

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA PROFESIONAL DE EDUCACIÓN



Trastornos de la emotividad.

Trabajo académico presentado para optar el Título Profesional de
Segunda Especialidad en Educación Inicial.

Autora.

Merlo Vásquez, Dalila

TUMBES– PERÚ

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA PROFESIONAL DE EDUCACIÓN



Trastornos de la emotividad.

Los suscritos declaramos que la monografía es original en su
contenido y forma.

Merlo Vásquez, Dalila. (Autora)

Dr. Segundo Alburqueque Silva. (Asesor)

TUMBES– PERÚ

2018



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA PROFESIONAL DE EDUCACIÓN
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

ACTA DE SUSTENTACION DE TRABAJO ACADÉMICO

En Tumbes, a los catorce días de agosto del dos mil dieciocho, se reunieron en un ambiente de la I.E. Aplicación José Antonio Encinas, los integrantes del Jurado Evaluador, designado según convenio celebrado entre la Universidad Nacional de Tumbes y el Consejo Intersectorial para la educación peruana, al Dr. Oscar Calixto La Rosa Feijoo, coordinador del programa; representantes de la Universidad Nacional de Tumbes (Presidente), Dr. Raúl Sunción Ynfante (Secretario) y Mg. Raúl Alfredo Sánchez Ancajima (Vocal), con el objeto de evaluar el trabajo académico denominado: "Trastornos de la emotividad", para optar el título Profesional de Segunda Especialidad en Educación Inicial a la señora Merle Vásquez, Dalila

A las QUINCE horas VEINTE minutos y de acuerdo a lo estipulado por el reglamento respectivo, el Presidente del Jurado dio por iniciado el acto.

Luego de la exposición del trabajo, la formulación de preguntas y la deliberación del jurado lo declararon APROBADO por UNANIMIDAD con el calificativo BUENO

Por tanto, Merle Vásquez, Dalila, queda APTA, para que el Consejo Universitario de la Universidad Nacional de Tumbes, le expida el título profesional de Segunda Especialidad en Educación Inicial.

Siendo las QUINCE horas con veinte minutos, el presidente del jurado dio por concluido el presente acto académico, para mayor constancia de lo actuado firmaron en señal de conformidad todos los integrantes del jurado.

Dr. Oscar Calixto La Rosa Feijoo.
Presidente del Jurado

Dr. Raúl Sunción Ynfante.
Secretario del Jurado

Mg. Raúl Alfredo Sánchez Ancajima
Vocal del Jurado

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD

Yo, MERLO VÁSQUEZ, DALILA estudiante del Programa Académico de Segunda Especialidad de Educación Inicial la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Tumbes.

Declaro bajo juramento que:

1. Soy autor del trabajo académico titulado: TRASTORNOS DE LA EMOTIVIDAD, la misma que presento para optar el título profesional de segunda especialidad.
2. El trabajo Académico no ha sido plagiado ni total ni parcialmente, para la cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.
3. El trabajo Académico presentado no atenta contra derechos de terceros.
4. El trabajo Académico no ha sido publicado ni presentado anteriormente para obtener grado académico previo o título profesional.
5. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a la UNTUMBES cualquier responsabilidad académica, administrativa o legal que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de El Trabajo Académico, así como por los derechos sobre la obra y/o invención presentada.

Tumbes, _____ de 2018

Firma

MERLO VÁSQUEZ, DALILA

DEDICATORIA

Con amor y eterna gratitud a mis queridos padres.

Por su apoyo moral que me brindan día a día

Y por conducirme al logro de mis metas y al

Objetivo final de ser profesional.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	
ÍNDICE.....	
INTRODUCCION.....	

CAPÍTULO I

TRASTORNOS DE LA EMOTIVIDAD

1.1. Nociones generales	6
1.2. Concepto	7
1.3. Comportamientos típicos de los niños con trastornos emocionales:	8
1.4. Características de los trastornos según APA (DSM- IVTR)	9
1.5. Causas	9
1.6. Implicaciones en la educación	9
1.7. Otras consideraciones	10
1.8. Diversos trastornos de la emotividad	10

CAPITULO II

DIVERSOS TRASTORNOS DE LA EMOTIVIDAD

2.1 La depresión en niños y adolescentes	14
2.1.1 Sintomatología depresión niños y adolescentes	15
2.1.1.1 Principales síntomas	15
2.1.1.2 Síntomas Secundarios	16
2.1.2 Causas de la depresión	17
2.1.3 Tipos de depresión	18
2.1.4 Modelos de la psicología	20
2.1.5 El modelo cognitivo de BECK	20
2.1.6 El modelo de Indefensión Aprendida de SELIGMAN	22
2.1.7 Evaluación de la Depresión	24

2.2	Trastorno de vinculo	26
II.2.1	Criterios diagnósticos del Trastorno vínculo	27
II.2.2	Intervención y orientaciones	45
2.3	Trastorno bipolar en niños	46
2.3.1	Características específicas del TBP en niños	47
2.3.2	Criterios diagnósticos TBP niños (DSM-IV):	48
2.3.3	Epidemiología y Evolución	49
2.3.4	Etiología	50
2.3.5	Evaluación	50
2.3.6	Tratamiento	51

CONCLUSIONES

REFERENCIAS CITADAS

RESUMEN

En la actualidad hay muchos estudiosos que tratan de explicar el comportamiento de las personas que sufren trastornos de la emoción; especialmente se refieren a los estudiantes ya que en esta etapa es cuando afecta con mayor frecuencia y que a veces como docentes no hemos tenido la capacidad de analizar dichos trastornos; en la cual el niño ha venido arrastrando problemas de aprendizaje.

La presente monografía, titulada “Trastornos de la emotividad” tiene por finalidad informar a las personas sobre dichas enfermedades; especialmente a los docentes de educación Inicial ya que es este nivel educativo el inicio de toda su educación básica regular.

Palabras Claves: Emoción, depresión, Trastorno.

INTRODUCCION

Los trastornos Emotividad hay una “probabilidad de que un niño desarrolle labilidad emocional aumenta al parecer cuando hay una difusión cerebral” (Gonzales & Rubi, 2012, p. 41).

“Si un niño tiene trastornos motores se prolongará su dependencia materna. Los problemas de carácter perceptivo o intelectual que dificultan los intentos del niño por hacer contacto bien logrado con el mundo, lo llevan a frustraciones, malas interpretaciones de la realidad y patrones de comportamiento diferentes. Los impulsos perturbados conducen alteraciones en los actos resultantes. . También es cierto cuando un niño ha sufrido la privación de sus necesidades psicológicas puede sufrir daño en el desarrollo de su personalidad y manifestar alguna patología orgánica”. (Cesar, 2019, pàrr. 9)

Los trastornos de la emotividad

“se refieren a una pobre reacción a un abatimiento o pérdida de la vida emocional, de manera que el individuo se torna indiferente sobre el bienestar propio o de los demás. Es indolente se representa a vece en esquizofrenia, retraso mental, autismo y en trastornos orgánico cerebrales”. (Franco, 2008, pàrr. 1)

“Los niños con trastorno de la emotividad tienen sensación de fracaso baja autoestima. Aquí la importancia de antecedentes familiares, si hay tensión, angustia e inestabilidad emocional, falta de autocontrol”. (Rincon del vago, s.f. pàrr. 8). En los trastornos de la emotividad influyen los trastornos de: La depresión en niños y adolescentes, Trastorno del Vínculo, Trastorno ansiedad separación niños y Trastorno bipolar en niños y adolescentes

El presente trabajo académico persigue objetivos que lo guían en su desarrollo y entre ellos tenemos al **OBJETIVO GENERAL:** Comprender la necesidad de conocer las

implicancias de los trastornos de la emotividad; asimismo, tenemos **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**: 1. Entender el marco conceptual de los trastornos de la emotividad, también 2. Conocer las implicancias técnicas de los trastornos de la emotividad

CAPITULO I

TRASTORNOS DE LA EMOTIVIDAD

I.1. Nociones generales

- A. Hay una constitución hiperemotiva y una constitución hipo emotiva:** en las lindes entre la normalidad y la anormalidad, paralelas a la hiperafectividad y la hipo afectividad. Normalmente al comienzo y al final de evolución de la vida se observa una tendencia a la disociación entre ambos elementos: el niño y el joven son muy emotivos, por lo menos para un cierto grupo de emociones elementales, y, no obstante, son pocos afectivos; el mismo fenómeno ocurre en los ancianos; afectividad y emotividad alcanzan su mutuo equilibrio en la madurez.
- B. La hiperemotividad patológica se observa en:**
- **Los estados de debilidad como:** las convalecencias de infecciones graves, de grandes hemorragias, de privaciones prolongadas, etc.
 - **En lesiones de los territorios hipotalámicos:** encefalitis epidémica, tumores hipotalámicos, síndrome del talámico, esclerosis arterial senil (Síndrome lagunar), etc. Aparece en forma paroxística (risa y llanto espasmódicos: clonus emotivo) y generalmente, suscitada solo por estímulos emocionales muy elementales. Ocasionalmente, en la enfermedad de Wilson.
 - **En ciertos mixedematosos:** por posible infiltración mixedematosa de estos mismos centros, aparecen crisis emocionales elementales (risa, llanto), contrastando con la frialdad afectiva y emocional habitual de estos enfermos.
 - **En el hipertiroidismo hay emotividad muy débil.**
 - **En las mujeres climatéricas,** hay una gran hiperemotividad, en muchos casos probablemente por mecanismo hipotalámico o hipertiroides. En el hombre climatérico es suceso más raro, pero existe también.

- **Euforia e incontinencia emocional por la hipoxia**, en las ascensiones a grandes alturas montañismo, navegación aérea, al disminuir la presión atmosférica (embriaguez de la montaña).

C. La hipoemotividad patológica se observa:

- **En ciertos estados demenciales:** como la esquizofrenia, sobre todo en las formas catatónicas, coincidiendo con la indiferencia afectiva.
- **Enfermos con insuficiencia tiroidea:** a veces coincidiendo con los fenómenos de emotividad paroxística.

I.2. Concepto

El contenido emotivo comprende las emociones, los sentimientos y los afectos, es decir la forma agradable y desagradable de cómo nos afectan las personas, situaciones, objetos, fenómenos del mundo real cuando el sistema nervioso se pone en contacto con ellos, es decir que las personas y situaciones nos afectan o nos impresionan en forma agradable o desagradable, con gustos y disgustos. EUTIMIA es el estado de indiferencia donde el paciente no le agrada y ni le desagrada se encuentra en las depresiones profundas.

ANHEDONIA el paciente hay muchos términos para describir problemas emocionales, es incapaz de tener amor o sentimientos y también en el autismo es el rompimiento con el medio social y familiar y se dan aislamiento o la separación social mentales o del comportamiento. En la actualidad, estos están calificados de trastornos emotivos (emocional distúrbense) bajo las regulaciones del acta para la Educación de Individuos con discapacidades (IDEA, por sus siglas en ingles). IDEA define el trastorno emocional como:

“Trastornos del desarrollo de la personalidad que responde a factores afectivos y familiares. Se manifiestan en el hogar y en la escuela, denotando falta de adaptación, aislamiento, desinterés, decaimiento, excitación y problemas en el comportamiento” (actitudsiempre, 2014, p. 1).

Es una condición que exhibe una o más de las siguientes características a través de un largo período de tiempo y hasta cierto grado marcado, lo cual afecta desfavorablemente el rendimiento académico del niño:

- “Una incapacidad de aprender, que no puede explicarse mediante factores intelectuales, sensoriales, o de la salud” (Laveen School District, s.f. pàrr. 3).
- “Una incapacidad de formar o mantener relaciones interpersonales satisfactorias con sus compañeros, con sus padres y profesores” (Laveen School District, s.f. pàrr. 3).
- “Comportamiento o sentimientos inapropiados, bajo circunstancias normales” (Laveen School District, s.f. pàrr. 3).
- “Un estado general de descontento o depresión” (Laveen School District, s.f. pàrr. 3).
- “Una tendencia a desarrollar síntomas físicos o temores asociados con los problemas personales o escolares” (Laveen School District, s.f. pàrr. 3)

I.3. Comportamientos típicos de los niños con trastornos emocionales:

- “Hiperactividad (falta de atención, impulsividad)” (Center for parent information and resources, 2014, pàrr. 6).
- “Agresiones / un comportamiento que puede resultar en heridas propias” (Center for parent information and resources, 2014, pàrr. 6).
- “Rendimiento (falta de iniciar intercambios con los demás, el retiro de los intercambios sociales; temores o ansiedades excesivas)” (Center for parent information and resources, 2014, pàrr. 6).
- “Inmadurez (el niño llora en ocasiones inapropiadas; temperamento; habilidad inadecuada de adaptación)” (Center for parent information and resources, 2014, pàrr. 6).
- “Dificultades en el aprendizaje (rendimiento académico por debajo del nivel correspondiente a la edad)” (Center for parent information and resources, 2014, pàrr. 6).

“Los niños con trastornos de emotividad más serios pueden exhibir un pensamiento distorsionado, ansiedad, actos motrices raros y un temperamento demasiado variable. A veces son identificados como niños con psicosis severa o esquizofrenia”. (Center for parent information and resources, 2014, pàrr. 7).

“Muchos niños que no tienen trastorno de emotividad o emocional pueden experimentar algunos de estos comportamientos durante diferentes etapas de su

desarrollo. Sin embargo cuando los niños tienen trastornos emocionales, este tipo de comportamiento continuara a través de largos periodos de tiempo. Su comportamiento nos indica que no están bien dentro de su ambiente o entre sus compañeros”. (Center for parent information and resources, 2014, pàrr. 8)

I.4. Características de los trastornos según APA (DSM- IVTR)

- ❖ “Funcionamiento cognoscitivo deficiente: el razonamiento, la percepción, la atención y el juicio, de la persona se encuentran dañados” (Flakusha, 2009, p. 5).
- ❖ “Conducta social deficiente: las costumbres se desvían marcadamente de las normas que establece la sociedad” (Flakusha, 2009, p. 5).
- ❖ “Autodominio imperfecto: falta de control extrema de impulsos que puede provocar el daño a sí mismo como a terceros” (Flakusha, 2009. p. 5).
- ❖ “Angustia latente: la ansiedad, el enojo, y la tristeza son emociones naturales e inevitables, sin embargo, el manejo inadecuado de ellas, produce un sufrimiento en exceso, el cual se considera anormal” (Flakusha, 2009, p. 5).

I.5. Causas

- ❖ “**Causas biológicas:** la herencia genética, las condiciones médicas, o el daño cerebral” (Flakusha, 2009, p. 5).
- ❖ “**Psicológicas:** experiencias traumáticas de la vida, conducta aprendida por imitación; percepción distorsionada de la realidad, mantener un pensamiento destructivo”. (Flakusha, 2009, p. 5).
- ❖ **Socioculturales:** “perturbaciones en relaciones íntimas, o en relaciones de grupos de carácter político o social” (Flakusha, 2009, p. 5).

I.6. Implicaciones en la educación

“Los programas educacionales para los niños con problemas de comportamiento o emocionales deben incluir atención que aporte apoyo de comportamiento y al aspecto emocional, así como que les ayude a dominar el ámbito académico y el social, y aumente la autoconciencia, el autocontrol y la autoestima”. (Flakusha, 2009, p. 7)

I.7. Otras consideraciones

- ❖ “Las familias de niños con problemas emocionales pueden necesitar ayuda para comprender la condición de su niño y aprender a trabajar efectivamente con él o ella” (Center for parent information and resources, 2014, pàrr. 15).
- ❖ “pueden recibir ayuda de psiquiatras, psicólogos u otros profesionales en salud mental que trabajan en el sector público o privado” (Center for parent information and resources, 2014, pàrr. 15).
- ❖ “los niños deben recibir servicios basados en sus necesidades individuales, y todas las personas que trabajan con ellos deben estar al tanto del cuidado que están recibiendo” (Center for parent information and resources, 2014, pàrr. 15).
 “Es importante coordinar todos los servicios entre hogar, escuela, y comunidad terapéutica, manteniendo abiertas las vías de comunicación” (Center for parent information and resources, 2014, pàrr. 15).

I.8. Diversos trastornos de la emotividad

A. Trastornos del estado de ánimo

- **“trastorno depresivo:** desorden afectivo caracterizado por una tristeza excesiva, acompañado de sentimientos de desamparo y amor propio reducido. el individuo deprimido siente que su seguridad está amenazada y que no puede enfrentar sus problemas”. (Flakusha, 2009, p. 8).
“trastorno bipolar: la persona presenta episodios reiterados en los que su estado de ánimo y los niveles de actividad están profundamente alterados, teniendo en ocasiones una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) y en otras, una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión). lo característico es que se produzca una recuperación completa entre los episodios aislados”. (Flakusha, 2009, p. 8)
- **proceso de duelo:** cómo enfrentamos la muerte de un ser querido

B. Trastornos de personalidad

- **“trastorno histriónico:** tienen como característica esencial una emotividad generalizada y excesiva, así como una constante búsqueda de atención. buscan la atención a través de una conducta social dramática, vivaz y seductora”. (Flakusha, 2009, p. 9).

“trastorno narcisista: las personas tienen una imagen de sí mismas de grandiosidad, además de necesidad de admiración y falta de empatía. son personas que tienen un gran sentido de autoimportancia por lo que exageran sus logros y capacidades y esperan ser reconocidas como superiores”. (Flakusha, 2009, p. 9)

- **“trastorno paranoide:** hay un patrón de desconfianza y suspicacia general, por lo que las intenciones de los demás son interpretadas como maliciosas. tienden a ser rencorosos y pueden mostrarse tensos, ansiosos, inseguros, irritables o coléricos”. (Flakusha, 2009, p. 9).
- **“trastorno esquizoide:** las personas manifiestan un patrón general de alejamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el área interpersonal, incluido el formar parte de una familia; eligen casi siempre actividades solitarias” (Flakusha, 2009, p. 9).
- **“trastorno obsesivo-compulsivo:** presenta un esquema general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, sin cuestionarse la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia”. (Flakusha, 2009, p. 9).

¿Cómo lograr una recuperación efectiva de los trastornos emocionales?

- “conocer el proceso emocional o el trastorno específico (realizar un diagnóstico)” (Flakusha, 2009, p. 10).
- “aceptar la realidad: el negar el hecho o buscar culpables bloquea el proceso” (Flakusha, 2009, p. 10).
- “acudir a un tratamiento realizado por especialistas” (Flakusha, 2009, p. 10).
- “mantener la constancia en el tratamiento” (Flakusha, 2009, p. 10).
- “plantear nuevas metas en la vida (constituyen el motor que impulsa a crecer)” (Flakusha, 2009, p. 10).
- “contar con el apoyo de los seres queridos” (Flakusha, 2009, p. 10).
- “tener fe en los propios recursos, así como en el tratamiento” (Flakusha, 2009, p. 10).
- “buscar un apoyo espiritual” (Flakusha, 2009, p. 10).
- “realizar actividades deportivas, ocupacionales y recreativas” (Flakusha, 2009, p. 10).

C. Trastornos de emotividad típicos

- “Agresividad.
- Mentiras.

- Hurtos y Robos.
- Miedos.
- Depresión.
- Tics” (Door, 2017, p. 3).

Mentiras:

- **“3 a 5 años:** conocen y despliegan la fantasía, deformando los hechos reales y dándoles un significado conveniente para ellos” (Dulcita, 2011, p. 6).
- **“6 a 7 años:** aparece la mentira ya con un significado intencional, de la fantasía se desprende lo falso y de lo falso la mentira” (Dulcita, 2011, p. 6).
“Viene a cumplir un rol utilitario para satisfacer los deseos y obtener provecho” (Dulcita, 2011, p. 6).

Miedos:

“Surgen naturalmente como parte de la evolución del niño, pero algunos también se originan en las amenazas o castigos de los adultos” (Dulcita, 2011, p. 7).

“El miedo requiere tiempo de elaboración, prueba y paciencia para ser vencido” (Dulcita, 2011, p. 7).

“MIEDO: Temor que se percibe ante una situación peligrosa” (Dulcita, 2011, p. 7).

“FOBIA: Temor injustificado ante una situación q no es peligrosa” (Dulcita, 2011, p. 7).

“Depresión: El niño muestra gran sumisión y tranquilidad, todo le da igual, es muy vergonzoso, no disfruta de compañías de su edad y tiende a aislarse” (Dulcita, 2011, p. 8).

“Algunos síntomas de la depresión pueden ser” (Dulcita, 2011, p. 8):

- “Decaimiento.
- Inapetencia.
- Poca vitalidad.
- Molesto.
- Irritable.
- Retraído.
- Trastornos del sueño.
- Vómitos.
- Dolores” (Dulcita, 2011, p. 8).

“Tics: Son movimientos involuntarios, repetitivos, que suelen aparecer entre los 5 y 7 años ante situaciones de gran tensión o conflicto, como forma de canalizar esa estabilidad que lo perturba”. (Dulcita, 2011, p. 9).

“Los Trastornos Emocionales en la infancia y en la adolescencia merecen una mirada y escucha atentas, no sólo focalizada en el niño y en los padres, ya que también la institución educativa debe ser incluida en la reflexión respecto de los mismos”. (Dulcita, 2011, p. 10)

CAPITULO II

DIVERSOS TRASTORNOS DE LA EMOTIVIDAD

2.1 La depresión en niños y adolescentes

Sensación de fracaso y baja autoestima. En los niños, tensión, angustia e inestabilidad emocional, falta de autocontrol.

“La existencia de la depresión en la infancia ha sido cuestionada durante muchos años. En épocas relativamente recientes, existía aun 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” (García, 2018, p. 41)

. “Como se encargaron de demostrar diversos estudios, por desgracia, la existencia de tales sentimientos es una realidad ya a edades tempranas” (Orekan, s.f. pàrr. 1)

“A lo largo de la historia, la naturaleza de la depresión infantil ha sido objeto de polémica dentro mismo de la psicopatología. Autores psicoanalistas negaron su existencia alegando que en esta etapa de la vida no está formado el "yo" ni interiorizado el "super yo". Otros investigadores cuestionaron su validez como entidad nosológica dado que sus supuestos síntomas (llanto, escaso apetito, etc.) forman normalmente parte de un desarrollo evolutivo normal y remiten espontáneamente con el tiempo” (Martínez, 2013, pàrr. 2)

“La teoría de la depresión enmascarada (1.972) 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, etc...,

llevaron a hipotetizar que la depresión era un **Sintomatología depresión niños y adolescentes**” (Martinez, 2013, pàrr. 3)

“Varios autores han propuesto criterios específicos para el diagnóstico de la depresión en niños, si bien, son comúnmente utilizados los del DMS IV aplicados a niños con ligeras matizaciones o los del CIE-10 que son específicos para población infanto-juvenil” (Martinez, 2013, pàrr. 4).

“A continuación exponemos, a modo de aproximación a la sintomatología depresiva, los criterios” (Martinez, 2013, pàrr. 5):

“Weinberg (1973), que constituyen un conjunto de criterios operativos claros dirigidos específicamente a diagnosticar la depresión en niños” (Martinez, 2013, pàrr. 5)

“La posición más extendida actualmente sostiene que la depresión infantil y adulta son semejantes, a pesar de que la edad modula las características y las repercusiones negativas del trastorno” (Martinez, 2013, pàrr. 6).

“Respecto a su prevalencia en nuestro país se situaría alrededor del 2 al 3% de la población en niños de 9-10 años aumentando este porcentaje con la edad para situarse en torno a valores superiores al 8% en adolescentes. De todas formas, estos datos pueden ser superiores si se contemplan también diagnósticos leves o transitorios de depresión” (Martinez, 2013, pàrr. 7)

2.1.1 Tipos de depresión

1- Primaria versus secundaria.

“Hace referencia a que la depresión es el trastorno principal o bien es consecuencia de un problema médico o psicológico” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 9).

2- Unipolar versus bipolar.

“La primera se manifiesta sólo con episodios depresivos mientras que la segunda cursa alternativamente con ciclos de depresión y manía” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 10).

3- Depresión mayor versus distimia.

“Para contemplarse el diagnóstico de depresión mayor, la más severa de las formas de depresión, deben cumplirse los criterios diagnósticos señalados en el D.S.M.-IV. Los otros tipos de depresión pueden hacer referencia a estados depresivos durante

ciclos prolongados pero sin cumplir los criterios diagnósticos” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 11)

4- Endógena versus Exógena.

“Hace referencia al tipo de causa desencadenante; interna (p.e. déficit funcional de noradrenalina) o externa (pérdida de un ser querido)” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 12)

2.1.1.1 Principales síntomas

A. Estado de ánimo disfórico (melancolía)

- “Expresiones o muestras de tristeza, soledad, desdicha, indefensión” (Abc padres e hijos , 2012, p. 1).
- “Cambios en el estado de ánimo, malhumor” (Abc padres e hijos , 2012, p. 1).
- “Irritabilidad, se enfada fácilmente” (Abc padres e hijos , 2012, p. 1).
- “Hipersensibilidad, llora fácilmente” (Abc padres e hijos , 2012, p. 1).
- “Negativismo, resulta difícil de complacer” (Abc padres e hijos , 2012, p. 1).

B. Ideación auto despreciativa

- “Sentimientos de inutilidad, incapacidad, fealdad, culpabilidad (concepto negativo de uno mismo)” (Abc padres e hijos , 2012, p. 1).
- “Ideas de persecución” (Abc padres e hijos , 2012, p. 1).
- “Deseos de muerte” (Abc padres e hijos , 2012, p. 1).
- “Deseo de huir, de escaparse de casa” (Abc padres e hijos , 2012, p. 1).
- “Tentativas de suicidio” (Abc padres e hijos , 2012. P. 1).
-

2.1.1.2 Síntomas Secundarios

A. Conducta agresiva (agitación)

- “Dificultades en las relaciones interpersonales
- Facilidad para riñas o discusiones.
- Poco respeto a las figuras de autoridad” (Abc padres e hijos , 2012, p. 1).

B. Alteraciones de sueño

- “Insomnio inicial
- Sueño inquieto.

- Insomnio tardío
 - Dificultad para despertar por la mañana” (Abc padres e hijos , 2012, p. 1).
- C. Cambios en el rendimiento escolar**
- “Quejas frecuentes de los maestros, pobre concentración, dificultades en la atención.
 - Disminución del esfuerzo habitual en tareas escolares
 - Pérdida del interés en actividades extraescolares” (Abc padres e hijos , 2012, p. 1).
- D. Socialización disminuida**
- “Menor participación en grupo.
 - Menos simpático o agradable con los demás.
 - Retraimiento Social.
 - Pérdida de los intereses sociales habituales” (Abc padres e hijos , 2012, p. 1).
- E. Cambio de actitud hacia la escuela**
- “Pérdida de placer en actividades escolares
 - Negativa o rechazo a ir a la escuela” (Abc padres e hijos , 2012, p. 1).
- F. Quejas somáticas**
- “Cefalalgias no migrañosas.
 - Algias abdominales.
 - Otras preocupaciones o quejas somáticas” (Abc padres e hijos , 2012, p. 1).
- G. Pérdida de la energía habitual**
- “Pérdida de interés por actividades y entrenamientos extraescolares.
 - Disminución de la energía, fatiga física o mental” (Abc padres e hijos , 2012, p. 1).
- H. 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” (Psicodiagnos, 2019, pàrr. 8)

2.1.2 Causas de la depresión

“En la depresión infantil, al igual que ocurre con la de adultos, concurren varios mecanismos o factores que suelen interactuar constituyendo el origen del desarrollo

de los estados de depresión en niños y jóvenes. Los principales son los biológicos, genéticos, socio-familiares, estilos de vida y los psicológicos que se explican en el próximo apartado” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 13)

“Factores Biológicos. Se han efectuado diferentes estudios para averiguar las posibles causas psicobiológicas y psicofisiológicas de la depresión en población infantil. Los estudios han intentado replicar los resultados hallados en población adulta. Los resultados no han estado concluyentes” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 14)
“Algunas líneas de investigación han planteado la hipótesis del déficit funcional serotoninérgico como elemento facilitador del trastorno afectivo, pero, tampoco sin poderse llegar a conclusiones definitivas” (Neurocirugía morelia, 2015, pàrr. 2).

“Factores Genéticos. Según diversos estudios efectuados, los factores genéticos podrían explicar un porcentaje elevado (50%) de la varianza en la transmisión de los trastornos afectivos. Los estudios familiares que evalúan hijos de padres deprimidos han verificado que la posibilidad de que éstos lleguen a desarrollar el trastorno es entre 3 y 6 veces más elevada en comparación con niños que no presentan este factor de riesgo. Igualmente, el riesgo de desarrollar otra psicopatología, como ansiedad o incluso trastornos de conducta, es también mayor. De todas formas, se habla de factores predisponentes no causales. La presencia o no del trastorno y su tipo en población de riesgo, dependería de los factores internos del sujeto interactuando con el entramado de circunstancias personales, familiares y sociales” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 15)

“Factores Socio-familiares. Parece bastante probable que un factor determinante en la aparición y mantenimiento del trastorno, está estrechamente relacionado con el entorno familiar. La depresión sería resultado, entre otros factores, de una pobre interacción padres - hijos. Estudios realizados al efecto han demostrado diversas características interactivas familiares peculiares entre las que destaca: baja implicación paterna y alta sobreprotección materna, más conflictos familiares, más problemas de comunicación, más irritabilidad, más abuso y negligencia. En el caso de padres depresivos, la transmisión de la depresión no implica, por tanto, sólo influencias genéticas, sino que también conlleva influencias psicosociales” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 16)

“Si bien el tipo de interacción puede relacionarse como causa de depresión a través de modelos psicológicos (conductuales, cognitivos) y biológicos, para algunos autores el conflicto familiar podría ser la respuesta de los padres a los problemas del hijo, o en otros casos, la depresión podría contribuir al mantenimiento del problema parental” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 16)

“Factores estresantes. Aquí se pueden incluir los factores externos que cursan generando un estado de estrés continuado. Es el caso de las separaciones, divorcios o discordia de la pareja. El elemento relevante para el niño no es tanto la ruptura en sí, sino, el estado en que queda la relación afectiva entre los padres. Una relación de amenazas, coerciones, etc. produce evidentemente una transición con más carga emocional para el niño y lo hace más vulnerable al desarrollo de la patología” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 17)

“Otro factor potencialmente generador del trastorno es el caso de pérdida de un ser querido, especialmente en niños ya frágiles. La pérdida de la madre o padre puede requerir, dependiendo de la edad, una atención especializada para facilitar el proceso de duelo. Ello puede ser especialmente necesario en aquellos casos de muerte repentina o en accidentes de tráfico” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 18)

2.1.3 Modelos de la psicología

“Existen diferentes modelos de depresión que tratan de explicar los orígenes y causas de la misma. Todas ellas describen el trastorno depresivo como una vía final, común, psicobiológica, que depende de la interacción de varios factores, incluyendo la vulnerabilidad genética, fenómenos del desarrollo, acontecimientos psicosociales, estresores fisiológicos y rasgos de personalidad. A continuación, se expondrán algunos de los modelos más importantes dentro de la psicología actual” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 19)

2.1.4 El modelo cognitivo de BECK

“El modelo de depresión de Beck defiende la existencia de la triada cognitiva negativa. Ello hace referencia a que la persona que sufre el trastorno tiene una visión negativa de sí mismo, del mundo en que se mueve y del futuro (pensamientos del

tipo: "soy un desastre, mis amigos me rechazan, nunca podré ser feliz")” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 20)

“El niño o joven con depresión, no discute ni se plantea la validez de sus pensamientos pese a que existan evidencias objetivas que los cuestionen. Al mismo tiempo tampoco se percata de los errores lógicos que comete sistemáticamente. A modo de ejemplo el autor expone algunos de estos errores” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 22):

1-Inferencia arbitraria:

“Se extraen conclusiones precipitadas sin disponer de información suficiente o de datos en contra. Ejemplo: Un adolescente cree que no le cae bien a un colega pese a que lo invita cada fin de semana para salir” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 23).

2-Abstracción selectiva:

“Focalización en detalles concretos de las situaciones fuera de contexto o irrelevantes al tiempo que se omite la información relevante. Es como si la persona que sufriera el trastorno filtrara la información con un filtro que sólo captaría aquella información que fuera coherente con sus creencias erróneas” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 24)

“Ejemplo: Un joven es felicitado por su tutor por haber sacado un notable en una asignatura difícil. El tutor añade que si se esfuerza más sus resultados pueden ser aún mejores. El joven no toma como un halago las palabras del tutor sino como la confirmación de que es un desastre y que no se ha esforzado lo suficiente” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 25)

3-Magnificación y minimización:

“Consiste en maximizar los errores o sobrestimar las dificultades infravalorando los propios aciertos o habilidades. Ejemplo: Un estudiante ha sido elegido por sus compañeros como delegado de la clase, pero él resta valor a este reconocimiento alegando que "no tiene mérito dado que no había más candidatos” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 26)

4-Sobregeneralización:

·Se trata de elaborar conclusiones generales a partir de hechos particulares. Ejemplo: Una chica puede declinar la invitación de un chico a bailar y éste piensa que nunca van a querer bailar con él, que lo tendrá difícil, etc· (Psicodiagnosis, 2019, pàrr.27).

5-Personalización:

“Se asume la responsabilidad de los eventos negativos externos sin base objetiva para dicha atribución. Ejemplo: Un niño que se culpa como responsable de la separación de sus padres cuando los motivos han sido otros” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 28).

6-Pensamiento dicotómico:

“Categorización de la experiencia en categorías opuestas, situándose el niño en el polo negativo. Ejemplo: El niño piensa que su comportamiento es ejemplar o que es un desastre, sin existir los términos medios” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 29).

2.1.5 El modelo de Indefensión Aprendida de SELIGMAN

“Aunque fue propuesta en su momento como una teoría utilizada en adultos, sus autores” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 30):

“(Seligman y Peterson, 1.986), lo consideran igualmente aplicable y útil para la depresión en niños y adolescentes. Fue formulada en base al modelo del aprendizaje, pero incluyendo algunas explicaciones cognitivas. El modelo asume fundamentalmente el principio de que una persona sometida a situaciones no controlables presentará un conjunto de déficits (motivacionales, cognitivos y emocionales) agrupados bajo el nombre de indefensión aprendida. Según los autores (en su primer modelo de 1.975), la secuencia que puede producir la indefensión aprendida (estado de depresión), sería la siguiente: El niño está expuesto a situaciones incontrolables, es decir a situaciones en las que la probabilidad de obtener refuerzo si se emite una respuesta operante (respuesta a la que sigue un reforzador o premio) es igual a la probabilidad de obtenerlo si no se produce. Las experiencias de incontrolabilidad producen expectativas de incontrolabilidad, es decir, el niño predice que no tien control sobre la situación, interfiriendo en aprendizajes adaptativos posteriores. Las expectativas de incontrolabilidad originan los déficits característicos de la depresión” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 9-11):

a) “Motivacionales. Disminución de la tasa de respuestas operantes y aumento de la latencia de respuestas operantes” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 11).

b) “Cognitivos. Dificultad para aprender nuevas respuestas reforzadas” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 11).

c) **“Emocionales.** Sentimientos de indefensión y desesperanza” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 11).

“El modelo es muy coherente con sus enunciados, pero no podía explicar el hecho de que algunos sujetos no desarrollaban la depresión pese a estar expuestos a situaciones incontrolables. La teoría fue reformulada” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 12).

“Abramson, Seligman, Teasdale ((1978), en base a la incorporación de la teoría de las atribuciones, la cual puede explicar las diferencias individuales y el hecho de que iguales circunstancias produzcan o no el trastorno depresivo en algunas personas. Este nuevo modelo presenta 3 principios fundamentales” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 12):

“Atribución Interna-Externa. La intensidad de la indefensión depende de esta dimensión. Un niño puede atribuir el fracaso de haber sacado una mala nota en un examen, cuando la mayoría de sus compañeros han aprobado, a que no tiene el suficiente nivel o inteligencia (indefensión, baja autoestima). Esto sería una atribución interna. Por el contrario, si piensa que la nota del examen es consecuencia de la mala suerte o de que el profesor le tiene manía, estaría efectuando atribuciones externas” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 13)

“Atribución Global-Específica. Esta dimensión explica la generalización de la indefensión. En el caso anterior, si el niño de la baja nota, atribuye el resultado a una causa general, como es el caso de poseer una baja inteligencia, entonces considerará que casi todas las situaciones de este tipo son incontrolables ya que suspenderá siempre todas las asignaturas (atribución global). Por contra si atribuye a un factor concreto el resultado de la mala nota, por ejemplo, a que el cálculo o la asignatura en particular, no se le da bien y le cuesta más, entonces pensará que el resto de las asignaturas sí puede aprobarlas (atribución específica)” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 14)

“Atribución Estable-Inestable. El mantenimiento de la indefensión se debe a esta dimensión. Siguiendo con el niño del ejemplo, si atribuye su fracaso a una causa estable (pensar que no es inteligente), entonces juzgará que su falta de control sobre el rendimiento escolar es permanente (atribución estable). Contrariamente si lo atribuye a un factor no permanente (atribución inestable), por ejemplo, a que estudió poco o que estaba cansado, considerará que su falta de control sobre la situación ha

sido sólo pasajera y, por tanto, causará menores sentimientos de indefensión” (Psicodiagnosis, 2019, p. 15)

“Resumiendo, el modelo reformulado de la Indefensión Aprendida, argumenta que el niño que desarrolla la depresión presenta expectativas de daño, es decir, espera la ocurrencia de hechos aversivos o que no se den los deseados. También presenta las expectativas de incontrolabilidad, esto es que cree que ninguna de sus respuestas pueda cambiar la probabilidad de un evento. Finalmente, y en base a las atribuciones, el niño depresivo, tiene un estilo atributivo peculiar ya que atribuye sus fracasos a factores internos, globales y estables, mientras que sus éxitos son atribuidos a factores externos, específicos e inestables” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 16)

2.1.6 Evaluación de la Depresión

“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” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 17)

“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” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 18)

“Las pruebas de papel y lápiz, incluyendo los autoregistros, se utilizan a partir de los 6 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 lectoras o retraso mental” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 19)

“La primera recogida de datos se efectuará en todo el entorno del niño, padres y resto de familia, maestros, amigos o compañeros de clase, así como de otras personas que puedan relacionarse con el niño. Se utilizará la entrevista estructurada o semiestructurada, así como cuestionarios, escalas o los inventarios que se consideren relevantes para el caso” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 20)

1- En terapia de Conducta normalmente se utilizan para recoger información:

- a) “Cantidad de actividades agradables” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 22).
- b) “Nivel de satisfacción en las actividades agradables medido con escala estimación” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 22).
- c) Estado de ánimo evaluado también con escala de estimación” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 22).

2- En terapia Cognitiva. Se efectúan auto registros a tres columnas:

- a) “En la columna de la izquierda se detallan las situaciones desencadenantes” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr,23).
- b) “En la columna central se describen los pensamientos automáticos y su credibilidad con escala estimación” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 24).
- c) “En la derecha se anotan las emociones experimentadas y su intensidad, medida igualmente con escala de estimación” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 25)

2.2 Trastorno de vínculo

“En algunos casos se habla 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, niños ingresados en centros de acogida y posteriormente adoptados, niños que han estado en incubadoras, etc” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 2)

“La sintomatología se manifiesta desde un retraimiento extremo a conductas disruptivas que cursan con hiperactividad, déficit atencional e impulsividad entre otros” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 3)

“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, la guardería en etapas anteriores a 2 años, no facilitan que se establezcan los tiempos y la calidad de relación que muchos niños necesitan” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 4)

“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” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 5)

“Es como si necesitaran constantemente reafirmar la presencia física y la proximidad de los padres, aunque sea para que les riñan. Otros niños presentan somatizaciones frecuentes (dolores de cabeza, supuestas enfermedades para conseguir la atención de la madre). Pueden aparecer manifestaciones verbales del tipo “nadie me quiere” o “me gustaría morirme.” De hecho, un trastorno del vínculo puede derivar hacia un cuadro depresivo” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 6)

“Algunas veces la sintomatología se presenta de forma tardía durante el crecimiento del niño y cuando la seguridad alcanzada en su momento se pierde debido a algún hecho que irrumpe bruscamente en la vida del niño (enfermedad de la madre, separación de los padres, pérdida de alguno de los padres, cambios repentinos de residencia, etc)” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 7)

“Cada niño es diferente y por lo tanto habrá que analizar con cuidado su propia historia y sentimientos, así como otros factores de riesgo presentes. Sin embargo, en esta página intentaremos dar algunas herramientas generales para trabajar con todos aquellos niños que de una u otra forma manifiestan problemas derivados de un vínculo afectivo no establecido adecuadamente en su momento o truncado, cuando ya estaba alcanzado, por nuevas circunstancias vitales imprevisibles y que vive de forma dolorosa condicionando su comportamiento” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 8)

2.2.1 Criterios diagnósticos del Trastorno vínculo

“El vínculo es la relación emocional especial que se establece entre el niño y la persona que lo cría o lo cuida. Se expresa por el modo en el que el niño que lo establece emite determinadas conductas con el objetivo de mantener físicamente cerca la persona de referencia. Dichas conductas pueden ser evidentes a partir del primer mes de vida” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 9)

“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” (Psicodiagnosis, 2019, parr. 10)

“En general, podemos afirmar, que un vínculo roto, no establecido o deficiente va a cursar probablemente con un niño inseguro, temeroso del entorno y el futuro. Después pueden aparecer los síntomas de hiperactividad, déficit atencional o impulsividad como forma de reaccionar a un mundo que perciben fuera de su control” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 11)

“**Como trastorno clínico**, la característica esencial del trastorno reactivo de la vinculación (según DSM-IV), es una relación social que, en la mayor parte de los contextos, se manifiesta marcadamente alterada e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto y que se inicia antes de los 5 años de edad” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 12)

Se diferencian 2 subtipos:

- ❖ “**Tipo inhibido:** En el que la alteración dominante de la relación social reside en la incapacidad persistente para iniciar la mayor parte de las relaciones sociales y responder a ellas de modo adecuado al nivel de desarrollo del sujeto” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 13).

“**Tipo desinhibido:** Cuando la alteración dominante de la relación social consiste en una sociabilidad indiscriminada o una ausencia de selectividad en la elección de figuras de vinculación. Por definición, el trastorno se asocia a una crianza claramente patológica que puede adoptar la forma de desatención persistente de las necesidades emocionales básicas del niño relativo a bienestar, afecto y estimulación” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 14)

“Siguiendo la descripción del DSM-IV, algunas situaciones (p.ej, hospitalización prolongada del niño, pobreza extrema, inexperiencia de los padres) predisponen a la práctica de una crianza patológica. No obstante, una crianza claramente patológica no siempre determina el desarrollo de un trastorno reactivo de la vinculación; algunos niños establecen relaciones sociales y vínculos estables incluso en situaciones de abandono o maltrato relevantes” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 15)

“Para su diagnóstico es preciso también descartar a nivel clínico la presencia de otros trastornos como el retraso mental o trastornos del espectro autista” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 16).

2.2.2 Intervención y orientaciones

“La intervención con niños que presentan trastornos de la vinculación va a depender de sus circunstancias actuales y, evidentemente, de su propia historia. En algunos casos, el terapeuta, no podrá modificar situaciones ambientales generadoras y mantenedoras del problema (pérdidas de padres, separaciones, condiciones de pobreza extrema o entornos marginales, etc.), por lo que su trabajo se centrará en el propio niño y en las personas actuales de referencia” (Psicodiagnosia, 2019, pàrr. 17)

“En otros casos, por ejemplo, niños de familias normalizadas que sufren de problemas de vinculación por motivos diversos (niños adoptados, enfermedad crónica de la madre, separaciones forzadas, etc.) el trabajo puede efectuarse a nivel familiar y en su entorno inmediato (escuela, etc.) con un mejor pronóstico si no hay otros factores de riesgo” (Psicodiagnosia, 2019, pàrr. 18)

“Aunque puede ser necesario el trabajo psicológico individual con el niño, en la mayoría de los casos, uno de los principales objetivos del terapeuta, será proporcionar información y comprensión acerca del problema a los padres o tutores del niño” (Psicodiagnosia, 2019, pàrr. 19)

a) Trabajo psicológico individual

“En términos generales, cuando existen problemas de la vinculación a edades tempranas, el objetivo fundamental es reforzar la línea emocional del niño. Se trata que el niño vaya ganando confianza en sí mismo a medida que le proporcionamos un mayor apoyo afectivo por parte de las figuras de referencia y un ambiente predecible y estable” (Psicodiagnosia, 2019, pàrr. 20)

“Como parte de la intervención, el psicólogo infantil puede trabajar aspectos concretos de las emociones y sentimientos del niño. Según edad e historia, puede ser necesario reelaborar antiguos traumas o acompañar al niño en el afrontamiento de nuevas situaciones” (Psicodiagnosia, 2019, pàrr. 21).

“Muchas de sus conductas desadaptadas no dejan de ser manifestaciones reactivas ante situaciones vitales estresantes actuales o pasadas. Por tanto, a nivel terapéutico deberemos intentar corregirlas pero sin olvidar su origen emocional” (Psicodiagnosia, 2019, pàrr. 22).

“En términos generales, es de esperar una mejor evolución cuanto antes se hayan repuesto o reforzado los vínculos afectivos tras aparecer los primeros síntomas” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 23).

b) Estrategias para enseñar a los padres o tutores

“El primer objetivo es 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” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 24).

“Fomentar que explique sus sentimientos y emociones (tristeza, alegría, etc.) más que lo que ha hecho (jugar, ir de excursión, etc.). Al respecto puede utilizarse el Diario emocional donde se registrará diariamente una cosa que el niño ha vivido positivamente y otra en la que debe mejorar. Esto debe servir de base para que los padres razonen con él los aspectos de sus sentimientos y comportamiento que les preocupa. Normalmente esto puede hacerse por la noche justo antes de acostarse” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 25)

“Marcar muy claramente las consecuencias de las conductas que queremos corregir (castigos) pero, cuando ocurre la conducta, no le gritemos ni intentemos pedirle explicaciones, o razonar lo sucedido. Para ello podemos utilizar el espacio nocturno del "Diario emocional" donde todos ya estamos más relajados” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 26)

“Cuando se produce una conducta inadecuada que queremos corregir, retiremos (en la medida de lo posible) la atención (tiempo fuera u otros) y hacerle saber que estamos tristes porque él puede hacerlo mejor. De esta forma el niño pasa de ser la víctima a sentirse responsable de la “tristeza” de los padres. Esto puede ser muy eficaz en niños que precisamente tienen temores a la pérdida o distanciamiento emocional de los padres, no obstante debe utilizarse con cautela debido a que hablamos de niños con problemática afectiva” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 27)

- “Hay que rechazar las conductas malas del niño, nunca al propio niño. Es decir, le diremos que se ha portado mal pero no que es un niño malo, desobediente, etc” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 28)

- “Para trabajar aspectos concretos de su conducta, utilizar la economía de fichas mediante gráficas visuales. Pactar premios por anticipado y definir las reglas de juego” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 29).
- “Intentar incrementar el tiempo de ocios juntos” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 30).
- “Recordarle cuanto le queremos y lo importante que es él para la familia. Darle protagonismo y saber alabarle la conducta o el trabajo correcto inmediatamente después que lo lleve a cabo” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 31).

“Si hay problemas de impulsividad o atención, podemos incorporar juegos que fomenten la demora de la respuesta y el pensar antes de actuar. Es mejor establecer un horario diario para que podamos estar con él juntos. Estas actividades deben ser vividas por el niño como un espacio lúdico no como unos deberes” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 32)

“Los padres deben ser capaces de abrir, desde muy temprana edad, una puerta en el niño para que pueda dejar salir sus sentimientos y emociones. Saber escuchar, acompañar, conectar con el mundo interior infantil, es la mejor manera de construir un joven sin complejos y con buena autoestima. Todo esto recobra especial importancia en niños que por un motivo u otro han visto truncado el vínculo” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 33)

2.3 Trastorno bipolar en niños

“El trastorno bipolar (también conocido como trastorno maníaco-depresivo) es un trastorno cerebral crónico caracterizado por episodios de cambios extremos y alteraciones en el humor, la energía, el pensamiento y la conducta. Los síntomas más evidentes a nivel externo son los de comportamiento, sin embargo, la enfermedad suele tener signos menos visibles, pero graves a nivel cognitivo, cardíaco y metabólico” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 1)

“Los síntomas pueden aparecer gradual o repentinamente durante la infancia, la adolescencia o la edad adulta. Los investigadores han identificado casos de trastorno bipolar en todos los grupos de edad estudiados, incluyendo los niños preescolares” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 1).

“El trastorno bipolar no afecta a todos los niños de la misma manera. La frecuencia, intensidad y duración de los síntomas y la respuesta del niño al tratamiento varían dramáticamente” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 1).

“La existencia del Trastorno Bipolar (TBP) en niños y adolescentes ha sido un tema controvertido a lo largo de la historia de la psiquiatría y psicología infantil. A principios del siglo pasado, las teorías psicoanalista predominantes en la época, señalaban que los niños, dado que poseían aún “estructuras de personalidad inmaduras”, no eran susceptibles de padecer o experimentar estados extremos de las alteraciones del humor. Fue a partir de los años 90 cuando empezó a tomar cuerpo la hipótesis de la presencia del trastorno en menores de edad a partir de los estudios de algunos investigadores. Éstos concluyeron que muchos de los síntomas del TBP en niños no coincidían con la forma en la que se manifestaban durante la etapa adulta. Por tanto, no es que el TBP no existiera en niños, sino que su sintomatología no era reconocida como consecuencia del trastorno al ser sustancialmente diferente a la de los mayores y manifestarse de otra manera en niños. Esta sintomatología fácilmente era justificada por causa de otros trastornos propios de inicio en la infancia como el TDAH, trastorno con el que presenta alta comorbilidad” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 2)

“Hay que tener en cuenta, además, que algunas clasificaciones nosológicas como el CIE-10 o el DSM-IV no incluyen este diagnóstico dentro de los trastornos de inicio en la niñez o adolescencia. No obstante, El DSM-IV-TR (2.000) señala la que “no es raro que la edad de inicio de muchos trastornos localizados en otras secciones sea durante la niñez o adolescencia”, con lo cual deja abierta esta puerta si bien sigue la controversia al respecto” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 3)

2.3.1 Características específicas del TBP en niños

“Algunos estudios efectuados en Harvard (Wozniak y col), describen el estado de ánimo en el TBP de inicio en la infancia con las siguientes características (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 4):

- “Irritable, colérico, malgeniado, chiflado, soez, irrespetuoso, amenazante, enérgico” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 4).
- “Explosividad afectiva” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 4).

- “Inatento, atolondrado, insensato, acelerado, con accesos de risa incontrolados o siendo el payaso de la clase” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 4).
- “Depresivo, triste, duro consigo mismo, tendencias suicidas, autodestructivo, autolesiones” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 4).

“Estos mismos autores defienden la hipótesis de que la fase de grandiosidad (manía) se manifestaría como desafío extremo u oposición. Igualmente concluyen que no hay síntoma único que sea la regla de oro. Otros autores encuentran variaciones en la sintomatología según la edad de presentación del cuadro. El humor lábil, inestable, cambiante y la irritabilidad son especialmente llamativos en los pacientes menores de 9 años (Carlson, 1983). Clínicamente este fenómeno puede observarse en forma de cambios afectivos rápidos “tormentas afectivas” que hacen que a menudo los padres describan a sus hijos como impredecibles, beligerantes, desagradables, malintencionados, en definitiva y literalmente como un Dr. Jekyll y Mr. Hyde. Estos niños, pues, presentaría su cara maníaca con un estado de ánimo irritable, explosivo, tomando a veces, la forma de psicosis, con pobre funcionamiento social y con consecuencias devastadoras para el niño y la propia familia que suelen verse desbordados. Por su exceso de energía, escaso juicio y búsqueda de emociones fuertes, muchos de estos pequeños bipolares presentan actividad temeraria o de índole sexual” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 5-7)

2.3.2 Criterios diagnósticos TBP niños (DSM-IV):

- “Un período marcado por ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 8).
- “Al menos se dan 3 de las características siguientes (o 4 si hay afecto irritable)” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 8):
 - a- “Grandiosidad o autoestima inflada” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 8).
 - b- “Sueño disminuido” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 8).
 - c- “Locuacidad o apremio al hablar” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 8).
 - d- “Fuga de ideas o pensamiento acelerado” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 8).
 - e- “Distractibilidad” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 8).
 - f- “Actividad aumentada o agitación psicomotriz” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 8).

- g- “Participación excesiva en actividades placenteras potencialmente peligrosas y con consecuencias dolorosas” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr 8).

2.3.3 Epidemiología y Evolución

“Los trastornos bipolares podrían tener una prevalencia aproximada al 1% de la población. También se ha postulado que la tercera parte de los 3,4 millones de niños y adolescentes con depresión en EEUU, pudieran estar experimentando el comienzo temprano de enfermedad bipolar. Aunque en los adultos el TBP afecta en la misma proporción a hombres y mujeres, en los casos de inicio precoz aumenta la incidencia en varones, especialmente si el inicio del cuadro aparece antes de los 13 años; las mujeres, por otro lado, tienen mayor predisposición para presentar cuadros depresivos, aunque para menores de 12 años aumenta de nuevo la incidencia en varones. Existen pocos datos sobre el curso natural y la evolución a largo plazo del TBP de inicio precoz, principalmente en la edad prepuberal. Puig-Antich (1.980) describe una sintomatología cambiante a lo largo de los años. En la edad prepuberal la duración de los episodios tanto maníacos como depresivos tiende a ser corta con frecuentes cambios de un estado a otro. Cuando el niño entra en la adolescencia, la duración de los episodios y de los períodos asintomáticos tiende a incrementarse, presentado ya de adulto el cuadro clásico El funcionamiento psicosocial de esta población a menudo está comprometido. Hay dificultades de autoestima, rendimiento académico, inestabilidad emocional y laboral, algunas veces ideación suicida. El pronóstico se empeora con la comorbilidad, por ejemplo, con el TDAH, abuso de sustancias, conducta de oposición, ansiedad y depresión, entre otros. No parecen existir alteraciones de la capacidad intelectual relacionadas directamente con este trastorno, si bien, sí suele darse en niños y adolescentes un bajo rendimiento escolar y dificultades de aprendizaje en los momentos de mayor desestabilización. Igualmente, su nivel de distraibilidad en los episodios maníacos dificultará mucho su normal funcionamiento. Aparecerá el ánimo irritable y beligerante con estallidos de enfado. La relativa frecuencia de síntomas psicóticos en la presentación de la manía en estas edades, incluye la aparición de alucinaciones, incluidas las auditivas, que pueden determinar en gran parte la mayor tendencia hacia el diagnóstico erróneo de esquizofrenia” (Psicodiagnosis, 2019. Pàrr. 8-14)

2.3.4 Etiología

“El TBP es uno de los trastornos mentales con mayor componente genético. Numerosos investigadores han encontrado una incidencia incrementada de trastornos afectivos, tanto bipolares como unipolares, en los padres de niños y adolescentes con TBP. Un metaanálisis efectuado por Lapalme y col., reveló que los hijos de bipolares tienen 2,7 veces mayor riesgo para padecer cualquier trastorno psiquiátrico y 4 veces más riesgo para desarrollar trastornos afectivos. No obstante y a pesar de que en la génesis del TBP sabemos que interaccionan factores genéticos, biológicos y psicosociales, se desconocen los mecanismos concretos por los que se desarrolla el TBP precoz. Aunque los factores genéticos y biológicos juegan un papel primordial en la génesis del trastorno, los factores psicosociales pueden moldear la expresión de éstos y ahí su importancia. Hoy en día se sabe que las situaciones de estrés adverso en la edad temprana, incluyendo abuso o descuido en la niñez, se relacionan con un aumento en la tasa de prevalencia de depresión en el adulto”. (Psicodiagnosis, 2019, párr. 15-16)

2.3.5 Evaluación

“La evaluación de este tipo de trastornos debe empezar con una anamnesis general del niño o adolescente. Nos interesa conocer todos sus antecedentes médicos, posibles diagnósticos y tratamientos. Especialmente todos aquellos que se pueden relacionar con el TBP (TDAH, Trastorno de la Conducta, Trastorno del lenguaje, etc.). Hay que indagar la posible presencia de sintomatología previa de depresión. Igualmente, para el caso de adolescentes habrá que indagar el posible consumo de sustancias tóxicas o psicoactivas (alcohol, anfetaminas, cocaína, alucinógenos, cannabis u opiáceos) ya que estos podrían explicar los síntomas y ser los causantes del cuadro. Será también necesario efectuar una evaluación completa a nivel emocional. Al respecto pueden utilizarse diferentes entrevistas estructuradas y cuestionarios dirigidos a los padres. El CBCL (Achenbach) dispone de una escala de severidad de los síntomas de la manía para diferenciarla de un TDAH. Según edad y estado del niño se podrá aplicar algún autoinforme (por ejemplo BASC). También podemos utilizar técnicas proyectivas (test de la Familia, Casa, Árbol, etc.) que son

menos intrusivas y el niño (especialmente los más pequeños) lo viven como un juego. La observación participante, puede ser también un buen recurso para el profesional si se dispone de acceso a los ambientes naturales del niño”. (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 17-18)

“En definitiva se requiere un análisis detallado tanto nivel histórico-evolutivo como a nivel actual. Conocer el funcionamiento del niño en casa, escuela, etc. Los temas que más preocupan a los padres respecto al funcionamiento de su hijo, así como las estrategias que han desarrollado para ayudarlo y el efecto que han causado. Valorar el historial familiar y la posible presencia de trastornos depresivos y/o bipolares en los familiares directos ya que esto podría ayudar al diagnóstico dada el alto componente genético anteriormente comentado” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 19)

2.3.6 Tratamiento

“El trastorno bipolar no afecta a todos los niños de la misma manera. La frecuencia, intensidad y duración de los síntomas del niño y la respuesta del niño al tratamiento varían sustancialmente según la edad. El tratamiento es multidisciplinar. Fármacos, psicoterapia y entrenamiento para padres son los tres ejes fundamentales. En los casos más extremos puede ser necesaria la ayuda de los servicios sociales, especialmente cuando los padres no tienen recursos suficientes para afrontar el problema. Los objetivos iniciales del tratamiento son aliviar el sufrimiento del niño y poner fin a los comportamientos más peligrosos. Esto se logra mediante la reducción de los síntomas más severos, como los pensamientos y acciones suicidas, agresión, comportamiento destructivo, psicosis y trastornos del sueño. En un primer momento una adecuada medicación prescrita por el correspondiente profesional de la salud resulta imprescindible para conseguir una estabilización de los síntomas. Básicamente esta medicación se basa en la experiencia con el paciente adulto, pero en niños resulta especialmente complicado encontrar la combinación adecuada dada la riqueza de síntomas y comorbilidad con ansiedad, depresión, trastornos de conducta, síntomas disfóricos o mixtos de irritableidad, etc. Normalmente se utiliza un estabilizador del estado de ánimo (Litio o los anticonvulsionantes como el Tegretol o Depakote). A ello se añaden los antipsicóticos (Risperidona) y anticonvulsionantes de nueva generación. Esta medicación debe ajustarse muy bien

en niños dada la posibilidad de efectos secundarios no deseados. A nivel psicológico y dado las características del trastorno deberemos actuar especialmente en el terreno emocional-afectivo y también en el conductual. Estos niños son susceptibles de desarrollar también problemas de vinculación con sus familiares y compañeros. El tratamiento psicológico debe ir orientado a ayudarle a identificar su propio estado emocional para luego intentar poner en marcha estrategias alternativas que le ayuden a su autoregulación. Resulta también muy importante el Entrenamiento para padres. Los objetivos son que conozcan el trastorno y acompañen de la forma más eficiente posible a su hijo para ayudarle en todo el proceso” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 20-26)

“Es importante que los padres sean capaces de crear horarios regulares en los ciclos de sueño y comida. También una alimentación sana y la práctica de cualquier ejercicio físico pueden ayudar. Hay que evitar por parte de los padres una excesiva tolerancia bajo la excusa del trastorno que padece el hijo. Esto puede conllevar el aumento de conductas no deseadas. Debemos ser capaces de poner límites a estos niños combinando un afecto incondicional pero la exigencia de unos límites conductuales bien definidos” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 27-28)

“Con el tratamiento apropiado y apoyo en casa y en la escuela, muchos niños con trastorno bipolar lograr una notable reducción en la severidad, frecuencia y duración de sus episodios. Al igual que con otras enfermedades crónicas como la diabetes y la epilepsia, los niños que reciben educación acerca del trastorno bipolar pueden aprender a manejar y controlar sus síntomas a medida que crecen, y algunos experimentan periodos largos de bienestar. No obstante, hay que tener en cuenta que, en algunos casos, tras una desestabilización aguda, el niño puede precisar hospitalización” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 29)

Factores que pueden dificultar el tratamiento:

- “Demora entre el inicio de la enfermedad y el tratamiento” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 29).
- “No tomar la medicación según las indicaciones” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 29).
- “No tener regulados los ciclos de sueño/vigilia” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 29).
- “Comorbilidad con otros trastornos” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 29).
- Consumo de alcohol, drogas u otros.

- “Actitud negativa respecto al hogar o colegio” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 29).
- Vida sedentaria con poca motivación para actividades extraescolares.
- “Eventos estresantes en el seno familiar (separaciones, pérdidas, problemas económicos, etc.) (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 29).
- “Padres con pocos recursos educativos o negligentes en sus cuidados especialmente a nivel afectivo” (Psicodiagnosis, 2019, pàrr. 29).

CONCLUSIONES

PRIMERO. Los trastornos de la emotividad comprenden a la probabilidad de que una persona en este caso un niño desarrolle labilidad emocional aumenta cuando hay una disfunción cerebral. El trastorno de vinculo es 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, niños ingresados en centros de acogida y posteriormente adoptados, niños que han estado en incubadoras, etc

SEGUNDO. Los problemas de carácter emotivo dificultan los intentos del niño por hacer contacto bien logrado con el mundo, lo llevan a frustraciones, malas interpretaciones de la realidad y patrones de comportamiento bizarroso. El niño que ha sufrido privaciones en sus necesidades psicológicas puede sufrir daño en el desarrollo de su personalidad y manifestar alguna patología. El trastorno bipolar, es trastorno del estado de ánimo caracterizado por la presencia de uno o más episodios con niveles anormales elevados de energía, cognición y del estado de ánimo.

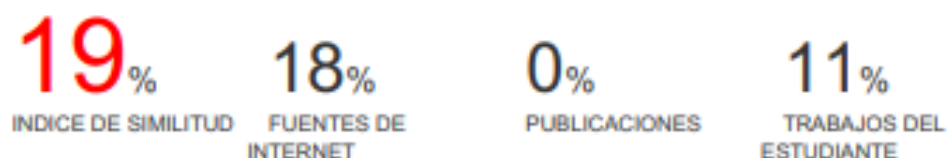
REFERENCIAS CITADAS

- Laveen School District. (s.f.). *Clasificación de discapacidad en arizona*. Obtenido de Laveen School district: <http://www.laveenschools.org/departments/student-services/disability-classification-in-arizona/?lang=es>
- Abc padres e hijos . (2012). *Señales de alarma*. Obtenido de Abc padres e hijos : https://www.abc.es/familia/padres-hijos/abci-depresion3-201203220000_noticia.html
- actitudsiempre. (2014). *Trastornos Emocionales Y T.D.A.H*. Obtenido de Club y ensayos: <https://www.clubensayos.com/Psicolog%C3%ADa/Trastornos-Emocionales-Y-TDAH/1762475.html>
- Center for parent information and resources. (2014). *Trastornos Emocionales*. Obtenido de Center for parent information and resources: <https://www.parentcenterhub.org/emocional/>
- Cesar. (2019). *Definición de los problemas de aprendizaje*. Obtenido de Escolar: <http://www.escolar.com/article-php-sid=81.html>
- Condemarin, E., Garcia, C., & Gutierrez, M. (2009). *Con amor se enseña mejor* . Santiago de Chile: Universidad alberto Hurtado.
- Door, A. (2017). *Problemas Emocionales*. Obtenido de Slideshare: <https://es.slideshare.net/andresdoor/problemas-emocionales-77130998>
- Dulcita, 1. (2011). *Trastornos emocionales*. Obtenido de Slideshare: <https://es.slideshare.net/dulcita1807/trastornos-emocionales-8382759>
- Flakusha. (2009). *Trastornos emocionales1*. Obtenido de Slidesahre: <https://es.slideshare.net/FLAKUSHA/trastornos-emocionales1>
- Franco, M. (2008). *Aspectos de la emotividad alterados*. Obtenido de El mundo: <https://www.elmundo.es/elmundosalud/2008/02/22/neurocienciadudasypreguntas/1203693701.html>
- Garcia, K. (2018). *Trastorno de comportamiento y el desarrollo emocional en los estudiantes de la unidad educativa corazón de jesus*. Quevedo: Universidad tecnica de babahoyo.

- Gonzales, C., & Rubi, R. (2012). *Beneficios de la terapia ocupacional en niños con problemas de aprendizaje entre las edades de 7 a 9 años de edad, que asisten al aula de apoyo del centro escolar colonia san francisco de la ciudad de san miguel, durante*. San miguel : Universidad del salvador .
- Manuel. (2019). *Adolescentes con trastornos de comportamiento*. Obtenido de psicologiaparalafamilia: <http://www.psicologiaparalafamilia.com/adolescentes-con-trastornos-de-comportamiento/>
- Martinez, M. (2013). *La deoresion en niños* . Obtenido de maruxahernando typepad: https://maruxahernando.typepad.com/mi_weblog/2013/11/la-depresi3n-en-ni3os.html
- Neurocirugia morelia. (2015). *Conoce los 4 factores m3s comunes de la depresi3n en ni3os y j3venes*. Obtenido de Neurocirugia morelia: <https://neurocirugiamorelia.wordpress.com/tag/sistema-nervioso/>
- Orekan. (s.f.). *Trastornos del estado de 3nimo*. Obtenido de Orekan: <https://www.orekan.org/pagina-ejemplo/psicologia-clinica/trastorno-del-estado-de-animo/>
- Psicodiagnosis. (2019). *La depresi3n en ni3os*. Obtenido de Psicodiagnosis: <https://psicodiagnosis.es/areaclinica/trastornosemocionales/ladepresionenniosyadol-escntes/index.php>
- Psicodiagnosis. (2019). *Trastorno bipolar en ni3os*. Obtenido de Psicodiagnosis: <https://psicodiagnosis.es/areaclinica/trastornosemocionales/trastorno-bipolar-en-nios-y-adolescentes/index.php>
- Psicodiagnosis. (2019). *Trastorno del V3nculo*. Obtenido de Psicodiagnosis: <https://psicodiagnosis.es/areaclinica/trastornosemocionales/trastornodelvinculo/index.php>
- Rincon del vago. (s.f.). *Aprendizaje*. Obtenido de Rincon del vago: https://html.rincondelvago.com/aprendizaje_14.html
- veintedosqoncedmsdigeorge. (s.f.). *El trastorno afectivo bipolar*. Obtenido de veintedosqoncedmsdigeorge: <https://veintedosqoncedmsdigeorge.jimdo.com/mental/bipolar/>

Trastornos de la emotividad.

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	nleonpsicopedagogia2013.blogspot.com Fuente de Internet	10%
2	cienciaexplicada.com Fuente de Internet	2%
3	www.slideshare.net Fuente de Internet	1%
4	www.mailxmail.com Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Universidad Catolica de Oriente Trabajo del estudiante	1%
6	repositorio.upp.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	www.psicodiagnosis.es Fuente de Internet	1%
8	repositorio.utn.edu.ec Fuente de Internet	<1%
9	www.buenastareas.com Fuente de Internet	<1%

10	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	<1%
11	repositorio.untrm.edu.pe Fuente de Internet	<1%
12	Submitted to Universidad Nacional de Tumbes Trabajo del estudiante	<1%
13	www.clubensayos.com Fuente de Internet	<1%
14	tecnologiaparaninosconneeblog.blogspot.com Fuente de Internet	<1%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 15 words

Excluir bibliografía

Activo