

**PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA  
PARA NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN  
INFANTIL (DI)**



LUZ MERY MOTTA SAAVEDRA

Psicóloga UNAD CEAD Florencia

## **CONTENIDO**

	pág.
INTRODUCCION .....	1
TEORÍAS QUE EXPLICAN LA DEPRESIÓN .....	1
RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN .....	3
MARCO TEORICO.....	4
MODELO DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL.....	4
CARACTERÍSTICAS DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL .....	6
TRATAMIENTOS COGNITIVO CONDUCTUALES .....	8
FUNCIONES DEL ÁREA PSICOLÓGICA .....	9
Atención directa a usuarios.....	9
Instrumentos para realizar la evaluación .....	10
TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO PARA LA DEPRESION .....	11
ESTRUCTURA DE LAS SESIONES TERAPÉUTICAS.....	14
ETAPA I (Cómo tus pensamientos afectan tu estado de ánimo) .....	14
ETAPA II: Actividades (Cómo tus actividades afectan tu estado de ánimo) Activación Conductual.....	15
ETAPA III: Entrenamiento en Habilidades Sociales (Cómo tus relaciones interpersonales afectan tu estado de ánimo) .....	16
TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN EN DEPRESIÓN INFANTIL .....	17
TÉCNICAS CONDUCTUALES: .....	17
TÉCNICAS COGNITIVAS.....	25

---

Referencias.....	33
ANEXO.....	34
APÉNDICE.....	36

## **INTRODUCCION**

El presente protocolo fue elaborado bajo los conceptos y premisas de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) para el tratamiento de la Depresión Infantil; en niños y niñas diagnosticados con Depresión Infantil (DI).

El principal propósito de la terapia es disminuir los sentimientos de depresión, acortar el tiempo que el niño o niña pasa sintiéndose deprimido y aprender nuevas formas de afrontar los estados depresivos del niño.

Partiendo de la premisa que la DI es un desorden caracterizado por una alteración en el estado de ánimo, acompañada de cambios en el comportamiento, a nivel escolar, en el hogar o la comunidad. La condición depresiva persiste e interfiere con las capacidades y acciones del menor; produciendo una situación afectiva de tristeza mayor que ocurre en un niño; esta alteración se presenta de muchas formas con grados y duración variable.

La DI ha sido asociada a diversos factores precipitantes como los genéticos y psicosociales. El tratamiento es individualizado y se adapta a cada caso en particular y a la fase de desarrollo del niño. La prevalencia de depresión infantil se ha subestimado por muchos años, ya que varía enormemente de acuerdo a la población que se estudia.

Existe menos incidencia en infantes de la población general en relación con poblaciones de alto riesgo como son, los descendientes de padres depresivos, y mayor aún en niños que se encuentran en ambientes hostiles, como de maltrato físico y/o psicológico

Ajuriaguerra, J. y Marcelli, D (1992) Manual de Psicopatología del niño.  
Barcelona, España. Masson. 2ª Edición.

## TEORÍAS QUE EXPLICAN LA DEPRESIÓN

Existen varias teorías que intentan dar razones de la depresión:

### 1. *La Teoría conductual: Como falta de refuerzo*

La depresión se debe a una falta de refuerzos que hace que el que la padece no actúe. Debido a la inactividad el deprimido no encuentra refuerzos en la sociedad y en consecuencia la depresión se perpetúa. Según esta teoría el tratamiento consiste en una programación de actividades que comienzan a dar al sujeto los refuerzos que necesita. Una vez que comienza se establece una realimentación positiva. Uno de los problemas que plantea el depresivo es que dice: “no tener fuerzas para hacer nada”, que cuando se le cure la depresión y se siente bien es cuando saldrá y hará las cosas que le apetecen. Se trata de plantearle lo contrario, cuando te mueves te refuerzan y te sentirás bien y con más ganas de seguir.

### 2. *La teoría cognitiva: la depresión como resultado de pensamientos inadecuados*

La depresión se debe a una distorsión cognitiva, en la que el depresivo distorsiona la realidad viéndose de forma negativa en la triada cognitiva, él mismo, el mundo y el futuro.

El tratamiento consiste en detectar los pensamientos automáticos negativos de los sujetos y analizarlos y cambiarlos racionalmente. La aportación que se puede dar desde el punto de vista corporal es que las sensaciones que sentimos son debidas a pensamientos automáticos. Cuando pensamos mucho sobre un tema vamos reduciendo el pensamiento de forma que generalizamos y dejamos indicado el contenido y lo único que sentimos es la

preparación para actuar que nos deja, es decir, la emoción y la sensación asociada. Se puede analizar de esta forma el pensamiento automático de tal manera que el deprimido ve claramente la relación entre la sensación y el pensamiento, de hecho basta con preguntarle respecto a la sensación para que sepa a qué se debe y que es lo que en realidad la sensación le dice. Una vez que se descubre el pensamiento automático a veces se puede desmontar de forma racional, pero otras es preciso hacer algún experimento para comprobar que no responde a la realidad o realizar cambios conductuales para que el paciente pueda apreciar la realidad. Uno de los problemas que ocurre con este tipo de pensamientos automáticos es que se confirman a sí mismos. El paciente se siente incapaz de actuar y esto le produce una sensación que le deja tan caído que en efecto no puede actuar.

- 3. La indefensión aprendida: la incapacidad para poder resolver algún problema; asociada con esta, está la teoría de la desesperanza.*

El problema es la pérdida de la esperanza de conseguir los refuerzos que queremos.

- 4. Teoría biológica: La depresión, según esta teoría está originada por un desequilibrio de los neurotransmisores.*

Está demostrado que cuando estamos deprimidos tenemos ese desequilibrio y que cuando tomamos la medicación adecuada, los neurotransmisores se equilibran y nuestro estado de ánimo cambia. Ahora bien, no podemos quedarnos solamente en esta teoría, puesto que si la depresión que tiene es reactiva a una situación, hasta que la situación no se solucione se siguen dando las condiciones para que se perpetúe aunque se tomen antidepresivos.

En realidad se pueden aplicar todas las teorías y explicar los síntomas de la depresión en función de cada una de ellas.

### **RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN**

Se consideran categorías diagnósticas diferentes, pero suelen estar íntimamente relacionadas. La explicación más clara se refiere a la depresión que surge de un intento de solucionar un problema. La solución del problema supone un esfuerzo que genera una ansiedad que se va incrementando a medida que se comprueba que no se puede solucionar el problema. En ese momento aparece la depresión, pero lógicamente no se abandona del todo el intento de solución del problema con lo cual la ansiedad persiste asociada a la depresión. Cuando se da esta asociación para el tratamiento, se tiene que definir el problema pendiente para poder iniciar el tratamiento psicológico. (Arranz y Malla 1986)



## **MARCO TEORICO**

### **MODELO DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL**

La importancia que tiene el Modelo Cognitivo Conductual (MCC, de aquí en adelante) en la práctica clínica de la psicología. Permitirá comprender el fundamento teórico de éste modelo en el tratamiento de la depresión. Así pues se describirán los supuestos generales, característicos, estructura de las sesiones y el uso de técnicas que en conjunto guían al terapeuta en la intervención clínica. Este modelo teórico ha sido estudiado bajo dos enfoques psicológicos que fusionados conforman al MCC. Uno de ellos es el enfoque cognitivo, tales aportaciones tienen sus orígenes filosóficos con Zenón de Citio (siglo IV a.C.), Crisipo, Cicerón, Séneca, Epicteto y Marco Aurelio (en Beck, 1983); todas estas aportaciones se centran en que “las emociones humanas están basadas en ideas, por lo tanto el control de los sentimientos más intensos se logra por medio del cambio de ideas”. Así también dentro de este enfoque se han generado diversas teorías que consideran a las cogniciones como elementos centrales de intervención. Algunas de las teorías cognitivas elaboradas son:

**A) Teoría del Procesamiento de la Información:** ésta enfatiza al hombre como un sistema que se encuentra dentro de un entorno cambiante y que a su vez demanda capacidades adaptativas sobre la información de sí mismo y del mundo, provocando una transformación cognitiva que afecta a sus emociones y conductas. En esta teoría se interrelacionan tres

elementos fundamentales (cognición-emoción-conducta) (Beck, 1967 y Teasdale, 1983; en Belloch, Sandín y Ramos, 1995);

**B) Teorías Cognitivas Sociales**, éstas hacen referencia a la manera en cómo los sucesos ocurridos en el medio externo influyen en la esperanza y expectativas que tiene la persona de poder controlar las situaciones externas; así pues una manera de comprender el origen de la depresión, radica en la forma en cómo la persona percibe tales situaciones externas y lo que genera a partir de aquellas expectativas negativas y sentimientos de indefensión que la llevan a la desesperanza (Seligman, 1975; Abramson, Seligman y Teasdale, 1978; Abramson, Melsky y Allay, 1989; en Belloch, Sandín y Ramos, 1995),

**C) Teorías Cognitivas Conductuales**, que marcan la fusión con el enfoque conductual considerando el manejo que se le da a la regulación de las conductas a partir de un ajuste, adaptación y readaptación de éstas dentro de un conjunto de circunstancias ambientales cambiantes. Y la explicación que le da a trastornos como la depresión se basa en que los factores ambientales y cognitivos son los responsables de la presencia de este trastorno, pues los últimos manipulan los efectos del ambiente en que se desarrolla la persona (Rehm, 1977 y Lewinsohn, 1985; en Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

**ENFOQUE PSICOLÓGICO CONDUCTUAL:** pues en éste se realiza el manejo de las conductas a partir de las teorías del aprendizaje. Las primeras aportaciones hacia la comprensión conductual de trastornos como la depresión, fueron emitidas por Skinner (1953), quien postuló que éste es considerado como una “reducción generalizada en la frecuencia de conductas”, de la misma manera Ferster (1965), Lewinsohn (1974) y Castello (1972) reafirman que tal trastorno se caracteriza por la reducción de reforzadores positivos

que le ayudan a la persona a controlar el medio que le rodea (Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

Por tal motivo es de considerar que el trabajo realizado bajo estos dos enfoques psicológicos han marcado el amplio contenido del MCC, gracias a las teorías cognitivas y conductuales; y sobre todo a las aportaciones emitidas por Beck (1967), Lazarus (1972), Kelly (1955), Berne (1961) y Ellis (1957) (en Beck, 1983); que en conjunto abordan y respaldan el trabajo del MCC a partir de la premisa de la reestructuración o modificación de cogniciones (ideas/creencias irracionales) en función de un cambio previo o posterior de conductas. Es por tal, que esta modalidad terapéutica permite una atención oportuna y efectiva, partiendo de la intervención de distorsiones cognitivas que preceden y originan comportamientos inapropiados. De esta manera se reiteran las ventajas de este modelo, definiéndolo como efectivo en la práctica clínica de las alteraciones psicológicas, en especial de la depresión.

### **CARACTERÍSTICAS DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL**

Dada la atención terapéutica bajo este modelo a la presencia de alteraciones, se comienza por la intervención de los errores o de las distorsiones cognitivas que elabora el propio paciente y que desencadenan actitudes, emociones y comportamientos que lo desequilibran emocionalmente, generando así la presencia de trastornos del estado de ánimo y de la personalidad (Beck, 1983). Considerando a partir de esto, que el niño o niña tenga una creencia irracional, o bien una inadecuada percepción del entorno que le rodea, ésta puede reforzar sus pensamientos distorsionados, generando así comportamientos que

retroalimenten la prevalencia y elaboración de cogniciones irracionales; y por tal motivo se presentan síntomas y trastornos que le aquejan al individuo en el área física, psicológica y social.

De acuerdo con Beck (1983), las cuatro principales características que debe ofertar este procedimiento al paciente, radican en que éste deberá ser activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado.

- ✓ La primera característica (Activo) hace referencia a que dentro de la intervención, la relación existente entre el usuario y terapeuta debe de ser activa; es decir que el terapeuta se encontrará en continua actividad e interacción intencionadamente con el paciente, haciendo un papel de guía a lo largo de las sesiones de intervención.
- ✓ La segunda, menciona que el proceso debe de ser directivo, debido a que debe poseer un objetivo de intervención, el cual será atendido mediante la estructuración que le dé el terapeuta a lo largo de las sesiones, con la finalidad de atender las demandas del paciente mediante el empleo de técnicas y estrategias que permitirán el cumplimiento del objetivo de la terapia.
- ✓ Así también, la intervención bajo el MCC deberá ser estructurado en función del objetivo terapéutico frente a la DI; con base en esto, el terapeuta estructurará la terapia de acuerdo al tiempo, técnicas y estrategias que empleará para que el paciente participe activamente en la reestructuración de sus cogniciones y comportamientos.

- ✓ La última característica que enuncia Beck (1983), manifiesta el tiempo limitado que deberá poseer el proceso de intervención; durante éste, el terapeuta debe de formular estrategias encaminadas a cumplir con el objetivo terapéutico

## **TRATAMIENTOS COGNITIVO CONDUCTUALES**

Los modelos cognitivos emplean la metáfora del hombre como sistema de información, es decir, similar a un ordenador. El hombre procesa información del medio antes de emitir una respuesta, clasifica, evalúa y asigna significado al estímulo que recibe en función de su conjunto de experiencias que tiene almacenadas en su memoria, provenientes sus experiencias anteriores de interacción con el medio y de sus creencias, suposiciones, actitudes, visiones del mundo y autovaloraciones.

La terapia cognitiva afirma que en los trastornos emocionales surgen de los pensamientos irracionales. Si se analizan los pensamientos que están detrás de un comportamiento y se le hace lógico y racional, el problema psicológico se solucionará. Existe una distorsión sistemática en el procesamiento de la información, de este modo la perturbación emocional depende del potencial de los individuos para percibir negativamente el ambiente y los acontecimientos que les rodean.

Entre las técnicas conductuales podemos reseñar: la programación de actividades y asignación de tareas graduales, la práctica cognitiva y el entrenamiento asertivo. En las técnicas cognitivas destacamos en entrenamiento en observación y registro de cogniciones, demostrar al paciente la relación entre cognición, afecto y conducta, etc.

Estos pasos incluyen técnicas cognitivas de cambio del contenido del pensamiento y conductuales, que cambian los comportamientos del paciente. En las primeras fases del tratamiento se suelen emplear técnicas conductuales a fin de acercarse al nivel de funcionamiento que tenía el paciente antes de la depresión. Conseguido esto se van utilizando

un mayor número de técnicas cognitivas que requieren un razonamiento abstracto y que van a servir como acceso a la organización cognitiva del paciente, para buscar distorsiones cognitivas base en los pensamientos negativos y automáticos.

## **FUNCIONES DEL ÁREA PSICOLÓGICA**

### ***Atención directa a usuarios.***

- ✓ Análisis de la demanda: Se realiza en el marco de la primera entrevista luego de que el niño o niña llegue por a la comisaria de Familia, a iniciar su proceso psicoterapéutico, estando o no en la modalidad de Hogar sustituto, cuando haya indicios de maltrato físico y/o psicológico.

Los objetivos generales de esta entrevista de acogida son:

- \_Realizar la aplicación de la “Lista Pediátrica de Síntomas”
- \_Aplicación de “prueba psicométrica (CDI)”
- \_Escucha activa de los hechos y sintomatología del menor.
- ✓ Comprobar si existe algún motivo de prioridad en la atención:
  - \_Riesgo de autolesiones (Intentos suicidas)

\_Abuso sexual

\_Presencia de enfermedades o trastornos físicos que requieran tratamiento urgente.

\_Trastornos psiquiátricos que requieran tratamiento urgente

- ✓ Dar información y orientar al niño o niña sobre las actuaciones posibles, a sus demandas, como explicarle la importancia de asistir a un plan de tratamiento psicológico, con el fin de aliviar sus tensiones y mejorar sus conductas propias de la Depresión.
- ✓ Generar empatía y establecer el vínculo terapéutico, que favorezca el proceso psicoterapéutico.
- ✓ Motivar al niño o niña, fortaleciendo sus expectativas de cambio.
- ✓ Motivar a la familia (Padres Biológicos, o Madre sustituta) para su implicación en el tratamiento del paciente
- ✓ Realizar el encuadre terapéutico
- ✓ Evaluación y diagnóstico psicológico de niños y niñas.
- ✓ Elección y priorización de objetivos terapéuticos desde el Área Psicológica.

***Instrumentos para realizar la evaluación***

- ✓ Observación directa, individual
- ✓ Entrevista individual al niño o niña
- ✓ Entrevista a padres (biológicos, y /o sustitutos)

- ✓ Dibujo libre
- ✓ Juego diagnóstico
- ✓ Análisis Funcional
- ✓ Lista Pediátrica de Síntomas (Jellinek MS, Murphy JM, Robinso J, et al. Pediatricsymptomchecklist)
- ✓ Aplicación de prueba psicométrica (CDI)

### **TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO PARA LA DEPRESION**

Con las siguientes Técnicas de tratamiento más adelante enunciadas y explicadas, se pretende homogeneizar el proceso de intervención psicoterapéutico en relación a la Depresión Infantil en los niños diagnosticados, que son recepcionados en la comisaria Primera de Familia de Florencia Caquetá.

A continuación se enumeran algunos lineamientos generales que se deben tener en cuenta por todos los y las profesionales de la Psicología al momento de abordar dicha problemática.

1. Escuchar: ante una crisis emocional el niño o niña necesita de alguien que lo escuche con respeto, es importante entender el problema que está detrás de lo que se está escuchando. Valga recordar que cuando un infante está en crisis generalmente no tiene la claridad suficiente para expresar lo que le está sucediendo, lo que realmente le molesta. No es recomendable desgastar energía y esfuerzo rebatiendo su decisión, es más importante hacerle saber que es



entendido y que su sufrimiento tiene un valor y una razón de ser. También es necesario hacerle saber que es muy probable que buscando la ayuda adecuada pueda salir adelante sin necesitar recurrir a un acto autodestructivo, como puede ser el intento suicida.

2. Evaluar el riesgo: escuchando al niño o niña y habiendo explorado si existe o no un plan ideado para ejecutar el suicidio, se puede evaluar el nivel de riesgo. El cual se refleja a través de aquellas acciones tendientes a la autodestrucción. Esto quiere decir que a mayor especificidad del plan suicida mayor riesgo de concretar el acto.
3. Tómelo con seriedad: siempre que un niño o niña exprese ideas o pensamientos depresivos o suicidas es necesario prestarle atención. En muchas ocasiones uno pueden disimular lo mal que se siente y debajo de su aparente calma puede esconderse un conflicto que encierre profundos sentimientos de angustia.
4. No tema preguntar si el infante muestra depresión o ha abrigado pensamientos de suicidio: El que el menor pueda expresar abiertamente sus sentimientos o sus intenciones suicidas, ha demostrado, a través de la experiencia, que disminuye la probabilidad de que un evento se agrave o se lleve a cabo.
5. No se deje engañar: específicamente en el caso de las intenciones suicidas, muchas veces los menores dicen haber pasado la crisis y que no necesitan más atención en ese sentido. Esto sucede porque inicialmente sienten un alivio que suele ser temporal, sin embargo, suele ocurrir que los mismos sentimientos surgen nuevamente, por lo tanto, el seguimiento es crucial.

6. Sea positivo y solidario: es muy importante ofrecer fortaleza y un vínculo fuerte Al infante afligido. Es necesario hacerle saber que se está procediendo de la manera adecuada y que se hará todo lo posible para darle apoyo y la ayuda que necesita.  
-Felicítele por hacer lo correcto aceptando ayuda-.
7. Evalúe los recursos disponibles: haga una exploración de reconocimiento de los recursos con los que cuenta la persona, pues de seguro contará con elementos internos como mecanismos de racionalización, entendimiento, imitación y otros, los cuales deben ser fortalecidos y sostenidos. Tome en cuenta también recursos externos como amigos(as), familiares, consejeros(as), docentes, entre otros.
8. Actúe con eficacia: es importante que la persona sienta que la conversación le sirvió de algo, por lo tanto es necesario que plantearse metas al terminar la misma. Pregúntele terminada la conversación, sobre cómo se siente y háblele sobre las opciones o personas que usted ha pensado que le pueden ayudar. Se trata de darle algo tangible a lo cual aferrarse.
9. Intervención en crisis: se debe tomar en cuenta aspectos básicos como: hacer contacto psicológico, examinar las dimensiones del problema, explorar posibles soluciones, ayudar a tomar una acción concreta, seguimiento para comprobar progreso.

Plan de emergencia: se debe en conjunto con él o la niña elaborar un plan de emergencia donde se involucren también a otras personas que puedan apoyar el proceso, fundamentalmente recursos externos a la consulta ofrecida en la comisaría de Familia. *Leonard B, Healy D. (2000) Depresión Infantil. España*

## **ESTRUCTURA DE LAS SESIONES TERAPÉUTICAS**

El número de sesiones de seguimiento será muy variado dependiendo de la gravedad de la DI (leve, moderado, severo) pero se recomienda que no sean menos de 4 sesiones, progresivamente espaciadas, de manera que en este tiempo se pueda abordar como mínimo tres (3) técnicas cognitivo-conductual para el tratamiento de la depresión. Es importante fijar al comienzo del seguimiento, el tipo de registros y pruebas que se pretende hacer para constatar el éxito del tratamiento después de que éste, como tal, ha terminado.

### ***ETAPA I (Cómo tus pensamientos afectan tu estado de ánimo)***

El propósito principal de esta etapa es presentar información de cómo los pensamientos influyen sobre el estado de ánimo. La sesión inicial establece la estructura y el propósito de las sesiones posteriores. De igual forma, se establece el horario semanal de las sesiones, las reglas de las mismas y se explica claramente el tema de la confidencialidad. (Para los niños esto es muy importante puesto que ellos necesitan saber que están con alguien que será discreto y guardará sus “secretos”) Es importante que los/as niños tengan muy claro este último punto ya que esto puede influir en la calidad de la relación terapéutica que se establezca.

La primera sesión introduce el tema de la depresión y se fomenta que comparta sus historias sobre cómo ha experimentado la depresión. Una vez se discute este tema, el psicólogo presenta el propósito de la primera fase: cómo los pensamientos afectan el estado de ánimo. Se inicia esta parte de la sesión definiendo y aclarando el concepto pensamientos a través de ejemplos provistos por el psicólogo- niño o niña.

En las próximas tres sesiones se trabaja con los diferentes tipos de pensamientos que experimenta el niño que se encuentra deprimida/o y cómo los mismos pueden modificarse. Se realizan una serie de ejercicios que permiten la identificación de los errores de pensamiento. (Se utilizan las técnicas de relajación de respiración diafragmática, y ejercicio de relajación de Jacobson)

El diseño de la tercera sesión cumple con el propósito de proveer técnicas para aumentar los pensamientos positivos al disminuir los pensamientos no saludables, trayendo como consecuencia una reducción a la sintomatología depresiva.

## ***ETAPA II: Actividades (Cómo tus actividades afectan tu estado de ánimo) Activación Conductual***

El propósito principal de esta fase es que el niño o niña logre identificar alternativas, actividades y metas que le permitan tener mayor control sobre su vida de tal forma que logre superar su estado de ánimo depresivo. En esta fase se trabaja con la relación entre la participación en actividades placenteras y la sintomatología

depresiva experimentada. Se establece cómo la presencia de sintomatología depresiva puede limitar la participación en actividades placenteras, factor que, a su vez, aumenta la presencia de dicha sintomatología.

Durante las sesiones se trabaja la definición de “actividades placenteras” y los obstáculos a los que se enfrentan para disfrutar de las mismas. De igual forma, esta fase contempla la discusión del manejo del tiempo y cómo planificar y alcanzar metas.

***ETAPA III: Entrenamiento en Habilidades Sociales (Cómo tus relaciones interpersonales afectan tu estado de ánimo)***

Las sesiones que componen esta fase introducen la idea de cómo las relaciones interpersonales afectan el estado de ánimo. Se trabaja el tema del apoyo social y se aprende a identificar, mantener y fortalecer el mismo. Las últimas sesiones de este módulo van integrando los temas de las fases anteriores. El psicólogo examina, junto a el/la niño, cómo los pensamientos afectan las actividades en las que participa, el apoyo social y el tipo de relaciones interpersonales en las que se involucra. Se realizan ejercicios que enfatizan la importancia de la comunicación asertiva y el desarrollo de destrezas que permitirán el establecimiento de relaciones satisfactorias.

El proceso terapéutico culmina reconsiderando e integrando los temas principales de cada fase. Finalmente, se realiza una evaluación del progreso

alcanzado junto a los logros y las fortalezas. Se discuten recomendaciones, tanto con el/la niño, como con sus padres; (biológicos, Sustitutos, o Tutor).

## **TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN EN DEPRESIÓN INFANTIL**

### **TÉCNICAS CONDUCTUALES:**

Las técnicas conductuales se utilizan para modificar la conducta del niño tanto las consideraciones causales como adicionales que pueden complejizar el cuadro sintomático o y agregar dificultades a la ya presente, como cualquier programa de modificación de conducta, requieren una planificación detallada e individualizada acordes a los resultados obtenidos en el proceso de evaluación.

#### ***1. El Entrenamiento de Habilidades Sociales***

Las habilidades sociales son aquellas conductas que las personas emiten en situaciones interpersonales para obtener respuesta positiva de los demás. El entrenamiento en Habilidades sociales es un programa que estará estructurado en sesiones de 45 minutos cada una, el número de sesiones dependerá del diagnóstico inicial ya sea (leve, moderado severo) sesiones que pretenderán mejorar tres clases de conductas:

- ✓ La aserción negativa (implicando conductas que permiten al menor defender sus derechos y actuar de acuerdo con sus intereses, a la vez que se es considerado con los demás),

- ✓ La aserción positiva (relativa a la expresión de sentimientos positivo hacia otros)
- ✓ Las habilidades conversacionales (desde la iniciación, la realización de preguntas y la revelación apropiada de sí mismo, hasta la terminación de conversaciones), todo ello en los distintos ámbitos de las relaciones sociales (con extraños, con amigos y familiares y en el trabajo o la escuela).

En la medida en que una persona se relaciona de forma adecuada con otros, recibe reforzamiento social positivo, lo cual, eleva la autoestima del individuo, elemento fundamental para el ajuste psicológico. En cambio, cuando las relaciones con otros están determinadas por la ansiedad, la inhibición o el reforzamiento negativo de los demás, la persona tiene un pobre concepto de sí misma.

Sesiones las cuales estarán dirigidas a trabajar:

- La capacidad de decir no
- La capacidad de pedir favores y hacer peticiones
- La capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos
- La capacidad de iniciar, continuar y acabar conversaciones.

Desde un punto de vista empírico se han formulado las siguientes respuestas:

- Hacer cumplidos
- Aceptar cumplidos
- Hacer peticiones
- Expresar amor, agrado y afecto

- Iniciar y mantener conversaciones
- Defender los propios derechos
- Rechazar peticiones
- Expresar opinión personal incluida el desacuerdo
- Expresión justificada de la ira, el desagrado o el disgusto
- Petición de cambio de conducta del otro
- Disculparse o admitir ignorancia
- Manejo de las críticas
- La capacidad de solicitar satisfactoriamente un trabajo
- La capacidad de hablar en público

## **2. Programación de actividades**

Se refiere al a programación puntual de las actividades cotidianas del niño y la ordenación de sus rutinas. Requieren de conocimiento previo y detallado sobre las mismas; procedente del niño y de los adultos significativos a su cargo.

Se incluyen todo tipo de actividades, de autocuidado, académicas, recreativas, etc; las cuales se organizan con el propósito de facilitar en el niño el sentido de control sobre las mismas, participando activamente en el proceso de planificación y ejecución.



### **3. *Role-playing o representación***

Para incorporar realmente las habilidades entrenadas a su repertorio y ponerlas en práctica en situaciones naturales, puede inicialmente ensayarlas en situaciones simuladas. En realidad, el niño o niña ensaya la habilidad o conducta en un contexto simulado, más controlado y estructurado que le permite adquirir confianza y seguridad sin ningún riesgo de fracaso. (Por ejemplo negarse y saber actuar frente a un posible abuso sexual.)

### **4. Programación en actividades placenteras**

Para su planificación se requiere información previa sobre las actividades que puedan tener un efecto placentero en el niño, la frecuencia de realización y las posibilidades de llevarlas a cabo en el presente. Esto es posible mediante entrevista, preferiblemente con el niño.

Es importante ordenar las actividades placenteras según el nivel de agrado que produzcan y los esfuerzos requeridos para desarrollarlas, y así conformar un programa graduado de actividades placenteras. Se requiere el entrenamiento adicional del niño para el registro de elementos involucrados, es decir, la actividad realizada y el nivel de agrado que le produce.

Este tipo de estrategias pretenden fundamentalmente crear efectos motivacionales incrementando el bienestar del niño. Para identificar cuáles son las actividades placenteras se le puede preguntar directamente; por ejemplo: ¿qué te gusta hacer antes de sentirte triste? ¿En qué ocupabas tu tiempo de ocio?, se le

pueden formular preguntas acerca del futuro, por ejemplo: ¿qué te gustaría hacer cuando te sientas mejor? ¿Hay algo que te gustaría hacer y que aún no has hecho?

Mediante la observación podemos saber qué es lo que le agrada hacer al niño, por lo que se les pide a los padres, profesores, tutores que anoten y observen lo que está haciendo en su tiempo de ocio. Los autoregistros de actividades son un buen instrumento pues aquellas actividades que el niño aún mantiene sirven como inicio del tratamiento.

### **5. *Reforzamiento contingente***

Es importante incrementar la frecuencia del reforzamiento positivo que el niño recibe por la emisión de sus comportamientos adecuados, sean estos, relacionados o no con la depresión. Así se determinan reforzamientos contingentes materiales o sociales, que han de proporcionarse cada vez que se emiten los comportamientos previamente determinados.

Esta estrategia apunta también a la mejora del estado de ánimo deprimido a través del efecto del proceso motivacional. Por ejemplo, si el niño no sale a jugar desde que se encuentra deprimido y un día opta por hacerlo, los padres o tutor, le pueden reforzar diciéndoles: “está muy bien que salgas a jugar con tus amigos, me alegro mucho que te hayas animado” si el niño no ordena su cuarto o hace la cama y un día lo hace, se le puede premiar con algo que sepan que les gusta mucho, como por ejemplo comprarle un dulce o chucherías.

## **6. Modelado e imitación**

Consiste en el aprendizaje por medio de la observación, en la cual se trata de exponer al niño o niña, en un primer momento, a modelos que muestran correctamente la habilidad o conducta objetivo de entrenamiento. Posteriormente, se debe practicar la conducta observada en el modelo. Por ejemplo, si queremos entrenar la habilidad "establecer comunicación con sus pares", el modelo realizará esta conducta en diferentes situaciones, invitando finalmente al menor a que lo haga, al principio acompañada del modelo, posteriormente de manera totalmente autónoma. (Por ejemplo en el colegio).

Para conseguir un modelado más efectivo hay que tener en cuenta algunos aspectos claves:

### *Características del modelo:*

- ✓ Debe tener experiencia en la habilidad a entrenar.
- ✓ Es aconsejable que existan ciertas similitudes entre el modelo y observador
- ✓ Que cuente con características personales que faciliten la comunicación.

(También se aconseja exponer al menor a diferentes modelos realizando la misma conducta.)

### *Características de la situación a modelar:*

Las conductas a imitar deben presentarse de manera clara y explícita, comenzando por las más sencillas, con repeticiones que permitan su aprendizaje.

*Características del observador:* la conducta o habilidad a imitar debe responder a necesidades reales del observador, debe resultar un aprendizaje significativo y

funcional, así como procurarle refuerzos o recompensas. El aprendizaje de la habilidad será más efectivo si ésta tiene consecuencias positivas.

Para que esta técnica sea realmente eficaz, el niño debe mostrar una actitud activa y participativa, olvidarse de la vergüenza y "ponerse en situación". Esta técnica es muy adecuada para el entrenamiento de una amplia escala de habilidades sociales; por ejemplo, "responder de manera activa", "saber decir no ante una demanda injusta", etc. En estos casos, el entrenamiento de esta habilidad puede tener un valor preventivo ya que se trata de adquirir la habilidad en situaciones ficticias para que, llegado el momento o situación real, se tenga adquirida la habilidad correspondiente para manejar dicha situación. La puesta en práctica de esta técnica de entrenamiento puede implicar la colaboración de varias personas (padres biológicos, madres sustitutas y maestros) es sumamente importante describir con detalle la situación simulada, el objetivo a conseguir y la conducta a exhibir. Durante las representaciones, el educador o padre supervisa las ejecuciones, orienta, presta ayuda y dirige el ensayo de la conducta hasta que se adquiere soltura. Si es necesario, se puede ayudar de estímulos visuales o auditivos que favorezcan la utilización de frases - tipo, gestos, etc.

### ***Tareas para casa***

El mandar tareas para casa es un buen entrenamiento porque la mayoría de las nuevas habilidades necesitan ser practicadas repetidamente y ser llevadas a cabo en lugares

diferentes, implica un mayor autocontrol por parte del infante y en definitiva supone ir transfiriendo lo aprendido en consulta al ambiente real del individuo.

Las tareas para casa deben de elaborarse y acordarse junto con el niño o niña, deben de ser detalladas y deben de tener una alta probabilidad de éxito para que este no se frustre, ya que los éxitos pueden mejorar en gran medida la motivación e implicación de los clientes en el tratamiento. El menor debe de llevar un registro de las tareas con los éxitos, nivel de ansiedad, dificultades experimentadas, etc.

## **TÉCNICAS COGNITIVAS**

Este tipo de procedimientos va dirigido al cambio de todos los elementos de tipo cognitivo, atribuciones, sesgos, distorsiones, ideas irracionales, relacionados con la depresión que han sido referenciados por autores Ellis (1981), Beck y cols. (1983) y otros.

### ***1. Reestructuración cognitiva***

El objetivo de la reestructuración cognitiva es la modificación de los pensamientos irracionales disfuncionales depresivos que aparecen como consecuencia de errores en el procesamiento de la información y que están asociados a emociones y a conductas desadaptativas. Dicha modificación se logra mediante la evolución de la evidencia para el pensamiento, la consideración de alternativas, de interpretación y pensar sobre lo que podría realmente pasar si ocurre un evento indeseable. Los procedimientos se usan a lo largo de todo tratamiento y requieren algunas sesiones iniciales para enseñar al niño tanto a detectar sus propios pensamientos disfuncionales como la manera de usar el mismo, de manera independiente, los procedimientos de reestructuración (Stark, Rouse y Kurowski. 1994).

Se le enseña al niño la relación pensamiento-emociones, por ejemplo, si el niño hace mal los deberes, puede pensar: “soy un inútil, no sirvo para nada” y el sentimiento asociado a ese pensamiento es tristeza. Sin embargo si piensa: “me ha

salido mal, pero mañana lo hare mejor”, el niño se sentirá animado. A través de la reestructuración cognitiva se le enseña al niño a detectar los pensamientos negativos y cambiarlos por otros más funcionales que le hagan sentir emociones adaptativas.

## **2. Modelamiento cognitivo**

Es un procedimiento que se usa de manera frecuente. El terapeuta se verbaliza en voz alta sus pensamientos al confrontar un problema o situación en la cual pueda presentar pensamientos al confrontar un problema o situación en la cual se pueda presentar pensamientos relevantes y eficaces para la resolución de la misma. El objetivo es que el niño pueda poner en práctica lo aprendido cuando se exponga a situaciones similares.

Se realizan ensayos de conducta ensayo de conducta para que el niño lleve a la practica el procedimiento y se asignan actividades para llevar a cabo fuera de la sesión terapéutica. Si eligen situaciones en las que normalmente el niño presenta pensamientos que impiden una ejecución adecuada o conlleva malestar emocional significativo por los pensamientos incapacitantes (Stark y cols., 1994).

## **3. Autoinstrucciones**

El entrenamiento en Autoinstrucciones es diseñado por Meichembaum (1987) es utilizado para ayudar a los niños depresivos a interiorizar autodeclaraciones que guíen su pensamiento y su conducta a formas más adecuadas

y eficaces. Se busca también que haya una secuencia de resolución de problemas, así como el afrontamiento de pensamientos y emociones que puedan generar estados afectivos negativos e interferir en las soluciones adecuadas.

El entrenamiento en Autoinstrucciones se lleva a cabo para que el niño, ante una situación problemática, se diga si mismo frases positivas que le ayuden a enfrentar mejor dicha situación en la primera fase, el terapeuta hace de modelo afrontando una situación que es estresante o problemática para el niño y éste lo observa, después es el niño el que se enfrenta a la situación siguiendo las instrucciones del terapeuta. En la tercera fase, el niño afronta la situación diciéndose las autoinstrucciones positivas en voz alta, después hace los mismo diciéndose las autoinstrucciones en voz baja, y por último el niño afronta la situación diciéndose las autoinstrucciones para sí mismo, sin verbalizarlas. (Olivares, Méndez y Lozano, 1999.)

#### ***4. Solución de problemas***

Este tipo de entrenamiento ayuda a contrarrestar los problemas algunos de los problemas de los niños con depresión. Indica la manera de enfrentar eficazmente situaciones, lo cual produce efectos importantes en la desesperanza experimentada al generar manejo y dominio sobre algunos elementos del contexto que proporcionan sentido de autoeficacia.

Se siguen pasos que incluyen la identificación y definición del problema, la generación de alternativas de solución, la evaluación de las alternativas planteadas, la selección de las más pertinentes, la ejecución de las mismas y la evolución de los



resultados obtenidos tras la implementación. Tales pasos de aprenden a través de la instrucción, modelamiento, moldeamiento, refuerzo, y retroalimentación (Kendall, 1981). El psicólogo deberá escuchar afablemente al niño o niña deprimido con las ideas que tiene de su mundo, y sus creencias negativas, aun cuando se consideren absurdas para el terapeuta. Con frecuencia el niño manifestará sus ideas negativas al principio del tratamiento y al investigar las razones de estas ideas se descubre que el paciente apoya sus ideas negativas en eventos pasados e interpreta uno o más eventos actuales apoyados en dichas ideas. (Para realizar una identificación de dichas ideas y creencias negativas del niño es práctico la implementación del Diagrama de conceptualización cognitiva ver anexo 1.)

El psicólogo puede utilizar distintos recursos para reforzar y ampliar el impacto de la sesión:

- El niño puede escuchar una sesión grabada en audio, Ver videos de las sesiones les puede ayudar a estos niños a corregir algunas percepciones distorsionadas de sí mismos y ver más claras sus conductas problemáticas.
- Es muy importante prescribirles una serie de actividades que a estos niños con DI les resulta difícil realizar, tareas que anteriormente les costaba un esfuerzo relativamente pequeño; esta pauta indica que el niño ansioso depresivo evitará la actividad o se detenga y abandone al encontrar la más mínima dificultad. Parece que sus creencias y actitudes negativas están a la base de su tendencia a darse por vencidos. Cuando abordan actividades dirigidas a un objetivo, tienden a maximizar las dificultades y a minimizar

su capacidad para superarlas. El empleo de programas de actividades sirve para contrarrestar la escasa motivación del niño, su inactividad y su preocupación en torno a las ideas depresivas. Además el hecho en tareas dirigidas a un objetivo le proporcionara tanto al menor como y al psicólogo datos concretos en los que basar las evaluaciones realistas de la capacidad funcional del niño.

- La planificación de actividades en colaboración con el menor puede ser un paso importante para demostrarle que es capaz de controlar su tiempo. Programando las actividades proporciona además un feedback objetivo referente a los logros.
- Proporcionar el fundamento teórico de las tareas para casa. Se le asignan tareas, facilitar su realización y elaborar una agenda diaria de actividades que le resulten agradables y que incrementen su sensación de dominio. (Beck y shaw 1981).

### **5. *Terapia Racional-Emotiva (A. ELLIS)***

Uno de los métodos de cambio cognitivo, es la Terapia Racional Emotiva. Esta terapia parte del principio de que el pensamiento crea emoción. Dentro de las teorías de la emoción que toma en cuenta está la teoría de la evaluación. Cuando se observa un estímulo, el sujeto lo analiza, determinando si es peligroso, inofensivo, atractivo o repulsivo; y de acuerdo a este análisis, responde con respuestas de aproximación, de huida o de retiro. Ahora bien, esto tiene que ver con lo que el

sujeto se dice a sí mismo. Constantemente nos encontramos hablándonos a nosotros mismos.

Ese discurso constante mediante el cual establecemos planes, determinamos la capacidad de nuestra energía, etcétera. Pero esta habla interna es tan constante, que perdemos la atención sobre este evento y cuando se le pregunta al paciente lo que se dice a sí mismo, éste contesta que nada. Además, existe un fenómeno que llamamos sobre-aprendizaje, en el cual las respuestas comportamentales se convierten en automáticas. Por ejemplo, cuando se aprende a manejar, alguien lo va instruyendo a uno sobre lo que se tiene que hacer. Luego, nos instruimos a nosotros mismos y finalmente, las respuestas para manejar, se vuelven automáticas. Manejamos "sin pensar", pero implícitamente siempre se encuentra una autoinstrucción o autoverbalización. De esta forma, lo que el terapeuta tiene que hacer es conseguir que el paciente ponga atención a sus autoverbalizaciones, las analice y las sustituya por autoverbalizaciones que le provoquen al paciente menos problemas (Ellis 1980).

La Terapia Racional-Emotiva afirma que muchas ideas o creencias irracionales son las causantes de las perturbaciones emocionales. El ser humano, en general, tiende a exagerar y tremendizar los acontecimientos haciéndolos más dolorosos de lo que realmente son.

Esta terapia parte de la base de que existe una filosofía irracional que ha sido transmitida y aprendida, causando más dolor emocional, y que se puede aprender a cuestionar las ideas irracionales y cambiarlas por otras más realistas y objetivas que

nos permitirá tener un mayor control sobre nuestras emociones y conductas inadecuadas. (Badillo 1989)

La técnica consiste en enseñarle al niño o niña el método del ABC, que consiste en pedirle que nos indique una situación que le provoca una emoción desagradable, por ejemplo una niña de 8 años manifiesta extrema tristeza y llanto recurrente, debido a que su madre le ha dicho en repetidas ocasiones luego de haber reprobado el año escolar, “que no sirve para nada y que es una bruta”. El análisis sería de la siguiente forma:

<b>A</b> EVENTO ACTIVANTE <b>B</b> CREENCIA IRRACIONAL	<b>C</b> CONSECUENCIA	
Reprobó el año escolar	Es terrible que haya reprobado el año escolar, soy una bruta y no sirvo para nada.	Sentimientos de minusvalía y tristeza.

Lo importante es demostrarle a la niña que el origen de sus estados de ánimo no está en el ambiente, en su familia, en sus amigos, en su colegio, sino en la forma en que interpretan los fenómenos que les acontecen. Por supuesto que hay cambios ambientales que definitivamente afecta a una persona, pero en general, a la persona con problemas emocionales no le ocurren cosas así. Una vez demostrado esto, se le pide a la niña que comience a registrar en forma escrita o verbal, los eventos activantes. Después se le pide que registre las consecuencias. En la sesión psicológica se analizan estos registros y se discute la idea irracional. El punto más

importante es cuando la niña identifica por sí sola la idea irracional. Después pasamos a **D**, que es la disputa racional, que provoca a su vez **E**, que es la consecuencia del análisis racional, de la siguiente manera:

<b>A</b> EVENTO ACTIVANTE	<b>B</b> CREENCIA IRRACIONAL	<b>C</b> CONSECUENCIA	<b>D</b> DISPUTA RACIONAL	<b>E</b> CONSECUENCIA DE LA DISPUTA
Reprobó el año escolar	Es terrible que haya reprobado el año escolar, soy una bruta y no sirvo para nada.	Sentimientos de minusvalía, tristeza.	Reprobé el año escolar, pero no es porque no sirva para nada ni porque sea una bruta, solo que no dispuse mi empeño, puedo dar lo mejor de mí, y este año escolar todo será diferente y obtendré buenas calificaciones.	(Incomodidad, sentimientos de desagrado, pero no excesivos.) Me siento a veces mal, con mis anteriores compañeras, porque ellas si aprobaron el año escolar y yo no.

Durante el uso de la Terapia Racional Emotiva, el psicólogo tiene que hacer uso de todas sus habilidades de persuasión, demostrando lógicamente el razonamiento equivocado del niño o niña. Las razones básicas son pragmáticas: si un pensamiento provoca malestar, sentimientos indeseables, entonces es una idea irracional. La idea básica consiste en disfrutar lo disfrutable de la vida y sufrir menos lo que nos provoca sufrimiento (Fernández, 2011).

## **Referencias**

Arranz, E. y Malla, R. (1986). *Status materno y su relación con los trastornos de conducta en la infancia*. Servicio Editorial Universidad del País Vasco.

Badillo, I. (1989). *Factores psicosociales de la depresión Anthropológica*. 1ª Edición, México: Thomson editores.

Beck A.T. y Shaw B.F. (1981) *Enfoques cognitivos de la Depresión*. Manual de intervención .Mc Graw Hill

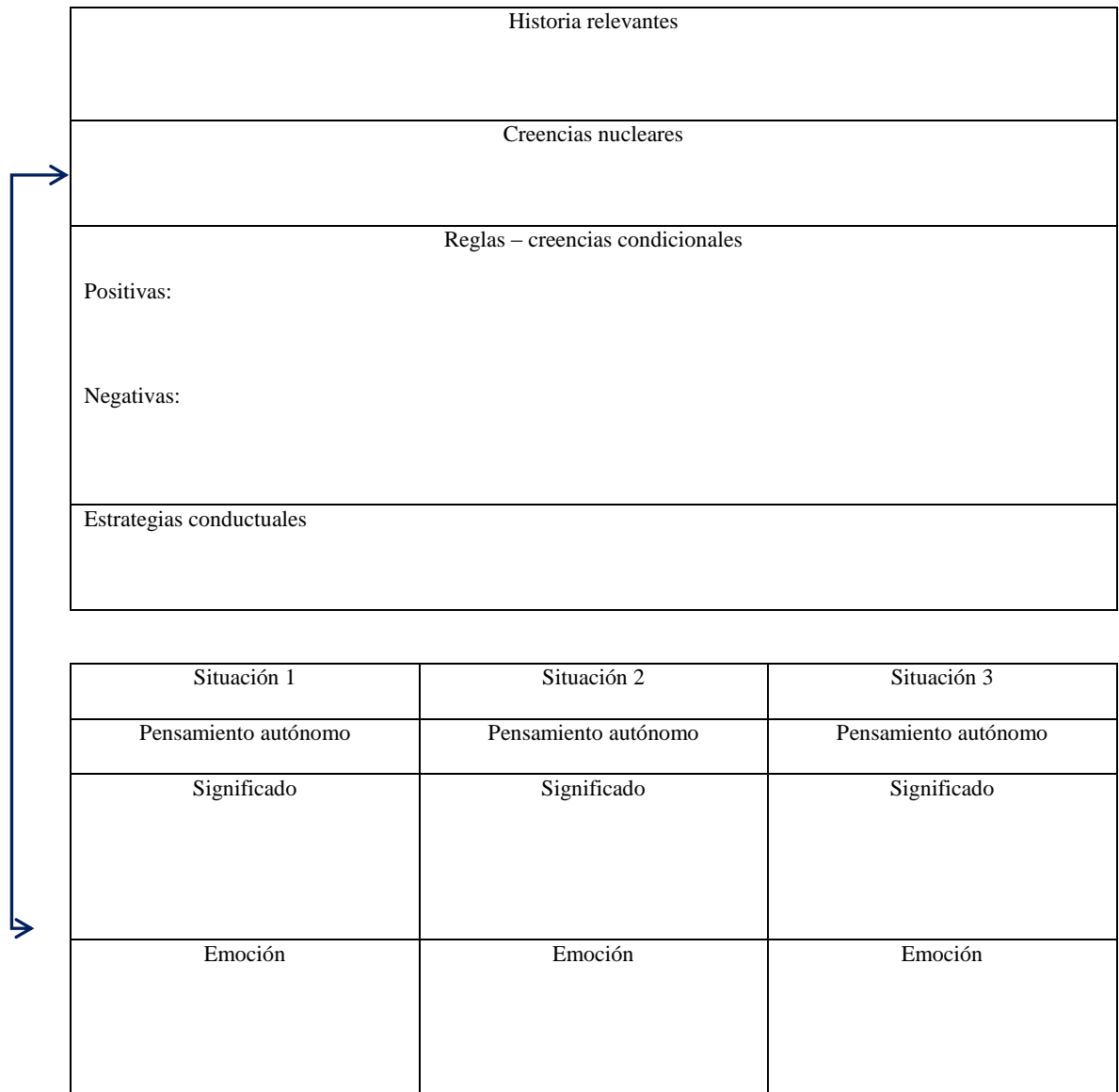
Belloch, H.Sandín K. y Ramos, T. (1995) *Procesos terapéuticos* .España Inde Publicaciones

Fernández, R (2011) *Evaluación Psicológica*. Conceptos métodos y estudio de casos. Pirámide. Madrid

Pérez M.y García J. (2001) *tratamientos psicológicos eficaces para la depresión*: México: Thomson editores

## ANEXO

### Anexo A. Diagrama de conceptualización cognitiva



Conducta	Conducta	Conducta
Fisiología	Fisiología	Fisiología



## APÉNDICE

### Apéndice A. Entrevista estructurada

Nombre:

Edad

Sexo:

Grado:

Fecha:

1. ¿Quiénes viven con contigo en tu casa?

- Papá
- Mamá
- Hermanos o hermanas
- Abuelos
- Tíos o tías
- Padrastro o madrastra
- Sobrinos
- Padres adoptivos
- Otras personas

2. ¿En tu familia quiénes trabajan para ganar dinero?

- Papá
- Mamá
- Padrastro o madrastra
- Hermanos mayores
- Tú
- Abuelos
- Tíos o tías

3. ¿Cuándo tú estás en la casa, quién te cuida o te ayuda cuando lo necesitas?

- Papá
- Mamá
- Padrastro o madrastra
- Hermanos
- Abuelos
- Tíos o tías
- Empleada doméstica
- Vecinos
- Nadie

4. ¿Quién se encarga de regañarte o castigarte cuando desobedeces o te portas mal?

- Papá
- Mamá
- Padrastro o madrastra
- Hermanos mayores
- Tíos o tías
- Abuelos
- Empleada doméstica
- Nadie, yo hago lo que yo quiero

5. ¿Cómo te castigan en tu familia?

- No te dejan ver televisión
- No te dejan salir a divertirse
- No te dejan jugar o hacer cosas que te gustan
- Te pegan
- Te regañan

6. ¿Cuántas veces a la semana te castigan?

- 1 vez
- 2 veces
- 3 veces
- Más veces
- Ninguna

7. Cuando estás en tu casa, puedes jugar con:

- Papá
- Mamá
- Hermanos o hermanas
- Amigos que te visitan
- Juegas solo o sola

8. Cuando tienes un problema con cuál persona adulta prefería hablar:

- Papá
- Mamá
- Padrastro o madrastra
- Alguno de tus hermanos mayores
- Alguno de tus tíos o tías
- Abuelos
- Alguno de tus maestros
- Un vecino que te agrada
- No hablas con nadie

9. ¿Cuántas veces discuten los adultos que viven contigo?

- Siempre
- Muchas veces
- A veces
- Nunca discuten

10. De las siguientes actividades, cuáles hacen juntos los miembros de tu familia?

- Comer (el desayuno, el almuerzo o la cena)
- Paseos
- Limpieza de la casa
- Celebraciones de cumpleaños
- Ver televisión
- Estudiar
- No hacemos nada juntos

11. En tu casa, a veces hace falta dinero para comprar comida, pagar los recibos comprar otras cosas que necesitan?

- Sí
- No

12. ¿Qué te corresponde hacer en tu casa?

- Lavar los platos
- Secar los platos
- Barrer la casa
- Ayudar a cocinar
- Sacar la basura
- Tender las camas
- Limpiar las ventanas
- Sacudir los muebles
- Barrer el patio
- Salir a trabajar
- Otra cosa
- Nada

13. ¿Cómo te llevas con tu mamá?

- Muy bien
- Más o menos, discutimos muchas veces
- Mal, discutimos casi todos los días

14. ¿Cómo te llevas con tu papá?

- Muy bien
- Más o menos, discutimos muchas veces
- Mal, discutimos casi todos los días

15. Si tienes padrastro o madrastra, dime: ¿Cómo te llevas con él o ella?

- Muy bien
- Más o menos, discutimos muchas veces
- Mal, discutimos casi todos los días

16. ¿Cuánto sientes que te quiere tu familia?

- Mucho
- Un poco
- Casi Nada

17. ¿Tu mamá (o tu madrastra) tiene tiempo para hablar y para hacer algo divertido contigo?

- Sí  No

18. ¿Tu papá (o tu padrastro) tiene tiempo para hablar y para hacer algo divertido contigo?

- Sí  No