



Grado en Psicología
Trabajo Final de Grado
Curso 2016/2017
Convocatoria Septiembre

Modalidad: Programa de intervención

Título: “Programa de intervención psicológica en víctimas infantiles de atentados terroristas”.

Autora: Cristina Mateo Bernal

Tutora: Yolanda Quiles Marcos

Elche, a 5 de Septiembre de 2017

Índice

Resumen	1
1. Introducción	3
1.1. Marco teórico	3
2. Metodología	6
2.1. Participantes	6
2.2. Procedimiento.....	6
2.3. Evaluación	7
3. Resultados.....	9
Diseño del programa.....	10
Sesión 1 “Qué sabes de las emociones”	10
Sesión 2 “Qué sentimos y cómo lo decimos”	13
Sesión 3 “Historia de superación”	18
Sesión 4 “Nos sentimos bien, dormimos mejor”.....	22
Sesión 5 “Aprendemos a relajarnos”	25
Sesión 6 “Ponte en mi lugar”	28
Sesión 7 “Rompeamos barreras”	29
Sesión 8 “¿Qué hemos aprendido?”	31
4. Conclusiones	32
5. Referencias Bibliográficas.....	33
6. Anexos.....	37

Resumen

En la actualidad acontecen actos violentos de forma diaria e indiscriminada, incluyendo multitud de víctimas menores de edad, que lo son, no solo de forma directa a través de actos terroristas en sí, sino por las consecuencias y alcance que éstos tienen. Freemont (2004) sostiene que los jóvenes, menores de edad, tienen un mayor riesgo de desarrollar graves secuelas psicológicas que pueden perdurar en su desarrollo. Estas consecuencias son depresión, ansiedad, estrés postraumático, fobias, etc. El abordaje de esta problemática se ha realizado por lo general en víctimas adultas y de forma individualizada. Existe escasa bibliografía centrada específicamente en el colectivo infantil y sobre todo, desde un abordaje grupal. Por ello, el objetivo de este trabajo ha sido desarrollar un programa de intervención psicológica con el objetivo general de disminuir el malestar psicológico y secuelas producidas por dichos atentados centrándose en víctimas infantiles.

Para ello se han desarrollado ocho sesiones teórico/prácticas donde se trabaja para mejorar los síntomas de los trastornos que se sufren a causa de un atentado terrorista. El programa se implementará durante dos meses y se realizará una evaluación pre y post intervención con los siguientes cuestionarios; *Inventario de Depresión Infantil (CDI)*, *Escala de Trauma de Davidson (DTS)*, *Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado-Rasgo en Niños (STAIC)* e *Inventario Revisado de Exploración de Miedos para Niños (FSSC-R)*.

Palabras clave: Niños, atentados terroristas, intervención, trastorno de estrés postraumático, secuelas, víctimas infantiles.

Abstract

Nowadays there are violent acts indiscriminately daily, including a wide variety of under-age victims, not only in a direct way through terrorist attacks but by the consequences and range that the terrorist actions carry. Freemont (2004) argues that young minors have a greater risk of developing serious psychological sequels that may persist in their development. These consequences are depression, anxiety, post-traumatic stress disorder, phobias, etcetera. The comprehensive approach of this problematic subject has been made, generally, individually within adult victims. A low amount of bibliography has been found, especially regarding children collective from group dynamics. Thus, the aims and objectives of this work ties together on the

development of a psychological intervention program willing to reduce the psychological discomfort and the negative results produced by terror attacks focused particularly on children.

For that purpose eight theoretical and practical sessions have been created to improve and ameliorate the disorders created from terrorist attacks. The project within eight sessions will be implemented during two months, where an evaluation of pre/post accident intervention would take place within the following questionnaire design: *Inventario de Depresión Infantil (CDI)*, *Escala de Trauma de Davidson (DTS)*, *Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado-Rasgo en Niños (STAIC)* e *Inventario Revisado de Exploración de Miedos para Niños (FSSC-R)*.

Key words: Children, terrorist attacks, intervention, post-traumatic stress disorder, consequence, minor victims.



1. Introducción

1.1. Marco teórico

Hoy en día, en la crónica de actualidad se encuentran habitualmente noticias tales como; tragedias, matanzas, catástrofes, atentados... Noticias generalmente negativas que van influyendo al ser humano en su formación de la personalidad y carácter, creando así un caparazón para con estos infortunios, viéndolos por tanto “normales y usuales” sin tener preocupación o alarma social por ellos. Algunas de estas noticias, entre otras muchas, relatan las guerras diarias en Irak, Siria, Afganistán, Arabia Saudita, Pakistán, Sudán del Sur, las rebeliones y/o sublevaciones en países del sur de América, los delitos/crímenes del narcotráfico, los casos de violencia de género, etc.

Actualmente, numerosos atentados están acaeciendo en Europa, 19 aproximadamente en estos dos últimos años y medio, siendo cada vez mayor en número y con mucha más frecuencia. Desde 2004 hasta 2017, hubieron siete acciones terroristas (incluyendo el 11-M), lo que demuestra que ha oscilado una media de un ataque terrorista (atentado) cada dos años a uno cada mes (Baquero, 2017). Más concretamente los países que más han sufrido o sufren de terrorismo son: Francia, Reino Unido y Alemania, pero también Noruega, España, Bélgica, Bulgaria, Grecia, Dinamarca, Suecia e incluso EEUU (Galán Caballero, 2017).

En el caso concreto de España, destacan, sobre todo, las acciones terroristas llevadas a cabo por “ETA”, así como el atentado que se produjo en Madrid el 11 de Marzo casi de forma simultánea en diferentes estaciones de tren, en el que fallecieron 192 personas. Se destaca también el que, desgraciadamente acaba de suceder en Barcelona el pasado 17 de Agosto de 2017, en uno de los sitios más emblemáticos de la ciudad, La Rambla. Un lugar peatonal en el que un terrorista miembro de una célula Yihadista arrojaba con un furgón todo lo que estaba a su paso, los datos de los fallecidos hasta la actualidad son de 16 víctimas de diferentes nacionalidades y más de 120 heridos, entre los que también se encuentran dos niños.

Según Echeburúa, del Corral y Amor (2002) “los delitos violentos como atentados terroristas, son sucesos negativos, vividos de forma brusca, que generan terror e indefensión, ponen en peligro la integridad física o psicológica de una persona y dejan a la víctima en tal situación emocional que es incapaz de afrontarla con sus recursos psicológicos habituales”. El sufrir un trauma de estas características, supone

una ruptura en el estado de equilibrio, no solo de la persona implicada directamente, sino también acaba repercutiendo en el entorno familiar más cercano de la misma. Ante un delito violento siempre se ha tenido más en consideración los daños físicos sufridos por las víctimas, por encima de los psicológicos y esto afortunadamente está cambiando en la actualidad (Echeburúa et al., 2002).

Además de una posible afectación física, tal y como se ha comentado antes, también la hay psicológica, siendo éste último factor muy importante para la recuperación emocional y diaria de una persona. Dichos sucesos ocasionan daños psicológicos, que en ocasiones, pueden llegar a ser irreparables, y si no son tratados por especialistas en la materia y por un tratamiento adecuado pueden evocar graves complicaciones en la vida del afectado. Las síntomas más comúnmente experimentados son: alteraciones del sueño y de la alimentación, ira, agresividad/conductas violentas, conductas de regresión, abuso de sustancias, sentimientos de inseguridad, de culpa, baja autoestima, etc., lo que refleja en última instancia un malestar emocional y problemas de adaptación en su rutina diaria (Echeburúa et al., 2004).

Como se observa en el estudio realizado por García-Vera y Romero Colino (2004) uno de los trastornos más comunes que sufren los niños tras un atentado es el trastorno de ansiedad, más concretamente; el trastorno de estrés postraumático. Según Planas (s.f) a pesar de que la epidemiología del TEPT en niños ha sido escasa, se estima que entre un 50 y un 75% de los niños víctimas de un hecho traumático van a padecer un cuadro de TEPT, porcentaje más elevado que en adultos. La clínica es similar a la de éstos, pero como se explica más adelante, se diferencian en la forma de expresión. No está demostrado si es comorbilidad o es el TEPT el que actúa como detonante de otros síntomas, pero pueden además sufrir cuadros depresivos, de ansiedad generalizada, fobia, etc.

Pereda (2012) afirma que “el impacto psicológico del terrorismo en los menores constituye un problema de salud pública sobre el que existe escasa investigación en nuestro país”, siendo además la asistencia a estos menores escasa por parte de los especialistas de salud mental. Freemont (2004) sostiene que los jóvenes (menores de edad) víctimas de atentados terroristas tienen un mayor riesgo de desarrollar graves secuelas psicológicas y sociales que pueden perdurar en su desarrollo. Aunque no todos estos menores, víctimas de atentados, muestran síntomas psicopatológicos o un

cambio en la actividad habitual, sino que se recuperan de esta experiencia traumática de manera diligente (Pine y Cohen, 2002).

Por este motivo, es necesario intervenir con niños víctimas de un hecho traumático debido a un atentado terrorista, para así poder evitar síntomas negativos, o en caso de que ya los sufran, ayudar a superarlos y que no interfieran en su vida diaria. (Masten, 2001).

Cabe destacar que hay un creciente interés por la *victimización infantil*; que “defiende que los niños y niñas sufren la misma victimización que los adultos pero, a su vez, se encuentran en una posición de mayor riesgo para la vivencia, directa o indirecta, de otras muchas victimizaciones” (Williams, 2007). Esto lleva a “considerarlos el grupo de edad más vulnerable en el ámbito de la victimología” (Pereda, 2012).

Dado que es el grupo más vulnerable, un aspecto también importante es que, a pesar de que sufren la misma victimización que los adultos, es delicado debido a que los niños no expresan sus sentimientos y emociones de forma abierta y verbalmente como los adultos, lo hacen a través de su comportamiento. Que se expresen de forma verbal tiene correlación con la edad, su grado de desarrollo, su personalidad y la red de apoyo familiar y social que tengan. Los niños más pequeños lo expresan mediante conductas de retraimiento y pérdida de hábitos y destrezas que ya poseían. Sufren además de una gran dependencia debido a la ansiedad por separación. No es hasta los 8-9 años donde el niño será capaz, gracias a su mayor desarrollo, de expresar de forma fiel los acontecimientos.

Por último, también existen diferencias individuales debidas al sexo, las niñas tienen menos dificultades que los niños a la hora de expresarse, éstas tienden a sufrir más síntomas ansiosos y depresivos, sin embargo, en los niños son más comunes los trastornos de conducta. (Echeburúa et al., 2004).

En base a los estudios encontrados que versan sobre tratamientos psicológicos e intervenciones individuales en víctimas de atentados terroristas (Carrasco Ortiz y Martorell, 2010; García-Vera y Romero Colino, 2004; Iruarrizaga, Miguel-Tobal, Cano-Vindel y González-Ordí, 2004; Magaz y Camacho, 2004; Martínez, 2004) no se han encontrado programas de intervención grupal en adultos y tampoco en lo que ocupa a este trabajo, que es especialmente el colectivo infanto-juvenil.

Las variables individuales que tendremos en cuenta para este trabajo serán: habilidades de gestión de emociones o expresión de emociones, solución de problemas y resiliencia. Respecto a estas variables individuales se ha otorgado una especial relevancia a la resiliencia, que como dice Becoña (2006) es la capacidad de superar situaciones difíciles y ser capaz de tener un desarrollo exitoso a pesar de las circunstancias adversas, y en ello influyen elementos como el temperamento del niño, la inteligencia, el locus de control interno de éste, la familia y el ambiente en el que se ha criado (Kumpfer et al., 1998). También se trabaja para dotar a los niños de herramientas para la resolución de problemas, fomentar buenas habilidades de comunicación positivas que ayuden a poder expresar qué sienten y qué temen en las diferentes situaciones que se pueden generar día a día.

Por ello, el *objetivo general* de este trabajo es diseñar un programa para disminuir el malestar psicológico y secuelas producidas por atentados terroristas en víctimas infantiles.

2. Metodología

2.1. Participantes

Los participantes a los que va dirigido este programa son niños de entre 8 y 14 años miembros de la Asociación de Víctimas de Terrorismo (AVT). Esta asociación fue fundada en 1981 con el objetivo de apoyar y asesorar a todas las víctimas del terrorismo que se veían desprotegidas por el Estado, consiguiendo que se tomaran medidas políticas, sociales y judiciales necesarias para amparar a dichas víctimas. Se formarán grupos de 12-15 niños/as.

2.2. Procedimiento

Para llevar a cabo el programa de "*Intervención psicológica en víctimas infantiles de atentados terroristas*" se ha de contactar con la Asociación de Víctimas de Terrorismo mediante correo electrónico para plantear dicho proyecto, y concretar una reunión donde se expliquen los objetivos del programa, el procedimiento de éste, los instrumentos, y ante todo, clarificar que todos los datos e información que se tratarán en él serán confidenciales.

El desarrollo del programa se llevará a cabo en las instalaciones de la asociación situada en Madrid, donde se encuentra su sede central. Este programa está

constituido por ocho sesiones, impartidas una vez a la semana con una duración de 90 minutos cada una aproximadamente, por lo que, en su totalidad, el programa durará dos meses. La estructura a seguir de todas las sesiones será; comenzar con una introducción teórica donde se explica la secuela o trastorno psicológico, y a continuación actividades relacionadas con dicho trastorno.

2.3. Evaluación

Para poder evaluar la eficacia del programa y comprobar que se han cumplido los objetivos, se administrarán cuatro cuestionarios, todos ellos convenientemente adaptados para niños, en la primera sesión al comenzar el programa y nuevamente al finalizar la última sesión de éste. De esta forma se podrá comprobar las diferencias halladas en los participantes debido al programa.

Inventario de Depresión Infantil (CDI) (Kovacs, 1992). Adaptado por Del Barrio y Carrascos (2004) (Anexo I). Es un cuestionario dirigido a población infantil y adolescente, entre 7 y 15 años, cuyo objetivo es evaluar síntomas depresivos. Su administración puede ser de forma individual o colectiva y su duración es de 10-25 min aproximadamente, dependiendo de la destreza lectora del niño. El test puede ser cumplimentado tanto por el niño como por un adulto autorizado (padres y profesores). Debe contestar a una de las tres opciones que se le muestran, según el grado en el que así se sienta o se haya sentido en las dos últimas semanas, corresponde a una escala tipo Likert, en la que la primera frase indica "normalidad" (puntuación 0), la segunda "cierta intensidad" (puntuación 1) y la última "presencia inequívoca" (puntuación 2) de un síntoma depresivo. Por lo que la puntuación directa se obtiene sumando estas respuestas, las cuales pueden sumar un total de entre 0 y 54 y donde el punto en el que se considera depresión es 19, siendo de mayor intensidad la sintomatología cuando la puntuación sea mayor.

Los datos sobre fiabilidad de este inventario indican que es aceptable, dado que se obtiene un alfa de Cronbach de 0,785.

Escala de Trauma de Davidson (DTS) (Davidson, 1997. Adaptada por Bobes y cols., 1999). (Anexo II). Esta escala fue desarrollada con el objetivo de medir la frecuencia y gravedad de los síntomas del trastorno de estrés postraumático en sujetos de entre 13 y 18 años, que han pasado situaciones estresantes o traumáticas. Está formada por 17 ítems, los cuales están relacionados directamente con los criterios del DSM IV. El niño debe contestar a dos

elementos de cada ítem, la frecuencia en la que se presenta y la gravedad, ambas se contestan en forma de escala Likert (5 puntos), donde 0 = nunca o gravedad nula y 4 = a diario o gravedad extrema. Los resultados se pueden conseguir de forma diferente, mediante la suma de la puntuación total de todos los ítems (de 0 a 136) o con la suma de las dos escalas de frecuencia y gravedad (de 0 a 68), donde se ha considerado punto de corte 40 puntos, y cuanto mayor puntuación obtenga mayor frecuencia/gravedad.

La fiabilidad de esta escala es elevada, se obtiene una fiabilidad de 0.86, y una consistencia interna para cada escala también elevada con un alfa de Cronbach de 0,97 (escala de frecuencia), 0,98 (escala de gravedad) y 0,99 (escala total).

Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado-Rasgo en Niños (STAIC) (Spielberger, 1973). Adaptado por el Dpto. de I+D+i de TEA Ediciones (1989) (Anexo III). Este cuestionario está diseñado para evaluar de forma específica el factor de ansiedad en niños en edad escolar (9-15 años). Se puede aplicar de forma individual o colectiva, y su duración es de entre 15 y 20 minutos. Consta de dos escalas; la primera ansiedad como estado transitorio, es decir, escala Ansiedad-Estado, la cual contiene 20 elementos donde el niño puede expresar como se siente en un momento determinado. Debe contestar el grado en que está de acuerdo con los sentimientos indicados en una escala de 1 a 3 (1; nada, 2; algo, 3; mucho). La segunda se trata de la escala Ansiedad-Rasgo, esta vez como un estado permanente del sujeto, como la anterior, está compuesta por 20 elementos donde el niño puede indicar cómo se siente en general. En esta ocasión se trata de medir la frecuencia de los sentimientos, también mediante una escala de 1 a 3 (1; casi nunca, 2; a veces, 3; a menudo). Este cuestionario tiene un alfa de Cronbach de 0.70.

Inventario Revisado de Exploración de Miedos para Niños (FSSC-R) (Ollendick, 1983. Adaptado por Sandín, 1997) (Anexo IV). El objetivo de este cuestionario es evaluar el grado de temor de los niños; en este caso el rango de edad es de entre 7 y 16 años. Está formado por 80 ítems, los cuales deben ser indicados por el sujeto mediante una escala de 1 a 3 siendo, 1; nada, 2; algo y 3; mucho, según el grado de miedo que le de cada uno. Dicho cuestionario se divide en cinco factores; miedo al peligro y la muerte, miedo al fracaso y a la crítica, miedo a lo desconocido, miedo a animales y por último miedos médicos. En cuanto a los datos psicométricos de este test, se ha

demostrado que su consistencia interna es excelente, con un alfa de Cronbach de 0.94.

3. Resultados

A continuación se presenta un cuadro-resumen de las sesiones que van a impartirse y los objetivos que en ellas se quieren lograr. Además, de manera consecutiva, se explica detalladamente las sesiones que forman el programa y el material necesario para ellas.

Tabla 1.

Sesiones y objetivos específicos que se van a tratar

Sesiones	Objetivos Específicos
Sesión 1 “¿Qué sabes de las emociones?”	- Tomar conciencia de las diferentes emociones
Sesión 2 “Mejorando nuestra comunicación”	- Identificar los síntomas depresivos que sufren. - Adquirir y fortalecer habilidades sociales para comunicar las emociones y los síntomas.
Sesión 3 “Historia de superación”	- Aumentar el conocimiento sobre el trastorno de estrés postraumático. - Adquirir conocimientos sobre el término resiliencia.
Sesión 4 “Nos sentimos bien, dormimos mejor”	- Adquirir estrategias para resolver problemas de forma óptima. - Mejorar los hábitos diarios para un mayor descanso durante el sueño.

Sesión 5 “Aprendemos a relajarnos”	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar los síntomas ante un elemento ansiógeno. - Realizar de forma correcta ejercicios de relajación, para disminuir la activación fisiológica.
Sesión 6 “Ponte en mi lugar”	<ul style="list-style-type: none"> - Adquirir estrategias adaptativas de afrontamiento.
Sesión 7 “Rompeamos barreras”	<ul style="list-style-type: none"> - Ser capaz de afrontar adecuadamente un estímulo fóbico en un contexto real.
Sesión 8 “¿Qué hemos aprendido?”	<ul style="list-style-type: none"> - Analizar y reforzar los recursos aprendidos durante el programa

Diseño del programa

Sesión 1 “Qué sabes de las emociones”

Objetivo específico

- Tomar conciencia de las diferentes emociones.

Desarrollo de la sesión

En esta primera sesión me presentaré personalmente y se les expondrá el contenido del programa completo, para que conozcan los temas que se van a tratar y los objetivos a conseguir en cada una de las sesiones y en general.

Antes de comenzar con la parte teórica de la primera sesión, se lleva a cabo el pase de los cuestionarios que deben cumplimentar. Para ello, se les dará las instrucciones pertinentes como que han de ser lo más sinceros posible y que no hay respuestas erróneas. Los cuestionarios son; *Inventario de Depresión (CDI)*, *Escala de Trauma de Davidson (DTS)*, *Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado-Rasgo*

en Niños (STAIC) e Inventario Revisado de Exploración de Miedos para Niños (FSSC-R) para depresión, trastorno de estrés postraumático, ansiedad y fobia específica respectivamente.

A continuación se inicia la parte teórica con una breve explicación sobre las diferentes emociones y cómo identificarlas.

Emociones

Como indican González, Barrull, Pons y Marteles (1998), continuamente estamos experimentando alguna emoción o sentimiento, incluso a lo largo del día van variando según lo que nos acontece. La cuestión es que no siempre somos conscientes de lo que estamos sintiendo o no sabemos expresarlo de la mejor forma, lo intentamos mediante diferentes términos incluso haciendo uso de gestos. Éstas pueden ser positivas o negativas, además de variar en intensidad.

Las emociones son un sistema de procesamiento de información fundamental para la supervivencia y adaptación al medio, es el encargado de dirigir los demás recursos psicológicos indispensables para atribuir la respuesta más adecuada y de la forma más rápida, ante una situación determinada (Fernández-Abascal et al., 2010). Debemos diferenciar entre el término emoción y sentimiento, éste último es la evaluación por momentos que la persona hace ante las diferentes situaciones a las que se enfrenta, siendo impresiones pasajeras apenas apreciables. Al contrario, las emociones son intensas y muy breves (Fernández-Abascal et al., 2010).

Las funciones de las emociones son:

- ❖ *Función adaptativa:* Facilita la conducta apropiada en cada situación.
- ❖ *Función social:* Facilita la comunicación no verbal, anticipa la conducta futura y facilita la interacción social.
- ❖ *Función motivacional:* La emoción determina la aparición de la conducta de motivación, para conseguir metas.

Las emociones se clasifican en dos tipos: *primarias* ligadas a la maduración neurológica del niño (sorpresa, asco, miedo, alegría, tristeza e ira) y *secundarias* creadas a partir de la influencia social y las capacidades cognitivas (culpa, vergüenza, orgullo, celos, azoramiento, arrogancia, bochorno etc) (Fernández-Abascal et al., 2010).

Éstas están formadas por cuatro dimensiones (Fernández-Abascal et al., 2010):

- ❖ Sentimental/cognitiva subjetiva (experiencia emocional): sentimiento, estado emocional.
- ❖ Estimulación corporal (reacciones fisiológicas): preparación física (ejemplo: latidos)
- ❖ Intencional/funcional: la finalidad de la emoción, para qué sirve (ejemplo: Ira para luchar).
- ❖ Social-expresivo (Conductual y social): facilita la comunicación social (ejemplo: cara de felicidad).

Definimos de forma específica cada emoción primaria (Fernández-Abascal et al., 2010):

- ❖ *Sorpresa*: Su principal función es la *exploración*, suscitando una reacción emocional y comportamental ante situaciones novedosas y favoreciendo la curiosidad y el interés.
- ❖ *Asco*: Su función es la de *rechazar* estímulos que puedan ser desagradables o dañinos, utilizando el escape o evitación. Además de potenciar conductas saludables.
- ❖ *Miedo*: Favorecer respuestas para escapar o evitar una situación de riesgo. Centra la atención en el estímulo para optimizar las respuestas de la manera más rápida y con mayor precisión. Por lo que su principal función es la de *protección*.
- ❖ *Alegría*: Función de *afiliación* la cual sirve para estimular la capacidad de disfrutar aspectos diarios. Hace la vida más agradable y aumenta la participación social.
- ❖ *Tristeza*: Función principal es la de *reintegración*, aumentando la cohesión con otras personas que padecen una situación similar. Ante esta emoción se tiende a reducir las actividades que antes se realizaban y se tiende a demandar la ayuda de los demás. Fomentando así empatía.
- ❖ *Ira*: Principal función es la *autodefensa* focalizando la energía necesaria para llevar a cabo reacciones de atacar o defender, y recuperar de esta forma el control perdido.

Para trabajarlas de forma dinámica y que los niños la lleven a la práctica se realizan las actividades siguientes.

Actividad 1 - Emociones

¿Qué emoción soy?

Cada niño se coloca en la cabeza una de las cintas elásticas que se reparten al comenzar la sesión, en ella se pondrán una tarjeta (Anexo V) en la que estará escrita una emoción (no pueden verla ellos mismos) el resto de compañeros deberán definirle dicha emoción para que éste la adivine.

La mímica de las emociones

En esta ocasión uno de los niños piensa una emoción sin decírsela a sus compañeros, lo que tendrá que hacer es intentar mediante gestos que éstos la adivinen. Podrán utilizar objetos que tengan a su alcance, pero no producir sonidos.

Las emociones de nuestras historias

Todos los niños se posicionan sentados en círculo, incluida la psicóloga. En el centro y boca abajo se habrán colocado tarjetas con emociones tanto primarias como secundarias y por turnos, los niños irán cogiendo dos tarjetas y volviendo a su lugar. Una vez sentados de nuevo éste leerá en voz alta qué emociones le ha tocado. A continuación, debe contar al resto de la clase dos situaciones que haya vivido en las que sintiera dichas emociones. Puede comenzar la historia con la frase: "Yo he sentido la emoción "X" cuando/un día que...". Una vez terminada la historia o bien se vuelven a poner las tarjetas en su sitio para volver a utilizarlas o puede quedárselas. El procedimiento se repetirá hasta que todos hayan contado su experiencia.

Al finalizar en forma de reflexión se les preguntará las siguientes cuestiones:

- ¿Os ha resultado complicado hablar de emociones y contar vuestra experiencia?
- ¿Estando un compañero contando su historia, en algún momento habéis reconocido una situación parecida en vuestro caso?

Los materiales necesarios para la realización de esta sesión son:

El Inventario de Depresión (CDI), Escala de Trauma de Davidson (DTS), Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado-Rasgo en Niños (STAIC), Inventario Revisado de Exploración de Miedos para Niños (FSSC-R), dispositivo de proyección para las transparencias, material en formato de presentación PowerPoint (Anexo), bolígrafos, cintas elásticas para el pelo y por último tarjetas recortadas de emociones (Anexo).

Sesión 2 "Qué sentimos y cómo lo decimos"

Objetivos específicos

- Identificar los síntomas depresivos que sufren.
- Adquirir y fortalecer habilidades sociales para comunicar las emociones y los síntomas.

Desarrollo de la sesión

La segunda sesión dará comienzo con un pequeño recordatorio de lo aprendido en la sesión anterior, y solicitando a los alumnos feedback, es decir, que resuman que es lo que aprendieron durante ésta.

Seguiremos con el programa abordando de forma teórica y en profundidad el trastorno de depresión mayor, dándoles a conocer en qué consiste, cuáles son sus síntomas y cómo identificarlos para que ellos mismos sean conscientes y sepan a qué se debe los sentimientos y emociones por los que están pasando.

Trastorno de depresión mayor:

La depresión mayor es un trastorno del estado de ánimo, se da cuando los sentimientos de tristeza, pérdida, irritabilidad o frustración se sufren durante todo el día y casi todos los días, además de forma prolongada durante un largo periodo de tiempo. Lo que influye en la vida diaria de las personas que lo padecen.

¿Qué señales nos indicarían que tenemos depresión? (Medlineplus, s.f):

- ❖ Agitación, irritabilidad e ira.
- ❖ Volverse retraído o aislado.
- ❖ Fatiga y falta de energía.
- ❖ Sentimientos de: desesperanza, culpabilidad e indefensión.
- ❖ Anhedonia (pérdida de interés o placer por actividades que anteriormente se disfrutaban).
- ❖ Cambios bruscos de peso.
- ❖ Pensamientos de muerte o suicidio.
- ❖ Falta de concentración.
- ❖ Problemas de sueño (insomnio o exceso de sueño)

Para trabajar lo aprendido teóricamente y que lo adquieran a sus capacidades se realizan actividades de identificación de síntomas.

Actividad 1 - Síntomas

Identificamos los síntomas

Algunos ejemplos de situaciones diarias para reconocer los síntomas:

- “Estáis en clase de matemáticas, la profesora está explicando un problema, y os pone una actividad, la comenzáis, pero entonces recordáis que no habéis apuntado los deberes en la agenda y lo apuntáis en ese momento, y os quedáis viendo cosas de la agenda. ¿Qué os ha pasado?”
- “Volvéis a casa después del colegio esperáis que hubiese vuestro plato favorito para comer, sin embargo, hay otra cosa que no os gusta, en ese momento le pegáis un manotazo a la comida tirándola y os negáis a comer. ¿Qué os ha ocurrido?”.
- “Vuestros amigos han estado invitándoos a jugar al fútbol, ir al cine, a la feria, etc. Cosas que os encantan, pero os negáis a todo y hace semanas que no los veis. ¿Qué os pasa?, en esta ocasión podrían ser dos cosas”.
- “Entre semana tenéis que levantaros temprano para ir al colegio/instituto, pero siempre llegáis tarde porque por las noches os acostáis muy tarde, y cuando lo hacéis dais muchas vueltas en la cama, como no conseguís dormir, os ponéis a mirar el móvil, a darle vueltas a ideas o pensamientos, etc. ¿Qué ocurre?”

Por último, se llevan a cabo dinámicas relacionadas con las habilidades sociales, en especial de comunicación, para que, no solo sepan identificar los síntomas sino que también aprendan de una forma óptima y positiva a expresar éstos y sus emociones. Previamente se les explica de forma resumida cuáles son estas habilidades sociales, y además se nombran resumidamente otras técnicas de tratamiento.

Habilidades Sociales:

Según Caballo (2005) citado por Lacunza y Contini de González (2011), “las habilidades sociales son un conjunto de conductas que permiten al individuo desarrollarse en un contexto individual o interpersonal expresando sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación. Generalmente, posibilitan la resolución de problemas inmediatos y la discriminación de problemas futuros en la medida que el individuo respeta las conductas de los otros”.

Las habilidades sociales están formadas por dos componentes; comportamientos verbales y comportamientos no verbales, éstos se combinan con procesos cognitivos (pensamientos, sentimientos, etc.) para ejecutarlos de una forma correcta (Fernández, 1999; citado por Universidad de Cantabria, 2010).

Existen diversas habilidades sociales; expresar emociones y sentimientos, reconocer los expresados por otros, escuchar y mostrar empatía, iniciar contactos verbales y comunicarnos, entre otras. Pero es ésta última, la de comunicación, la que más nos interesa (Olivares et al., 2013).

Gracias a la comunicación podemos obtener información y compartirla, se considera necesaria para sobrevivir. Existen tres estilos de comunicación; *estilo asertivo*, *estilo agresivo* y *estilo pasivo*, de los cuales, el más apropiado de utilizar es el llamado *asertivo*. A continuación los describimos de forma más detallada (Blanco Romero, s.f):

- ❖ *Estilo asertivo*: Las personas que usan este estilo expresan lo que desean de forma adecuada, directa y honesta. Opinan y defienden los propios derechos e intereses, respetando a los demás. Tienen capacidad de solicitar favores. La entonación de la voz es firme, y relajada a la vez que animada, se mantiene el contacto visual de forma directa y utiliza la primera persona a la hora de dirigirse a los demás.
- ❖ *Estilo agresivo*: Es el extremo negativo, las personas que se comunican mediante este estilo solamente se preocupan por ellos mismos, por conseguir sus objetivos, y lo hacen interrumpiendo, discutiendo, amenazando, anteponiendo siempre sus necesidades, sentimientos e intereses. Por ello, suelen crear en los demás rechazo. Además, cuando hablan es gritando, con la voz fuerte, mirada penetrante y se dirige al resto con frases como “deberías”, “harías mejor si...”
- ❖ *Estilo pasivo*: Todo lo contrario, son las personas que usan el estilo pasivo, ya que no luchan por sus intereses, tiende a tener poca iniciativa y se ve a sí mismo como incomprendido, ninguneado o manipulado ante ciertas situaciones. Su forma de comunicarse es con la voz débil, en tono bajo, manos sudorosas y evita el contacto visual. Se refugia normalmente con el uso de “quizás”, “no te preocupes”, “no es importante”, etc. Esto conlleva a sentir una baja autoestima.

En cuanto a la comunicación no verbal, se puede decir que siempre acompaña al mensaje. Es imposible no comunicar, dado que esta parte de la comunicación siempre está presente mediante estos tres aspectos importantes (Pérez et al., 2012):

- ❖ *Kinesia*: Aspectos relativos a la postura, gestos, expresión facial o miradas. Conductas que implican movimiento.
- ❖ *Paralingüística*: Son aspectos no lingüísticos del habla, se trata del volumen, la entonación, el ritmo, la velocidad, vacilaciones o silencios.
- ❖ *Proxémica*: Aspectos relacionados con la demarcación de territorio, la distancia, conductas que implican espacio. Y dependiendo de la ocasión nos incomoda que invadan ese espacio.

Estos elementos nos ayudan a transmitir el mensaje que queremos hacer llegar a los demás.

Por último, un elemento importante de la comunicación es la asertividad como tal, que se define según García Higuera (2003) como “la habilidad de expresar nuestros deseos de una manera amable, franca, abierta, directa y sobretodo adecuada, logrando decir lo que queremos sin atentar contra los demás”

Antes de comenzar con las actividades, por último, se recalca que además de las habilidades sociales para mejorar los síntomas de depresión existen otras técnicas como “*estrategias de distracción*”. Consiste en bloquear los pensamientos negativos o irracionales, estado de ánimo bajo, etc., y sustituirlos por ideas o creencias más adaptativas, ¿cómo?: buscando tareas alternativas de distracción (por ejemplo, tararear una canción, recordar los deberes o citas). Y también se puede recurrir a la “*reestructuración cognitiva*” donde ante un pensamiento negativo debemos cuestionarnos preguntas como ¿qué pasaría si...? ¿qué supondría...? preguntas que nos hagan evaluar e identificar incongruencias entre lo que pensamos y lo que realmente podría pasar. Para terminar, hay otras técnicas (resolución de problemas, higiene del sueño, exposición en vivo, etc.) que iremos viendo a lo largo del programa que también son beneficiosas para este trastorno (Vázquez, Nieto, Hernangómez, y Hervás, 2004).

Actividad 2 - Habilidades sociales

El juego de las sillas

Se hacen grupos de cinco niños, se colocan tres sillas, cada una de ellas representa los estilos de comunicación explicados, en ellas se sientan tres de ellos y deberán debatir una idea que se les expondrá, con los otros dos compañeros.

Transcurridos cuatro minutos se rotaran en las sillas para que cada uno de ellos pase por todas. Finalmente deberán llegar a un acuerdo.

Las situaciones son:

- Deben ponerse de acuerdo para decidir qué actuaciones se incluirán en el festival de navidad que se realiza en el colegio.
- Dos miembros del grupo de amigos se han peleado porque uno le dejó un videojuego a otro y sin querer se ha estropeado y ahora no se hablan. Todos los del grupo se reúnen para intentar solucionar el conflicto.

Fábula de la ostra y el pez

Para seguir practicando la comunicación, en especial la asertividad, se leerá una fábula sobre una ostra y un pez (Anexo VI), a continuación, se hará un debate en el que tendrán que explicar qué han entendido de ésta y de sus personajes, y cómo creen que se han sentido éstos.

Y con estas actividades más amenas despedimos la sesión.

Los materiales necesarios para la realización de esta sesión son:

Dispositivo de proyección para las transparencias, material en formato de presentación PowerPoint y fábula de la ostra y el pez impresa.

Sesión 3 “Historia de superación”

Objetivos específicos

- Aumentar el conocimiento sobre el trastorno de estrés postraumático.
- Adquirir conocimientos sobre el término resiliencia.

Desarrollo de la sesión

Debido a lo delicado del trastorno que nos ocupa en esta sesión, se comienza dándoles un mensaje de apoyo a los niños, dejándoles claro que es normal que en momentos puntuales sufran temor a ciertas actividades, objetos o situaciones, incluso que interioricen sentimientos que afectan a la autoestima. Pero ese temor y sentimientos negativos no pueden dejar que interfieran en la vida diaria. Para ello se trabaja, en primer lugar y de forma teórica, cuáles son los síntomas del trastorno de estrés postraumático (daño psíquico, sentimientos negativos, agresividad, baja

autoestima, alteraciones del sueño...). A continuación se explica el término *resiliencia* en el que nos centramos en esta sesión y trabajaremos de forma práctica, y por último se realiza una dinámica para reforzar la autoestima.

Estrés postraumático

Según el DSM-IV-TR (2000), “el trastorno de estrés postraumático aparece cuando la persona ha sufrido, o ha sido testigo, de una agresión física o una amenaza para la vida de uno mismo o de otra persona y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión”. Los criterios diagnósticos de este trastorno son:

- ❖ Reexperimentación de la agresión sufrida (mediante pesadillas, imágenes o recuerdos constantes e involuntarios).
- ❖ Evitación conductual y cognitiva de los lugares o situaciones asociados al hecho traumático.
- ❖ Respuestas de hiperactivación (dificultades de concentración, irritabilidad y problemas de sueño).

También sufren dificultades en las relaciones personales, culpabilidad y vergüenza, quejas somáticas y problemas físicos, baja autoestima, etc. Todo ello afecta e interfiere de forma significativa en la vida diaria de la víctima, afectando a diferentes ámbitos como el entorno laboral, la vida social, etc., y repercutiendo en actividades que antes hacía y ahora ha perdido el interés (Echeburúa y Del Corral, 2004).

Resiliencia

Como afirma Barudy (2006), la resiliencia es “la capacidad de un niño/adolescente de desarrollarse suficiente bien y sano para proyectarse en el futuro como alguien no culpable, digno y valioso; a pesar de haber tenido condiciones de vida difíciles, sufrido diferentes tipos de traumas o haber padecido adversidades. Esto es posible gracias a sus recursos y a un entorno social e institucional afectivo y solidario”. Estos aspectos son importantes para adquirir a lo largo de la vida una mayor resiliencia, el apoyo tanto familiar como profesional, el estilo educativo en el que se fomenta la expresión de las emociones, etc. Y como explica Melillo (2005) los tutores de resiliencia (aquellos que ayudan a trabajar este elemento) tienen ciertas características que son; amor incondicional aceptando a la otra persona, son un estímulo y gratifican de forma afectiva los logros, tienen creatividad, iniciativa, humor y ayudan a la persona a resolver problemas por ellos mismos, sin suplantarlos.

Por último deben trabajar lo que piensan sobre sí mismos, sus capacidades y su red de apoyo, como explica en el siguiente cuadro Grotberg (1995) con los procesos que favorecen y fomentan la creación de la resiliencia.

Tabla 2
Procesos de resiliencia

<p>Yo tengo (apoyo externo)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Personas del entorno en quienes confío y que me quieren incondicionalmente. ● Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar los peligros y problemas. ● Personas que me muestran por medio de su conducta la manera correcta de proceder. ● Personas que quieren que aprenda a desenvolverme solo. ● Personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro o cuando necesito aprender. 	<p>Yo soy (fuerza interior)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Una persona por la que otros sienten aprecio y cariño. ● Feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto. ● Respetuoso de mí mismo y del prójimo.
<p>Yo estoy (fuerza interior)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Dispuesto a responsabilizarme de mis actos. ● Seguro de que todo saldrá bien. 	<p>Yo puedo (capacidades interpersonales y de resolución de conflictos)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan. ● Buscar la manera de resolver problemas. ● Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien. ● Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o actuar. ● Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito

Actividad 1 - Resiliencia

Irene Villa, una historia de superación.

Irene Villa es una joven de 38 años que con tan solo 12 fue víctima de un atentado terrorista perpetrado por ETA, se dirigía al colegio con su madre cuando al subir al coche éste explotó, ambas sufrieron graves lesiones físicas, su madre perdió una pierna y un brazo, e Irene las dos piernas y tres dedos de una mano. Fue un duro golpe, era pequeña y en ese momento no entendía por qué ella tenía que pasar por aquello, que no tenía nada que ver con política ni con los objetivos que ETA quería lograr. Pero Irene tuvo un gran apoyo de su familia, en especial de su madre, la cual le dio fuerzas y fue un ejemplo de superación, gracias a ella Irene luchó para salir adelante, es un ejemplo claro de resiliencia. Dejó atrás lo sucedido y decidió que aquello era pasado, quería conseguir sus metas y así lo ha hecho, Irene ha sido campeona del mundo de esquí, ha estudiado tres carreras, escrito varios libros, imparte conferencias en diferentes países, se casó y ha sido madre en varias ocasiones. Respecto a los responsables de su atentado, siempre ha dicho que jamás lo olvidará, es imposible, pero no les guarda rencor, ya que prefiere no anclarse en una vida de odio, no por ello ha dejado de luchar contra el terrorismo para que no sucedan actos así. Irene es un ejemplo de lucha, superación y valentía (Errázuriz, 2013)

[Vídeo Irene Villa](#) (Anexo VII).

Metáfora: “Como un corredor de motos cuando en una curva se cae, tiene dos opciones: dar la carrera por perdida o aunque sea duro y difícil levantarse, arrancar la moto y seguir corriendo aunque sea el último en llegar”.

Porque la vida nos pondrá obstáculos, sufriremos fracasos y caídas, pero por muy difíciles que sean debemos no rendirnos, trabajar y luchar para seguir adelante, contando además con el apoyo de los demás.

Actividad 2 - Resiliencia

“Yo tengo, yo soy, yo estoy, yo puedo”

Tras trabajar el término resiliencia y ver un ejemplo real con la historia de Irene Villa, se lleva a cabo esta actividad para trabajarla de forma práctica. Todos los niños se colocan en círculo, consiste en que cada uno de ellos, por orden, pondrá un ejemplo personal de cada elemento de la tabla de Grotberg (yo tengo, yo soy, yo estoy y yo puedo) aunque cada elemento contiene diferentes potenciales, sólo deberán poner un ejemplo de cada elemento (en total cuatro ejemplos). Primero deberá escoger y leer la frase que más le gusta y después asociarla a él.

Ejemplo: Pablo: “Yo puedo...hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan, como en la ocasión en la que me dio miedo en una excursión cruzar un puente y se lo dije a mi profesora, buscando su apoyo”

Actividad 2 - Autoestima

¿Qué pienso de mí?

Se les pide a cada niño que escriba en una hoja tres defectos o características de él que no le gusten y que esa hoja la introduzcan en el sobre que se les habrá proporcionado al comenzar la sesión. En el sobre estará escrito su nombre y tendrán que pasárselo al compañero que tenga al lado y éste deberá escribir en el exterior del sobre tres cosas buenas o cualidades que considere de esa persona. Tendrán que ir pasando el sobre por todos los compañeros hasta llegar de vuelta a éste.

Con este juego se quiere demostrar a los niños, que si bien consideran que tienen defectos, también tiene muchas cosas buenas y virtudes.

Los materiales necesarios para la realización de esta sesión son:
Dispositivo de proyección para las transparencias, material en formato de presentación PowerPoint con el enlace al vídeo, folios, sobres de papel y bolígrafos.

Sesión 4 “Nos sentimos bien, dormimos mejor”

Objetivos específicos

- Adquirir estrategias para resolver problemas de forma óptima.
- Mejorar los hábitos diarios para un mayor descanso durante el sueño.

Desarrollo de la sesión

Al comienzo de esta sesión se recordará de forma resumida lo aprendido en la anterior. A continuación, se procede a explicar la importancia de saber solucionar problemas de la forma más óptima y mediante los mejores recursos, para ello, con el apoyo de una presentación teórica se les define qué es la *resolución de problemas* y se les describe las diferentes técnicas existentes para conseguirlo.

Resolución de problemas

El entrenamiento en solución de problemas tiene como objetivo proporcionar a la persona un recurso que le posibilite afrontar con mayor probabilidad de éxito las situaciones estresantes que le acontezcan tomando las mejores opciones y optimizando el funcionamiento psicológico y minimizando el comportamiento desadaptativo o psicopatológico (Olivares et al., 2013).

Existen tres programas diferentes para llevarlo a cabo y son; el programa de D´Zurilla y Goldfried, la solución de problemas interpersonales de Spivack y Shure y la ciencia personal de Mahoney, y todas tienen en común las siguientes pautas en el proceso (Olivares et al., 2013).

- ❖ Definir el estresor como problema a resolver.
- ❖ Establecer objetivos realistas.
- ❖ Producir una variedad amplia de alternativas de solución.
- ❖ Pensar cómo lo resolverían otros en esa situación.
- ❖ Estimar pros y contras de las alternativas (ordenadas).
- ❖ Ensayar planes de acción y respuestas concretas.
- ❖ Aplicar la solución más viable.
- ❖ Tener en cuenta la posibilidad de fracasar, pero reforzando que lo hemos intentado.
- ❖ Valorar los progresos mediante los resultados.

Para ensayar dichas técnicas, se realizan las siguientes actividades de forma práctica:

Actividad 1 - Resolución de problemas

¿Cómo lo solucionarías?

Se les plantea a los niños diferentes problemáticas que pueden surgir en su día a día, se elegirá uno por cada tema y éste deberá, siguiendo los pasos anteriores, resolver el conflicto según crea conveniente. Los conflictos son:

- Han puesto tres exámenes juntos para dentro de dos semanas, crees que serás incapaz de aprobarlos todos.
- Te han invitado al cumpleaños del/la chica/o que te gusta, irán muchos invitados y a ti te da vergüenza.
- Tu grupo de amigos quiere hacer planes el fin de semana, unos quieren ir a la bolera y otros a la playa. Debéis llegar a un acuerdo.

- Tus padres te mandan la tarea de bañar al perro y recoger tu cuarto, cuando ellos salen de casa, tú te pones a ver la TV sabiendo que tendrá consecuencias.
- La familia se va de vacaciones a Italia, un lugar donde te encantaría ir, tus compañeros de colegio/instituto viajarán a Andorra, el destino no te gusta tanto pero si el compartir el viaje con ellos.

Actividad 2 - Resolución de problemas

A continuación, y después de hacer una ronda solucionando las situaciones hipotéticas practicando las pautas de la técnica, cada niño deberá plantear, esta vez, una situación personal real a la que haya tenido o tiene que enfrentarse y no sepa muy bien cómo hacerlo, ésta puede estar relacionada con el hecho traumático sufrido o no. Entre todos, con la ayuda de sus compañeros también, aprenderán cómo solucionarla de la mejor forma.

Se sigue con la sesión, y esta vez se les explica a los alumnos qué significa el término *higiene del sueño* y en qué consiste, enseñándoles las diferentes técnicas que pueden llevar a cabo ellos de forma autónoma en casa para mejorar su descanso.

Higiene del sueño:

Es una técnica que comprende una serie de hábitos de conducta para facilitar así, el comienzo o mantenimiento del sueño. Son medidas que deben tomar las personas con problemas de insomnio, les ayudará a minimizar el insomnio y a aumentar la calidad del sueño. Se trata de fomentar rutinas favorecedoras para la vida en general y cambiar aquellas que perjudican el sueño (café, té, colas, etc.) (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria, 2009).

- ❖ Irse a la cama sólo cuando se tenga sueño, prohibido estudiar, leer, ver TV o móvil, estando en ella.
- ❖ Levantarse todos los días a la misma hora, aunque se haya dormido poco.
- ❖ No estar en la cama despierto demasiado tiempo, si a los 20 minutos no te has dormido, levántate y haz alguna actividad aburrida hasta que notes signos de somnolencia.
- ❖ No dormir siesta.
- ❖ Moderar el consumo de bebidas excitantes o alcohol.

- ❖ No comer en exceso antes de ir a la cama.
- ❖ Controlar las condiciones del entorno donde se duerme (temperatura, ruido, luz, etc.).
- ❖ No realizar actividades estresantes o deporte horas próximas a ir a la cama.
- ❖ Practicar ejercicios de relajación antes de ir a dormir.
- ❖ Antes de dormir, baños de agua templada.

Para finalizar la sesión y que trabajen en casa, se manda de “deberes” un formulario previamente diseñado para la ocasión, con diferentes tareas que pueden realizar de forma sencilla en casa para la mejora del sueño, y que deberán marcar con una X aquellas que cumplan. Este formulario, en última instancia, contiene un recuadro donde podrán aportar su experiencia detalladamente (si han dormido/descansado bien, cuántas horas han dormido, si les costó mucho dormirse una vez en la cama...) (Anexo VIII).

Se ruega, además, que para la siguiente sesión los padres asistan con sus hijos, ya que se aprenderán técnicas de relajación que ellos también pueden llevar a la práctica y realizar junto a sus hijos, o ayudarlos en ellas.

Los materiales necesarios para la realización de esta sesión son:
Dispositivo de proyección para las transparencias, material en formato de presentación PowerPoint, formulario higiene del sueño.

Sesión 5 “Aprendemos a relajarnos”

Objetivos específicos

- Identificar los síntomas de la ansiedad.
- Realizar de forma correcta ejercicios de relajación, para disminuir la activación fisiológica y muscular.

Desarrollo de la sesión

Para esta sesión contamos con la presencia y participación de los padres/madres de los niños. Antes de iniciar la parte teórica de esta sesión, se revisará y corregirá la tarea enviada en referencia a la higiene del sueño, donde además se resolverán las dudas que hayan surgido.

A continuación, dará comienzo la presentación sobre qué es la ansiedad generalizada, y cuáles son los síntomas que pueden surgir cuando nos encontramos ante un estímulo ansiógeno.

Ansiedad generalizada

La ansiedad generalizada se define como una agrupación de comportamientos caracterizados por una ansiedad y preocupación excesiva ante situaciones o aspectos cotidianos. Se produce una sobreactivación psicofisiológica de forma continua. Como dice Froján Parga (2004) (citando a Brown, Barlow y Liebowitz, 1994), la preocupación excesiva por actividades cotidianas es la característica principal de este trastorno, clarificando que no está asociada a situaciones particulares, sino que se da ante diversas situaciones en general. Los estímulos pueden ser tanto internos condicionados, como externos (que forman parte del contexto de la persona), por lo que las respuestas son condicionadas emocionales u operantes de evitación.

Además de la preocupación, según el DSM IV (1995), otras características diagnósticas son:

- ❖ Tensión muscular.
- ❖ Susceptibilidad a la fatiga.
- ❖ Irritabilidad.
- ❖ Problemas de concentración.
- ❖ Problemas de insomnio.

Los síntomas que aparecen ante este trastorno son; *temblores, sacudidas, inquietud motora y dolores o entumecimientos musculares*, además de *manos frías, boca seca, sudoración, náuseas, diarreas, sentir que se tiene algo en la garganta, reaccionar de forma exagerada ante un sobresalto, etc.* (Capafons, 2001).

Uno de los tratamientos más comunes y utilizados para trabajar la ansiedad provocada por ciertos ambientes, lugares o elementos, es la relajación, también llevada a la práctica para reducir síntomas como la irritabilidad, tensión muscular, sobreactivación fisiológica, etc. Existen diferentes técnicas de relajación (*relajación progresiva de Jacobson, entrenamiento autógeno de Schultz, relajación diferencial de Bernstein y Borkoveck, etc.*), de las cuáles solamente se van a explicar y ejercitar dos de ellas. Primero se hará una breve explicación del funcionamiento de éstas, seguidamente tanto los niños como los padres/madres se pondrán cómodos en

esterillas para ir realizando los pasos de las técnicas a la vez que se van dando las instrucciones.

Actividad 1 - Técnicas de relajación

Antes de comenzar con la relajación, aprendemos un ejercicio de respiración, ya que es la base para una buena relajación.

Respiración profunda

Tumbados en las esterillas, con las piernas flexionadas, con cierta separación entre los pies y espalda recta, colocamos una mano sobre el vientre y la otra encima del estómago. Tomar el aire por la nariz y expulsarlo por la boca, produciendo un ruido similar a un suspiro. Las respiraciones deben hacerse largas, lentas y profundas, notando como nuestra mano se eleva y desciende al compás del estómago (Olivares et al., 2013). Una vez aprendido a respirar correctamente, procedemos con la técnica de relajación.

Técnica de relajación - Relajación muscular progresiva (RMP) de Jacobson

Con esta técnica se aprenderá a tensar y relajar diferentes grupos de músculos, y centrar la atención en las sensaciones que se producen en éstos durante la tensión/relajación. Las instrucciones son (Olivares et al., 2013):

- 1º. Tensar el grupo muscular que corresponda (ejemplo pierna derecha, se irán alternando).
- 2º. Centrar la atención en el grupo muscular tensado (menos de 5-10 seg.).
- 3º. Relajar el grupo muscular correspondiente.
- 4º. Centrar la atención en el músculo relajado (30-40 seg.).

El procedimiento se repite dos veces, en esta ocasión la atención del músculo en reposo durará 45-60 segundos. Una vez terminada la repetición dejar transcurrir dos minutos para disfrutar de la sensación de relajación completa. Ir levantándose poco a poco y con cuidado.

Para finalizar, se manda a los niños una tarea a realizar en ese mismo momento, para la que se les proporcionará unos minutos. Ésta consiste en una *jerarquía de estímulos*, es decir, deben escribir una lista de elementos a los que les tengan miedo o les provoquen ansiedad, debiendo ser el nivel de dificultad de menor a mayor. Gracias a ella se trabajará en las siguientes sesiones.

Los materiales necesarios para la realización de esta sesión son:
Dispositivo de proyección para las transparencias, material en formato de presentación PowerPoint, esterillas, folios y bolígrafos.

Sesión 6 “Ponte en mi lugar”

Objetivo específico

- Adquirir estrategias de afrontamiento adaptativas.

Desarrollo de la sesión

El role-playing se traduce como “juego de roles”, es una técnica en la cual los participantes interpretan un papel, se asemeja a una escenificación, pero en la que no hay guiones, los integrantes utilizan la improvisación para llevar a cabo la interpretación, solamente guiados por una pequeña introducción del tema a tratar (Solís, 2012).

Será el elemento principal de ésta sesión, dado que ayuda a los niños no solo a ponerse en una situación imaginaria que pueda producirle ansiedad y hacerle frente de una forma normalizada, sino que también desarrolla un aumento en el umbral a la ansiedad, además de trabajarse la empatía.

Para las situaciones que deben representarse en los diferentes role-playing se utilizará los elementos ansiógenos más comunes recogidos en las listas de *jerarquía de elementos* realizadas por los niños.

Como ya se ha dicho, durante la representación se darán diferentes situaciones que los niños deberán superar, y éstas les pueden generar diversos estados de ánimo, ansiedad, nerviosismo, etc. Para poder enfrentarlas de la forma más óptima, durante estas se pondrá en práctica lo aprendido en las sesiones anteriores, técnicas de respiración y relajación para disminuir la ansiedad si fuera necesario, se pretende que utilicen habilidades de comunicación asertivas, resolución de problemas, etc. Y ante pensamientos negativos podrán trabajar la reestructuración cognitiva para demostrarse que pueden hacerlo. Por último también se verá reforzada la empatía al ser testigos y vivir en primera persona como los compañeros se enfrentan a sus miedos.

Ésta técnica se considera un paso previo a la exposición en vivo, es decir, como entrenamiento para después enfrentarse al estímulo real.

Para finalizar, se les preguntará a todos como se han sentido al enfrentarse a estas situaciones.

Actividad 1 - Ejemplo de role-playing:

Juan no ha vuelto a jugar a la PlayStation porque solía jugar a videojuegos de guerra y tras vivir un hecho traumático relacionado con un atentado no es capaz de hacerlo dado que le produce ansiedad, taquicardias, etc. Su amigo Pedro una tarde lo visita, y sin tener en consideración el problema de Juan, le dice que ha ido para jugar a la PlayStation.

¿cómo debería actuar Juan?, ¿y Pedro, debería cambiar de opinión y jugar a otra cosa?

Los materiales necesarios para la realización de esta sesión son:

Dispositivo de proyección para las transparencias y material en formato de presentación PowerPoint.

Sesión 7 “Rompebarreras”

Objetivo específico

- Ser capaz de afrontar adecuadamente un estímulo fóbico en un contexto real.

Desarrollo de la sesión

En esta sesión se comienza explicando la fobia específica, los diferentes tipos existentes y los síntomas que lo acompañan.

Fobia específica

La fobia específica se incluye dentro de los trastornos de ansiedad, se caracteriza por un miedo o ansiedad intensa ante una situación u objeto determinado. Esta es la mayor diferencia con la ansiedad generalizada con la que se puede confundir, en este caso el elemento de la ansiedad está focalizado y es específico. Los síntomas de la fobia específica son:

- ❖ Exposición al estímulo temido provoca alto grado de ansiedad.
- ❖ Evitación del estímulo temido, si no puede evitarlo se enfrentará a él con malestar significativo.

- ❖ Ansiedad incluso antes de enfrentarse al estímulo, solamente por anticipar que tendrá que pasar por ello.
- ❖ El nivel de ansiedad o miedo es desproporcionado al peligro real.
- ❖ Este miedo o ansiedad perdura durante seis o más meses.
- ❖ Los síntomas causan deterioro en lo ámbito social, laboral, familiar, etc.

Según el DSM 5 los diferentes tipos de fobia específica existentes son: *animal* (arañas, perros, pájaros, etc.), *entorno natural* (tormentas, mar, bosques, etc.), *sangre-inyección-herida* (agujas, operaciones, centros médicos, etc.) y por último *situacional* (ascensor, tren, lugares cerrados, etc.)

La mejor técnica hasta ahora para trabajar las fobias es la llamada *exposición en vivo*. Siguiendo a Olivares et al., (2013) esta técnica “constituye un procedimiento terapéutico básico incluido en la mayor parte de los tratamientos para la reducción y/o eliminación de las respuestas de ansiedad. Está indicado cuando el objetivo es sustituir la respuesta de evitación o escape de situaciones adversas. Se basa en la presentación repetida del estímulo que evoca la ansiedad hasta que ésta remita”.

Exposición gradual: Consiste en exponer a la persona a estímulos de forma progresiva, es decir, de menor a mayor intensidad.

Aspectos a tener en cuenta:

- La psicóloga acompaña y es un referente de afrontamiento.
- Prevenir respuestas de evitación/escape.
- Controlar la aparición de nuevos condicionamientos.
- Nunca terminar una exposición mientras la persona padezca un alto nivel de ansiedad.

Dado que es la más adecuada para este tipo de trastorno, es la que utilizaremos durante toda esta sesión, con diferentes escenarios. El desarrollo de ésta se llevará a cabo en el aula, exceptuando si es necesario en algún caso que salgamos a la calle o alrededores más cercanos por si necesitamos elementos que no tengamos en clase, por ejemplo un parque, un ascensor, coches, etc. Para ello, recurrimos de nuevo a la lista de *jerarquía de elementos* elaborada anteriormente por los niños con la finalidad de extraer los elementos fóbicos más comunes, con los que llevaremos a cabo la exposición en vivo.

Al comenzar la sesión de exposición se le da al niño algunas indicaciones como por ejemplo que centre la atención en estímulos positivos, o el llamado “*entrenamiento en violación de expectativas*”, es decir, desmontar las ideas que el niño tiene previas al suceso, dado que anticipa y predice consecuencias de ese estímulo negativo. Por ello, debemos preguntarle al finalizar la situación, si hay discrepancia entre los pensamientos sobre lo que ocurriría y lo que realmente ha sucedido.

Por último, para concluir la sesión y como tarea para casa que deberán entregar en la próxima sesión, se les reparte un autorregistro que deberán cumplimentar con situaciones o actividades cotidianas (Anexo IX). Compuesto por las siguientes cuestiones: *Día/hora/lugar, situación, nivel de malestar/grado de ansiedad (0-10), ¿qué pensé?, ¿qué sentí?, ¿qué hice? ¿qué pasó?*

Para finalizar, se invita a los padres a asistir a la siguiente y última sesión.

Los materiales necesarios para la realización de esta sesión son:
Dispositivo de proyección para las transparencias, material en formato de presentación PowerPoint, hoja de autorregistro.

Sesión 8 “¿Qué hemos aprendido?”

Objetivo específico

- Analizar y reforzar los recursos aprendidos durante el programa.

Desarrollo de la sesión

Esta es la última sesión y contamos de nuevo con la presencia de los padres/madres de los niños. En ella comenzamos poniendo en común los resultados obtenidos en los autorregistros solicitados la semana anterior, una vez revisados se resuelven dudas y se corrigen actitudes o comportamientos que no han resultado adecuados o efectivos.

A continuación, para terminar el programa se vuelve a realizar el pase de cuestionarios que se cumplimentaron al inicio de éste (CDI, DTS, STAIC y FSSC-R), con los que se pueden tener una línea base con la que comparar si este trabajo ha tenido influencia en los niños.

Antes de despedirnos se les da la oportunidad a los niños y los padres de que den feedback, contando qué les ha parecido el programa, en qué creen que han mejorado, lo que han aprendido, si les han gustado las actividades que se han hecho y brindándoles también la oportunidad de sugerir aspectos a mejorar del trabajo realizado.

Por último, se agradece a todos los asistentes la participación y el trabajo, deseándoles que les haya resultado útil lo aprendido en las sesiones y pueda facilitar así sus relaciones interpersonales y con ello su vida. Asimismo, se les ofrece mi apoyo si surge cualquier contratiempo o necesitan contactar conmigo para resolver dudas.

Los materiales necesarios para la realización de esta sesión son:

El Inventario de Depresión (CDI), Escala de Trauma de Davidson (DTS), Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado-Rasgo en Niños (STAIC), Inventario Revisado de Exploración de Miedos para Niños (FSSC-R).

4. Conclusiones

La revisión de la literatura ha puesto de manifiesto la necesidad de realizar intervenciones psicológicas dirigidas a niños/as víctimas de atentados terroristas. Existen intervenciones de forma individual, y en adultos, pero no en niños y de forma colectiva. Este programa se ha diseñado con este fin, y se considera que puede tener beneficios y los niños podrán mejorar y reforzar sus capacidades.

Un aspecto a tener en cuenta, sería que además dada la gran ocurrencia de actos terroristas en la actualidad y lo violento de éstos, un aspecto a tener en cuenta y que podría ser de utilidad para una futura intervención es el hecho de que se puede crear en los niños (y en adultos) una gran hostilidad u odio hacia el colectivo “atacante”, lo que puede significar futuras conductas violentas esta vez por parte de las víctimas.

Por lo tanto, no solo es importante intervenir con estos niños para mejorar sus capacidades y reducir sus síntomas, sino que también podemos trabajar para prevenir ciertas creencias que pueden surgir más tarde y futuras problemáticas.

Nos encontramos como dificultad para la elaboración de este programa, la escasa documentación sobre el tema en víctimas infantiles.

Por último sería importante que se pudiese realizar un seguimiento de la evolución de los participantes si nos dieran consentimiento a los seis meses y al año.

5. Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association (1995). *DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed.rev). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2000). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington, VA.
- Asociación Víctimas del Terrorismo (AVT). (s.f). Recuperado el 3 de julio de 2017 desde: <http://avt.org/>
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2006). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Baquero, A. (2017, 12 Julio). *Un atentado al mes; Europa, sumida en la mayor oleada terrorista de su historia*. El periódico. Internacional.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11 (3), 125 -146.
- Blanco Romero, A. (s.f). *Estilos de comunicación. Taller de habilidades sociales y comunicación*. AulaFacil. Recuperado el 24 de julio de 2017 desde: <http://www.aulafacil.com/cursos/111462/psicologia/psicologia/taller-de-habilidades-sociales-y-comunicacion/estilos-de-comunicacion>
- Bobes J, Calcedo-Barba A, García M, François M, Rico-Villademoros E, González MP, Bascarán MT, Bousoño M y Grupo español de trabajo para el estudio del trastorno por estrés postraumático. (2000). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28(4), 207-18.
- Caballo, V. (2005). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales* (6ª ed). Madrid: Siglo XXI.
- Capafons, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. *Psicothema*, 13 (3), 442 - 446.

- Carrasco Ortiz, M. A. y Martorell, J. L. (2010). *Evaluación de las secuelas del ataque terrorista 11-M cinco años después*. Xunta de Galicia: Consellería de Presidencia, Administracions Públicas e Xustiza Xunta de Galicia.
- Castrillón, A. D., y Borrero, P. E. (2005). Validación del inventario de ansiedad estado-rasgo (STAIC) en niños escolarizados entre los 8 y 15 años. *Acta Colombiana de Psicología*, 13, 79-90.
- Echeburúa, E., Del Corral, P. y Amor, P. J. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 14, 139-146.
- Echeburúa, E. y Del Corral, P. (2004). Tratamiento psicológico del trastorno de estrés postraumático en una víctima de terrorismo. En J.P. Espada, J.O. Olivares y F. X. Méndez (Coord), *Terapia psicológica: casos prácticos* (pp. 159-178). Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E., Del Corral, P. y Amor, P. J. (2004). Nuevos enfoques terapéuticos del trastorno de estrés postraumático en víctimas del terrorismo. *Clínica y Salud*, 15, 273-292.
- Errázuriz, M. J. (2013, 5 agosto). Irene Villa: Una víctima de la ETA que tiene toda la vida por delante. *Emol.com tendencias*.
- Fernández-Abascal, E. G. (2010). Procesamiento emocional. En E. G. Fernández-Abascal, B. García Rodríguez, M. P. Jiménez Sánchez, M. D. Martín Díaz y F. J. Domínguez Sánchez (Eds.), *Psicología de la emoción* (pp 75-121). Madrid: Centro de estudios Ramón Areces.
- Freemont, W. P. (2004). Childhood reactions to terrorism-induced trauma: A review of the past ten years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 381-392.
- Froján Parga, M. X. (2004). Aplicación del entrenamiento en manejo de ansiedad a un problema de ansiedad generalizada. En J. P. Espada, J. O. Olivares y F. X. Méndez (Coord), *Terapia psicológica: casos prácticos* (pp. 113-134). Madrid: Pirámide.
- Galán Caballero, F. J. (2017, 10 julio). Atentados con muertos en la Unión Europea desde 2010. *El País Internacional*.

- García Higuera, J. A. (2003). *Terapia psicológica en el tartamudeo, de Van Riper a la terapia de aceptación y compromiso*. Barcelona, Editorial Ariel.
- García-Vera, M. P. y Romero Colino, L. (2004). Tratamiento psicológico de los trastornos por estrés derivados de los atentados del 11-M: De la psicología clínica basada en la evidencia a la práctica profesional. *Revista Clínica y Salud*, 15 (3), 355-385.
- González, M. P., Barrull, E., Pons, C., y Marteles, P. (1998). *¿Qué es la emoción?* Biopsychology.org. Recuperado el 24 de julio de 2017 desde: http://www.biopsychology.org/biopsicologia/articulos/que_es_la_emocion.htm
- Grotberg, E. (1995). *The International Resilience Project: Promoting Resilience In Children*. Washington D.C., Civitan International Research Center, University of Alabama at Birmingham. Eric Reports.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. (2009). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social*. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS Nº 2007/5-1.
- Gutiérrez, C., Bustos, N., Flórez, L., Parra, J., Rodríguez, D. y Rojas, J. (2012). Características psicométricas del inventario de miedos de Ollendick. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 12, 85-93.
- Iruarrizaga, I., Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A y González-Ordi, H. (2004). Consecuencias psicopatológicas tras el atentado terrorista del 11-M en Madrid en víctimas, familiares y allegados. *Ansiedad y estrés*, 10 (2-3), 195-206.
- Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., Amick-McMullan, A., Best, C. L., Veronen, L. y Jesnick, H. S. (1989). Victim and prime factors associated with the development of crime-related PTSD. *Behavior Therapy*, 20,199-214.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory CDI Manual*. New York: Multi-Health Systems. Adaptado por V. Del Barrio. y M.A. Carrascos, (2004). *CDI. Inventario de Depresión Infantil. Manual*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.

- Kumpfer, K., Szapocznik, J., Catalano, R., Clayton, R. R., Liddle, H. A., McMahon, R., Millman, J., Orrego, M. E. V., Rinehart, N., Smith, I., Spoth, R. y Steele, M. (1998). *Preventing substance abuse among children and adolescents: Family-centered approaches*. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, Center for Substance Abuse Prevention.
- Lacunza, A. B. y Contini de González, N. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos en humanidades*, 159-182.
- León, M. (2013). Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de la UGEL 02 de Lima Metropolitana. *Revista PsiqueMag*. Recuperado de <http://www.ucvlima.edu.pe/minds/index.html>
- Llera Ramo, F. J. (1992). Eta: Ejército secreto y movimiento social. *Revista de estudios políticos*, 78, 161-190.
- Magaz, A. y Camacho, S. (2004). Asesoramiento psicológico en un caso de duelo tras los atentados del 11 M. *Revista Clínica y Salud*, 15 (3), 327-336.
- Martínez, J. (2004). *Dispositivo de coordinación creado por el colegio oficial de psicólogos de Madrid para desarrollar la asistencia psicológica tras los atentados terroristas ocurridos en Madrid el 11 de Marzo*. *Revista Psychosocial Intervention*, 13 (1), 131-134.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238. doi: 10.1037/0003-066X.56.3
- Medlineplus (s.f). *Depresión mayor*. Recuperado el 13 de julio de 2017 desde: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000945.htm>
- Melillo, A. (2005). El pensamiento de Boris Cyrulnik. *Perspectivas sistémicas*, 85.
- Olivares, J., Macià, D., Rosa, A. I. y Olivares, P. J. (2013). *Intervención psicológica. Estrategias, técnicas y tratamientos*. Madrid: Pirámide.
- Ollendick, T. H. (1983). Reliability and validity of the Revised Fear Survey Schedule for Children (FSSC-R). *Behaviour Research and Therapy*, 21, 685-692. Adaptado por Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson.

- Pereda, N. (2012). Menores víctimas del terrorismo: una aproximación desde la victimología del desarrollo. *Anuario de Psicología Jurídica*, 22, 13-24.
- Pérez, H. M., Pérez, J. M., López, L. y Caballero, C. (2012). *Comunicación y atención al cliente*. Madrid: McGraw-Hill.
- Pine, D. S. y Cohen, J. A. (2002). Trauma in children and adolescents: risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biological Psychiatry*, 51, 519-531. doi: 10.1016/S0006-3223(01)01352-X
- Planas, E. (s.f). *Trastorno por estrés postraumático en niños y adolescentes secundario a trauma agudo*. Familanova Schola. Recuperado el 4 de agosto de 2017 desde: http://www.centrelondres94.com/files/trastorno_por_estres_postraumatico_en_ninos_y_adolescentes_secundario_a_trauma_agudo.pdf
- Sandín, B., y Chorot, P. (1998). Dimensiones de los miedos en niños: Estructura factorial del FSSC-R. *Psiquis*, 19, 23-32.
- Solís, M. (2012). Role playing como herramienta de enseñanza. *Reflexión Académica en Diseño y Comunicación*, 19, 70-71. Buenos Aires, Argentina.
- Spielberger, C. D. (1973). *STAIC. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto, California. Consulting Psychologists Press. Adaptado por el Dpto. de I+D+i de TEA Ediciones (1989). Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado-Rasgo en Niños (STAIC). Manual. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Universidad de Cantabria. (2010). *Los tipos de habilidades sociales*. Recuperado el 24 de julio de 2017 desde: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-ii/tema-7.-las-habilidades-sociales-1/7.5-los-tipos-de-habilidades-sociales>
- Vázquez, C., Nieto, M., Hernangómez, L. y Hervás, G. (2004). Tratamiento psicológico en un caso de depresión mayor. En J. P. Espada, J. O. Olivares y F. X. Méndez. (Coords), *Terapia psicológica: casos prácticos* (pp. 201-232). Madrid: Pirámide.
- Wukmir, V. J. (1967): *Emoción y Sufrimiento*. Barcelona: Labor.

6. Anexos

Anexo I

Cuestionario de Depresión Infantil CDI

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

Edad: ____ años ____ meses. **Sexo** _____ **Curso escolar** _____

Población infantil de 7-17 años. Se trata de un cuestionario autoadministrado.

- | | |
|---|---|
| 1. Estoy triste de vez en cuando.
Estoy triste muchas veces.
Estoy triste siempre. | Tengo ganas de llorar de cuando en cuando. |
| 2. Nunca me saldrá nada bien
No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.
Las cosas me saldrán bien | 11. Las cosas me preocupan siempre
Las cosas me preocupan muchas veces.
Las cosas me preocupan de cuando en cuando. |
| 3. Hago bien la mayoría de las cosas. Hago mal muchas cosas
Todo lo hago mal | 12. Me gusta estar con la gente
Muy a menudo no me gusta estar con la gente
No quiero en absoluto estar con la gente. |
| 4. Me divierten muchas cosas
Me divierten algunas cosas
Nada me divierte | 13. No puedo decidirme
Me cuesta decidirme
me decido fácilmente |
| 5. Soy malo siempre
Soy malo muchas veces
Soy malo algunas veces | 14. Tengo buen aspecto
Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.
Soy feo |
| 6. A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.
Me preocupa que me ocurran cosas malas.
Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles | 15. Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes
Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes
No me cuesta ponerme a hacer los deberes |
| 7. Me odio
No me gusta como soy
Me gusta como soy | 16. Todas las noches me cuesta dormirme
Muchas noches me cuesta dormirme. Duermo muy bien |
| 8. Todas las cosas malas son culpa mía.
Muchas cosas malas son culpa mía.
Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas. | 17. Estoy cansado de cuando en cuando
Estoy cansado muchos días
Estoy cansado siempre |
| 9. No pienso en matarme
pienso en matarme pero no lo haría
Quiero matarme. | 18. La mayoría de los días no tengo ganas de comer
Muchos días no tengo ganas de comer
Como muy bien |
| 10. Tengo ganas de llorar todos los días
Tengo ganas de llorar muchos días | 19. No me preocupa el dolor ni la enfermedad.
Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad
Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad |

20. Nunca me siento solo.
Me siento solo muchas veces
Me siento solo siempre
21. Nunca me divierto en el colegio
Me divierto en el colegio sólo de vez
en cuando.
Me divierto en el colegio muchas veces.
22. Tengo muchos amigos
Tengo muchos amigos pero me gustaría
tener más
No tengo amigos
23. Mi trabajo en el colegio es bueno.
Mi trabajo en el colegio no es tan
bueno como antes.
Llevo muy mal las asignaturas que
antes llevaba bien.
24. Nunca podré ser tan bueno como otros
niños.
Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños.
Soy tan bueno como otros niños.
25. Nadie me quiere
No estoy seguro de que alguien me quiera
Estoy seguro de que alguien me quiere.
26. Generalmente hago lo que me dicen.
Muchas veces no hago lo que me dicen.
Nunca hago lo que me dicen
27. Me llevo bien con la
gente Me peleo muchas
veces. Me peleo siempre.



Anexo II

Escala de Trauma de Davidson (DTS)

(Jonathan R. T. Davidson)

(Traducida por: J Bobes, MT Bascarán, MP González, M Bousoño, A Calcedo, JA Hormaechea, D H. Wallace, 17 de febrero de 1999)

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: H M

Estado civil: _____ Domicilio: _____ Fecha: ____|____|____

Por favor, identifique el trauma que más le molesta

<p>Cada una de las siguientes preguntas se trata de un síntoma específico. Considere, para cada pregunta, cuántas veces le ha molestado el síntoma y con cuánta intensidad, durante la última semana. Escriba en los recuadros de al lado de cada pregunta un número, de 0 a 4 para indicar la frecuencia y gravedad del síntoma.</p>	<p><u>Frecuencia</u></p> <p>0 = nunca</p> <p>1 = a veces</p> <p>2 = 2-3 veces</p> <p>3 = 4-6 veces</p> <p>4 = a diario</p>	<p><u>Gravedad</u></p> <p>0 = nada</p> <p>1 = leve</p> <p>2 = moderada</p> <p>3 = marcada</p> <p>4 = extrema</p>
--	--	--

- | | | |
|---|----------------------|----------------------|
| 1. ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2. ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3. ¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo? ¿Como si lo estuviera reviviendo?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4. ¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5. ¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea)..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 6. ¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 7. ¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 8. ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento? | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 9. ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 10. ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 11. ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 12. ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 13. ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 14. ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 15. ¿Ha tenido dificultades de concentración?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 16. ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o permanecido “en guardia”?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 17. ¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Anexo III

Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo (STAIC) (adaptación Española) (Seisdedos, 1990).

Nombres y Apellidos _____ Edad _____

PRIMERA PARTE

1	Me siento calmado	1	2	3
2	Me encuentro inquieto	1	2	3
3	Me siento nervioso	1	2	3
4	Me encuentro descansado	1	2	3
5	Tengo miedo	1	2	3
6	Estoy relajado	1	2	3
7	Estoy preocupado	1	2	3
8	Me encuentro satisfecho	1	2	3
9	Me siento feliz	1	2	3
10	Me siento seguro	1	2	3
11	Me encuentro bien	1	2	3
12	Me siento molesto	1	2	3
13	Me siento agradable	1	2	3
14	Me encuentro atemorizado	1	2	3
15	Me encuentro confuso	1	2	3
16	Me siento animoso	1	2	3
17	Me siento angustiado	1	2	3
18	Me encuentro alegre	1	2	3
19	Me encuentro contrariado	1	2	3
20	Me siento triste	1	2	3

SEGUNDA PARTE

1	Me preocupa cometer errores	1	2	3
2	Siento ganas de llorar	1	2	3
3	Me siento desgraciado	1	2	3
4	Me cuesta tomar una decisión	1	2	3
5	Me cuesta enfrentarme a mis problemas	1	2	3
6	Me preocupo demasiado	1	2	3
7	Me encuentro molesto	1	2	3
8	Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan	1	2	3
9	Me preocupan las cosas del colegio	1	2	3
10	Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer	1	2	3

11 Noto que mi corazón late más rápido	1	2	3
12 Aunque no lo digo, tengo miedo	1	2	3
13 Me preocupo por cosas que puedan ocurrir	1	2	3
14 Me cuesta quedarme dormido por las noches	1	2	3
15 Tengo sensaciones extrañas en el estómago	1	2	3
16 Me preocupa lo que los otros piensen de mi	1	2	3
17 Me influyen tanto los problemas, que no puedo olvidarlos durante un tiempo	1	2	3
18 Tomo las cosas demasiado en serio	1	2	3
19 Encuentro muchas dificultades en mi vida	1	2	3
20 Me siento menos feliz que los demás chicos	1	2	3



Anexo IV

Cuestionario de miedos infantiles-revisado (FSSC-R) (Ollendick, 1983)*

Código: _____

Sexo: Varón: _____ Mujer: _____ Edad: _____ años

Fecha: ____/____/____

Aplican sólo chicos / chicas de 9 a 15 años	
P-1	A continuación se describen algunos objetos y situaciones que pueden producir miedo en los chicos y chicas. Lee detenidamente cada frase y marca con un círculo (○) la respuesta que mejor describa tu miedo. Si alguna de las frases se refiere a algo con lo que no te has encontrado nunca, piensa lo que podrías sentir si hubieras estado en esa situación. No existen contestaciones buenas ni malas; recuerda que únicamente debes señalar la palabra que mejor indique tu miedo. <i>POR FAVOR, MARCA CON UN CÍRCULO LA RESPUESTA ELEGIDA (○) Y NO DEJES PREGUNTAS SIN CONTESTAR</i>
P-1a	¿Me podrías decir qué cosas o situaciones te asustan? Por favor, anota _____
P-1b	¿Cuáles otras? _____
P-1c	Y de esas, ¿cuál es la que más te asusta? _____

*© 1983 Thomas H. Ollendick. Reproducido con permiso.

© Ediciones Pirámide

	Señala cuánto temor te producen las siguientes situaciones	P-1		
		Nada	Poco	Mucho
CUADRO N.º 1	1. Explicar un tema en clase	01	02	03
	2. Viajar en coche o en autobús	01	02	03
	3. Ser castigado/a por tu madre	01	02	03
	4. Las lagartijas	01	02	03
	5. Parecer tonto/a	01	02	03
	6. Los fantasmas o las cosas misteriosas	01	02	03
	7. Los objetos afilados	01	02	03
	8. Tener que ir al hospital	01	02	03
	9. La muerte o personas muertas	01	02	03
	10. Perderte en un lugar desconocido	01	02	03
	11. Las serpientes	01	02	03
	12. Hablar por teléfono	01	02	03
	13. La montaña rusa o los parques de atracciones	01	02	03
	14. Ponerte enfermo/a en el colegio	01	02	03
	15. Ser enviado/a al director del colegio	01	02	03
	16. Viajar en tren	01	02	03
	17. Quedarte en casa con una persona que cuida niños («una canguro»)	01	02	03
	18. Los osos o los lobos	01	02	03
	19. Conocer a alguien por primera vez	01	02	03
	20. Los bombardeos (que tu país sea invadido)	01	02	03
	21. Que la enfermera o el médico te pongan una inyección	01	02	03
	22. Ir al dentista	01	02	03
	23. Los lugares altos, como las montañas	01	02	03
	24. Que se burlen o se rían de ti	01	02	03
	25. Las arañas	01	02	03
	26. Que un ladrón entre en tu casa	01	02	03
	27. Viajar en avión	01	02	03
	28. Que te llame la maestra en clase	01	02	03
	29. Sacar malas notas	01	02	03
	30. Los murciélagos o los pájaros	01	02	03
	31. Que tus padres te critiquen o te regañen	01	02	03

	P-1		
	Nada	Poco	Much o
32. Las pistolas	01	02	03
33. Estar presente en una pelea	01	02	03
34. El fuego (quemarte)	01	02	03
35. Cortarte o hacerte daño	01	02	03
36. Estar en un lugar donde hay mucha gente	01	02	03
37. Las tormentas	01	02	03
38. Tener que comer alguna comida que no te gusta	01	02	03
39. Los gatos	01	02	03
40. Suspender un examen	01	02	03
41. Ser atropellado por un coche o un camión	01	02	03
42. Tener que ir al colegio	01	02	03
43. Los juegos violentos en el recreo	01	02	03
44. Que tus padres discutan	01	02	03
45. Las habitaciones oscuras o los armarios	01	02	03
46. Tener que actuar en una función del colegio	01	02	03
47. Las hormigas o los escarabajos	01	02	03
48. Que otras personas te critiquen (que hablen mal de ti)	01	02	03
49. La gente de aspecto extraño	01	02	03
50. Ver sangre	01	02	03
51. Ir al médico	01	02	03
52. Los perros que parecen malos o raros	01	02	03
53. Los cementerios	01	02	03
54. Que te entreguen las notas	01	02	03
55. Que te corten el pelo	01	02	03
56. Las aguas profundas o el océano	01	02	03
57. Tener pesadillas	01	02	03
58. Caerte desde lugares altos	01	02	03
59. Recibir una descarga eléctrica (que te dé la corriente)	01	02	03
60. Acostarte con la luz apagada	01	02	03
61. Marearte en el coche	01	02	03
62. Estar solo/a	01	02	03
63. Tener que vestir de forma diferente de los demás	01	02	03

CUADRO N.º 1

	Señala cuánto temor te producen las siguientes situaciones	P-1		
		Nada	Poco	Mucho
Nº 1	64. Que tu padre te castigue	01	02	03
	65. Tener que esperar a la salida del colegio	01	02	03
	66. Cometer errores	01	02	03
	67. Las películas de misterio (o de miedo)	01	02	03
	68. El fuerte sonido de las sirenas	01	02	03
	69. Hacer algo nuevo	01	02	03
	70. Los microbios o padecer una enfermedad grave	01	02	03
	71. Los lugares cerrados	01	02	03
	72. Los terremotos	01	02	03
	73. Los terroristas	01	02	03
	74. Los ascensores	01	02	03
	75. Los lugares oscuros	01	02	03
	76. No poder respirar	01	02	03
	77. Que una abeja te pique	01	02	03
	78. Los gusanos o los caracoles	01	02	03
	79. Las ratas o los ratones	01	02	03
80. Hacer un examen	01	02	03	
P-2	¿Hay alguna otra cosa que te dé miedo y que no hayamos visto? ¿Cuál? _____			
P-2a	Añade con tus propias palabras otras cosas, animales o situaciones que te produzcan un poco o mucho miedo. ANOTE			
	1. _____	4. _____	7. _____	
	2. _____	5. _____	8. _____	
	3. _____	6. _____	9. _____	

Anexo V

Recortable de emociones

SORPRESA	ASCO
MIEDO	ALEGRÍA
TRISTEZA	IRA
ALIVIO	VERGUENZA
CULPA	PLACER
DECEPCIÓN	TERNURA
ILUSIÓN	ABURRIMIENTO

Fábula “La ostra y el pez”

→ *Asertividad.*

HHSS

Sesión 2

4. FÁBULA DE LA OSTRA Y EL PEZ

Énfasis: **Asertividad.**
 Pido dos voluntarias para que hagan teatralización de lo que yo leo.
 Una hace de ostra y otra de pez. Harán la mímica correspondiente según voy leyendo el cuento.

A PARTIR DE SIETE AÑOS.

3. LA HISTORIA DE JOSÉ ÁNGEL.
<http://www.youtube.com/watch?v=vFzC0cJU730>

Énfasis: **Asertividad.**
 Pido dos personas voluntarias que les guste hacer teatro.
 Una (**A**) tiene un lapicero para escribir (bolígrafo).
 Otra (**B**) va a escribir y no tiene bolígrafo. Le digo en privado que se lo pida a **A** de forma agresiva.

Análisis:
 ¿Qué os parece? ¿Cómo se desarrolló el diálogo? ¿Cómo os habéis sentido? ¿Se ha resuelto la dificultad? ¿Se ha creado alguna dificultad? ¿Cómo hubierais reaccionado de otra forma?

Variación de continuidad:
 Repetimos la dramatización con otras dos voluntarias.

En este caso a **A** le digo en privado que no le preste el lapicero a **B** bajo ningún concepto.

En este caso a **B** le digo en privado que reaccione de forma agresiva, maltratando a **A**.

Variación de continuidad:
 Repetimos la dramatización con otras dos voluntarias.

Le digo en privado a **A** que no le preste el lapicero a **B** bajo ningún concepto.

En este caso a **B** le digo en privado que reaccione de forma pasiva.

Analizamos lo sucedido y sacamos conclusiones.

Variación de continuidad:
 Repetimos la dramatización con otras dos voluntarias.

En este caso a **A** y a **B** les digo en privado que reaccionen de forma asertiva, pidiendo sus derechos sin agresión y sin ceder de manera pasiva.

Analizamos lo sucedido y sacamos conclusiones.

FUENTE: J. Á. Paniego. 05

Reflexión:

¿Queréis comentar algo? ¿Qué os pareció? ¿Qué hemos aprendido?



Érase una vez una ostra y un pez.

La ostra habitaba las aguas tranquilas de un fondo marino, y era tal la belleza, colorido y armonía de su aspecto que

llamaba la atención de cuantos animales por allí pasaban.

Un día acertó a pasar por el lugar un pez que quedó encantado al instante.

Se sintió sumamente atraído por la ostra y deseó conocerla al instante. Sintió un fuerte impulso de entrar en los más recónditos lugares de aquél animal misterioso. Y así, partió veloz y bruscamente hacía el corazón de la ostra, pero ésta se cerró, también bruscamente.

El pez, por más y más intentos que hacía para abrirlas con sus aletas y con su boca, aquellas más y más fuertemente se cerraban.

Pensó entonces en alejarse, esperar a cuando la ostra estuviera abierta y, en un descuido de ésta, entrar veloz sin darle tiempo a que cerrara sus valvas.

Así lo hizo, pero de nuevo la ostra se cerró con brusquedad.

La ostra era un animal extremadamente sensible y percibía cuántos mínimos cambios en el agua ocurrían, y así, cuando el pez iniciaba el movimiento de acercarse, ésta se percataba de ello y al instante cerraba sus valvas.

El pez, triste, se preguntaba ¿por qué la ostra le temía? ¿Cómo podría decirle que lo que deseaba era conocerla y no causarle daño alguno? ¿Cómo decirle que lo único que deseaba era contemplar aquella belleza y compartir las sensaciones que le causaban?

El pez se quedó pensativo y estuvo durante mucho rato preguntándose qué podría hacer.

¡De pronto!, se le ocurrió una gran idea. -Pediré ayuda, se dijo. Sabía que existían por aquellas profundidades otros peces muy conocidos por su habilidad para abrir ostras, y hacia ellos pensó en dirigirse.



-Hola, dijo el pez. ¡Necesito vuestra ayuda! Siento grandes deseos de conocer una ostra gigante pero no puedo hacerlo.

Los peces continuaron en animada conversación buscando posibles soluciones.

Costa y López

Reflexión:

¿Qué os ha parecido? ¿Qué habéis aprendido? ¿Qué otra situación os recuerda esta historia?

¿Queréis representarla?

A PARTIR DE OCHO AÑOS.

5. DISCO RAYADO.

Énfasis: Asertividad.

A veces nos piden que hagamos cosas que no están bien.

O a veces tenemos presiones para hacer algo que no queremos hacer.

¿Conocéis algún ejemplo?

Entonces escuchamos la petición, consideramos la validez de sus argumentos

y decidimos por nosotras mismas actuando en consecuencia y negándonos.

Podemos transmitir la negación mediante la repetición serena de palabras que expresan nuestros deseos o pensamientos sin enojarnos ni levantar la voz.

Elegimos la frase que exprese nuestro deseo, aunque no dé demasiadas explicaciones, sobre un aspecto concreto. La repetimos una y otra vez pero no de forma mecánica.

A veces estamos ante una situación a la que hemos dicho muchas veces que no y pensamos que ya no debemos dar ninguna explicación o justificación. Nos negamos simplemente.

"No."

"Que no."

"No, no quiero "

"Te digo que no."

"No, que va."

"Lo siento, pero ya sabes que no."

"Pues a mí no me gusta "

"No, no me gusta "

"Te digo que no me gusta."

"Ni hablar, de eso nada."

Practicamos:

Tu amiga te dice que le pongas una oruga en el pelo a su amiga.

Tú dices que no.

Practicamos:

Fernando te pide que dejes a José Miguel y vayas a jugar con él.

Tú dices que no.

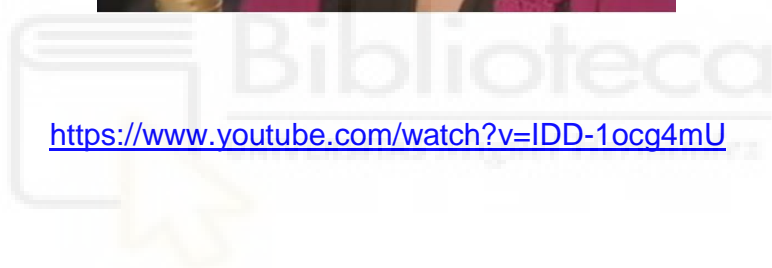
Practicamos:

Olatz te pide un rotulador de color brillante.

Tú dices que no se lo dejas.

Anexo VII

Irene Villa, una historia de superación



Anexo VIII

Formulario de higiene del sueño

Marca con una "X" aquellas tareas que hayas realizado cada día durante una semana.

Tareas	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7
Me he ido a la cama sólo cuando tenía sueño, sin estudiar, leer, ver TV o móvil, estando en ella.							
Me he levantado a la misma hora que siempre, aunque haya dormido poco.							
No he estado en la cama despierto demasiado tiempo (máximo 20 min.).							
No he dormido siesta.							
He moderado el consumo de bebidas excitantes o alcohol.							
No he comido en exceso antes de ir a la cama.							
He controlado las condiciones del entorno donde duermo (temperatura, ruido, luz, etc.).							
No he realizado actividades estresantes o deporte horas próximas a ir a la cama.							
He practicado ejercicios de relajación antes de ir a dormir.							
Antes de dormir, he tomado un baño de agua templada.							
Comentarios generales:							

Anexo IX

Autorregistro situaciones/actividades diarias

Rellena este diario con aquellas situaciones que te hayan generado ansiedad/miedo durante una semana.

<i>Día/hora/lugar</i>	<i>Situación</i>	<i>Nivel de malestar/grado de ansiedad</i>	<i>¿Qué pensé?</i>	<i>¿Qué sentí?</i>	<i>¿Qué hice?</i>	<i>¿Qué pasó?</i>

