

# LAS NIÑAS Y LOS MOTIVOS DE CONSULTA EN UN SERVICIO DE SALUD MENTAL INFANTIL

## GIRLS AND REASONS FOR CONSULTATION IN A CHILDREN'S MENTAL HEALTH SERVICE

*Borthiry, Deborah; Luzzi, Ana María<sup>1</sup>*

---

### RESUMEN

Se presentan resultados parciales de una beca de maestría donde se indagan los motivos de consulta que los adultos responsables refieren de las niñas a su cargo, cuando acuden a un centro de salud mental infantil. Las niñas conforman un grupo con características específicas respecto de las condiciones de su salud mental y presentan mayor vulnerabilidad que los niños varones.

Método: Se efectúa un análisis cuali-cuantitativo de diseño no experimental de los motivos de consulta y de la modalidad y la edad de las niñas cuando acceden al servicio de salud mental.

Los resultados provisionales detectan dificultades en los adultos para otorgarle entidad a la sintomatología de las niñas. Se registra un acceso tardío a la atención psicológica con cuadros clínicos cronificados.

Es necesario profundizar en las caracterizaciones psicopatológicas infantiles, con perspectiva de género, para una detección precoz con exploraciones psicopatológicas acertadas que conduzcan a tratamientos pertinentes.

### Palabras clave:

Salud mental infantil - Niñas - Género - Exploraciones psicopatológicas

### ABSTRACT

We are going to present the partial results obtained from a Master's Degree scholarship related to the reasons for consultation that adults mention about girls in their care when they visit a children's mental health facility. Girls are a group with specific characteristics as regards their mental health conditions and show greater vulnerability than boys. Method: Quali-quantitative analysis of a non-experimental design of the reasons and manner of the consultations and the girls' age when they access mental health services.

The provisional results detect difficulties among adults to acknowledge the girls' clinical signs. A late access to psychological care by girls with a chronic clinical picture has been recorded.

It is necessary to look into child psychopathological characterisation with a gender perspective in order to ensure early detection through accurate psychopathological explorations which lead to appropriate treatment.

### Keywords:

Children's mental health - Girls - Gender - Psychopathological explorations

---

<sup>1</sup>Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Psicología, Instituto de Investigaciones. Email: borthirydeborah@gmail.com

## Introducción

El acceso de los niños a los servicios de salud mental está condicionado por la concepción que los adultos responsables tienen respecto de los problemas emocionales en la infancia.

El proceso de construcción de subjetividades acerca de los niños suele estar influido e interferido por la percepción, estereotipos y mitos que los adultos responsables tienen acerca de las infancias, el género y el sufrimiento psíquico.

Burin y Bleichmar (1996) refieren que el género es prescriptivo ya que los niños reciben tempranamente rígidos códigos de género y no se deben apartar de las actividades o apariencias impuestas, bajo riesgo de padecer y ser censurados por el entorno. En efecto, se encontró que la desigualdad de género empieza tempranamente, antes de los 11 años (Breslau, 2017). En otros estudios se hace referencia a que la desigualdad de género se iniciaría entre los 6 a 10 años y que esta asimetría determinaría los roles sociales y las vulnerabilidades de los sujetos: los diferentes modos en que las personas viven, enferman, consultan y reciben asistencia. (Tajer, 2020; Kerig *et al.*, 2014)

El imaginario social -conjunto de representaciones y significaciones sociales, reglas y mitos que funcionan produciendo y reproduciendo edificaciones de sentidos- repercute en los comportamientos, sentimientos y pensamiento de las personas (Castoriadis, 1997; Fernández, 1993); se trata de una construcción social que orienta la percepción hacia una determinada mirada e influye en el proceso de construcción de la "realidad" (Pintos, 2014).

Dentro de este o "estos" imaginarios sociales, existen estereotipos de género que ejercen influencia en la construcción de las subjetividades ya que definen los roles, oportunidades y características que son socialmente definidas, asignadas y aceptadas para los diferentes grupos etarios y géneros. De esta manera, cuando las personas no se ajustan a estas normas establecidas, se puede afectar su salud mental.

Los estereotipos de género son creencias sobre las características asociadas a lo femenino y a lo masculino que influyen en la discriminación de género y en lo que se considera normal o patológico en las distintas etapas evolutivas, condicionando -ya sea impulsando erróneamente o demorando -la posibilidad de acceso a una consulta pertinente y oportuna (OMS, 2018; Tajer, 2020).

En el imaginario social rigen estereotipos de género de lo que significa "ser niñas": se les imponen características relacionadas al sexo femenino tales como timidez, pasividad, ser respetuosas, estudiosas, educadas, tener buenas costumbres, realizar tareas del hogar y llevar a cabo actividades que impliquen menor despliegue motor. En las prácticas deportivas se fomentan actividades asociadas a la femineidad como danza, patín o acrobacia. Asimismo, rigen ideales estéticos como la cultura de la belleza y la estética que conducen precozmente a la riesgosa asociación de la delgadez como sinónimo de belleza. (Tajer, 2020; Rodríguez Washington, *et al.*, 2013)

En cuanto a la salud mental, en la literatura internacional se informa con frecuencia sobre el menor número de ni-

ñas por las que se consulta en los servicios de asistencia psicológica (López-Soler, *et al.*, 2009). En el relevamiento de historias clínicas del Servicio de Psicología Clínica de Niños (SPCN) -dependiente de la cátedra II de Psicoanálisis: Escuela Inglesa, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires- solamente el 28% de las admisiones del año 2019 corresponden a niñas<sup>1</sup>. Estos datos no se deben entender en el sentido de que las niñas presentan menos problemas psicopatológicos que los varones. Por el contrario, el padecimiento psíquico de las niñas suele pasar inadvertido por los adultos y ciertas perturbaciones se "naturalizan" como atributos propios del género femenino. Por otro lado, aquellas niñas que presentan sintomatología por fuera del imaginario social de "ser una niña" suelen recibir errores diagnósticos.

En este trabajo se presentan los resultados del análisis de los motivos de consulta que los adultos responsables refirieron respecto de las niñas a su cargo, cuando acudieron al SPCN durante 2019<sup>2</sup>. Se trata de un Servicio (SPCN) que brinda asistencia psicológica a niños y niñas que se encuentran en condiciones de extrema vulnerabilidad psicosocial. La atención es gratuita y el acceso a las consultas puede ser por derivación de actores del ámbito educativo, judicial, sanitario, entre otras, o por demanda espontánea.

Esta presentación se focaliza en el análisis de los motivos de consulta por las niñas, dado que numerosos estudios (Bardi, D. *et al.*, 2020; Sáenz Herrero, 2017) señalan a las niñas como un grupo con características específicas respecto de las condiciones de su salud mental, con mayor vulnerabilidad que los niños varones y que no son suficientemente estudiadas. Las niñas suelen presentar síntomas más silenciosos: quejas somáticas, problemas de alimentación, estado de ánimo ansioso depresivo, aislamiento y retraimiento. Esta sintomatología internalizante suele ser subestimada por el entorno (Grigoravicius, M. *et al.*, 2018; Leve *et al.*, 2015).

Una de las causas que inciden en la naturalización de estos síntomas son los estereotipos de género vigentes en los padres y adultos responsables, en el entendimiento de que ciertos comportamientos son "esperables para una niña", postergando así el acceso a la asistencia psicológica. De este modo, no solo se desconoce el sufrimiento psíquico que la niña está atravesando sino que se agrava el cuadro clínico y empeora el pronóstico para edades posteriores (Bardi, D. *et al.*, 2020).

Asimismo, las niñas también pueden presentar sintomatología externalizante, tal como agresividad y comportamientos disruptivos. Estas niñas acceden más rápidamente a la atención de la salud mental, probablemente debido a que sus manifestaciones físicas y emocionales no en-

<sup>1</sup>Proyecto 20020170100212BA "Estudio de los problemas comportamentales y emocionales de una población infantil del conurbano bonaerense desde la perspectiva epidemiológica y construcción de un perfil psicopatológico y sociodemográfico, diferenciando por género". Programación UBACyT 2018-2021.

<sup>2</sup>Beca de Maestría (N°1245/20). "Perfil Psicopatológico predictivo de indicadores depresivos en niñas de 6 a 11 años", en el marco del Proyecto 20020170100212BA. Programación UBACyT 2018-2021. Directora: Ana Luzzi.

cuadran dentro de los prejuicios sobre el género y las infancias femeninas.

Resulta de interés investigar cuáles son los indicios que motivan la consulta por las niñas, ya que conforman un sector de la población clínica considerado como grupo vulnerable y en riesgo (Luzzi *et al.*, 2013). Este análisis implica asimismo la indagación respecto de la modalidad en que las niñas expresan su padecimiento psíquico y la posible relación entre los diversos motivos de consulta.

Las infancias que desarrollan tempranos trastornos mentales padecen repercusiones negativas a nivel personal, social y académico. Por lo tanto, es necesario revisar y cuestionar las arraigadas ideas sobre las infancias femeninas que siguen vigentes entre los adultos, que operan como certezas y que se reproducen y sostienen por medio del consenso social (Velazquez, 2004).

#### Metodología

Se trata de un estudio cuali-cuantitativo empírico que forma parte de una beca de maestría (Programación UBA-CyT 2018), de diseño no experimental, de tipo transeccional descriptivo.

**Población:** Niñas entre 3 a 12 años que solicitaron asistencia psicológica en el SPCN.

**Muestra:** N= 33. Niñas entre 3 y 12 años por las que se solicitó asistencia en SPCN durante 2019 y completaron el proceso de evaluación psicológica.

Se cuenta con el consentimiento informado específico a los fines de la investigación, firmado por los adultos responsables quienes fueron informados que la asistencia psicológica se brindaría igualmente, aunque se negaran a participar en la investigación. Los datos de filiación de pacientes se sustituyeron por códigos y se intervino el material a los fines del resguardo de la confidencialidad. Los adultos responsables que acuden a la consulta son mayoritariamente las madres; se trata de madres jóvenes con bajo nivel de instrucción. Con respecto a los padres, es mucho menor su participación en las consultas por las hijas, y su nivel de instrucción es superior al de las madres.

#### Instrumentos:

Entrevistas de admisión a los adultos responsables de las niñas, material estandarizado que consta en las Historias Clínicas de los pacientes del SPCN.

#### Procedimiento:

Se recabaron y clasificaron los motivos de consulta manifestados por los adultos responsables de las niñas que completaron el proceso de evaluación psicológica en el transcurso del año 2019 en el SPCN.

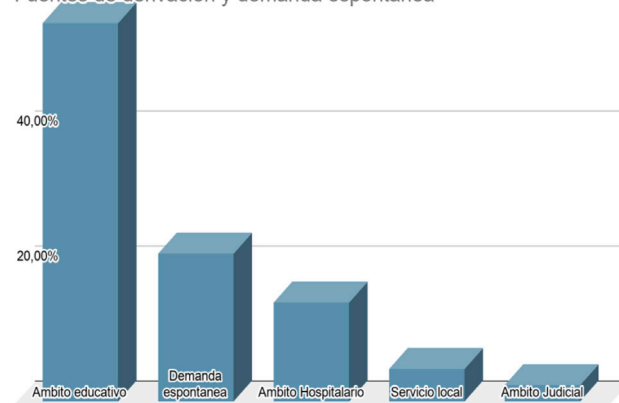
Se efectuó un análisis cuali-cuantitativo de los motivos de consulta, se los agrupó de acuerdo con la siguiente clasificación: problemas familiares; problemas de conducta; problemas de aprendizaje; manifestaciones depresivas; manifestaciones psicósomáticas; problemas en la comunicación y abuso. Interesa reconocer las problemáticas más recurrentes de atención en las niñas y su incidencia en el acceso a la atención terapéutica.

#### Resultados

En el año 2019, 33 niñas finalizaron el proceso de evaluación psicológica en el Servicio de Psicología Clínica de Niños dependiente de la Universidad de Buenos Aires. Los adultos responsables que solicitaron una evaluación psicológica para las niñas a su cargo fueron: 78,78% (26) madres, 9,09% (3) padres, 6,06% (2) abuelas, 3,03% (1) tío y 3,03% (1) tutor. El 78,78% de las madres están a cargo de la consulta y en su mayoría su nivel de instrucción es bajo (estudios primarios completo-incompletos). El 58,2% tienen menos de 35 años de edad. Los padres representan el 9,09% de los adultos que solicitan la consulta, su nivel de instrucción es mayor respecto de las madres, ya que presentan estudios secundarios incompletos-completos. La mayoría es menor de 35 años de edad.

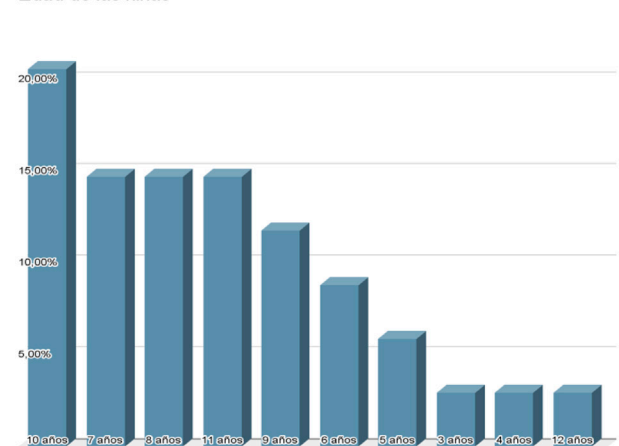
El 78% de las niñas accedieron por derivación de otros agentes; el 56,1% llegaron a la consulta derivadas por actores del ámbito escolar; 14,6% fueron derivadas desde el ámbito sanitario; 4,9% fueron derivadas por el Servicio Zonal de Protección y el 2,4% por el ámbito judicial. Solo el 22% fue por demanda espontánea, es decir, por iniciativa de sus adultos responsables. Cabe destacar que el 14,6% de las niñas fueron derivadas por más de una institución.

Fuentes de derivación y demanda espontánea



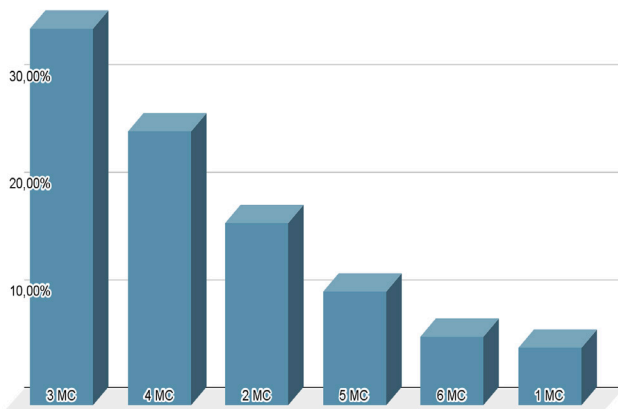
El rango etario de las 33 niñas abarca de los 3 a los 12 años. El 20,58% se ubica entre los 3 a 6 años. El 76,44% de las niñas se ubica entre los 7 a 11 años. El 2,94% tiene 12 años. La edad con mayor derivación es los 10 años con el 20,58%. El 35,28% son niñas prepuberales (10 y 11 años).

Edad de las niñas



Los adultos responsables de las 33 niñas manifestaron observar 94 motivos de atención. El 77,66% de los adultos responsables refiere entre 2 a 4 motivos de consulta en las niñas. El 17,02% registra entre 5 y 6 motivos de consulta. Mientras que el 5,32% solo observa 1 motivo de consulta. En el 69,7% de los casos, los síntomas habían aparecido entre 1 y 4 años anteriores a la consulta. Mientras que el 15,15% comunica que el inicio de los síntomas había comenzado entre 1 y 7 meses antes. El 9,09% de los adultos responsables refieren que la niña siempre fue así. El 6,06% no puede definir una fecha de inicio.

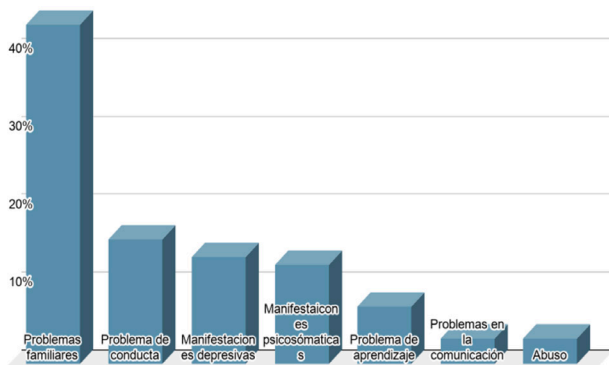
Cantidad de motivos de consulta de los adultos responsables



Se registraron 94 motivos de consulta (mc) que se clasificaron del siguiente modo:

- En primer lugar, **Problemas familiares: 43,6%** (-41 mc-).
- En segundo lugar, **Problemas de conducta: 16%** (-15 mc-).
- En tercer lugar, **Manifestaciones depresivas 13,8%** (-13 mc-).
- En cuarto lugar, **Manifestaciones psicósomáticas 12,8%** (-12 mc-).
- En quinto lugar, **Problemas de aprendizaje 7,4%** (-7 mc-).
- En sexto lugar, **Problemas en la comunicación 3,2%** (-3 mc-).
- En séptimo lugar **Abuso 3,2%** (-3 mc-).

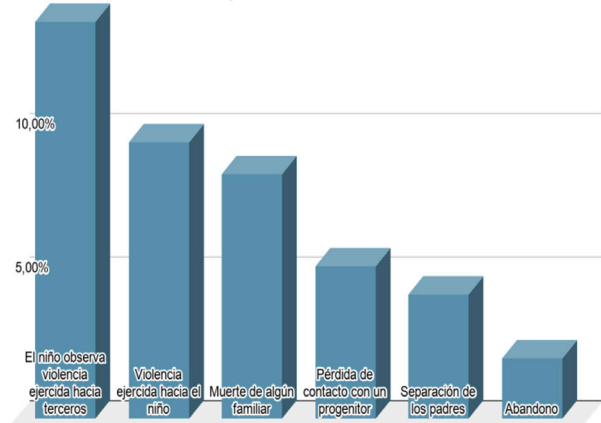
Motivos de consulta de los adultos responsables



**1) Problemas familiares: 43,6% -41 mc-.**

- a) Violencia:
- a.1) Ejercida hacia el niño: 9,6% -9 mc-.
  - a.2) El niño observa violencia ejercida a terceros: 13,8% -13 mc-.
- b) Separación de los padres: 4,3% -4 mc-.
- c) Pérdida de contacto con un progenitor: 5,3% -5 mc-.
- d) Muerte de un familiar: 8,5% -8 mc-.
- e) Abandono: 2,1% -2 mc-.

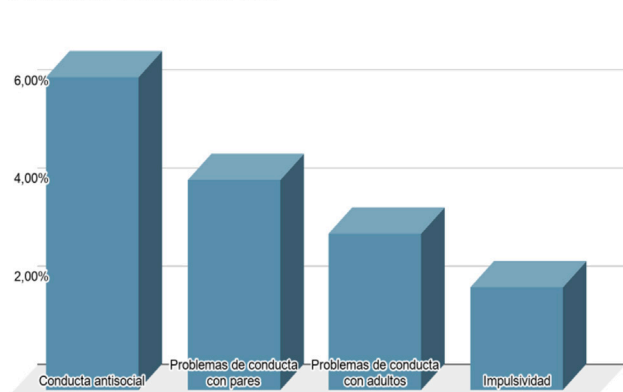
Problemas familiares: 43,6%



**2) Problemas de conducta: 16% -15 mc-.**

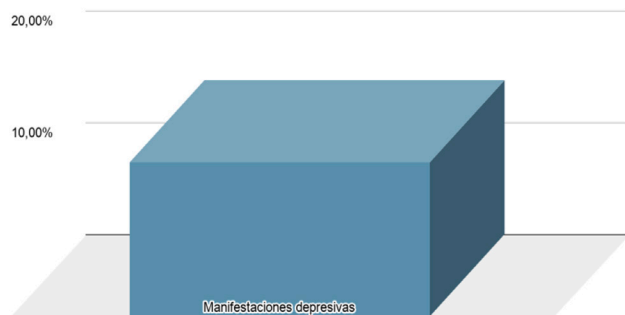
- a) Con pares: 4,3% -4mc-.
- b) Con adultos: 3,2% -3 mc-.
- c) Impulsividad 2,1% -2 mc-.
- d) Conducta antisocial: 6,4% -6 mc-

Problemas de conducta: 16%



**3) Manifestaciones depresivas: 13,8% -13 mc-.**

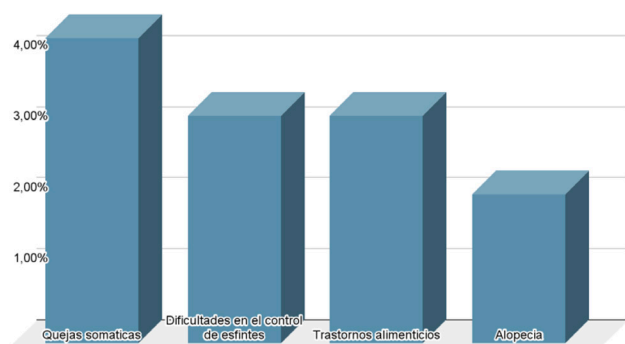
Manifestaciones depresivas: 13,8%



**4) Manifestaciones psicósomáticas: 12,8% -12 mc-.**

- a) Quejas somáticas: 4,3% -4 mc-.
- b) Dificultades en el control de esfínteres: 3,2% -3 mc-.
- c) Trastornos alimenticios: 3,2% -3 mc-.
- d) Alopecia: 2,1% -2 mc-.

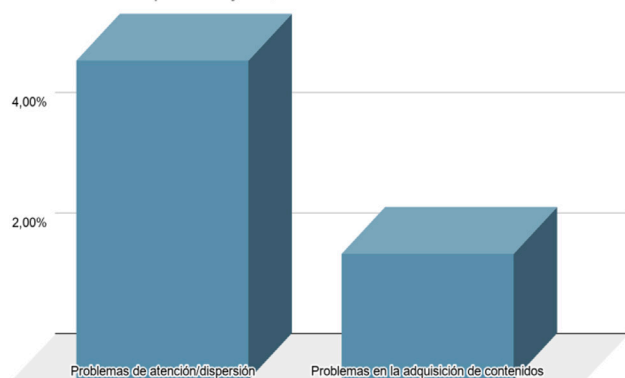
Manifestaciones psicósomáticas: 12,8%



**5) Problemas de aprendizaje: 7,4% -7 mc-.**

- a) Problemas de atención/dispersión: 5,3% -5 mc-.
- b) Problemas en la adquisición de contenidos: 2,1% -2 mc-.

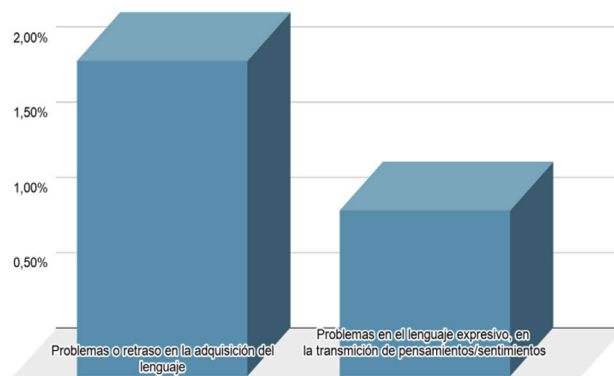
Problemas de aprendizaje: 7,4%



**6) Problemas en la comunicación: 3,2% -3 mc-.**

- a) Problemas o retraso en la adquisición del lenguaje: 2,1% -2 mc-.
- b) Problemas en el lenguaje expresivo, en la transmisión de pensamientos/sentimientos: 1,1% -1 mc-.

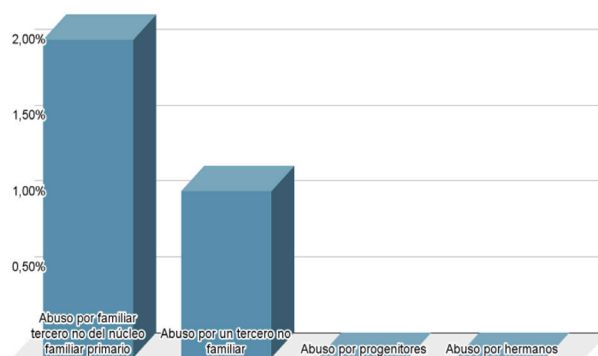
Problemas en la comunicación: 3,2%



**7) Abuso: 3,2% -3 mc-.**

- a) Por el entorno familiar
  - a.1) Progenitores: 0% -0 mc-.
  - a.2) Hermanos: 0% -0 mc-.
  - a.3) Familiar tercero ajeno al núcleo familiar primario: 2,1% -2 mc-.
- b) Por un tercero ajeno a la familia: 1,1% -1 mc-.

Abuso: 3,2%



En otras investigaciones desde la perspectiva epidemiológica (Bardi, D., et.al, 2021) sobre una muestra de 395 niños y niñas de la población clínica del SPCN, los varones constituían el 69,1% de la muestra. Dentro de los motivos que originaron la derivación de los niños varones al SPCN por parte de los adultos responsables, la amplia mayoría (83,4%) respondía a síntomas “externalizantes”: agresividad física y verbal a los pares y adultos, conducta antisocial, destrucción de instalaciones escolares y robos; asimismo se destacaba un alto porcentaje de niños con problemas de atención. En contraposición, las niñas presentaban un alto porcentaje de los síntomas “internalizantes” y de la escala “ansioso-depresivo”.



### Discusión:

Un análisis preliminar amerita reflexionar respecto de la modalidad en que las niñas acceden a un servicio de salud mental, la edad y los motivos que originan la consulta.

El 78% de las niñas accedieron al SPCN por derivación de instituciones, mientras que solo en el 22% de los casos fueron los padres quienes solicitaron la asistencia. A pesar de que en el proceso de evaluación el 77,66% de los adultos responsables manifestaron haber registrado entre 2 a 4 motivos de consulta en las niñas a su cargo, si no mediaba una institución -en especial la escuela-, los padres no habrían solicitado un proceso de evaluación.

Es posible que esta dificultad para otorgar relevancia al padecimiento psíquico, físico y emocional de las niñas, a pesar de haber observado síntomas, obediencia a diversos factores. Por un lado la angustia o culpa que se despierta en los adultos y el estigma que aún hoy persiste en nuestra cultura sobre los problemas de salud mental. Asimismo, el contexto de alta vulnerabilidad y de violencia intrafamiliar dificulta que los adultos responsables cuenten con las herramientas necesarias para percibir y ponderar adecuadamente la sintomatología de sus hijas, dado que ellos también -sobre todo las madres, que conforman el 78,78% de los consultantes- estarían atravesando situaciones de angustia y de lucha por la supervivencia.

El conflicto y la agresión intrafamiliar repercute en las dificultades para visualizar el padecimiento de las niñas así como también incide en los problemas de salud mental infantil (Repetti, et al., 2002). En esta línea, 43,6% de las niñas concurren por problemas familiares. En las subescalas con valores más elevados se ubican: "la niña observa violencia ejercida dentro del ámbito familiar" (13,8%) y "la niña recibe violencia física y/o verbal" (9,6%). Ser víctima directa o indirecta de violencia repercute en el desarrollo cognitivo, afectivo, y social de las niñas (Frías et al., 2008; Dixon et al., 2005; Abram et al., 2004). Diversos autores concluyen que estar expuesto al maltrato en la infancia incrementa la probabilidad de desarrollar tanto problemas conductuales (16% de la muestra), conducta antisocial (6,4%), problemas emocionales como retraimiento, ansiedad y depresión (13,8%), baja autoestima, culpa, problemas de aprendizaje (7,4%), déficit de atención e hiperactividad (5,3%), trastornos de estrés post traumático y desorden generalizado del desarrollo (Wilson et al., 2009; Hernández, 2016; Éthier et al., 2004).

Diferentes áreas del desarrollo infantil se ven alteradas por el maltrato (Unicef, 2014). Cuando son los adultos responsables quienes perpetúan el maltrato se genera un importante daño psicológico y se invierte la perspectiva, ya que quienes deberían cuidar a las niñas son quienes las lastiman. El maltrato infantil tiene consecuencias inmediatas en el desarrollo emocional y también genera secuelas en la adolescencia y la vida adulta. Las niñas internalizan y naturalizan patrones de comportamiento violento que conlleva a que ellas puedan soportarlos y eventualmente también realizarlos activamente (Frías Armenta, 2015; Pinheiro, 2006).

Si bien la violencia es multidimensional y afecta a toda la población infantil, organismos internacionales (Unicef,

2007; OMS, 2003) destacan que la discriminación y violencia que se ejerce en las niñas está determinada por su condición de género. Las niñas suelen tener mayor probabilidad de sufrir diferentes tipos de violencia en todas las etapas de la vida y mayor riesgo que los varones de ser víctimas de abuso sexual e infanticidio (OMS, 2003). En la muestra estudiada el 3,2% de las niñas han sufrido abusos y la experiencia clínica nos ha demostrado que la mayoría de las situaciones de abuso no se exponen en la primera consulta sino que se expresan tiempo después de haber iniciado las psicoterapias.

La naturalización de algunos comportamientos y síntomas en las niñas y la dificultad para considerar adecuadamente ciertas problemáticas incrementa la tardía detección del cuadro clínico y la cronificación del mismo. Los adultos manifestaron haber observado señales de padecimiento en las niñas al menos entre 1 a 3 años con antelación a la consulta. Sin embargo, el 78% accedió por derivación de otros agentes y en el 69,7% de los casos concurren cuando la sintomatología ya no era un cuadro transitorio, sino una cronificación que había aumentado con el tiempo, siendo la edad con mayor consulta los 10 años (20,58%). A medida que aumenta la edad de las niñas aumenta el riesgo de padecer síndromes "internalizantes" (Luzzi et al., 2013) por lo que cabe acentuar la necesidad de registrar la incidencia de procesos depresivos en la población femenina prepuberal. En el relevamiento que se presenta, el porcentaje de los síntomas internalizantes -manifestaciones depresivas y manifestaciones psicósomáticas- representa el 26,6% de la muestra. Constituye el más frecuente de los motivos de consulta cuyos síntomas más silenciosos, no fueron percibidos correctamente ni precozmente por el entorno. La escasa importancia atribuida a algunos síntomas como el excesivo retraimiento y timidez, justificados "como algo natural", conlleva a que se produzca un mayor esfuerzo y desgaste psíquico. Cuando esas niñas accedieron a la consulta el cuadro clínico se encontraba más arraigado y agravado: habían sido derivadas por varias instituciones ya que se habían advertido ideaciones e intentos de suicidio, o padecían síntomas orgánicos sin causa médica. En el informe de las actividades efectuadas en el SPCN -informe anual obligatorio que se presenta a las autoridades universitarias-, en el año 2019 se comunicó un aumento importante de casos de niñas menores de 12 años con uno o varios intentos de suicidio. Este alarmante aumento coincide con el informe de Unicef acerca de que en Argentina los suicidios constituyen la segunda causa de muerte en la franja etaria de 10 a 19 años. (Unicef, 2019).

Las manifestaciones depresivas constituyen el 13,8% de las niñas de la muestra. Es posible que otros motivos de consulta, puedan asimismo considerarse expresión de estados depresivos en la niñez. La sintomatología depresiva es muy abarcativa debido a que incluye síntomas afectivos, físicos y cognitivos (Garaigordobil et al. 2019; Mardomingo, 2019; Álvarez, 2018; Royo et al., 2017). En la edad escolar algunos síntomas tales como descenso del rendimiento escolar y dificultades de concentración (5,3% de la muestra) pueden ser expresión de un estado depre-

sivo. Del mismo modo pueden considerarse las quejas somáticas (4,3%) y los trastornos alimenticios (3,2%).

Algunos autores relacionan las manifestaciones depresivas de las niñas (Kerig et al., 2014), con las experiencias de alguna forma de negligencia, maltrato o abuso. En la muestra estudiada el 9,6% sufre violencia física y el 3,2% ha sufrido abusos sexuales.

Algunas investigaciones han demostrado que los niños que padecen depresión y/o ansiedad suelen manifestar quejas somáticas y que las mismas tienen valor diagnóstico para la depresión (Aswathy Raj et al., 2018; Francine, 2016). En la muestra estudiada, el 4,3% de las niñas concurren por quejas somáticas. Si las quejas somáticas funcionan como predictores de trastornos depresivos, es relevante que los adultos responsables y los profesionales de la salud, puedan facilitar a tiempo la consulta psicológica para que no se agrave el cuadro psicósomático o ansioso-depresivo. Asimismo, es necesario destacar que la insatisfacción corporal -incomodidad que la persona presenta sobre su propio cuerpo y la aspiración a alcanzar un ideal de belleza corporal socioculturalmente aceptado- también está asociada a la depresión (Prhars, 2004; Devlin et al., 2001, Vázquez et al., 2011).

En esta investigación, el 3,2% de las niñas menores de 12 años presentaban trastornos alimenticios. Tanto en la abstinencia alimentaria como en la ingesta compulsiva, subyace un conflicto emocional. La incidencia del ideal de delgadez se arraiga desde la primera infancia, antes de los 7 años; las representaciones socioculturales asocian la delgadez con tener éxito y felicidad (Evans et al., 2013). Se observan diferencias de género en el modo en que los adultos responsables consideran los trastornos alimenticios en los niños. Frente a períodos de restricción alimentaria, los padres identifican esta conducta como “normal” en las niñas, mientras que en los varones es motivo de preocupación y consulta médica (Tajer, 2020). En cambio, si las niñas tienen sobrepeso se accede a la consulta más rápidamente.

Los problemas de conducta son el segundo motivo de consulta más frecuente de esta muestra (16%), siendo los más importantes la conducta antisocial (6,4%) y problemas con pares (4,3%). La conducta antisocial se caracteriza por un comportamiento que se repite y quebranta los derechos de los demás, principalmente las normas sociales establecidas para cada edad (Frick, 2016). Dentro de sus manifestaciones se encuentra la utilización de la violencia física y/o verbal.

Ante la presencia de sintomatología externalizante, en muchas ocasiones las niñas llegan a la consulta “diagnosticadas” por los agentes de derivación como “oposicionistas” o “negativistas desafiantes” (Bardi et al., 2020). Los síntomas externalizantes en las niñas también suelen ser leídos desde estereotipos de género ya que no coinciden con los rígidos modelos de feminidad en la niñez al interrumpir, molestar y alterar las situaciones de la vida diaria familiar o escolar. Los denominados “problemas de conducta” presentan manifestaciones diversas que deben categorizarse de manera diferencial. Aun cuando mayoritariamente se expresan como conductas agresivas, es

necesario identificar una variedad de caracterizaciones psicopatológicas, incluyendo las problemáticas vinculadas a procesos depresivos, que sobre todo en las niñas prepuberales adquieren importancia y seriedad.

Es necesario subrayar la relevancia de la exploración psicopatológica preventiva y el riesgo que corren las infancias femeninas en la actualidad. Los trastornos en la adultez se originan en la infancia y cuanto más temprano es el inicio del trastorno, peores son los resultados (Charles et al., 2017).

En esta investigación las niñas de 7 a 11 años conforman el 76,44% de la muestra y el 35,28% son niñas prepuberales (10 y 11 años). Asimismo, el 69,7% de los casos manifestaban síntomas desde años atrás. La falta de detección precoz de los trastornos psicológicos infantiles propicia la prolongación hasta la adolescencia o etapa adulta con el correspondiente agravamiento del cuadro psicopatológico. (Garaigordobil, et al., 2020; Del Barrio, et al., 2013; GTGPC, 2009).

La vulnerabilidad que presentan las niñas se debe en gran medida a que las manifestaciones de sus síntomas suelen ser inadvertidas o justificadas, además de las deficiencias en la exploración psicopatológica. En ambas situaciones se podría pensar en la incidencia de los estereotipos de género como un serio obstáculo para la detección, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la salud mental infantil femenina.

Es necesario destacar que los síntomas son multicausales y que es indispensable un cuidadoso estudio de cada caso para aproximarse a un diagnóstico pertinente.

#### Algunas reflexiones finales

Los resultados provisionales de este estudio revelan el acceso tardío de las niñas a un servicio de salud mental, con cuadros clínicos agravados y cronificados. Asimismo, se destaca la dificultad de los adultos responsables para otorgar relevancia a las manifestaciones del padecimiento psíquico que las niñas presentaban con anterioridad a la consulta.

Las dificultades en la detección precoz y las deficiencias en la exploración psicopatológica conducen a errores diagnósticos e impiden el tratamiento pertinente del padecimiento psicológico.

Los cuadros clínicos se encuentran multi-determinados por diversos factores; desde esa perspectiva, cabe interrogar y estudiar la influencia de los estereotipos de género en la lectura de los síntomas tanto internalizantes como externalizantes de las niñas. En la cultura occidental continúa funcionando un imaginario social que sostiene y naturaliza comportamientos, emociones y manifestaciones en función del género. Estas arraigadas ideas sobre las infancias femeninas parecieran seguir vigentes en los adultos responsables y también en los actores de algunas instituciones.

Es importante subrayar que son exiguas las investigaciones empíricas sobre trastornos mentales en la infancia, carencia que contribuye a obstaculizar la detección temprana de problemas psicológicos.

Este trabajo se encontró con ciertas limitaciones: el pe-

queño tamaño de la muestra sólo permite obtener resultados particulares, pero los datos que se presentan despiertan interés para replicar el estudio en muestras más representativas.

Es necesario continuar esta investigación en el período comprendido por la pandemia por Covid19 y evaluar los posibles efectos del aislamiento en el padecimiento psicológico de las niñas.

En futuras indagaciones interesa asimismo incluir a los niños varones para observar la posible incidencia de los estereotipos de género en las infancias masculinas.

Para concluir, es esperable un fuerte impulso en el desarrollo de investigaciones empíricas sobre los trastornos psicológicos infantiles para promover un desarrollo integral más armónico y saludable. Es necesario identificar con precisión una amplia variedad de caracterizaciones psicopatológicas subyacentes a los síntomas y comportamientos infantiles, evitando etiquetamientos que obstaculizan la detección precoz y el tratamiento adecuado.

Profundizar en políticas de salud pública en la infancia es otorgar entidad y derechos a la niñez.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Abram, K.M., Teplin, L.A., Charles, D.R., Longworth, S.L., McClelland, G.M., & Dulcan, M.K. (2004). Posttraumatic stress disorder and trauma in youth in juvenile detention. *Archives of General Psychiatry*, 61, 403-410.
- Alvarez, A., Arcila, J., Lizarbe, J., Ludena, S. y Vergara, K. (2018). Programa Preventivo en Niños y Adolescentes, Guía de Depresión en Niños y Adolescentes. Universidad Nacional Federico Villareal. Lima, Perú.
- Aswathy, R., Saleem, T.K., Varsha, V. Somatic complaints and their relationship with depressive symptoms among adolescent girls: a descriptive study. *Kerala Journal of Psychiatry* 2018; 31(1): 10-17. doi: 10.30834/KJP.31.1.2019.152
- Bardi, D., Cohen Imach, S., Grigoravicius, M. y Luzzi, A. (2021, Octubre 14-10). Salud Mental y Género en la Niñez. VII Congreso Internacional de Psicología del Tucumán. (Conference presentation)
- Bardi, D., Grigoravicius, M., Borthiry, D., & Luzzi, A. (2020). Caracterización psicopatológica de niñas entre 6 y 11 años que reciben psicoterapia psicoanalítica grupal. Un estudio cualitativo. *Enciclopedia Argentina de Salud Mental* 5 edición. Fundación Aiglé. ISSN 2618-5628. <http://www.encyclopediasaludmental.org.ar/trabajo.php?id=113&idtt=195>
- Breslau, J. (17 de mayo de 2017). Large Gender Gap in First-Onset Depression Disproportionately Affects Adolescent Girls. <https://www.chp.edu/news/053017-gender-gap-in-adolescent-depression>
- Burin, M. y Bleichmar, E. (1996). Género, psicoanálisis y subjetividad. Argentina: Paidós ISBN 950-12-4192-0.
- Castoriadis, C. (1997). Cap. VIII: La crisis del proceso identificador, "El avance de la insignificancia", Buenos Aires: EUDEBA. (pp.155-172).
- Charles, J., y Fazeli, M. (2017). Depression in Children. *FOCUS*, Vol 46, N. 12, 901-907. <https://es.scribd.com/document/419387531/Depression-in-Children>
- Del Barrio, V., y Carrasco, M.A. (2013). Depresión en niños y adolescentes. Madrid: Síntesis.
- Devlin, J.M., & Zhu, A.J. (2001). Body Image in the Balance. *The Journal of the American Medicinal Association*, 286(17), 2159-2161.
- Dixon, A., Howie, P. & Starling, J. (2005). Trauma exposure, post-traumatic stress, and psychiatric comorbidity in female juvenile offenders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 798-806.7
- Éthier, L.S., Lemelin, J.-P., & Lacharité, C. (2004). A longitudinal study of the effects of chronic maltreatment on children's behavioral and emotional problems. *Child Abuse & Neglect*, 28(12), 1265-1278. doi:10.1016/j.chiabu.2004.07.006
- Evans, E.H., Tovée, M.J., Boothroyd, L.G. y Drewett, R.F. (2013). Body dissatisfaction and disordered eating attitudes in 7- to 11-year-old girls: Testing a sociocultural model. *Body Image*, Volume 10, Issue 1. ISSN 1740-1445. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.10.001>
- Fernández, A.M. (1993). Cap. 2: La bella diferencia y Cap. 6: Hombres públicos-mujeres privadas. En "La mujer de la ilusión", Ed. Paidós. (p.27-58 y pp.133-158)
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2019): El suicidio en la adolescencia. Situación en la Argentina. Buenos Aires, Argentina: UNICEF.
- Francine, C., Jellesma, PhD. (2016). Childhood Somatic Complaints: Relationships with Child Emotional Functioning and Parental Factors. *Journal of behavior therapy and mental Health*. DOI: 10.14302/ISSN.2474-9273
- Frías Armenta, M. & Gaxiola Romero, J.C. (2008). Consecuencias de la violencia familiar experimentada directa e indirectamente en niños: Depresión, ansiedad, conducta antisocial y ejecución académica. *Revista Mexicana de Psicología*, 25(2), 237-248.
- Frías Armenta, M. (2015). Repercusiones del maltrato infantil en una población de riesgo. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 49(1), 108-116. ISSN: 0034-9690. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28446018010>
- Frick, P. (2016). Early identification and treatment of antisocial behavior. *Pediatric Clinics*, 63(5), 861-871. <http://dx.doi.org/10.16/2016.06.008>
- Garaigordobil, M., Bernarás, E., y Jaureguizar, J. (2020). Depresión en la infancia y la adolescencia: Identificación, prevención y tratamiento. *FOCAD*. Edición N°42. <https://es.scribd.com/document/470890012/FOCAD-42-Depresion-Infancia-y-adolescencia>
- Garaigordobil, M., Bernarás, E., y Jauregizar, J. (2019). Evaluación de un programa universal de prevención de la depresión en niños y niñas de educación primaria. *Revista de Psicología y Educación / Journal of Psychology and Education*, 14(2), 87-98. <https://doi.org/10.23923/rpye2019.01.174>
- Grigoravicius, M., Bardi, D., Ramos, L., Sacco, V. y Luzzi, A. (2018). Psicopatología Infantil y Género. Investigación epidemiológica en población clínica y no-clínica del conurbano bonaerense. VIII Congreso Marplatense de Psicología. Salud Mental y Grupos Vulnerabilizados. De igualdad a la equidad y de la diferencia a la diversidad.



- GTGPC. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. (2009). Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t No 2007/09
- Hernández, M.C., Mendoza, D.R., Zuñiga, A.G. (2016). El abuso de Internet y sus repercusiones en la formación de una identidad difusa en los adolescentes. *PsicoEducativa: reflexiones y propuestas*, 2(4), 92-98
- Kerig, P.K. & Wainryb, C. (Eds.). (2014). *Trauma and resilience among former child soldiers around the world*. New York: Routledge. ISBN 13: 978-0-415-73543-8
- Leve, L., Chamberlain, P., & Kim, H. (2015). Risks, outcomes, and evidence-based interventions for girls in the US juvenile justice system. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18(3), 252-279. <http://dx.doi.org/10.1007/10567-015-0186>
- López-Soler, C., Sáez, M.C., López, M.A., Fernández, V.F., y Pina, J.A.L. (2009). Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema*, 21(3), 353-358
- Luzzi, A.M. y Slapak, S. (2013). Estudio de una población clínica de niños desde una perspectiva epidemiológica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22(1), 67- 84.
- Mardomingo, M.J. (2019). Depresión en el niño y en el adolescente. *Mardomingo Psiquiatría Infantil*. <https://www.mardomingopsiquiatriainfantil.es/interrogantes/depresion/>
- OMS (2018). Género y Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- OMS (2003). Informe Mundial sobre la Violencia y Salud. Washington, DC.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.
- Phares, V., Steinberg, A.R., & Thompson, J.K. (2004). Gender differences in peer and parental influences: Body image disturbance, self-worth and psychological functioning in preadolescent children. *Journal of Youth and Adolescence*, 33, 421-429.
- Pinheiro, A.P., & Giugliani, R.J. (2006). Body dissatisfaction in Brazilian school children: prevalence and associated factors. *Revista de Saúde Pública*, 40(3), 489-496.
- Pintos, J. (2014). Algunas precisiones sobre el concepto de imaginarios sociales. *Revista Latina de Sociología*, 2014, 4:1-11.
- Repetti, R., Taylor, S.E. & Seeman, T.E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128, 330-366. doi:10.1037/0033-2909.128.2.330.
- Rodríguez Washington, N., Lozano Lefrán, A.y Chao Flores, M. (2013). Contrucción de Género en la infancia desde la literatura.
- Royo, J. & Fernández, N. (2017). Depresión y suicidio en la infancia adolescencia. *Pediatría Integral*, 13(2), 116-120.
- Sáenz Herrero, M. (2017). Salud mental, género e igualdad. *Norte de Salud Mental*, 14, (456), 109-114.
- Tajer, D. (2020). Niñez, adolescencia y género: herramientas interdisciplinarias para equipos de salud y educación. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.
- UNICEF (2007). Estado Mundial de la Infancia 2007. Disponible en [https://www.unicef.org/spanish/sowc07/docs/sowc07\\_sp.pdf](https://www.unicef.org/spanish/sowc07/docs/sowc07_sp.pdf)
- UNICEF (2014). Recuperado de [http://www.unicef.org/peru/spanish/protection\\_3226.htm](http://www.unicef.org/peru/spanish/protection_3226.htm).
- Vázquez, A.R., Galán J.J., López, A.X., Alvarez, R.G., Mancilla, D.J., Caballero, R.A., Unikel, S.C. (2011). Validez del Body Shape Questionnaire (BSQ) en Mujeres Mexicanas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2, 42-52.
- Velázquez, S. (2004). Violencias cotidianas, violencia de género. Buenos Aires, Paidós.
- Wilson, H.W., Smith Stover, C. & Berkowitz, S. (2009). Research Review: The relationship between childhood violence exposure and juvenile antisocial behavior: a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(7), 769-779.

Fecha de recepción: 4 de agosto de 2021

Fecha de aceptación: 26 de octubre de 2021

Fecha de publicación: 30 de noviembre de 2021