

LOS TRASTORNOS EMOCIONALES EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA. IDENTIFICACIÓN

Aurora García Morey
Facultad de Psicología, Universidad de La Habana

Resumen

La literatura especializada coincide en el aumento en los últimos diez años de los trastornos emocionales en la infancia y la adolescencia, llegando sus reportes a cifras millonarias. Nuestras observaciones a partir de la práctica clínica y estudios de casos coinciden, por lo que e el presente trabajo ofrecemos algunas reflexiones y experiencias en el uso de las técnicas gráficas en su identificación e intervención.

Palabras clave: diagnóstico, psicología clínica, técnicas gráficas

Abstract

The literature agrees with the increase in the last ten years of emotional disorders in childhood and adolescence, reaching its reports to millions. Our observations from clinical practice and case studies coincide, so this paper and offer some thoughts and experiences on the use of graphic techniques in identification and intervention.

Keywords: diagnosis, clinical psychology, graphic techniques

En la última década, hemos observado en consulta el aumento de la frecuencia de algunos cuadros clínicos correspondientes al grupo de los trastornos de las emociones en la infancia y la adolescencia, por lo que indagamos en la literatura acerca del comportamiento de las entidades o sintomatología de mayor incidencia en otros países, encontrando coincidencia en la mayoría de los casos. Si bien entre los meses de septiembre y octubre aumenta la frecuencia de los problemas relacionados con la adaptación escolar, resulta llamativa la estructuración de algunos cuadros clínicos en los cuales la sintomatología emocional emerge como trastorno primario de causas múltiples, como secundario a otros trastornos, o enmascarado en expresiones conductuales y distorsionando, la verdadera cara del problema.

Los estudios epidemiológicos en otros países, estiman entre un 10 a un 20% la prevalencia de psicopatología infantil.

El Departamento de Sanidad estima que uno de cada cinco niños en Estados Unidos padece de un trastorno emocional o del comportamiento, lo que equivale a catorce millones de niños y adolescentes. El Dr. Harold S. Koplewicz, presidente del Instituto de Salud Mental Infantil (Child Mind Institute), institución dedicada a ofrecer apoyo e información sobre atención psicológica emocionales y de conducta son patologías frecuentes en la infancia

y adolescencia, afirmó que el setenta y cinco por ciento de todas las enfermedades de psiquiatría ocurren antes de los veinticuatro años de edad, y el 50% ocurren antes de los catorce años.*

El Instituto Nacional de Salud Mental estima que las enfermedades mentales más comunes entre los niños en Estados Unidos entre los ocho y los quince años de edad son:

- El Trastorno de Deficiencia de Atención e Hiperactividad (TDAH)
- Trastornos en el estado de ánimo
- Depresión severa
- Trastornos de conducta
- Distimia
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos de pánico
- Trastornos de ansiedad generalizada
- Trastornos alimentarios

Según la CDC el principal trastorno mental infantil es el Trastorno de Deficiencia de Atención e Hiperactividad (TDAH) el cual afecta a 8.5 % de los niños entre ocho y quince años de edad; seguidos por 3.7% de niños que padecen de trastornos en el estado de ánimo, y un 2.7% de los que niños con depresión severa. No logramos encontrar estadísticas en niños menores de ocho años, por lo que no estarían en estas cifras considerados todos aquellos casos de preescolares que se inician

en la vida escolar, donde emergen un elevado número de casos con dificultades en la adaptación o trastornos específicos del aprendizaje y que pueden tener como efecto derivado, sentimientos de incapacidad, minusvalía, angustia, ansiedad, entre otros síntomas.

Según reportes de la Clínica Mayo estos son algunos de las señales que deben observar, los médicos, maestros y familiares con vistas a la detección precoz de alteraciones de la esfera emocional:

- Dificultad para concentrarse.
- Pérdida de peso inexplicable.
- Abuso de sustancias tóxicas.
- Cambios de comportamiento.
- Cambios en estado de ánimo.
- Sentimientos extremos.
- Infligirse daño físico.

Tanto la bibliografía norteamericana como la española, asocian estos resultados con las circunstancias socioeconómicas y sociales contemporáneas, los nuevos estilos y estructuras de la familia actual, enumerando algunas que resultan coincidentes con nuestra realidad:

- **La estructura familiar:** aumentan las separaciones, los divorcios, familias reconstituidas, más variedades y tipologías de familias.
- **Las normas, los códigos de conducta y las costumbres sociales:** la influencia mediática, y la dificultad de las familias en el establecimiento de límites que los reafirmen como figuras de autoridad y los validen para propiciar y aplicar una disciplina adecuada.
- **La tendencia a subestimar el valor del esfuerzo:** del tiempo de adaptación necesario para manejar y superar los conflictos y la poca tolerancia a la frustración y el cultivar el esfuerzo personal y colectivo.
- **El culto al cuerpo:** y a los modelos femeninos de mujer delgada y esbelta aumentan las patologías por desagrado externo, como la anorexia mental y la

bulimia, y la contrapartida masculina de fuerza física y violencia.

- **Dificultad para pensar de manera autónoma, simbolizar y liberar la tensión interna** en forma de emociones y sentimientos y su posible relación con la mayor incidencia de patología psicosomática, como vía preferente de expresión de los conflictos.
- **La mayor competitividad:** generadora de conflictos, especialmente en los niños más frágiles y vulnerables.
- **La necesidad de dedicar más tiempo a los compromisos laborales,** en detrimento del tiempo a dedicar a la familia, en contradicción con la necesidad de cubrir las necesidades de sostén de los hijos.

Principales relaciones familiares disfuncionales:

- Los patrones rígidos, inflexibles, incapaces de adaptarse a los cambios y condiciones de la familia moderna.
- Familias que niegan y evitan sistemáticamente el conflicto (siempre todo va bien).
- Relaciones familiares muy invasivas. No hay límites claros entre sus miembros, no queda espacio para la intimidad y la individualización de cada uno.
- Relaciones sobreprotectoras: los padres no se adaptan a los progresos del desarrollo de sus hijos, ni a las demandas de independencia. Se les priva de comportamientos autónomos y se les mantiene infantilizados.
- Relaciones frías, con ausencia de expresiones de cariño de los padres, sin interés por los avances del niño. Los padres no estimulan sus avances, ni se interesan por sus estudios, o por sus amigos y com-

pañeros con los que emplean el tiempo libre.

- Los padres que, debido a sus compromisos personales o profesionales, no se organizan para dedicar un tiempo mínimo a sus hijos.

Cuadros clínicos coincidentes

Trastorno de ansiedad de separación

Es la ansiedad excesiva relacionada con la separación de las personas a las que está vinculado el niño (normalmente los padres y especialmente la madre), con la separación del hogar o de otros familiares.

Sus síntomas se manifiestan a nivel

1. **Cognitivo** (preocupación excesiva y persistente a perder las figuras de apego o a que les suceda algo malo).
2. **Conductual** (resistencia o rechazo a acudir a la escuela u otro lugar, negarse a dormir solo o fuera de casa si no está cerca la figura de vinculación).
3. **Somáticas** (dolores de estómago, cabeza, pesadillas recurrentes, náuseas).
4. **Emocional** (llanto, irritación, ansiedad y angustia).

Este trastorno suele interferir en su desarrollo y en las relaciones con sus iguales ya que estos niños suelen tener dificultades para participar en juegos, actividades, deportivas.

Cuando están fuera del hogar o sin el acompañamiento de los padres, suele cursar con un elevado malestar y perturbación en el niño que lo padece, siendo frecuentes los síntomas fóbicos, de ansiedad, quejas somáticas e incluso sintomatología depresiva. La edad de comienzo más frecuente se ha situado en la niñez media, entre los siete y nueve años de edad, aunque suele también presentarse en la edad preescolar.

Aunque en la bibliografía minimizan los posibles riesgos a largo plazo, colocando en las condiciones externas la evolución casi espontánea.

Hemos recibido preescolares menores con sintomatología estructurada, estable y gran resistencia a la intervención.

Trastorno desafiante oposicionista

La **conducta de oposición** puede tomar diferentes formas, desde la pasividad extrema (no obedecer sistemáticamente mostrándose pasivo o inactivo), hasta verbalizaciones negativas, insultos, hostilidad o resistencia física con agresividad hacia las figuras de autoridad, ya sean los padres, maestros o educadores.

La conducta desafiante y de oposición de inicio temprano suele ser persistente y puede ir asociada a diferentes tipos de patología infantil y adolescente. Este trastorno, al igual que la ansiedad de separación, suele encontrarse, en el abandono real o virtual del niño en la primera infancia por parte de los padres. Los lazos afectivos (apego) insuficientes y negativos, no lograron el crecimiento psicológico, el validismo y vínculos emocionales sanos y estables con la separación segura, en la que el niño estará preparado y activo en su propio desarrollo.

Trastorno de hipersensibilidad social

Miedo y **desconfianza** a extraños que produce una ansiedad excesiva y le impide mantener relaciones sociales normales, este trastorno se da antes de los seis años de edad. Incluye el trastorno por evitación.

Trastorno de rivalidad entre hermanos

El trastorno aparece unos meses después del nacimiento del hermano menor. El hermano mayor manifiesta celos y rivalidad contra el hermano menor e intenta competir constantemente para llamar la atención de sus padres. En los casos graves se acompaña de hostilidad, maldad e infamias contra el hermano menor y pudiendo mostrar comportamientos pueriles como es enfrentarse con los padres, llamar la atención con la comida, rabieta.

Trastorno del vínculo

Hablamos del Trastorno del vínculo cuando se han producido rupturas traumáticas en el lazo afectivo niño-madre desde las etapas más tempranas.

Diversas pueden ser las causas: abandono, maltrato, separaciones, Hogares para niños sin amparo filial y posteriormente adoptados, niños que han estado en incubadoras, o ingresados en los primeros años de vida.

La sintomatología puede ser variada, desde retraimiento extremo a conductas disruptivas que cursan con hiperactividad, déficit atencional e impulsividad.

Pero no siempre hacen falta grandes traumas para que un niño pueda desarrollar problemas de vinculación. Las largas horas de trabajo de muchos padres, los sustitutos temporales, las instituciones internas en etapas anteriores al segundo año de vida, no facilitan que se establezcan en su momento tiempos y la calidad de relación que muchos niños necesitan.

La mayoría de niños que presentan alteraciones en el vínculo afectivo suelen poner a prueba constantemente el amor de sus padres y los lazos que tienen en común. Lo más paradójico es que lo hacen mediante un proceso sutil de exigencias, manipulaciones, mentiras e, incluso, utilizando comportamientos agresivos y violentos hacia las personas que quieren. También, a veces, contra ellos mismos.

La función primordial del llamado vínculo o apego establecido por el niño, en sus primeras etapas evolutivas con las figuras que lo cuidan (en especial madre y padre), obedece a una necesidad vital de reducir la ansiedad que permita el afrontamiento de situaciones generadoras de ansiedad.

Niveles de ayuda para padres y tutores

- Explicar a los padres o tutores el origen del problema. A partir de esta comprensión, como estrategia general, hay que potenciar espacios de comunicación diaria con el niño. Priorizar la calidad *versus* la cantidad en la interacción. Afirmar, que un vínculo roto, no establecido o deficiente va a cursar probable-

mente con un niño inseguro, temeroso del entorno y el futuro.

- Recordarle cuanto le queremos y lo importante que es él para la familia. Darle protagonismo y saber estimular la conducta o el trabajo correcto inmediatamente después que lo lleve a cabo.
- Si hay problemas de impulsividad o atención, incorporar juegos que entrenen la demora de la respuesta y el pensar antes de actuar.
- Fomentar que explique sus sentimientos y emociones (tristeza, alegría, etc.) más que lo que ha hecho (jugar, ir de excursión, etc.). Esto debe servir de base para que los padres razonen con él los aspectos de sus sentimientos.

Depresión en la Infancia

La existencia de la depresión en la infancia ha sido cuestionada durante muchos años. En épocas relativamente recientes, existía aún la concepción popular de una etapa infantil en la que no cabían sentimientos de tristeza, abatimiento, preocupaciones o sentimientos de culpabilidad en niños antes de la pubertad.

La depresión infantil es un trastorno complejo, que incluye alteraciones cognitivas, psicofisiológicas y motoras, que difieren según los casos. El proceso de evaluación psicológica consiste en obtener información relevante, fiable y válida del niño y de otras personas que se relacionan con él. Varias son las dificultades que se presentan. Una primera radica en la disparidad de procedimientos que dificulta la comparación entre estudios. Un segundo hace referencia a la dificultad de utilizar pruebas de autoevaluación en los niños más pequeños. Finalmente señalar que sigue habiendo un reducido número de pruebas específicas para evaluar estos trastornos en niños, si bien, se ha avanzado bastante respecto a años anteriores en nuestro país.

Las pruebas de papel y lápiz, incluyendo los autoregistros, se utilizan a partir de los seis años que es la edad normal de inicio de la lectura y escritura. Sin embargo, debemos

siempre asegurarnos de que la prueba resulte comprensible para el niño antes de su pase y descartarlo cuando se presenten dificultades lectores o retraso mental. El dibujo espontáneo y los temáticos pueden resultar valiosos desde los cuatro años.

La teoría de la depresión enmascarada supuso un avance en el reconocimiento de la depresión infantil. La observación de un estado de ánimo irritable o disfórico en numerosos problemas propios de la infancia y de la adolescencia, como dificultades en el aprendizaje escolar, hiperactividad, conducta anti-social, ansiedad de separación, anorexia nerviosa, rechazo escolar, llevaron a hipotetizar que la depresión era un trastorno latente que se manifestaba de diferentes formas.

2- Sintomatología de la depresión en niños y adolescentes

En la aproximación a la sintomatología depresiva, los de Weinberg (1973) exponen un conjunto de criterios operativos claros dirigidos específicamente a diagnosticar la depresión en niños.

Respecto a su prevalencia se sitúa alrededor del 2 al 3% de la población en niños de nueve a diez años aumentando este porcentaje con la edad para situarse en valores superiores al 8% en adolescentes. De todas formas estos datos pueden ser superiores si se contemplan también diagnósticos leves o transitorios de depresión.

Veamos la siguiente tabla (Tabla 1.) con los detalles de las categorías de síntomas y sus manifestaciones.

Tabla 1.

DETALLE DE SINTOMAS		
CATEGORIA DE LOS SINTOMAS		MANIFESTACIONES
SINTOMAS PRINCIPALES	1. ESTADO DE ANIMO DISFORICO (MELANCOLIA)	a) Expresiones o muestras de tristeza, soledad, desdicha, indefensión. b) Cambios en el estado de ánimo, malhumor. c) Irritabilidad, se enfada fácilmente. d) Hipersensibilidad, llora fácilmente. e) Negativismo, resulta difícil de complacer.
	2. IDEACION AUTODESPRECIATIVA.	a) Sentimientos de inutilidad, incapacidad, fealdad, culpabilidad (concepto negativo de uno mismo). b) Ideas de persecución. c) Deseos de muerte. d) Deseo de huir, de escaparse de casa. e) Tentativas de suicidio.
SINTOMAS SECUNDARIOS	3. CONDUCTA AGRESIVA (AGITACION)	a) Dificultades en las relaciones interpersonales b) Facilidad para riñas o discusiones. c) Poco respeto a las figuras de autoridad.
	4. ALTERACIONES DEL SUEÑO	a) Insomnio inicial. b) Sueño inquieto. c) Insomnio tardío. d) Dificultad para despertar por la mañana.
	5. CAMBIOS EN EL RENDIMIENTO ESCOLAR	a) Quejas frecuentes de los maestros, pobre concentración, dificultades en la atención. b) Disminución del esfuerzo habitual en tareas escolares. c) Pérdida del interés en actividades extraescolares.
	6. SOCIALIZACION DISMINUIDA	a) Menor participación en grupo. b) Menos simpático o agradable con los demás. c) Retraimiento Social. d) Pérdida de los intereses sociales habituales.
	7. CAMBIO DE ACTITUD HACIA LA ESCUELA	a) Pérdida de placer en actividades escolares b) Negativa o rechazo a ir a la escuela.
	8. QUEJAS SOMATICAS	a) Cefalalgias no migrañosas. b) Algias abdominales. c) Otras preocupaciones o quejas somáticas.
	9. PERDIDA DE LA ENERGIA HABITUAL	a) Pérdida de interés por actividades y entrenamientos extraescolares. b) Disminución de la energía, fatiga física o mental.
	10. CAMBIOS EN EL APETITO Y/O EN EL PESO HABITUAL	

Según este modelo, para establecer el diagnóstico de depresión deben concurrir dos síntomas principales y al menos dos de secundarios. Estos síntomas deberían persistir al menos durante cuatro semanas consecutivas. Dichos síntomas deben constituir un cambio significativo respecto al funcionamiento anterior del niño.

Otros problemas

Al igual que hace algunos años aumentó el número de consultas referidas a los trastornos de ansiedad en sus diferentes formas expresivas y sobre todo la ansiedad de separación, estamos evaluando un número importante de casos entre los cuatro y los seis años en los cuales el Motivo de Consulta difiere en gran medida de las principales características psicológicas y alteraciones que presentan los pequeños. La intranquilidad, desobediencia, agresividad y quejas de la maestra o los adultos responsables de su educación, sobre el control insuficiente sobre el niño.

Este es el grupo al que nos referíamos al inicio en el que la ira y la falta de control de impulsos y los cambios de humor enmascaran problemas relacionados con sus limitaciones en procesos básicos del desarrollo como son el déficit motor y su impacto en la comunicación, las habilidades sociales, autoestima, aprendizaje y equilibrio y estabilidad emocional.

Me refiero a niños entre cuatro y seis años con un retraso motor no menor de un año, y su impacto en su incorporación a la vida escolar.

Ejemplo 1:

Tomemos a modo de ejemplo un niño varón de cuatro años con antecedentes de problemas de adaptación a los dos años, y que en estos momentos presenta nuevamente dificultades para ser cuidado por personas ajenas a su madre y que reclama de manera constante la presencia de su padre residente fuera de Cuba.

El **motivo de consulta** referido por su madre es que está muy agresivo con los adultos, presenta sudoración en las manos, histrionismo, manipulación de los abuelos y la madre y serios problemas en la adaptación a situaciones nuevas.

En el dibujo temático de la familia ejecuta la figura segunda, en color marrón.¹



Dibujo 1

Observe la preferencia cromática por el marrón en los dibujos (dibujo 1; dibujo 2) (Nota:1).



Dibujo 2

Al realizar la comprobación de su asimilación de patrones, encontramos una dificultad en la ejecución de los círculos, ángulos rectos y limpieza de las líneas rectas.

Se mostró cooperador, y trataba de que sus dibujos le quedaran "bien". Logró realizar una figura humana no solo reconocible, sino con algunos detalles de mayor elaboración

Estas representaciones gráficas nos muestran la asimilación de la estimulación, y corrobora algunos de los resultados que arrojó el estudio socio afectivo del preescolar cubano, comienzan a los dos años con una ejecución superior a lo descrito en la literatura, pero alrededor de los tres años se estancan, no logrando la nominalización por falta de acompañamiento seguro y estimulador del desarrollo. Las repre-

sentaciones de las familias muestran inadecuación y seriaciones de color, reclamando mayor atención.

Ejemplo 2:

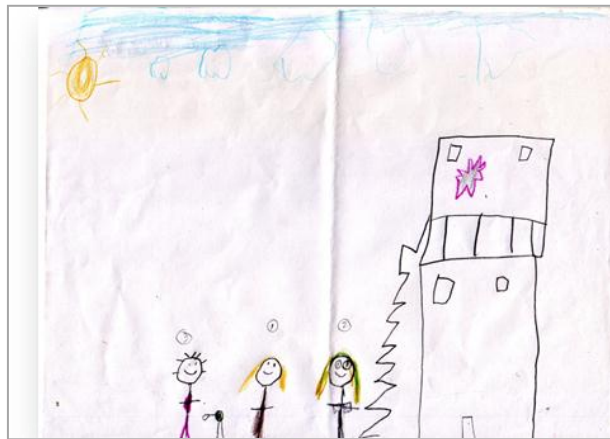
Sexo femenino, seis años

MC.: mucha intranquilidad y “juegos de manos” en la escuela, quejas de indisciplinas y disminución del rendimiento escolar.

La niña se muestra Inhibida, no quiere hablar de los dibujos realizados (dibujo 3; dibujo 4) y cuesta mirarle el rostro.



Dibujo 3



Dibujo 4

Cuando le pregunto por la escuela comienza a llorar y se mantiene todo el resto del tiempo así. La representación de la familia está constituida por papá, mamá, ella y la perra. Se observa tendencia al estropeo del concepto de familia y resulta notable la inhibición de la respuesta emocional cuando el dibujo temático

se refiere a la de un desempeño en el dibujo espontáneo lo que incluye el color, con cambios de humor, y una preferencia cromática entre la agresividad y la angustia, pasa a la inhibición y muestra lo dañado del concepto de familia.

Conclusiones

A modo de conclusiones podemos afirmar:

- No podemos dejarnos llevar por lo aparente, referido como queja o preocupación, sino profundizar en las posibilidades que nos ofrecen nuestros recursos y técnicas, (dibujo espontáneo y temáticos), triangulando la información de manera tal que nos acerquemos al sujeto, ¿Cómo es?, ¿por qué esos síntomas? y cómo acompañarlo en el proceso del desarrollo óptimo de sus potencialidades.
- Es posible evaluar la calidad de la respuesta emocional de los preescolares y escolares mediante el ofrecimiento del uso del color como opción en sus dibujos espontáneos y temáticos. Esto nos permite profundizar en la presencia o no de respuesta emocional y la calidad de esta.
- Resulta importante la potenciación de cualquier espacio de ayuda en el que además de evaluar, podamos mostrar a la familia cómo acompañar al niño en el proceso de aprendizaje, sin que esto quiera decir que forcemos, o torzamos la expresión de emociones negativas, por el contrario que puedan ser exploradas, comprendidas y el propio instrumento evaluador se convierta en metodología de intervención y canalización.

Bibliografía:

García Morey, A. (2005), “Mirando con ojos de niños”, en colectivo de autores, *Implicaciones de la tortura psicológica en contextos de violencia política*, Bogotá: Códice Ltda.

García Morey, A., (2003), *Psicopatología infantil. Su evaluación y diagnóstico*, Félix Varela, La Habana: Félix Varela.

García Morey, A. (2010), *Te digo un secreto... estoy dibujando*. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín.

García Morey, A. "Indicadores globales de daño emocional severo". *Revista del CIMEQ*, vol. II, no. 1, 2010.

J. Sabrià Pau: Pediatra. CAP Sant Vicenç dels Horts, Barcelona, *Pediatr Integral 2* Entrevista por correspondencia con: Dr. Harold S. Koplewicz, Presidente del Instituto de Salud Mental Infantil (Child Mind Institute), 7 de mayo, 2012.

Andrew S. Garner, MD, PhD, Jack P. Shonkoff, MD, Benjamin S. Siegel, MD, Mary I. Dobbins, MD, Marian F. Earls, MD, Andrew S. Garner, MD, PhD, Laura McGuinn, MD, John Pascoe MD, PH, David L. Wood, MD Pediatrics 1 de enero 2012 129:1563-1566.

Instituto Nacional de Salud Mental. Página de trastornos mentales entre los niños. Octubre 2010. http://www.nimh.nih.gov/statistics/1ANYDIS_CHILD.shtml

Departamento de Salud de EE.UU. (Oficina de Salud de Minorías) U.S. Department of Health and Human Services Office of Minority Health septiembre del 2004:17-21.

Instituto Child Mind. Página de Speak Up For Kids. 2012 <http://www.childmind.org/en/speak-up-facts/>

MedlinePlus. Página sobre Trastornos de la conducta del niño. Revisado: 5 de abril del 2012. http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/childbehavior_disorders.html

Clínica Mayo. Hoja de información sobre el trastorno de hiperactividad y atención en los niños. Revisado: 10 de febrero del 2011. [http://www.mayoclinic.com/health/adhd/ds00275/dsection=symptoms004;VIII\(8\):642-650.M.S.Jellinek_y_J.M.Murphy,_Massachussets_General_Hospital](http://www.mayoclinic.com/health/adhd/ds00275/dsection=symptoms004;VIII(8):642-650.M.S.Jellinek_y_J.M.Murphy,_Massachussets_General_Hospital)

Notas:

¹Fuente de las imágenes: Estudios de casos de la autora. Las imágenes no han sido retocadas, solo el ejemplo del trastorno vincular ha sido cortada por razones éticas.