jarpa, J. M. (2010). Elementos de Arteterapia como medio de comunicación y elaboración en psicoterapia con adolescentes. *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 5, 137-152.
- Nass, M. y Nass, M. (2013). *Uno entre un millón*. TEA Ediciones.
- Nemiroff A. y Annuziata, J. (2007). *Me van a ayudar: el TDA explicado a los niños*. TEA Ediciones.
- Nemiroff A. y Annuziata, J. (2015). *Mi Primer Libro de Terapia*. TEA Ediciones.
- Neumark-Sztainer, D., Haines, J., Robinson-O'Brien, R., Hannan, P., Robins, M., Morris, B., y Petrich, C. (2008). 'Ready. Set. ACTION!' A theater-based obesity prevention program for children: a feasibility study. *Health Education Research*, 24(3), 407-420. DOI: 10.1093/her/cyn036
- Parra, G. (2000). *Bases epistemológicas de la educomunicación: definiciones y perspectivas de su desarrollo*. Quito-Ecuador: Abya-Yala.
- Pellicciari, A., Rossi, F., Iero, L., Di Pietro, E., Verrotti, A., y Franzoni, E. (2013). Draman Therapy and Eating Disorders: A Historical Perspective and an Overview of a Bolognese Project for Adolescents. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 19(7), 607-612. DOI: 10.1089/acm.2011.0623

- Pereira, A. I., Ferreira, C., Oliveira, M., Evangelista, E. S., Ferreira, J., Roberto, M. S., ... Crespo, C. (2020). Effectiveness of a combined surf and psychological preventive intervention with children and adolescents in residential childcare: A randomized controlled trial. *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*. 7(2), 22-31. DOI: 10.21134/rpcna.2020.07.2.3
- Pillado, C. M., Tabuyo, M. G., Ortiz, C. Á., Sanz, M. G., Cebrián, R. P., Cabrero, Ó. P., y de la Torre, M. (2015). Guía de intervención clínica infantil. *Centro de psicología aplicada. Universidad Autónoma de Madrid*.
- Piqueras, J.A. y Carrasco, M.A. (2018). Evaluación de problemas emocionales y nuevas tecnologías en los jóvenes. *Instituto de la Juventud*, 121, 91-115
- PSIOUS (2021). Recuperado el 29 de abril de 2021 de <https://psious.com/es/>
- Quek, L., White, A., Low, C., Brown, J., Dalton, N., Dow, D., y Connor, J. (2012). Good choices, great future: An applied theatre prevention program to reduce alcohol-related risky behaviors during Schoolies. *Drug and Alcohol Review*, 31(7), 897-902. DOI: 10.1111/j.1465-3362.2012.00453.x
- Reynolds, C. R., y Kamphaus, R. W. (2004). *BASC. Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes* (J. González, S. Fernández, E. Pérez y P. Santamaría, adaptadores). Madrid: TEA Ediciones.
- Roberts, G., Somers, J., Daew, J., Passy, R., Mays, C., Carr, G., Shiers, D., y Smith, J. (2007). On the Edge: a drama-based mental health education programme on early psychosis for schools. *Early Intervention in Psychiatry*, 2(1), 168-176. DOI: 10.1111/j.1751-7893.2007.00025.x
- Rodríguez, L, y de la Cruz, M.A. (2013). *COLETAS Y VERDI. Juego para la Prevención, la Detección y el Tratamiento del Abuso Sexual Infantil*. TEA Ediciones.
- Rodríguez, L, y de la Cruz, M.A. (2019). *Mi Gran Aventura en Bicicleta*. TEA Ediciones.
- Sattler, J. M. (2003). *Evaluación infantil, aplicaciones cognitivas, 4.ª ed., vol. I*. Editorial Manual Moderno.
- Sattler, J. M. (2003). *Evaluación infantil. Aplicaciones conductuales y clínicas. Cuarta edición, vol. II*. Editorial Manual Moderno

- Sevilla, J. y Pastor, C. (2017). Psicocuentos. *El enfado excesivo y Pinchi y su mal genio*. TEA Ediciones.
- Sheehan, D. V., Sheehan, K. H., Shytle, R. D., Janavs, J., Bannon, Y., Rogers, J. E., Milo, K. M., Stock, S. L. y Wilkinson, B. (2010). "Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID)", *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(3), pp. 313-326.
- Spielberger, C. D. (1973). *Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo para niños, STAIC*. Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)*. TEA Ediciones
- Spielberger, C.D. (1991). *Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI) (Revisite Research Edition)*. Psychological Assessment Resources.
- Srivastava, K., Das, R. C., y Chaudhury, S. (2014). Virtual reality applications in mental health: Challenges and perspectives. *Industrial Psychiatry Journal*, 23(2), 83–85. DOI: 10.4103/0972-6748.151666
- Sutton-Smith, B., and Roberts, J. M. (1964). Rubrics of competitive behaviour. *Journal of Genetic Psychology*, 105, 13-37.
- Sutton-Smith, B., y Roberts, J. M. (1981). Play, toys games and sports. In H. C. Triandis y A. Heron. *Developmental Psychology*. Nueva York: Allyn and Bacon.
- Toner, J.B. y Freeland, C.A.B. (2015). *Qué puedo hacer cuando...algo no es justo*. TEA Ediciones.
- Toner, J.B. y Freeland, C.A.B. (2015). *Qué puedo hacer cuando...me da miedo equivocarme*. TEA Ediciones.
- Turner, W. A., y Casey, L. M. (2014). Outcomes associated with virtual reality in psychological interventions: where are we now? *Clinical Psychology Review*, 34(8), 634–644. DOI: 10.1016/J.CPR.2014.10.003
- Vernon, A. (2002). *What Works When with Children and Adolescents. A Handbook of individual Counseling Techniques*. Research Press.

- Vigotsky, L. S. (1982). *El juego y su función en el desarrollo psíquico del niño*. *Cuadernos de Pedagogía*, 85, 39-48 (Versión castellana de la conferencia dada por Vygotski en el Instituto Pedagógico Estatal de Hertzsn en 1933, Leningrado).
- Villa-González, R., Villalba-Heredia, L., Crespo, I., del Valle, M., y Olmedillas, H. (2019). A systematic review of acute exercise as a coadjuvant treatment of ADHD in young people. *Psicothema*, 32(1), 67-74. DOI: 10.7334/psicothema2019.211
- Vogel, E.B. (2009). *El Planeta de los PSIMON*. TEA Ediciones.
- Webster-Stratton, C., Reid, M. y Hammond, M. (2004). Treating children with early-onset conduct problems: Intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(1), 105-124.
- Wechsler, D. (2001). *WPPSI, Escala de inteligencia para preescolar y primaria*. TEA Ediciones.
- Wechsler, D. (2015). *WISC-V, Escala de inteligencia de Wechsler para niños-V*. Pearson
- Weisz, J.R. y Hawley, K.M. (2002). Developmental factors in the treatment of adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 21-43.
- Wiederhold B.K., Miller I., Wiederhold M.D. (2018). Augmenting Behavioral Healthcare: Mobilizing Services with Virtual Reality and Augmented Reality. In: Rivas H., Wac K. (eds) *Digital Health. Health Informatics*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-61446-5_9
- Zeigh, J. F. (1992). *Un Seminario Didáctico con Milton H. Erickson*. Amorrourtu.
- Zwiers, M. L. y Morrissette, P. J. (1999). *Effective Interviewing of Children: A Comprehensive Guide for Counselors and Human Service Workers*. Taylor & Francis Group.

6. ANEXOS

Anexo 1. Hitos del desarrollo evolutivo

	0 – 3 AÑOS	3 – 6 AÑOS	6 – 12 AÑOS	12 – 20 AÑOS
DESARROLLO FÍSICO	<p>Rápida ganancia de estatura y peso.</p> <p>Crecen neuronas y forman interconexiones en el cerebro.</p> <p>Los infantes se mueven, empujan hacia arriba, se sientan, gatean y eventualmente caminan.</p> <p>Los infantes alcanzan, asen y recogen objetos pequeños.</p> <p>Visión 20/20 hacia los 6 meses, con percepción profunda y reconocimiento de patrones, rostros, formas y colores.</p> <p>Los infantes escuchan un amplio rango de frecuencias.</p>	<p>La estatura y el peso continúan aumentando rápidamente.</p> <p>El cuerpo se vuelve menos redondeado y más musculoso.</p> <p>El cerebro crece, continúan desarrollándose interconexiones neuronales y surge la lateralización.</p> <p>Las habilidades motrices gruesas y finas avanzan rápidamente.</p> <p>Los niños pueden lanzar y atrapar balones, correr, usar tenedores y cucharas y amarrarse las agujetas de sus zapatos.</p> <p>Comienzan a usar preferentemente una mano.</p>	<p>El crecimiento se vuelve lento y estacionario.</p> <p>Desarrollo de músculos y pérdida de la “cara de bebé”.</p> <p>Continúan mejorando las habilidades motrices gruesas (andar en bicicleta, nadar, patinar, atrapar pelotas) y las finas (escribir, teclear, abrochar botones).</p>	<p>Las niñas comienzan el brote de crecimiento adolescente alrededor de los 10 años, los niños alrededor de los 12 años.</p> <p>Las niñas llegan a la pubertad alrededor de los 11 o 12 años, los niños alrededor de los 13 o 14 años.</p> <p>Desarrollo de características sexuales primarias (afectan los órganos reproductores), así como de las secundarias (vello púbico y axilar en ambos sexos, mamas en niñas, voz grave en niños).</p>
DESARROLLO COGNOSCITIVO	<p>Los infantes comienzan a comprender la permanencia de objeto y “experimentan” con el mundo físico.</p> <p>Comienza el uso de representación y símbolos.</p>	<p>Los niños muestran pensamiento egocéntrico (ven el mundo desde su perspectiva) y “centración”, pues se enfocan sólo en un aspecto de un estímulo.</p>	<p>Los niños aplican operaciones lógicas a los problemas.</p> <p>Surge la comprensión de la conservación (que los cambios en forma no necesariamente afectan la</p>	<p>Prevalece el pensamiento abstracto. Los adolescentes usan lógica formal para considerar problemas de forma abstracta.</p>

	<p>Aumenta la rapidez del procesamiento de información. El lenguaje se desarrolla rápidamente a través de balbuceos, holofrases y habla telegráfica.</p>	<p>Mejoran la memoria, el periodo de atención y el pensamiento simbólico, y comienza el pensamiento intuitivo. El lenguaje mejora rápidamente (longitud de las oraciones, vocabulario, sintaxis y gramática).</p>	<p>cantidad) y la transformación (que los objetos pueden pasar por muchos estados sin cambiar). Los niños pueden “descentrar”, tomar en cuenta múltiples perspectivas. Mejoran la codificación, el almacenamiento y la recuperación de memoria, y se desarrollan estrategias de control (metamemoria). Mejoran el lenguaje pragmático (convenciones sociales) y la conciencia metalingüística (autosupervisión).</p>	<p>Es típico el pensamiento relativo, no el absoluto. Mejoran las habilidades verbales, matemática y espacial. Los adolescentes son capaces de pensar hipotéticamente, dividir la atención y supervisar el pensamiento a través de la metacognición. Desarrollo del egocentrismo, con una sensación de que uno siempre es observado. Son típicas la autoconciencia y la introspección. Una sensación de invulnerabilidad conduce a los adolescentes a ignorar el peligro.</p>
<p>DESARROLLO SOCIAL/DE LA PERSONALIDAD</p>	<p>Los infantes muestran diferentes temperamentos y niveles de actividad. Las expresiones faciales parecen reflejar emociones; comprenden las expresiones faciales de otros.</p>	<p>Los niños desarrollan autoconceptos, que por lo general sobreestiman sus habilidades. Surge un sentido de identidad de género y étnica.</p>	<p>Los niños se refieren a los rasgos psicológicos para definirse a sí mismos. El sentido del yo se vuelve diferenciado. Se usa la comparación social para comprender la posición e identidad propias.</p>	<p>El autoconcepto se organiza, se precisa y refleja las percepciones de otros. La autoestima se diferencia. Definir la identidad es una tarea clave. Las</p>

	<p>Los infantes comienzan a sentir empatía. Surge un estilo de vinculación con los demás</p>	<p>Los niños comienzan a ver a los pares como individuos y entablan amistades con base en la confianza y los intereses compartidos. La moralidad se basa en reglas y se enfoca en recompensas y castigos. El juego se vuelve más constructivo y cooperativo, y las habilidades sociales cobran importancia.</p>	<p>La autoestima se diferencia, y se desarrolla un sentido de autoeficacia (una valoración de lo que uno puede y no puede hacer). Ante los problemas morales, el niño intenta mantener el respeto social y aceptar lo que la sociedad define como correcto. Difieren los patrones de amistad entre niños y niñas. Los niños interactúan principalmente en grupos, y las niñas tienden a interactuar solas o en pares con sus amigas.</p>	<p>relaciones con los pares permiten la comparación social y ayudan a definir roles aceptables. Los conflictos de popularidad de vuelven agudos; la presión de los pares puede reforzar la conformidad. La búsqueda de autonomía de los adolescentes produce conflictos con los padres conforme se renegocian los roles familiares. La sexualidad toma importancia en la formación de identidad. Comienzan las citas.</p>
--	--	---	--	---

Anexo 2. Juegos

Lenguaje	<i>“La magia de las palabras. Juego para la Estimulación de la Conciencia Morfológica”</i> (Lázaro, Calvo y Simón, 2020) (6-12 años).
Emociones	<p>Expresión emocional: <i>“El bingo de las emociones”</i> (Mitlin, 2008) (a partir de 6 años).</p> <p>Autoestima: <i>“Uno entre un millón”</i> (Nass y Nass, 2013) (6-12 años).</p> <p>Duelo: <i>“Adiós Tristeza”</i> (Bisenius y Norris, 2005) (6-18 años).</p> <p>Ira: <i>“Animales rabiosos”</i> (Mariah, 2011) (5-10 años).</p>
Pensamiento	<i>“El planeta de los Psimon”</i> (Vogel, 2009) (8-14 años).
Atención	<i>“CEM. Creciendo en Mindfulness”</i> (Delgado, Pérez et al., 2019) (edad no especificada).
Abuso sexual infantil (ASI)	<i>“COLETAS Y VERDI. Juego para la Prevención, la Detección y el Tratamiento del Abuso Sexual Infantil”</i> (Rodríguez y de la Cruz, 2013) (6-12 años).
Violencia de género	<i>“Mi gran aventura en bicicleta”</i> (Rodríguez y de la Cruz, 2019) (6-12 años).
Acoso escolar	<i>“El Juego sobre el Acoso Escolar”</i> (Berg, 2007) (a partir de 8 años).
Divorcio	<i>“Mi familia ha cambiado”</i> (Berg, 2007) (a partir de 8 años).
Habilidades sociales (HSS)	<p><i>“El juego de las habilidades sociales”</i> (Berg, 2010) (a partir de 8 años).</p> <p><i>“Olimpiadas felinas”</i> (de la Cruz, 2017) (7-11 años).</p> <p><i>“El juego de las pistas”</i> (Creative Therapy Store, 2013). (6-16 años).</p>

Anexo 3. Programas de teatro

<p>Prevención de los Trastornos de Conducta Alimentaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Programa de Haines, Neumark-Sztainer, y Morris (2008) (8-11 años) ➤ Programa de Neumark-Sztainer et al. (2008) (8-11 años y padres) ➤ Programa de Mora et al. (2015) (12-15 años) ➤ Programa de Mora et al. (2016) (12-15 años)
<p>Prevención de consumo de sustancias</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Programa de Quek et al. (2012) (17 años)
<p>Prevención de episodios psicóticos iniciales</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Programa de Roberts et al. (2007) (14-22 años)
<p>Tratamiento de los Trastornos de Conducta Alimentaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Programa de Pellicciari et al. (2013) (14-19 años)
<p>Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Programa de Corbett et al. (2011) (6-17 años) ➤ Programa de Corbett et al. (2014) (8-17 años) ➤ Programa de Corbett et al. (2016) (8-14 años) ➤ Programa de Corbett, Blain, Ioannou, y Balsler (2017) (8-14 años) ➤ Programa de Kim et al. (2015) (15 años)