

MATERIAL GRATUITO · FAMILIAS, ESCUELAS Y CLÍNICAS

Cuando no hay palabra

*Sufrimiento emocional en niños y adolescentes — cómo percibir,
cómo preguntar y qué hacer.*

Paula Lins

Speech-Language Pathologist · CRFa 1-13828 RJ
@paulalinsrj

Na Rota do Afeto

Programa social del Instituto Greenspan Floortime Brasil
CNPJ 68.802.225/0001-03



Na Rota do Afeto
capacitando e interagindo pelo mundo

Por qué existe este material

Pedir ayuda es un acto de comunicación. Y no todo niño tiene los recursos para hacerlo.

Buena parte de lo que se dice sobre prevención parte de un supuesto: que la persona que sufre logrará decir que sufre. Que tendrá la palabra, la oportunidad y la confianza de que alguien le va a creer.

Para muchos niños y adolescentes — y especialmente para los neurodivergentes — ninguna de esas tres cosas está garantizada.

Quien no tiene palabra para lo que siente no logra pedir ayuda. No por falta de ganas, sino porque el recurso no está disponible. Ampliar esa capacidad no es un detalle terapéutico: es un factor de protección.

Qué es este material

Orientación para adultos que conviven con niños y adolescentes. **No sustituye la atención en salud mental**, no sirve para evaluar riesgo y no habilita a nadie a conducir situaciones de crisis — eso es competencia de profesionales del área. Si la situación es urgente, vaya directo a la última página.

Qué dificultad percibir

Cuatro razones por las cuales el sufrimiento de un niño neurodivergente pasa desapercibido.

Alexitimia

Dificultad para identificar y nombrar el propio estado emocional. Un niño puede estar en sufrimiento intenso y no lograr producir una palabra que lo describa. “¿Qué estás sintiendo?” puede no generar ninguna respuesta — y eso no significa que no haya nada.

Interocepción

Dificultad para percibir y localizar sensaciones internas. “¿Dónde lo sentís en el cuerpo?” funciona para mucha gente y no para estos niños. Hacen falta anclas externas: escala visual, referencia de contexto, descripción de lo que cambia en la conducta.

Masking

Muchos adolescentes neurodivergentes sostienen la apariencia de que todo está bien durante todo el día — en la escuela, en la terapia, delante de visitas — y se desarman al llegar a casa. El adulto que ve solo una parte del día puede no ver nada.

Ausencia de vocabulario emocional

Los sistemas de comunicación se arman casi siempre en torno a pedidos: agua, baño, objeto preferido, “quiero más”. Rara vez incluyen **tristeza, miedo, cansancio, vergüenza, dolor, “no aguanto”, “ayúdame”**. Sin esas palabras disponibles, el pedido de ayuda no tiene por dónde salir.

Señales de que algo cambió

La pregunta no es “¿está así?”, sino “¿siempre fue así?”.

Lo que indica sufrimiento no es una conducta aislada, sino **el cambio respecto del funcionamiento habitual de ese niño**. La misma manifestación puede ser rutina para uno y alarma para otro.

- **Pérdida de interés** por actividades, temas o personas que siempre le gustaron — incluido su interés restringido.
- **Cambios en el sueño**: dificultad nueva para dormir, despertares, dormir de más.
- **Cambios en la alimentación** que no se explican por selectividad antigua.
- **Aislamiento nuevo**, o abandono de contactos que mantenía.
- **Irritabilidad o llanto fuera de su patrón**.
- **Caída del rendimiento** o rechazo a ir a la escuela.
- **Autodesprecio**: “soy un peso”, “todos estarían mejor sin mí”, “arruino todo”.
- **Retroceso** de habilidades ya consolidadas.
- **Descuido de cosas que le importaban**.
- **Despedidas**: regalar objetos queridos, mensajes de agradecimiento sin motivo, “si yo no estuviera”.

Dos señales que piden acción el mismo día

Cualquier frase sobre no querer estar más aquí, irse o desaparecer. Y cualquier señal de que el niño pueda estar lastimándose.

No espere confirmar. Busque evaluación en salud mental de inmediato — y vea la última página.

Cómo preguntar

Preguntar directamente no le pone la idea a nadie en la cabeza.

Ese es el miedo más común entre familias y escuelas, y retrasa muchas derivaciones. La orientación consolidada entre profesionales de salud mental es la opuesta: preguntar de forma directa y acogedora **abre espacio** para que la persona hable, y suele traer alivio a quien estaba sola con eso.

Cómo abrir la conversación

- Elija un momento sin apuro y sin público. Lado a lado suele funcionar mejor que frente a frente — en el auto, caminando, dibujando juntos.
- Empiece por la observación, no por la pregunta: **“noté que no estás durmiendo bien y dejaste de jugar. ¿Está pasando algo?”**
- Si viene el silencio, sosténgalo. El silencio no es rechazo; a veces es el tiempo que la persona necesita.
- Ofrezca una hipótesis en vez de una pregunta abierta si le cuesta nombrar: **“¿estás más triste, más cansado o más irritado?”**
- Si la conversación indica sufrimiento grande, pregunte con claridad y sin rodeos si ha pensado en no querer estar más aquí. Sin alarma en la voz.

Si la respuesta es sí

No se desespere delante de él — la reacción intensa del adulto es lo que hace que muchos retrocedan y no cuenten más. Agradezca que se lo haya contado, diga que van a buscar ayuda juntos, y **no lo deje solo**. Busque atención el mismo día.

Qué decir y qué no decir

Ayuda

- ✓ “Qué bueno que me lo contaste.”
- ✓ “No sé exactamente qué hacer, pero me quedo con vos y vamos a buscar a quien sepa.”
- ✓ “Lo que sentís es grande, y no es una tontería.”
- ✓ “No tenés que resolver esto solo.”
- ✓ “Mañana también estoy acá.”

No ayuda

- ✗ “Eso es una tontería, tenés todo.”
- ✗ “Hay gente en situaciones mucho peores.”
- ✗ “Estás haciendo esto para llamar la atención.”
- ✗ Cualquier versión que convierta el sufrimiento en una falla moral.
- ✗ “No le cuentes esto a nadie.”
- ✗ Prometer secreto. Diga la verdad: va a necesitar involucrar a quien pueda ayudar.

Sobre “llamar la atención”

Aun cuando haya un componente comunicativo en la conducta, eso no la vuelve menos seria. **Un niño que necesita llegar a ese punto para ser escuchado está, él mismo, pidiendo ayuda.** Tratarlo como manipulación es el camino más rápido para que deje de pedir.

Si el niño no habla

Aquí es donde la fonoaudiología entra en la prevención.

Un niño sin sistema de comunicación funcional no logra relatar sufrimiento, dolor, miedo o incomodidad — y cuando llega a un servicio de salud, con frecuencia no logra responder lo que le preguntan.

Qué debe contener el sistema

- **Estados internos:** triste, con miedo, cansado, con rabia, solo, con vergüenza, nervioso.
- **Intensidad:** poco, medio, mucho — o escala visual de tres franjas.
- **Dolor** y su localización.
- **Rechazo y límite:** “no”, “para”, “no me gustó”, “quiero salir”, “dejame”.
- **Pedido de ayuda:** “ayúdame”, “quiero hablar con alguien”, “no estoy bien”.
- **Personas:** quiénes son los adultos a los que puede recurrir.

Acceso independiente

El sistema debe ser usado por el propio niño, **sin apoyo físico de terceros y sin conducción de la mano**. La comunicación que depende de la mano de un adulto no puede considerarse suya — y en un momento de sufrimiento, puede ser justamente el adulto equivocado quien esté cerca.

Construir ese vocabulario lleva meses. Por eso no puede dejarse para cuando sea necesario.

Alimentación y autolesión

Dos territorios donde la lectura suele errar — y erra en los dos sentidos.

Los trastornos alimentarios y la conducta autolesiva aparecen con frecuencia junto al sufrimiento emocional, y ambos se malinterpretan especialmente cuando el adolescente es neurodivergente.

La selectividad no es un trastorno alimentario

Muchos niños autistas comen poquísimos alimentos. Eso suele tener base **sensorial** — textura, olor, temperatura, color, sonido de la masticación — o estar ligado a la rutina. No tiene relación con el peso, la forma del cuerpo ni el deseo de adelgazar.

Y el trastorno alimentario no es selectividad

El error inverso es más peligroso y muy común: un trastorno alimentario real en un adolescente autista se descarta como “es su selectividad”. Mientras tanto, nadie lo trata.

La pregunta que los separa

¿Qué motiva la restricción? Si tiene que ver con textura, olor o rutina, es selectividad. Si tiene que ver con peso, forma del cuerpo, culpa, control o compensación después de comer, es otra cosa — y necesita evaluación especializada.

Una segunda pregunta ayuda: **¿esto es nuevo?** La selectividad suele existir desde siempre.

Qué observar

- Dejar de comer con la familia o con los compañeros.
- Reglas nuevas y rígidas sobre lo que se puede y lo que no.
- Culpa, angustia o irritación después de las comidas.
- Ir al baño inmediatamente después de comer, de forma repetida.
- Esconder el cuerpo con ropa holgada, o evitar ser visto.
- Ejercicio que no puede interrumpirse, incluso enfermo o lastimado.
- Preocupación por el peso y el cuerpo que ocupa buena parte del día.
- Cambios físicos — caída del cabello, sensación de frío constante, mareos, alteración del ciclo menstrual.

El trastorno alimentario es una condición de salud, no una elección

No es vanidad, no es una etapa y no pasa con presión. El tratamiento temprano cambia mucho el pronóstico. **No espere a que esté “lo bastante grave”.**

Autolesión: la diferencia que cambia todo

No toda conducta que lastima tiene la misma función.

En personas neurodivergentes existen con frecuencia conductas autolesivas ligadas a la **regulación** — aparecen en sobrecarga sensorial, frustración o dolor no comunicado, y suelen existir hace mucho tiempo, siempre con el mismo patrón.

Y existe la autolesión asociada al **sufrimiento emocional** — generalmente más reciente, hecha en privado, escondida, acompañada de vergüenza, y ligada a una angustia que la persona no logra nombrar ni soportar.

Tres preguntas que orientan

¿**Es nuevo**? Una conducta de siempre es otra conversación.

¿**Está escondido**? La ocultación apunta a sufrimiento emocional.

¿**Cuándo ocurre**? ¿En sobrecarga sensorial, o después de angustia, rechazo, conflicto?

Las dos situaciones necesitan cuidado. Pero la derivación es distinta.

Qué no hacer

- ✗ **No revise el cuerpo** ni exija que le muestre.
- ✗ **No reaccione con horror ni con castigo.**
- ✗ **No exija promesas** de que no volverá a ocurrir.
- ✗ **No lo trate como chantaje** ni como búsqueda de atención.
- ✗ **No controle la comida** ni comente el cuerpo, el peso o la apariencia — ni la del adolescente ni la suya delante de él.

Qué hacer

- ✓ **Hable del sufrimiento**, no de la marca ni del plato.
- ✓ **Busque evaluación especializada** — los dos casos exigen equipo, no consejo.
- ✓ **Converse con el equipo de salud** sobre cómo hacer el ambiente más seguro durante el tratamiento.
- ✓ **Mantenga el vínculo.**
- ✓ **Cuídese usted también.**

Qué protege

Los factores de protección no son frases motivacionales. Son cosas concretas que se construyen.

- **Al menos un adulto de confianza** que el niño pueda nombrar — idealmente tres. Quien no logra nombrar ninguno es prioridad de seguimiento.
- **Vocabulario emocional disponible**, sea hablado, en tablero, en aplicación o en señas.
- **Rutina previsible** y sentido de pertenencia a algún grupo.
- **La experiencia de ser tomado en serio** cuando habla de algo pequeño.
- **Acceso a cuidado en salud mental** cuando es necesario, sin que sea tratado como vergüenza.
- **Un ambiente donde no tenga que enmascararse todo el tiempo** para ser aceptado.
- **Convivencia que no dependa solo de adultos** — la amistad es un factor de protección.

El gesto más pequeño que más protege

Tomar en serio lo que parece pequeño. El niño que es escuchado cuando se queja de algo banal aprende que vale la pena hablar — y es él quien va a lograr hablar cuando el asunto sea serio.

Cuidar a quien cuida

Madre, padre, docente, terapeuta — quien acompaña a un niño que sufre carga miedo constante, culpa y la sensación de estar siempre a punto de fallar. Eso tiene un costo real y suele ignorarse. No tiene que sostenerlo solo, y buscar acompañamiento propio

no es debilidad. **Si usted mismo está sufriendo, los contactos de la próxima página también son para usted.**

Este material ofrece orientación sobre cuidado y comunicación. No es asesoramiento jurídico ni describe las leyes o los servicios de ningún país en particular. Los procedimientos para denunciar y para escuchar a un niño varían entre países — verifique siempre lo que se aplica en su lugar.

Paula Lins · CRFa 1-13828 RJ · @paulalinsrj

Na Rota do Afeto — Programa social del Instituto Greenspan Floortime Brasil · CNPJ 68.802.225/0001-03.

Todos los derechos reservados. Se autoriza la reproducción íntegra, sin alteraciones, con fines no comerciales.



Contactos locales

Complete esta página con los servicios disponibles donde usted está.

Cada país organiza la protección infantil de manera distinta. Antes de necesitarlos, averigüe cuáles existen cerca y anótelos aquí.

Número de emergencia

Autoridad de protección infantil

Policía / unidad especializada

Servicio de salud

Asistencia jurídica gratuita

Contacto en la escuela

Otras notas
