

# *P*adres y Maestros como Aliados

Reconociendo la Enfermedad Mental de Inicio Temprano en Niños y Adolescentes





National Alliance on Mental Illness

*Padres y Maestros como Aliados: Reconociendo la Enfermedad Mental de Inicio Temprano en Niños y Adolescentes*

© 2008 por NAMI, La Alianza Nacional sobre la Enfermedad Mental (NAMI, por sus siglas en inglés).

Todos los derechos reservados.

La Alianza Nacional sobre la Enfermedad Mental (NAMI, por sus siglas en inglés) es la organización de salud mental más grande de los EEUU, dedicada a mejorar las vidas de los individuos y de las familias que conviven con una enfermedad mental. NAMI tiene más de 1,100 afiliadas a través de todo el país que participan en asesoramiento legal, representación, investigación, apoyo y educación. Los miembros de NAMI son pacientes, familiares y amigos que viven con alguna enfermedad mental, tales como la depresión severa, la esquizofrenia, el trastorno bipolar, el trastorno obsesivo compulsivo (OCD, por sus siglas en inglés), el trastorno de pánico, el desorden de estrés postraumático (PTSD, por sus siglas en inglés) y el trastorno de personalidad fronteriza.

NAMI

2107 Wilson Boulevard, Suite 300  
Arlington, VA 22201-3042

Sitio Web: [www.nami.org](http://www.nami.org)

Teléfono: (703) 524-7600 • (800) 950-NAMI (6264)

  


*Padres y Maestros como Aliados*

Reconociendo la Enfermedad Mental de Inicio  
Temprano en Niños y Adolescentes

*Joyce Burland, Ph.D., Directora Nacional  
Centro de Educación, Adiestramiento y Apoyo Persona a Persona de NAMI*

Tercera Edición, 2008

## Tabla de contenidos

Introducción	3
Estableciendo una alianza: conciliando diferentes perspectivas	4
El centro del problema: niños despojados de su infancia	6
Signos para reconocer tempranamente los problemas y proporcionar oportunamente el tratamiento adecuado	6
Padres y maestros: aprendiendo y trabajando como aliados	8
Primeros indicios del comienzo de una enfermedad mental en niños y adolescentes:	
Trastorno del déficit de atención e hiperactividad (“Attention deficit hyperactivity disorder”- ADHD*)	10
Trastorno del déficit de atención e hiperactividad en la adolescencia (“Attention deficit hyperactivity disorder” - ADHD*)	11
Trastorno de oposición desafiante (conocido también como trastorno de oposición y reto o trastorno de desafío y reto) (“Oppositional defiant disorder” - ODD*) y trastorno de conducta (“Conduct disorder” - CD*)	12
Trastorno de oposición desafiante (ODD*) y trastorno de conducta (CD*) en la adolescencia	14
Depresión severa en niños	14
Depresión severa en la adolescencia	16
Aparición temprana del trastorno bipolar (maniaco-depresivo)	17
Trastorno bipolar en la adolescencia	19
Trastornos de ansiedad	20
Trastornos de ansiedad en la adolescencia	22
Aparición de la esquizofrenia en la infancia	23
Aparición de la esquizofrenia durante la edad adulta	24
Trastorno obsesivo compulsivo (“Obsessive Compulsive Disorder” - OCD*) en niños y adolescentes	26
Comprendiendo las reacciones de la familia ante la enfermedad mental	28
Aliados que dirigen el proceso de remission	32
Fortaleciendo la alianza: Como NAMI puede ayudar	33

## *Introducción*

El 3 de enero de 2002, el Cirujano General de los Estados Unidos publicó un reporte anunciándole a la comunidad que el 12% de los niños estadounidenses, menores de 18 años, padecían un trastorno mental que puede ser diagnosticado. Aunque la nación norteamericana acogió esta publicación como una medida de alerta y de prevención, esta noticia no constituía ninguna novedad para los millones de padres y de maestros que, día a día, se esfuerzan para ayudar a estos niños y adolescentes afligidos.

La responsabilidad de enfrentar la enfermedad mental de los niños generalmente recae sobre la familia y la escuela. Debido a la falta de recursos y de servicios apropiados, los padres y los maestros se han convertido en los principales proveedores de ayuda. De hecho, las escuelas se han constituido en sistemas de cuidado para estos niños que sufren y los hogares, en sus principales refugios. Así pues, los padres y los maestros, que frecuentemente no tienen la preparación ni la información necesaria para atender esta situación no reconocida ni mencionada, se convierten de esta forma en los principales aliados que deben combatir contra una larga y devastadora enfermedad.

Consecuentemente, el fortaleciendo de esta alianza fundamental entre el hogar y la escuela es una meta esencial. La única esperanza que tienen los niños que corren el riesgo de contraer una enfermedad mental grave es el diagnóstico temprano de la misma. Por consiguiente, como los padres y los maestros son los principales supervisores de los niños durante su infancia, y es en esta etapa cuando los primeros síntomas se manifiestan en el hogar y se amplifican en la escuela, les corresponde a ellos tomar la primera iniciativa para realizar dicho diagnóstico. Las leyes de los Estados Unidos estipulan que si un niño enfrenta una crisis debe ser evaluado médicamente, pues esta etapa de su vida es esencial para su desarrollo futuro ya que la identificación de los problemas, un diagnóstico a tiempo y el desarrollo del tratamiento apropiado les evitará años de sufrimiento tanto a los pacientes como a sus familiares.

El presente folleto fue preparado con el propósito de ayudar a padres o encargados y a maestros a identificar las señales de alarma que podrían significar el comienzo de una alteración mental en niños y adolescentes. Se especifican los síntomas propios de una enfermedad mental en los adolescentes que se difer-

encian de los que experimentan los adultos. Esta información no convertirá a los padres o encargados y a los maestros en especialistas o terapeutas de la enfermedad, pero el conocimiento común de los síntomas les facilitará crear una alianza que conduzca a reconocer y a aceptar la enfermedad, si es una realidad.

La presentación de los síntomas de trastornos mentales en niños y adolescentes y la discusión de los problemas que representan para padres y maestros se resumen aquí con la intención de proveerles las herramientas y la educación necesarias para que puedan relacionarse y comunicarse adecuadamente. De esta forma, serán capaces de establecer una alianza positiva.

La naturaleza en su sabiduría ha escogido a padres y a maestros como los canales principales para identificar a aquellos niños que se encuentran en riesgo. Su ojo vigilante hará sonar la voz de alarma que permitirá reconocer cuando un niño deje de prosperar. Por esto, este folleto honra a todos los que se dedican a tan noble labor.

---

## **Estableciendo una alianza: conciliando diferentes perspectivas**

*Hay un niño en mi clase que parece tener síntomas de una enfermedad psiquiátrica. No sólo es un problema de disciplina, pienso que es algo más serio. No sé cómo ayudarlo, tampoco sé cómo comunicárselo a sus padres o a dónde referirlo para que consiga ayuda. Es una situación complicada y difícil de comentar. Me interesa mucho este niño y temo que si no se le ofrece la ayuda adecuada lo vamos a perder.*

— Una maestra

*El comportamiento de mi hijo es un horror. No lo podemos controlar a pesar de que tratamos de ayudarlo en todo. Su aprovechamiento en la escuela es un desastre. Sé que tiene un problema serio, pero no logro que sus maestros reconozcan que tiene una condición mental. Consideran que sólo es indisciplina e insisten en que vayamos a las clases para padres.*

— Una mamá

Existen muchos obstáculos que hacen difícil establecer una alianza entre padres y maestros que pueda ayudar a los niños con enfermedad mental. En primer lugar, la naturaleza del tema de una enfermedad mental es un problema en sí mismo. El estigma, la desinformación y la culpa impiden que haya una comunicación veraz y efectiva. El silencio divide y dificulta una alianza. Además, el conocimiento de las causas neurobiológicas de las enfermedades mentales no se ha difundido ampliamente en la comunidad; por esto, el choque entre la información antigua y la nueva, entre lo ya probado y lo que se está desarrollando, obstaculiza una comunicación eficaz.

*El conocimiento de las causas neurobiológicas de las enfermedades mentales en niños está en un continuo desarrollo; por esto, el choque existente entre la información antigua y la nueva, entre lo ya probado y lo que se está desarrollando, obstaculiza una comunicación eficaz.*

Por consecuencia, las distintas perspectivas que existen puede obstaculizar el establecimiento de una alianza entre padres y maestros. Aunque muchos padres y maestros comprenden y aceptan que la enfermedad mental es un desorden neurobiológico, otros no. Algunos acuden inmediatamente a solicitar ayuda, otros se resisten a aceptarlo. Inclusive, algunos profesionales todavía consideran que la conducta inadecuada de los menores de edad puede atribuirse a los padres y se resisten a aceptar los nuevos descubrimientos científicos que aseguran que los trastornos mentales de los niños son desórdenes reales que requieren un tratamiento médico. Los testimonios de la maestra y de la madre, citados anteriormente, son ejemplos típicos de las dificultades comunicativas que se pueden enfrentar: una maestra preocupada porque no sabe cómo acercarse a los padres y una madre frustrada que no logra que la maestra la comprenda.

Para manejar estas controversias, los padres y los maestros deben concentrarse en un solo objetivo: ayudar al niño. A partir de la detección de algún síntoma o indicio, ellos deben trabajar en equipo para conseguir que al niño sea evaluado psiquiátricamente. Si se actúa con decisión y rapidez, se puede desarrollar un tratamiento que salve su niñez y su futuro como adulto.

---

## El centro del problema: niños despojados de su infancia

*Lo que más recuerdo es cómo sufría. Los niños supuestamente siempre debemos estar felices; eso es una broma. Yo, por años, siempre estaba deprimido y me sentía totalmente aislado y raro, casi despreciado. Para mí, crecer fue una experiencia miserable hasta que recibí ayuda.*

— Un joven recordando su infancia

Hoy en día, existe evidencia científica que demuestra que la enfermedad mental en los niños son reales. Así pues, si no reciben tratamiento corren el riesgo de padecer una debilitante y dolorosa condición que afectará nocivamente la etapa principal de su desarrollo. Cuando los niños tienen síntomas neurobiológicos que no pueden controlar, su infancia se convierte en una pesadilla. De esta forma, la enfermedad les arrebató todos los instrumentos y las vivencias positivas que son imprescindibles para establecer las bases de su vida adulta. Muchos de estos síntomas perjudican su aprovechamiento escolar: se estanca su aprendizaje, no pueden competir y fracasan. Su conducta, debido a sus síntomas, es irritante y desagradable. Por esto, se sienten rechazados, ridiculizados y criticados. En otras palabras, un desorden mental sin tratamiento es como un ladrón que les roba la infancia. Despoja a los niños de la gran oportunidad que esta etapa representa para su futuro.

Para evitar estas nefastas consecuencias, se debe buscar el tratamiento médico y terapéutico requerido para estabilizar su condición. El retraso de dicho tratamiento puede comprometer el futuro del niño. Por tal razón, los padres y los maestros deben aliarse para superar los obstáculos que no les permiten alcanzar su objetivo común: identificar y tratar la condición mental del niño.

---

## Signos para reconocer tempranamente los problemas y proporcionar oportunamente el tratamiento adecuado

*Finalmente estoy agradecida y feliz por haber consultado a un psiquiatra. Cuando él me dijo que Miguel tenía un trastorno mental que le causaba obsesiones, vi la luz por primera vez. Pensé en todo el reino animal y en*

*un pájaro con su ala herida. Entonces deduje: el ala es para el pájaro lo que el cerebro es para mi niño. Es necesario darle tratamiento al cerebro de Miguel.*

— La madre de un niño de nueve años

Los padres y los maestros constantemente son testigos de los efectos del ambiente en el comportamiento de los niños. Es normal que todos los niños, mientras crecen, reaccionen a las tensiones que les ofrece el medio ambiente y manifiesten problemas de disciplina al expresar sus sentimientos. Muchos niños luchan contra la pobreza, los abusos y las privaciones; otros enfrentan períodos traumáticos y de inestabilidad por la pérdida de familiares. Estas situaciones externas y las dificultades que les ofrecen el desarrollo físico y psicológico que experimentan pueden hacer que sientan que son incapaces de enfrentar los retos sociales y académicos.

Sin embargo, ninguno de los factores mencionados anteriormente se puede considerar como la causa de una enfermedad mental. El comienzo prematuro de una condición mental tiene un origen biológico. Un desequilibrio químico en el cerebro es el que ocasiona la incapacidad de controlar su comportamiento, los efectos del ambiente o cualquier otra circunstancia. Por esto, aunque es evidente que una situación externa puede desencadenar el padecimiento y empeorar la experiencia del niño, es importante establecer con claridad que ni los padres, ni su posición económica, ni la inestabilidad familiar causan un desorden mental.

La dificultad estriba en poder identificar el patrón de comportamiento que requiere ayuda médica. Ante los problemas de conducta que manifiesta un niño o adolescente deben surgir las siguientes interrogantes: ¿Deberá recibir terapia individual y familiar? ¿Es su comportamiento síntoma de una enfermedad mental? La única persona que puede contestar estas preguntas es un psiquiatra infantil calificado. Medigar a un niño cuyos problemas sólo requieren terapia es ciertamente un error clínico, pero negarle los medicamentos cuando los necesita también es un error. La terapia puede ayudarle a la familia y al niño, pero carece de impacto para aliviar los síntomas de una enfermedad mental.

*Hoy en día, existe evidencia científica que demuestra que la enfermedad mental en los niños son reales. Así pues, si no reciben tratamiento corren el riesgo de padecer una debilitante y dolorosa enfermedad que afectará nocivamente la etapa principal de su desarrollo.*

Desgraciadamente, no es fácil diagnosticar enfermedad mental en los niños. Por consecuencia, muchas veces los menores con enfermedades mentales son remitidos a terapias y no al tratamiento médico adecuado. Así pues, cualquier niño que tenga síntomas persistentes de problemas de comportamiento debe ser evaluado por un psiquiatra. Verificar los síntomas clínicos es fundamental. Los doctores realizan esta labor agrupando los rasgos clínicos que tienen un significado particular para su diagnóstico, como la intensidad, la duración y el nivel de angustia. Los padres y los maestros deben vigilar las señales de incapacidad aguda para remitir al

niño a un psiquiatra calificado. Para los que padecen una condición mental, este paso sería el inicio de su recuperación y de su esperanza.

---

## **Padres y maestros: aprendiendo y trabajando como aliados**

*Tuve una gran discusión con la maestra de mi hija. Ella piensa que no es saludable que se identifique a mi hija como paciente psiquiátrica. Yo le respondí: “¿Qué diferencia hay? De por sí ya la señalan como una niña despreciable y mala. ¿Hay algo peor que eso?”*

— Papá de una niña de 14 años.

El papá que habla en la cita anterior ofrece una perspectiva única del mundo privado de su hija. Desde el punto de vista de la maestra, lo importante es evitar el costo social que implicaría para la niña tener un diagnóstico psiquiátrico. El papá percibe el estado de desmoralización que padece su hija y pretende, a cualquier precio, conseguir la ayuda necesaria. Si compartieran esta perspectiva, el padre y la maestra podrían aliarse para actuar.

Mantener una comunicación constante y actualizada entre la escuela y el hogar es absolutamente esencial para poder intervenir a tiempo en beneficio del niño.

El niño no se comporta de la misma forma en la casa y en la escuela. Dentro del hogar, el niño suele comunicar con menos inhibición si se siente mal, mientras que en la escuela la maestra puede observar su interacción con sus compañeros y, por otra parte, identificar los síntomas de ansiedad que le causa la responsabilidad del trabajo escolar. Es imposible separar estos dos tipos de experiencia. Por eso, se requiere que los maestros trabajen en conjunto con los padres. Al ser aliados, pueden detectar las señales de alarma de un desorden mental y constituirse en un equipo efectivo en la intervención temprana.

El siguiente resumen presenta por separado los síntomas iniciales de una enfermedad mental temprana en niños y adolescentes. En el caso de los niños menores de 13 años, se estudia la conducta observada en la escuela y en sus hogares.



---

## Primeros indicios del comienzo de una enfermedad en niños y adolescentes

### Trastorno del déficit de atención e hiperactividad (ADHD\*)

El ADHD es una condición neurobiológica en niños y adolescentes que puede ser hereditaria y, si no se trata a tiempo, puede afectar toda la vida. Esta incapacidad es mucho más común en los varones y puede padecerla uno de cada 20 niños. Su origen no depende de la familia ni su padecimiento significa que el niño carezca de inteligencia o de disciplina. Simplemente, el niño no puede concentrarse para completar las tareas propias de su edad. Como resultado, los niños con ADHD confrontan problemas de disciplina que afectan su funcionamiento. Estos niños logran realizar sus tareas cuando la educación es personalizada, de uno en uno, pero tienen dificultad para funcionar en grupo. Los síntomas principales del ADHD son: falta de atención, impulsividad, hiperactividad y baja tolerancia ante las frustraciones. Estos síntomas deben perdurar por lo menos seis meses y causar dificultades en dos escenarios distintos. (El comportamiento de estos niños suele ser peor en la escuela que en el hogar). Una de las claves para su diagnóstico es que los síntomas aparezcan antes de los siete años.

#### *El distraído*

- No le presta atención a los detalles y, frecuentemente, se le encuentra soñando despierto.
- Evita y rechaza todas las actividades que requieren una concentración sostenida.
- Se distrae fácilmente, es olvidadizo, despistado, descuidado y desorganizado. Generalmente no termina sus tareas (su trabajo contiene muchos errores, lo entrega tarde o no lo entrega).
- No escucha ni sigue instrucciones.

#### *El impulsivo e hiperactivo*

- Manifiesta extrema agitación física. Juguetea, es inquieto y no puede permanecer sentado.
- Constantemente interrumpe, habla demasiado, no espera su turno y altera el orden de la clase.
- Está siempre en actividad, como si estuviera impulsado por un motor.
- Interviene en las actividades de sus compañeros. Actúa en forma inapropiada cuando se le regaña o se le llama la atención.

\* Por sus siglas en inglés

### *El combinado*

- Manifiesta una mezcla de los síntomas que presentan el distraído y el impulsivo e hiperactivo.

### *Observaciones dentro del hogar*

- Los padres señalan que los síntomas se han manifestado desde la temprana infancia: la enfermedad no surgió de repente, su impresión es que algo no funcionaba bien desde el principio.
- Describen que el niño nunca descansa, es agotador y exigente, despistado y tiene la cabeza en las nubes.
- Pueden considerar que es un problema de indisciplina y que el niño no muy brillante. Constantemente se preguntan por qué siempre tiene problemas en la escuela.

*Los problemas primero emergen en la casa, pero a menudo se intensifican en la escuela. La ley establece que las escuelas deben tener los medios para proveerles a los niños la oportunidad de ser evaluados médicamente.*

### *Trastornos combinados*

La mitad de los niños diagnosticados con ADHD suelen padecer de otro trastorno: 30 por ciento tienen el desorden de oposición y reto; 25 por ciento padecen desórdenes de conducta; 30 por ciento manifiestan desórdenes de ansiedad: una tercera parte sufre de depresión. Algunos niños pueden estar desarrollando un trastorno bipolar, que se debe diagnosticar antes de recetarles estimulantes o antidepresivos porque estos medicamentos pueden provocar episodios maniáticos y sicóticos en niños bipolares (ver página 17).

### **Trastorno del déficit de atención e hiperactividad (ADHD\*) en la adolescencia**

La hiperactividad frecuentemente disminuye durante la adolescencia porque el joven puede tener un mayor control de sí mismo, pero, si no ha recibido tratamiento, el ADHD puede volver a surgir en su edad adulta. Más de la mitad de los jóvenes con ADHD seguirá confrontando dificultades durante su adolescencia, tales como bajo rendimiento escolar, dificultad para relacionarse con sus compañeros y baja autoestima. Un adolescente con ADHD y con un historial de mala conducta y de actitud desafiante y opositora corre el gran riesgo de ser expulsado de su centro educativo. El porcentaje de jóvenes con

\* Por sus siglas en inglés

ADHD que abandona la escuela es doce veces mayor que aquellos que no padecen la enfermedad.

- Porcentaje de desórdenes de conducta: 50 por ciento.
- Alto riesgo en el uso de alcohol, el abuso de drogas y el consumo de tabaco.
- Aumento en la conducta antisocial y en la delincuencia.
- Baja asistencia escolar, esto es más común entre las chicas porque los varones abandonan totalmente la escuela, actúan impulsivamente y se sienten continuamente inquietos.
- Fracazos escolares; baja autoestima, rechazo social y vinculación con grupos considerados “rechazados” dentro de la escuela.

### **Trastorno de oposición desafiante (ODD\*) y trastorno de conducta (CD\*)**

Estas enfermedades mentales tan perjudiciales implican una desobediencia que viola notablemente las normas de conducta de la niñez. Un niño que padece esta condición se rehúsa a cooperar, es destructivo y se comporta como villano ante todos. Este trastorno es más común entre los varones. El principal síntoma del ODD es la inflexibilidad y del CD son la crueldad y la agresión física. Aunque parece incomprendible, los síntomas de estos trastornos se pueden presentar desde los tres años. Estos niños están en un grave riesgo ya que son genéticamente vulnerables y, en algunos casos, tienen la desventaja de provenir de entornos familiares de descuido, pobreza y abuso. No obstante, esto no quiere decir que los síntomas del ODD y del CD surjan exclusivamente entre los menores cuyo entorno familiar es disfuncional o que enfrentan grandes carencias; también los pueden sufrir los que provienen de familias totalmente estables. Como son despiadados y no sienten ningún remordimiento por sus acciones destructivas, cualquier intento de controlarlos o de disciplinarlos provoca que asuman una actitud más desafiante. No es difícil identificar estos trastornos ya que su comportamiento antisocial es muy extremo. Son literalmente tragedias en potencia; por eso, intervenir a tiempo es crítico para el beneficio de todas las partes involucradas.

*Trastorno de oposición desafiante (ODD\*) (comportamiento testarudo):*

- Negativo, hostil, actitud desafiante; no acata las órdenes de los adultos.
- Discute constantemente con los adultos, peleonero, obstinado.
- Rigidez intensa e inflexibilidad; se siente con derecho a exigir cosas irrazonables.
- Quisquilloso, resentido, rencoroso; culpa a otros cuando le llaman la atención.

*Darle medicamentos a un niño cuyos problemas sólo requieren terapia es ciertamente un error clínico, pero negarle los medicamentos cuando los necesita también es un error.*

*Trastorno de conducta (CD\*) (comportamientos intencionales):*

- Agresivo y cruel con personas y animales: amenaza con bates, tubos y armas.
- Destructivo, (enciende fuegos, deteriora y destruye la propiedad).
- Engaña (miente, roba, hace trampa).
- Desobedece (es haragán, huye de la casa, de la escuela).
- No siente remordimientos por su conducta antisocial.

*Observaciones dentro del hogar*

- Se enojan con el niño y se desesperan porque nunca obedece ni coopera (ODD).
- Se horrorizan, se asombran y se avergüenzan de la conducta sádica de su hijo. (CD)
- Se sienten con miedo, intimidados y preocupados porque puede agredir a sus hermanos. (CD)
- Les agobia las críticas de sus familiares y de sus amistades.
- Consideran que las constantes suspensiones de la escuela se convierten en una carga.
- No pueden salir con el niño a ningún sitio; sienten que están condenados a permanecer aislados en la casa.

*Trastornos combinados*

El cincuenta por ciento de los niños que padecen ODD también tiene ADHD; el cuarenta por ciento de los que sufren CD también manifiesta ADHD; y casi el mismo porcentaje padece de depresión.

\* Por sus siglas en inglés

## **Trastorno de oposición desafiante (ODD\*) y trastorno de conducta (CD\*) en la adolescencia**

Un niño que a los siete años se le considera como una tragedia en potencia, se convertirá en una amenaza para la sociedad cuando cumpla los quince años de edad si no recibe el tratamiento adecuado. Al ser más alto, tener más fuerza, y haber desarrollado la habilidad de resistir y atemorizar a los otros, la conducta antisocial del adolescente persistirá y su potencial de convertirse en un peligro para los otros aumentará. Existe también un trastorno de conducta tardío, que aparece alrededor de los diez años, en el que el niño interactúa principalmente con los otros manifestando una conducta agresiva y antisocial. Como esta actitud les infunde miedo a sus compañeros de escuela, el niño puede volverse solitario y empeorar su comportamiento porque siente que no tiene nada que perder.

- Es haragán, frecuentemente es expulsado de la escuela y, por consiguiente, fracasa en sus estudios.
- Es temerario, imprudente, y se arriesga a sufrir accidentes.
- Su baja autoestima se disfraza bajo una conducta dura y engreída.
- Mantiene actividad sexual temprana.
- Abusa del alcohol y de las drogas.
- Su conducta sociopática les causa serios daños a los otros, como abusos físicos, intimidación y violación.
- Se enfrenta frecuentemente con la ley y con el sistema de justicia.

### **Depresión severa en niños**

Hoy se sabe que los niños también pueden padecer depresiones serias. Anteriormente se pensaba que la infancia estaba inmune de padecer una profunda depresión. Los niños clínicamente deprimidos manifiestan su angustia en una forma muy diferente a los adultos. El criterio para diagnosticar la depresión en niños es diferente al establecido para los adultos. En consecuencia, lo que ahora se identifica como un trastorno de ánimo que afecta al dos por ciento de los niños y al ocho por ciento de los adolescentes, en el pasado no se había diagnosticado o había sido mal diagnosticado. Para identificar la depresión durante la niñez se requiere reconocer sus síntomas. El principal síntoma no es la tristeza, sino la irritabilidad y la agresividad. Esta alteración de ánimo también se manifiesta en

\*Por sus siglas en inglés

dolores corporales imaginarios y en un aprovechamiento escolar deficiente. Otro indicador clave es un cambio brusco en la conducta: un niño sociable y encantador que va bien en la escuela desarrolla repentinamente problemas con sus compañeros y comienza a ignorar sus responsabilidades escolares. Un descubrimiento temprano y un tratamiento adecuado son esenciales para prevenir una situación crónica o recurrente de esta enfermedad, pues de persistir se podría pronosticar en el futuro una depresión prematura.

- Demuestran extrema irritabilidad, agresividad y violencia.
- Se sienten enojados todo el tiempo, hoscos, sin razón; se quejan de dolores de cabeza, de dolores de estómago; se pueden someter a extensas evaluaciones médicas, pero no se descubre ninguna causa que justifique los síntomas (esto es muy importante para poder identificar su diagnóstico).
- Su aprovechamiento escolar es deficiente; rehúsan hacer sus tareas; demuestran mucha ansiedad durante los exámenes.
- Desarrollan juicios negativos de ellos mismos, tienen baja autoestima, se sienten raros, feos, tontos, abusados, experimentan pensamientos sobre la muerte.
- Son hipersensibles a la crítica.
- Sobre reaccionan a las frustraciones y a la decepción; se vuelven llorones, se dan por vencido fácilmente.
- No pueden disfrutar ninguna diversión, se aíslan, se vuelven mustios, no participan de ninguna actividad.
- Se vuelven fastidiosos, apáticos, desanimados, tienen dificultades para dormir o duermen demasiado; no pueden levantarse en la mañana y están soñolientos en la escuela.
- Una tercera parte de ellos manifiestan síntomas sicóticos de depresión: alucinaciones, (ven cosas, oyen cosas), delirios (creencias falsas) o paranoia (sospechas).

#### *Observaciones dentro del hogar*

- Comentan que el niño no se siente satisfecho con nada; el menor se odia a sí mismo y a todo lo demás; señalan que el hijo estable que tenían se fue y que ha llegado uno totalmente diferente; sienten tristeza y confusión por el cambio profundo que ha experimentado su hijo.
- Admiten que convivir con el niño no es nada divertido y que es bastante difícil quererlo.

- Observan que el menor trata de poner “una buena cara” en público, pero en la casa experimenta sus peores síntomas.

### *Trastornos combinados*

Una tercera parte de los niños entre los seis y doce años de edad diagnosticados con una depresión mayor desarrollarán un desorden bipolar en algunos años (ver página 17). Los trastornos de ánimo y los trastornos de ansiedad pueden manifestarse conjuntamente a cualquier edad.

### **Depresión severa en la adolescencia**

La incidencia de la depresión entre adolescentes ha aumentado marcadamente y regularmente se manifiesta alrededor de los 15 años. A esta edad, esta condición afecta al doble de niñas que de niños. Debido a que los jóvenes disimulan mejor su comportamiento por miedo a afectar su imagen ante los demás, los síntomas de la enfermedad se pueden esconder tras los rostros de adolescentes que tienen un comportamiento ideal, que son líderes en su escuela y que mantienen un excelente aprovechamiento escolar. Algunos otros que no son tan populares y que no tienen un buen rendimiento escolar simplemente tratan de no llamar la atención con el fin de ocultar su condición. Una reciente investigación sobre la depresión entre estudiantes de preparatoria o escuela superior encontró que la mitad de los alumnos que calificaban para ser referidos a un tratamiento no aparecían identificados en las listas de los psicólogos o trabajadores sociales. La depresión en el adolescente se puede detectar hablando con el joven y observando de cerca sus patrones de comportamiento. La retroalimentación de la familia es crucial porque muchos de los síntomas ocurren en el hogar, lejos de la mirada de sus compañeros.

- Se siente triste, sin esperanza, vacío; llora durante la clase.
- Se le aprecia aletargado; con movimientos lentos, adormecido; o por el contrario, la imposibilidad de controlar su hiperactividad puede ser señal de una depresión.
- Desarrolla extrema hipersensibilidad en sus relaciones interpersonales; reacciona exageradamente a cualquier crítica o rechazo; abandona las amistades con las que puede tener problemas.
- Es irritable, mal humorado, prefiere estar enojado y no hay forma de hacerle cambiar su estado de ánimo.
- Manifiesta una reacción exageradamente ante los fracasos y las decepciones; a veces, la recuperación de sus contratiempos tarda meses.

- Se siente inquieto y agresivo; se vuelve antisocial, le miente a sus padres, no asiste a la escuela, roba.
- Cree que es diferente; que nadie lo entiende y que todo el mundo lo desprecia.
- Se aísla cada vez más de sus padres y amigos; con frecuencia se une a un grupo que los otros compañeros rechazan o sale exclusivamente con un solo amigo.
- Se vuelve destructivo; corre un alto riesgo de usar drogas o abusar del alcohol.
- No le importa su apariencia personal.
- Comúnmente tiene pensamientos o imaginaciones mórbidas sobre la muerte.

### *Trastornos combinados*

El cincuenta por ciento de los adolescentes que padecen una depresión severa, también experimentan trastornos de ansiedad que existían antes de la depresión. Los estados de ansiedad aumentan el riesgo de suicidio.

El noventa por ciento de los adolescentes que cometen suicidio tienen un diagnóstico psiquiátrico de trastorno de ánimo combinado con abuso de alcohol y de sustancias controladas. El suicidio en niños menores de doce años es muy raro; sin embargo, es la tercera causa principal de muerte entre adolescentes de quince a diecinueve años. Las chicas tienen un mayor porcentaje de intento de suicidio, mientras que son los varones los que en mayor número logran culminar el acto. El suicidio es una consecuencia trágica e inevitable de un desorden de ánimo, pero si éste se reconoce a tiempo es altamente tratable.

### **Aparición temprano del trastorno bipolar (maniaco-depresivo)**

Este trastorno del ánimo implica cambios drásticos de episodios de manía a períodos de depresión o a una mezcla de ambos. En los niños, la base científica del diagnóstico está aún en evaluación. No obstante, las dos características básicas que se usan actualmente para su diagnóstico son: 1) la presencia de una fuerte historia de trastornos bipolares en la familia y 2) el comienzo temprano de un patrón irregular que no es común a esa edad. Un creciente número de informes familiares indica que los niños están batallando con una forma de manía pediátrica en la que ocurren cambios de ánimo repetidamente durante el día y el niño se encuentra atrapado en una serie de cambios. Estos padres

señalan que los menores experimentan episodios de furia frecuentes, severos, prolongados y explosivos, como también impredecibles y agresivas rachas de oposición. El niño juguetón y lleno de energía del pasado asume una actitud de enojo y de desafío. Estos niños son encantadores, chistosos, talentosos (artística y verbalmente) y listos. También pueden ser entremetidos, insistentes, mandones y latosos.

- Se alteran con facilidad por pequeños incidentes o cambios.
- Reaccionan con irritabilidad, oposición y pesimismo.
- Experimentan estados de ánimo múltiple; actúan como dos diferentes personas (ángel o demonio).
- En general, controlan su coraje en la escuela, frente a sus compañeros.
- Son hiperactivos: se distraen fácilmente, ponen poca atención; necesitan poco sueño.
- Le dicen a la maestra cómo debe dar la clase o la molestan para tomar el control.
- Hacen comentarios o gestos con un alto grado de contenido sexual durante la clase.
- Demuestran una gran sensibilidad a la temperatura y son intolerantes con el calor.
- Sienten una insaciable necesidad de consumir carbohidratos y dulces.
- Experimentan episodios sicóticos de alucinaciones auditivas que generalmente no se reporta.

### *Observaciones dentro del hogar*

- Indican que el niño siempre experimentó ciclos de sueño irregulares, terror nocturno, pesadillas violentas; y que su primera reacción a una petición fue siempre ¡“No.”!
- El niño típicamente siente ansiedad al separarse; rehúsa asistir a la escuela.
- Describen su ira como si tuvieran convulsiones: “mirada salvaje,” berrinches violentos en los que dan patadas, lanzan golpes, muerden, gritan malas palabras, se azotan. Esto puede durar horas.
- Señalan que el niño tiene serias alteraciones del sueño; se levanta con dificultad, conserva energía durante el día y la descarga durante la noche.
- Señalan que experimentan una gran sensibilidad física: tienen que sentir que la ropa les queda “bien” y que la temperatura de la comida es la justa.
- Consideran que el niño se comporta peor en la casa que en la escuela.

### *Trastornos combinados*

Los pacientes con trastorno bipolar pueden manifestar una serie de síntomas, a diferentes edades, que se asemejan a los síntomas del ADHD, del ODD, del CD y de la depresión.

Por esto, es necesario que el diagnóstico se haga con mucho cuidado para evitar que los niños que padecen de desorden bipolar no sean medicados con estimulantes o antidepresivos, ya que estos medicamentos pueden provocarles episodios maníacos y sicóticos.

### **Trastorno bipolar en la adolescencia**

Sufrir un trastorno bipolar en la adolescencia constituye un atraso devastador. Todos los talentos y las habilidades que el niño ha desarrollado a lo largo de su infancia desaparecen y el joven se siente dislocado y desamparado en una de las etapas más crítica de su proceso de maduración. La conducta descabellada que le provoca la manía le ocasionan una dolorosa y vergonzante notoriedad, mientras que los episodios depresivos le imposibilitan participar activamente en la escuela. En la adolescencia, esta enfermedad puede manifestarse severamente y causar psicosis pronunciadas y delirios de grandeza. Además, estos jóvenes pueden experimentar un estado no tan severo de regocijo (hipomanía) que los hace creer que son todopoderosos, invencibles y autosuficientes porque no necesitan los consejos de los adultos. Los jóvenes con esta enfermedad corren el riesgo de convertirse en alcohólicos o drogadictos y, en muy poco tiempo, los pueden considerar como salvajes incorregibles. Sin embargo, ellos sí sienten remordimientos por sus actos destructivos, aunque generalmente los vuelven a repetir.

### *Fase maníaca*

- Enfrentan dificultades para dormir; son muy activos durante la noche.
- Establecen metas y expectativas poco realistas (alardean que van a convertirse en grandes artistas de rock, cuando no saben cantar, o que van a ser excelentes profesionales a pesar de que su aprovechamiento escolar es deficiente).
- Hablan de forma rápida e insistente.
- Manifiestan una actitud radical y extremista (si las cosas no son exactamente como las quieren las consideran inútiles).

- Derrochan el dinero (asumen enormes deudas comprando con su tarjeta de crédito por teléfono).
- Son agresivos, irritables, quisquillosos e indisciplinados.
- Manejan el automóvil imprudentemente; toman alcohol mientras conducen por lo que se ven involucrados en repetidos accidentes automovilísticos.
- Demuestran un alto grado de sexualidad; son provocativos sin importarles las consecuencias.
- Mienten e inventan historias; no asisten a clases y se van de fiesta por la noche.
- Experimentan episodios sicóticos: delirios (percepciones falsas), alucinaciones (ven y oyen cosas), paranoia (sospechan de todo); pueden tener delirios románticos con las maestras.

### *Fase depresiva*

- Lloran frecuentemente, perciben todo de manera catastrófica (se sienten melancólicos y pronostican desastres).
- Se sienten inestables y de mal humor (buscan pleitos con los otros).
- Están agotados, duermen de más, siempre están soñolientos y tienen fuertes deseos de consumir carbohidratos.
- Experimentan inseguridad, ansiedad de separación y baja autoestima.
- Evitan asistir a la escuela, se fingen enfermos para quedarse en casa; se quejan constantemente de malestares físicos.
- Se aíslan, evitan que las personas se les acerquen.
- Piensan en el suicidio y lo intentan.

### *Trastornos combinados*

Noventa y cinco por ciento de los adolescentes con desórdenes bipolares tienen síntomas de ADHD.

### **Trastornos de ansiedad**

Los pacientes con trastornos de ansiedad se sienten incómodos e inquietos en situaciones que generalmente no son amenazantes. Por eso, los niños que padecen este trastorno experimentan miedo y preocupación ante algunos eventos y expectativas que son completamente normales. El trastorno de ansiedad es una de las condiciones mentales más frecuentes entre niños y adolescentes. Sus síntomas más comunes son la ansiedad por la separación (terror de separarse de sus padres); la ansiedad extrema (excesiva e injustificada preocupación); y la fobia social (severa timidez y deseos de eludir todo contacto social). Los efectos

de estos síntomas son tan marcados que el niño pierde todo contacto con el mundo exterior. Una de las claves principales para reconocer este desorden son las ausencias escolares. Si el niño se ausenta repetidamente por enfermedad, se deben investigar las causas. Estos niños pueden ser groseros y poco condescendientes cuando tratan de evitar las situaciones que les producen ansiedad. Por consiguiente, generalmente evitan exponerse y se marginan de los grupos de compañeros.

#### *Ansiedad de separación (versión infantil del trastorno de pánico)*

- Sienten una intensa ansiedad al separarse de los padres; experimentan gran nostalgia cuando se encuentra lejos de ellos.
- Les mortifica que sus padres se mueran en algún momento; son pegajosos con ellos y los siguen de cuarto en cuarto.
- Rehúsan dormir solos; no quiere dormir fuera de la casa.
- Dicen que están enfermos para no asistir a la escuela (su malestar desaparece cuando se quedan en la casa).

#### *Trastorno de súper ansiedad (versión infantil del trastorno generalizado de ansiedad)*

- Sienten una preocupación excesiva y global por la escuela, por la apariencia y por compartir con los amigos.
- Son perfeccionistas; piensan que todo lo hacen mal y vuelven a hacer sus tareas.
- Manifiestan una excesiva seriedad; se sienten tensos, inseguros e hipersensibles ante las críticas.
- Mantienen oídos sordos a las palabras de estímulo y de confianza, están constantemente preocupados aunque su trabajo escolar sea excelente.

#### *Trastorno de aislamiento social (versión infantil de la fobia social)*

- Experimentan una aguda timidez y un gran malestar ante situaciones sociales.
- Limitan sus contactos sociales a los miembros de la familia cercana.
- Sienten miedo de ser señalados, juzgados, evaluados y de que le hagan preguntas en clase.
- Padecen fobias ante situaciones específicas (comer en restaurantes, ir a baños públicos).

### *Observaciones dentro del hogar*

- Manifiestan preocupación e inquietud por las repetidas ausencias a la escuela.
- Indican que el niño se derrumba anímicamente cuando tratan de obligarlo a participar en las actividades que le causan ansiedad.
- Se encuentran entre la espada y la pared: si ceden ante la ansiedad del niño se corre el riesgo de que fracase en la escuela, pero si insisten en que asista al colegio y tenga contactos sociales ocasionan que el niño se sienta anímicamente destruido.

### *Trastornos combinados*

El trastorno del ánimo y el trastorno de ansiedad pueden coexistir a cualquier edad.

### **Trastornos de ansiedad en la adolescencia**

Los trastornos de ansiedad en la adolescencia surgen alrededor de los dieciséis años, frecuentemente ocurren después de un cambio o de una pérdida en la vida del adolescente. El alto porcentaje de esta enfermedad durante dicho período de la vida es doblemente desafortunado, pues los jóvenes con trastornos de ansiedad no se pueden controlar y son muy susceptibles a volverse adictos al automedicarse para reducir sus ansiedades. Como consecuencia de la condición, los adolescentes experimentarán ataques de pánico que los paralizarán, se dejarán consumir por sus preocupaciones o se aislarán por completo de toda interacción debido a su fobia social. Los síntomas de la ansiedad en la adolescencia son similares a los de los adultos. Esta enfermedad produce un inevitable aislamiento y grandes sentimientos de fracaso. Los jóvenes mayores con trastornos de ansiedad reconocen que sus reacciones son excesivas e irracionales, pero son incapaces de controlarlas. Por consecuencia, se desmoralizan y les baja la autoestima.

### *Trastornos de pánico*

- Padecen palpitaciones, pulsaciones rápidas del corazón; dolores y golpes en el pecho, dificultad para respirar.
- Experimentan temblor, sudoración, estremecimientos.
- Sienten náuseas, mareos y sensación de ahogo.
- Sufren sensaciones de irrealidad.
- Experimentan miedo a morir, a perder el control o a volverse locos.

### *Fobia social (trastorno de ansiedad social)*

- Sienten miedo a ciertas situaciones o actuaciones sociales.
- Temen que los humillen o avergüencen al fracasar frente a los otros.
- Evitan enfrentarse a situaciones que les causen miedo o un intenso sufrimiento (la exposición a las mismas pueden desencadenar en un ataque de pánico).

### *Fobia social (generalizada)*

- Sienten miedos de casi todas las situaciones sociales.
- No son capaces de iniciar o mantener conversaciones, para hacerlos hablar hay que “sacarles las palabras de la boca”.
- Evitan participar en grupos pequeños.
- Temen hablar con figuras de autoridad.

## **Aparición de la esquizofrenia en la infancia**

No existe una enfermedad más devastadora que la esquizofrenia pues es una condición mental crónica que produce delirios y alucinaciones durante su etapa crítica y apatía, retraimiento y falta de motivación durante su época residual. Afortunadamente esta enfermedad no es muy común durante la niñez ya que solo la padece un niño entre 40,000 menores de quince años. Desdichadamente la expresión temprana de este desorden es muy severa porque implica una anomalía en la estructura del cerebro que interrumpe el desarrollo del mismo. La característica principal de la esquizofrenia durante la niñez es la presencia gradual de síntomas sicóticos, así como su persistencia después de su aparición. Como su proceso inicial es prolongado, existen señales complementarias de detección que son muy útiles. El comienzo temprano de la esquizofrenia generalmente está precedido por desórdenes en el desarrollo, como retrasos en el desarrollo motor o en el desarrollo del habla, problemas de atención, de memoria, de capacidad de decisión y de aprovechamiento escolar. Esta enfermedad raramente se observa antes de los cinco años y se puede diferenciar del autismo por su comienzo posterior.

- Desarrollan un patrón temprano de inhibición, retraimiento y sensibilidad.
- Experimentan desórdenes de conducta.
- Sufren de ansiedad y de conducta social inadecuada.
- Padecen de falta de motivación y de seguimiento.
- Fracasan en la escuela o necesitan educación especial.

- Son incapaces de tener o hacer amistades; no tienen interés en establecer relaciones.
- No identifican claramente la realidad: escuchan voces que no existen (alucinaciones) o sienten que alguien los persiguen para hacerle daño (delirios y paranoia).
- Carecen de emociones; se comunican poco; se mantienen sentados e inmóviles por largos períodos de tiempo.
- Expresan inadecuadamente sus emociones (ríen cuando están tristes).
- No tienen contacto visual ni se expresan por medio del lenguaje corporal.

### *Observaciones dentro del hogar*

- Indican que el menor oye voces que dicen cosas malas de él o ve cosas que no existen.
- Les preocupa que el niño no tenga interés en hacer o tener amigos y que prefiera aislarse y no participar en las actividades sociales.
- Han percibido en el niño algunas conductas extrañas que no se limitan a ciertas situaciones, sino que se presentan en cualquier momento.
- Señalan que el niño permanece “en blanco” casi todo el tiempo: evita responder preguntas o frecuentemente pide que se la repitan.

### **Aparición de la esquizofrenia durante la edad adulta**

La esquizofrenia suele manifestarse a los dieciocho años de edad entre los varones y a los veinticinco entre las mujeres. Sin embargo, muchos adolescentes de ambos sexos padecen síntomas de esquizofrenia durante los últimos años de la escuela secundaria. Esta enfermedad es mucho más común entre los jóvenes que entre los niños. Afecta a una de cada cien personas, y se considera una de las primeras diez causas de incapacidad en los países desarrollados. En consecuencia, si se le detecta a tiempo y el paciente recibe el tratamiento adecuado es posible estabilizarlo y evitar su incapacidad a largo plazo. La esquizofrenia en el adulto comúnmente comienza con un episodio agudo de psicosis, seguido de una fase prodrómica de crisis progresivas que conllevan hospitalizaciones y riesgo de suicidio. Por su parte, los síntomas residuales de la enfermedad pueden limitar la capacidad funcional de los jóvenes.

### *Síntomas del inicio de la fase prodrómica*

- Lloran persistente e incontrolablemente sin razón alguna.
- Se agitan y pierden peso con rapidez: descuidan su higiene personal.

- Se retraen y se aíslan: baja seriamente su aprovechamiento escolar
- Tienen experiencias sensoriales, rituales e ideas extrañas.
- Creen tener poderes sobrenaturales (ser omnipotentes), o sienten una religiosidad desmedida.
- Son suspicaces: temen que los observen o que sus compañeros no los acepten (paranoia).

*Síntomas agudos “positivos” (comportamiento “agregado” a la personalidad debido a la enfermedad)*

- Padecen delirios (falsas creencias) y alucinaciones (ven u oyen cosas que no existen).
- Presentan un comportamiento desorganizado, su conducta es excéntrica y hablan con dificultad e incoherencia.
- Asumen posiciones corporales extrañas; se pasean de un lado a otro, se balancean constantemente, hacen muecas; y son extremadamente negativos.

*Síntomas residuales “negativos”*

*(características “exaltadas” de la personalidad debido a la enfermedad)*

- Manifiestan reacciones embotadas; proyectan una ausencia total de espontaneidad.
- No sienten motivación (avoliación); no pueden iniciar y perseverar en actividades que conducen a un objetivo.
- Son incapaces de relacionarse con los otros o de mantener relaciones de reciprocidad.
- No reconocen ni aceptan la enfermedad.
- Utilizan un lenguaje pobre (alogia), contestan lacónicamente y hablan de forma desorganizada y sin fluidez.

*Observaciones dentro del hogar*

- Manifiestan que un adolescente que se comportaba adecuadamente está “desmoronándose” hasta el punto que su familia y sus amigos no lo reconocen; o que un joven tímido y solitario se aísla más y actúa de manera extraña e imprevisible.
- Expresan temor y angustia porque sienten que algo terrible está sucediendo.

---

## **Trastorno obsesivo compulsivo (OCD\*) en niños y adolescentes**

Entre los síntomas de este trastorno neurobiológico crónico se encuentran la repetición continua de pensamientos sin sentido y la intromisión de impulsos (obsesiones) que producen ansiedad. Por esto, cuando los niños intentan protegerse de ellos, manifiestan unos patrones rígidos que convierten su conducta en irracional (compulsiones). Al igual que el ADHD, este padecimiento afecta a más de un millón de niños y adolescentes y es más común entre los varones que entre las féminas. Los síntomas pueden manifestarse desde los tres o cuatro años, pero generalmente la condición aparece alrededor de los diez años de edad. Dichos síntomas son similares entre niños y adultos. El cincuenta por ciento de los adultos que padece trastorno obsesivo compulsivo comenzaron a sufrirlo antes de los 15 años de edad. Los niños pequeños no se dan cuenta de que su comportamiento es fuera de lo común, para ellos es normal. Por lo tanto, cuando se trata de impedir sus respuestas compulsivas pueden hacer un berrinche violento. Por su parte, los niños mayores suelen agotarse al tratar de ocultar su condición ante sus compañeros.



### *Obsesiones*

- Temen contaminarse, les tienen miedo a los microbios.
- Tienen fijación con los números de buena o de mala suerte.
- Sienten miedo de padecer alguna catástrofe (fuego, muerte, enfermedades).
- Se obsesionan con la simetría y la exactitud (objetos, muebles).
- Enfrentan dudas excesivas.
- Padecen de pensamientos o de impulsos prohibidos, agresivos o perversos de índole sexual.

### *Compulsiones*

- Necesitan lavarse las manos, bañarse, limpiarse o arreglarse continuamente.
- Cuentan, tocan, se levantan, se sientan, salen, entran, escriben, borran, vuelven a escribir de forma repetitiva.
- Inspeccionan, cuestionan, argumentan, acumulan o coleccionan continuamente.

### *Observaciones dentro del hogar*

- Indican que tienen que cooperar con actitudes compulsivas para calmar a los niños y evitar enfrentamientos y rabietas.
- Dicen que el niño generalmente se encuentra cansado para jugar o participar en actividades familiares.
- Expresan sorpresa y coraje porque el niño no es capaz de controlar su conducta irracional.
- Señalan que los rituales compulsivos agobian a la vida familiar, pero que son menos notorios en público.

### *Desórdenes combinados*

- El veinte por ciento de los individuos que padecen trastorno obsesivo compulsivo también sufren de tics y de movimientos de índole motor.
- Entre el veinte y el cuarenta por ciento de los adolescentes que sufren desórdenes de alimentación tienen trastorno obsesivo compulsivo.
- Los adolescentes con trastorno obsesivo compulsivo corren un gran riesgo de sufrir depresión.

\*Por sus siglas en inglés

## Comprendiendo las reacciones de la familia ante la enfermedad mental

*Esto debe ser terrible para ellos, pero considero que la peor parte es cuando los padres se resisten a asistir a la consulta psiquiátrica. Saben que su hijo tiene un problema serio, pero se niegan a aceptarlo y a enfrentarlo. La verdad es que, cuando encuentro esta resistencia, no sé lo que debo hacer para que lo comprendan.*

— Una maestra del 6° grado

El camino desde el inicio de la enfermedad mental hasta su aceptación es un proceso largo y difícil. Muchos padres son capaces de enfrentar la situación de inmediato, pero otros se resisten a aceptarla porque consideran que es una condición que incapacitará a sus hijos por toda la vida.

Los padres entienden que esta experiencia representa una triple desgracia: familiar, matrimonial y personal. De acuerdo con los miles de testimonios que se escuchan en los grupos de terapia familiar, es evidente que los padres experimentan una serie de emociones comunes que surgen como respuesta ante un trauma. Muchos de los artículos profesionales que hablan sobre el enfrentamiento y la adaptación ante un trastorno neurobiológico en la familia describen este proceso. La tabla que se presenta en la página 30 resume las etapas que regularmente experimentan estas familias.

El comentario de la maestra, citado anteriormente, resume la primera etapa. Debido a la ignorancia o al miedo que les provoca la situación, los padres optan por aferrarse a otra explicación, principalmente si no implica llevar al niño al psiquiatra. Esta etapa generalmente se mezcla con la rabia de la segunda (¿Por qué él? ¿Por qué ella? ¿Por qué a nosotros?) y la frustración de que el niño no puede autocorregirse para evitar los problemas.

*Si se decide otorgarles medallas de reconocimiento a los educadores que actúan más allá de su deber; ciertamente estas medallas se le deben adjudicar a las legiones de maestros que, además de cumplir con sus responsabilidades ordinarias, se esfuerzan para identificar a los niños que necesitan un tratamiento psiquiátrico.*

Las siguientes sugerencias se basan en las necesidades que los mismos padres han identificado. Ellas sirven de guía para que las maestras puedan ayudarlos durante las primeras etapas de su confusión emocional debido a la enfermedad mental de su hijo.

### Lo que las maestras pueden hacer:

- **Alejar los sentimientos de culpa.** Los padres se sienten culpables constantemente, se vuelven sensibles a cualquier indicación de que ellos son la causa de la enfermedad del menor. Consideran que pensar que los culpan de los problemas de su hijo los ahuyenta, los pone a la defensiva y los hace desconfiar. Por eso, es muy importante que los maestros les digan directamente que “La culpa no es de ustedes” o “Sé lo difícil que debe ser la situación en la casa por la tensión que están sufriendo, pero que quede claro que ustedes no son la causa de la enfermedad.”
- **Reconocer que la negación y el enojo son normales.** Dígales a los padres que usted sabe que cualquier persona que pase por la crisis que ellos están pasando reaccionará de la misma manera; y que sus indecisiones y frustraciones son totalmente comprensibles.
- **Comunicar empatía y compasión por el dilema de los padres.** Muestre una actitud cálida y de aceptación. De esta forma, establecerá una relación de confianza larga y duradera.
- **Erradicar el estigma de la enfermedad mental.** Compare la enfermedad mental con otras enfermedades infantiles como la diabetes y la epilepsia. Subraye que miles de niños están bajo el cuidado de un psiquiatra y que el tratamiento es muy efectivo. Además, indíqueles que constantemente se están haciendo más y mejores investigaciones para asegurar que los medicamentos son apropiados y seguros para los niños.
- **Señalar que la intervención temprana y el tratamiento son pasos esenciales que protegen al niño.** Explíqueles que, si se actúa a tiempo, se disminuirá la severidad de la condición y se evitará padecer formas más severas de la enfermedad en el futuro. Recuérdeles que el tratamiento es efectivo, que darle al niño el medicamento apropiado le permite recuperar el

terreno perdido y desarrollar su potencial. Asegúreles que el individuo mejor calificado para orientarlos es el psiquiatra.

- ***Ser particularmente sensible con los padres que tienen necesidades o inquietudes especiales.*** Sea conciente de los problemas especiales del padre que no tiene pareja, las madres que trabajan, las familias de escasos recursos o que provienen de distintos grupos sociales o étnicos.
- ***Poner en contacto a los padres con los diferentes recursos de apoyo.*** Dígales que la educación es la clave para comprender el problema. Entrégueles este folleto: «Una Alianza Entre Padres y Maestros» y anímelos a ponerse en contacto con los grupos locales o estatales de NAMI para que se informen sobre los lugares a dónde pueden acudir, los grupos de apoyo y las clases educativas. Hágales sentir la necesidad de buscar ayuda.

## **Etapas de las reacciones emocionales que experimentan las familias que enfrentan una enfermedad mental**

*(Adaptado del programa educativo «De Familia a Familia» de NAMI)*

### **I. ENFRENTANDO LA NUEVA SITUACIÓN**

**Crisis / impresión:** Se sienten agobiados, aturdidos. No saben cómo manejar la situación.

**Negación:** Una respuesta de protección. 'Se normaliza' la situación, se encuentran razones que explican lo que está ocurriendo, sin relacionarlo con una enfermedad mental. Se piensa que la situación no es realmente seria o que tiene una explicación lógica, que todo va a pasar; o bien, las tres razones anteriores.

**Esperar contra toda esperanza (aferrarnos a una ilusión):** Se tiene la esperanza de que lo acontecido no será para toda la vida y que, de alguna manera mágica, todo volverá a la normalidad.

**Necesidades:** \*Apoyo \*Consuelo \*Empatía para la confusión y el dolor  
\*Ayuda para encontrar los medios de auxilio \*Intervención temprana \*Pronóstico \* NAMI

## II. APRENDIENDO A ENFRENTARLO:

**Enojo/ Culpa/ Resentimiento:** Se empieza a culpar a la víctima y se considera que el niño debería ser capaz de “salir de esto.” Se experimentan sentimientos de culpa.

**Reconocimiento:** Como el paciente mental es un ser amado, se comienza a aceptar la realidad. Es evidente que esta situación cambiará la vida de todos.

**Dolor:** Se siente profundamente la tragedia que ha ocurrido. Se considera que el futuro es incierto. Se piensa que la tristeza no tendrá fin.

**Necesidades:** \*Ventilar nuestros sentimientos \*No perder la esperanza  
\*Educación \*Cuidado de sí mismo \*Desarrollar nuestras habilidades  
\*Dejarse ir \*Cooperación del sistema de NAMI  
\*Trabajar en redes \*Buscar el apoyo y trabajar con personas en situaciones similares

## III. AVANZANDO HACIA UNA ACCIÓN POSITIVA Y DE DEFENSA: “ADELANTE”

**Comprensión:** Se logra un sentimiento sólido de empatía hacia el niño que está sufriendo. Se comienza a respetar el valor que tiene el niño para enfrentar su enfermedad.

**Aceptación:** Sí, finalmente se puede decir que a la gente buena también le suceden cosas malas. Nadie tiene la culpa. Es una experiencia triste y difícil, pero si uno permanece firme lo podrá manejar.

**Defensa /Acción:** Ahora se podrá enfocar el enojo y el dolor para defender y apoyar a otros luchando en contra de la discriminación. Uno puede unirse a organizaciones de defensa y de orientación.

**Necesidades:** \*Activismo \*Restablecer el equilibrio correcto de la vida  
\*Respuesta del sistema de \*NAMI

---

## Aliados que dirigen el proceso de remisión

*Es verdad que no hay muchas facilidades para desarrollar el aspecto de la intervención temprana. Por ejemplo, un supervisor me dijo: “no es mi trabajo identificar una enfermedad mental.” Esto demuestra que algunos administradores que tienen la responsabilidad de tomar las decisiones, optan por recomendar las sesiones de terapia, en lugar de escoger el tratamiento médico. Por esto, usualmente, yo tengo que salirme del sistema para poder conseguir un tratamiento psiquiátrico apropiado.*

— Una maestra de preparatoria

La mayor parte de los sistemas educativos sólo refieren a un niño a un psiquiatra como su última opción, después de una serie de juntas y revisiones administrativas, que típicamente dirigen una trabajadora social o una psicóloga. Estas profesionales pueden dar apoyo y asesoría, pero raramente tiene el entrenamiento necesario para diagnosticar una enfermedad mental y, además, no pueden recetar medicamentos. Por eso, no se recomendará la evaluación siquiátrica a menos que lo estipulen los profesionales de salud mental.

La forma más eficiente de conseguir un diagnóstico a tiempo es que los padres tomen la iniciativa; busquen un doctor, hagan la evaluación y le presenten a la escuela la evidencia médica de que su hijo padece una condición mental. Si no es posible encontrar un psiquiatra infantil en esa región geográfica, los padres deben consultar con un pediatra o con un neurólogo. Si los padres no tienen los medios económicos para conseguir esta evaluación o tienen dudas en hacerlo, el maestro puede empezar el proceso para que las autoridades escolares identifiquen al niño como un estudiante con trastorno emocional de conducta. En este caso, el maestro debe hacer lo posible para que los padres comprendan que es imprescindible conseguir una evaluación médica completa.

Posiblemente en el futuro sea algo natural realizarles a los niños una evaluación psiquiátrica para diagnosticar los trastornos de conducta u otros desórdenes mentales. Mientras esto sucede, los niños y los adolescentes no van a recibir la intervención temprana que merecen a menos que los padres y los maestros actúen como aliados, tanto para identificar la enfermedad mental como para conseguir el tratamiento adecuado.

Los padres, como guardianes del futuro de sus hijos, deben asumir la responsabilidad de procurar que cada una de las personas que desempeñan un papel importante en sus vidas esté bien preparado, tanto en el hogar como en la escuela. Los maestros, como responsables del desarrollo del potencial académico de estos jóvenes, deben luchar por educar al personal escolar para conseguir la mejor opción de tratamiento. Por esta razón los padres y los maestros deben constituir una alianza. No son la primera línea de defensa, sino la única línea de defensa de los niños.

---

### **Fortaleciendo la alianza: Como NAMI puede ayudar**

NAMI es la organización de salud mental más grande de los Estados Unidos dedicada a mejorar las vidas de los individuos y de las familias que conviven con una enfermedad mental. Los miles de miembros de NAMI, quienes sirven en su comunidad como líderes de grupos de apoyo, contactos de familiares y del consumidor, maestros y partidarios, ponen en práctica los cuatro pilares de la misión de NAMI: apoyo, educación, asesoramiento e investigación. Esta red de voluntarios con mucha experiencia puede ser una fuente invaluable de apoyo para los padres y los maestros que buscan de información, educación y apoyo. Al estar en contacto con esta poderosa sabiduría de base, reducirá grandemente la duda, el aislamiento y la vergüenza que sienten los padres. Los recursos claves que NAMI ofrece son:

- **Curso Básico de NAMI:** Es un curso de educación persona a persona de seis semanas de duración que enseñan los miembros adiestrados de NAMI. El currículo está diseñado para padres y encargados de niños y adolescentes que padecen de alguna enfermedad mental. (Sitio Web: [www.nami.org/basics](http://www.nami.org/basics)).
- **NAMI Padres y Maestros como Aliados:** Es un programa de adiestramiento de dos horas de duración para maestros, personal escolar y familias que tiene el propósito de ayudarles a identificar las señales que permiten diagnosticar a tiempo a los niños y adolescentes que padecen una enfermedad mental. Además, ayuda a desarrollar las destrezas de comunicación y de intervención con las familias. Para obtener más información acerca del programa de adiestramiento o coordinar la presentación en su escuela, visite [www.nami.org/CAAC](http://www.nami.org/CAAC) o póngase en contacto con NAMI Nacional al (703) 524-7600.

- **NAMI Centro de Acción del Niño y del Adolescente:** Provee educación de salud pública y documentos informativos (folletos y hojas) acerca de las enfermedades mentales que pueden padecer los niños y los adolescentes. Asimismo, produce guías familiares y paquetes de recursos, además de publicar una revista trimestral, *NAMI Beginnings*, (NAMI Inicios) para quienes atienden a los niños o trabajan con ellos. El centro también les provee asistencia técnica a los líderes de las afiliadas estatales de NAMI sobre asuntos que impactan a los niños y adolescentes con enfermedades mentales y a sus familiares (Sitio Web: [www.nami.org/CAAC](http://www.nami.org/CAAC)).
- **El Programa de Educación Familia-a-Familia de NAMI:** Es un curso de educación persona a persona de doce semanas de duración que lo enseñan miembros adiestrados de NAMI en 48 estados. Aunque el currículo sólo cubre enfermedades mentales que se les han diagnosticado a los adultos, el curso es apropiado para las familias de adolescentes que padecen dichas condiciones. Este curso también está disponible en español (Sitio Web: [www.nami.org/family](http://www.nami.org/family)).
- **Grupos de Apoyo de NAMI:** Organiza reuniones grupales en ciudades o pueblos pequeños a través de todo el país. Estas reuniones confidenciales les ofrecen a sus participantes comprensión y apoyo de parte de personas que conviven con alguna enfermedad mental.
- **Línea de Ayuda:** Es un servicio gratuito que provee apoyo, referencia o información. La línea de ayuda tiene a su disposición más de sesenta hojas de información y de datos sobre una gran variedad de temas. Además, provee información sobre las redes de afiliados de NAMI a través de todo el país. También ofrece información y referencia en español en el 1 (800) 950-NAMI (6264) o [info@nami.org](mailto:info@nami.org).
- **Sitio Web de NAMI ([www.nami.org](http://www.nami.org)):** Es una fuente de información acerca de todas las facetas de asesoramiento de NAMI en el ámbito estatal y nacional; provee datos actualizados sobre la investigación e incluye información básica acerca de las principales enfermedades mentales, las estrategias más recientes de medicación, los grupos de discusión y los mejores tratamientos.

Para pedir este folleto, por favor visite la tienda NAMI en [www.nami.org/store](http://www.nami.org/store).

## NOTAS



*Los padres, como guardianes del futuro de sus hijos, deben asumir la responsabilidad de procurar que cada una de las personas que desempeñan un papel importante en sus vidas esté bien preparada, tanto en el hogar como en la escuela. Los maestros, como responsables del desarrollo del potencial académico de estos jóvenes, deben luchar por educar al personal escolar para conseguir la mejor opción de tratamiento.*



2107 Wilson Blvd., Suite 300  
Arlington, VA 22201-3042  
Teléfono: (703) 524-7600 • (800) 950-6264  
Sitio Web: [www.nami.org](http://www.nami.org)

Decembre 2008