

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



Importancia de la salud mental en los niños del nivel Inicial.

Trabajo Académico.

Para optar el Título de Segunda Especialidad profesional en Educación inicial

Autor.

Jessica Giovanna Celis Celis

Piura- Perú.

2020

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



Importancia de la salud mental en los niños del nivel Inicial.

Trabajo académico aprobado en forma y estilo por:

Dr. Segundo Oswaldo Alburqueque Silva (presidente)

.....

Dr. Oscar Calixto La Rosa Feijoo (miembro)

.....

Dr. Andy Figueroa Cárdenas (miembro)

.....

Piura - Perú.

2020

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



Importancia de la salud mental en los niños del nivel Inicial.

Los suscritos declaramos que el trabajo académico es original en su contenido y forma.

Jessica Giovanna Celis Celis (Autor)

.....

Mg. Adriana E. Ramírez Ojeda (Asesor)

.....

Piura - Perú.

2020



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

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TRABAJO ACADÉMICO

Piura, a los quince días del mes de febrero del año dos mil veinte, se reunieron en el colegio Pontificio, los integrantes del Jurado Evaluador, designado según convenio celebrado entre la Universidad Nacional de Tumbes y el Consejo Intersectorial para la Educación Peruana, a los coordinadores del programa: representantes de la Universidad Nacional de Tumbes el Dr. Segundo Oswaldo Alburquerque Silva, el Dr. Oscar Calixto La Rosa Feijoo, y un representante del Consejo Intersectorial para la Educación Peruana, el Dr. Andy Kid Figueroa Cárdena, con el objeto de evaluar el trabajo académico de tipo monográfico denominado: *Importancia de la salud mental en los niños del nivel Inicial*, para optar el Título de Segunda Especialidad profesional en Educación inicial al señor(a). **CELIS CELIS JESSICA GIOVANNA**

A las doce horas, y de acuerdo a lo estipulado por el reglamento respectivo, el presidente del Jurado dio por iniciado el acto académico. Luego de la exposición del trabajo, la formulación de las preguntas y la deliberación del jurado se declaró aprobado por mayoría con el calificativo de 15.

Por tanto, **CELIS CELIS JESSICA GIOVANNA**, queda apto(a) para que el Consejo Universitario de la Universidad Nacional de Tumbes, le expida el Título de Segunda Especialidad profesional en Educación inicial.

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

Dr. Segundo Oswaldo Alburquerque Silva
Presidente del Jurado
DNI: 25772336

Oscar Calixto La Rosa Feijoo
Secretario del Jurado
DNI: 00230120

Dr. Andy Kid Figueroa Cárdena
Vocal del Jurado
DNI: 43852105

Importancia de la salud mental en los niños del nivel Inicial

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	docplayer.es Fuente de Internet	12%
2	repositorio.untumbes.edu.pe Fuente de Internet	4%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
4	www.colibri.udelar.edu.uy Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Pontificia Universidad Catolica del Peru Trabajo del estudiante	1%
6	Submitted to USAC Trabajo del estudiante	1%
7	core.ac.uk Fuente de Internet	1%
8	idoc.pub Fuente de Internet	1%
9	www.alzheimeruniversal.eu Fuente de Internet	1%

Alus.

		< 1 %
10	www.dominiodelasciencias.com Fuente de Internet	< 1 %
11	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	< 1 %
12	lookformedical.com Fuente de Internet	< 1 %
13	aprenderly.com Fuente de Internet	< 1 %
14	www.revistas.una.ac.cr Fuente de Internet	< 1 %

Excluir citas Activo
Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 15 words


Mg. Adriana E. Ramírez Ojeda
(Asesora)

DEDICATORIA.

Dedico este trabajo a Dios quien siempre guía mi camino como una visión completa para mi realización personal y profesional. Agradezco a mi familia por su comprensión y apoyo moral, por su paciencia y ayuda, y por permitirme perseverar y trabajar por mis metas personales y profesionales.

DEDICATORIA	3
ÍNDICE	4
RESUMEN	
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	8
CAPITULO I	10
MARCO TEÓRICO DE LA SALUD MENTAL.	10
1.1. Salud Mental	10
1.2. Condicionantes de la salud mental.	11
1.3. La salud mental mundial.	11
1.4. La salud mental en el Perú.	13
CAPITULO II.	14
LA SALUD MENTA EN LA HISTORIA HUMANA.	14
2.1. En la edad media.	14
2.2. Época feudal.	15
CAPITULO III.	20
RIESGOS DE LA SALUD MENTAL INFANTIL.	20
3.1. Ansiedad infantil.	20
3.2. Evidencias diagnosticas de riesgo.	21
3.3. Trastorno de ansiedad por separación	23
3.4. Depresión infantil	28
3.5. Rechazo escolar	30
CONCLUSIONES.	31
RECOMENDACIONES.	32
REFERENCIAS CITADAS.	33

RESUMEN

La salud mental es una de las preocupaciones de las personas en el desarrollo social, y la gente se ha preocupado y valorado mucho por ella porque el número de personas que la padecen está aumentando en los últimos años. Debido a este tipo de enfermedades, incluso una pequeña preocupación va en aumento, pues el aumento es mayor en comparación con Anteros, debido a que se han observado casos de depresión que afectan negativamente a los niños, el trabajo propuesto explica la importancia de la salud y sus características y formas de prevenirla. él. identificar problemas en los niños.

Palabras claves. Salud mental, problemas sociales, depresión, ansiedad.

ABSTRACT.

Mental health is one of the concerns that exists within the development of society, it is having a lot of attention and importance in people, because in recent years it has had an increase in what refers to the increase in the case of people who are suffering from this type of illness, even the concern increases in minors because there is a greater increase compared to the previous ones, since it had been observed that cases of depression are having negative consequences in children, the work presented explains the importance of health well as the characteristics it has and the way to detect a problem in children.

Keywords. Mental health, social problems, depression, anxiety.

INTRODUCCIÓN

La salud mental se considera un estado de equilibrio entre una persona y su entorno social y cultural. A través de este equilibrio se puede participar exitosamente en el lugar de trabajo tanto intelectualmente como en relación con el medio ambiente, resultando en una buena experiencia de ser y de calidad. vida. Actualmente se conocen muchas definiciones de salud mental, y en realidad los investigadores de diferentes culturas tienen intersecciones, entre ellas el bienestar subjetivo individual, la autonomía y el potencial emocional, es decir, más allá de las funciones biológicas humanas. Ante esta situación, la "Organización Mundial de la Salud" (OMS) aclaró que no existe una definición única de "salud mental" y el concepto existente está influenciado por diferentes culturas, influenciadas subjetivamente por quién o qué. Se dice que el "impacto de las teorías existentes", independientemente de su "salud mental", está relacionado con la forma en que las personas relacionan su entorno con la realidad. Para comprender "su salud mental", lo más importante es su comportamiento, que incluye habilidades, capacidades, responsabilidades, estilos de afrontamiento, cómo afrontar situaciones estresantes y muchas "dificultades, autonomía, relaciones".

Según los informes, el propósito de este estudio es investigar problemas potenciales en la salud mental de los niños más pequeños mediante la revisión de información de una variedad de fuentes y luego revisando esos problemas. Analizar, describir y explicar los problemas que tienen los niños en las primeras etapas y las características de la salud mental.

El fundamento del trabajo propuesto surge de la necesidad de aprender más sobre los problemas de salud mental en los niños más pequeños, y es igualmente deseable contar con materiales de apoyo para que los maestros más jóvenes actúen como un recurso y aprendan más sobre el tema. A menudo se pasa por alto y creará otras situaciones en el desarrollo del aprendizaje de los niños.

Para tener un mejor estudio del tema tratado, se plantean los siguientes objetivos:

Objetivo general.

- Describir la importancia de la salud mental en los niños del nivel inicial.

Objetivos específicos.

- Analizar el marco conceptual de la salud mental.
- Describir los aspectos histórico evolutivos de la salud mental.
- Conocer los riesgos de los problemas de la salud mental en los niños.

El contenido del trabajo, está dado de la siguiente manera:

El capítulo I, contiene e información sobre las definiciones conceptuales de la salud mental.

El capítulo II, se explica el marco teórico de la salud mental.

En el capítulo III, se brinda información referente a las características y riesgos que presentan los niños con problemas de salud mental.

Así mimo se presentan las conclusiones, recomendaciones y referencias citadas.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO DE LA SALUD MENTAL.

1.1. Salud Mental

De acuerdo a la OMS, (2013) “la salud mental se define como el estado de bienestar a nivel psicológico, al igual que físico y social”. Así mismo, la OMS, (2013) “postula la posibilidad de presencia de trastornos mentales dos de cada cinco personas y en el 20% de los niños y adolescentes en el mundo; siendo esta una cifra alarmante y que sugiere estrategias de intervención al constituirse como una problemática de salud pública” (Martínez, et al, 2013).

El Ministerio de Salud de Canadá (1988) En cuanto a la salud mental, siguió los mismos lineamientos y sostuvo que la salud mental es la capacidad de una persona para interactuar con otros, con grupos, con el entorno; es una forma de promover el desarrollo y aprovechamiento óptimo del bienestar subjetivo, cognitivo, emocional o social. Potencial psicológico Implica el logro de metas individuales y colectivas de acuerdo con la justicia y el bien común.

1.2. Condicionantes de la salud mental.

Malvarez (2009) Se cree que existe evidencia de que “los principales determinantes sociales, económicos y ambientales de los trastornos mentales” están relacionados con temas como “la pobreza, los conflictos armados, la desigualdad, la inmigración, el desplazamiento, la discriminación racial y la inestabilidad económica”.

Asimismo, los conflictos familiares y personales, la falta de cuidado parental de niños y jóvenes pueden provocar estrés emocional y son determinantes negativos. Desde una perspectiva social y más amplia, mantener o perder la salud no es sólo el

resultado de factores genéticos, hereditarios, ambientales y físicos, sino también de la familia y las relaciones.

1.3. La salud mental mundial.

Como se mencionó anteriormente, los trastornos mentales son un problema de salud mundial creciente. Los trastornos mentales representan el 12% de la carga mundial de morbilidad. Alrededor de 450 millones de personas en todo el mundo padecen problemas mentales o neurológicos, que son 5 de las 10 principales causas de discapacidad.

En América Latina, los trastornos mentales representan el 22,2% de la carga total de enfermedades, pero lamentablemente sólo una pequeña proporción de personas que necesitan atención de salud mental la reciben. Sin embargo, el sufrimiento causado por las enfermedades mentales es tan grande que la discapacidad, las dificultades emocionales y financieras impactan negativamente el bienestar de las familias y las comunidades. Además, cabe añadir que las enfermedades mentales afectan más que a otras personas de "nivel socioeconómico bajo". "A estos niveles, los problemas de salud mental han aumentado y ha habido una respuesta muy limitada en la mayoría de los países, lo que ha resultado en una falta de respuesta de los servicios de salud mental.

1.4. La salud mental en el Perú.

Las ciudades peruanas con peores problemas de salud mental son Ayacucho, Puno, Lima, Tacna y Puerto Maldonado. Dentro del país, el problema de "salud mental" más común son los trastornos mentales y del comportamiento causados por el abuso o adicción al alcohol, los cuales son más severos en las provincias de Ayacucho, Puerto Maldonado y Tumbes; seguido de depresión y ansiedad generalizada.

En las zonas más afectadas del país se relacionan con disfunción familiar, pobreza, desempleo y subempleo, falta de integración familiar, baja participación religiosa, desconfianza en las autoridades y en las relaciones sociales, falta de empatía

y menos perspectiva. El estrés elevado y los problemas de salud mental son protectores.
El pueblo peruano ya está menos satisfecho con la situación económica.

CAPITULO II.

LA SALUD MENTA EN LA HISTORIA HUMANA.

2.1. En la edad media.

En el mundo occidental, cuando se trata de las relaciones infantiles desde la Edad Media hasta principios del Renacimiento y los tiempos modernos, la Iglesia Católica es una de las instituciones más influyentes de la época. La decadencia del Imperio Romano Occidental tras la crisis del siglo III afectó a las religiones orientales. En particular, el cristianismo se convirtió en el nuevo cristianismo. La fe cristiana reemplazó a la antigua religión estatal romana, prevaleció el teocentrismo, Dios se convirtió en el centro del universo y de la vida cotidiana. (Romero, 1999)

En el siglo IV, la iglesia comenzó a preocuparse por la violencia contra niñas y niños y argumentó que debería prohibirse aprobando leyes reales que pusieran en riesgo la vida de los niños.

"... Los Padres de la Iglesia, basándose en ciertas opiniones de los pensadores clásicos, promovieron la compasión por los niños, afirmaron que tienen alma, son importantes para Dios, son enseñables, no deben ser asesinados, heridos o abandonados, y fueron muy útiles para A. la imagen parental' (de Mause, 1982, p. 114)

2.2. Época feudal.

Alrededor del siglo IX, el feudalismo comenzó a tomar forma gradualmente, reemplazando a la esclavitud. El sistema alcanzó su mayor expresión entre los siglos XI y XIII. De hecho, esta lucha se caracteriza por ser un ente económico, social y político con una clara tendencia hacia la autonomía, que está llamada a convertirse en un campo cada vez más cerrado. El rey u otro noble más poderoso se lo cedía a la nobleza para que se beneficiara de sus rentas mientras lo administraba, gobernaba y defendía. (Romero, 1999, p. 48)

La sociedad se divide en clases, de un lado están los nobles, formados por reyes y señores feudales. Los vínculos feudales determinaron los intereses de ambos partidos, creando una jerarquía característica de la época. Así, el clero está formado por obispos, sacerdotes y todos los asociados a la Iglesia católica. En el otro extremo estaban los pobres (campesinos libres y siervos), aquellos que trabajaban la tierra bajo el mando de su señor. La desigualdad que crearon en el uso de la tierra sólo podía reducirse de acuerdo con los principios morales y religiosos del período feudal. (Romero, 1999). La sociedad estaba dividida en clases, por un lado, estaba la nobleza formada por reyes y señores feudales. Los vínculos feudales determinaron los intereses de ambos partidos, creando una jerarquía característica de la época. Así, el clero está formado por obispos, sacerdotes y todos los asociados a la Iglesia católica.

En el otro extremo estaban los campesinos pobres, tanto hombres libres como siervos, que trabajaban la tierra bajo las órdenes de su señor. La desigualdad que crearon en el uso de la tierra sólo podía reducirse de acuerdo con los principios morales y religiosos del período feudal. Aumenta la edad (Romero, 1999), donde el niño se integra paulatinamente a la edad adulta, donde aprende sobre sí mismo y las cosas del mundo. Philip Aun examina estas nociones infantiles a través de una serie de obras de arte y sugiere la relación entre la expresión artística y la vida cotidiana. Hasta aproximadamente el siglo XVII, el arte medieval no conoció la infancia y no intentó reproducirla; nos cuesta creer que esta ausencia se debiera a torpeza o incapacidad. Probablemente piensen que la infancia no tiene cabida en esa sociedad. (Ariès, 2001, p.124)

Los castigos y sometimientos.

En los siglos de la Edad Media, no solo se castigaba a los niños, sino que los delincuentes y los pacientes también formaban parte de la minoría que se mostraba al público. “La tortura criminal en la Edad Media es un ritual para conmemorar a las víctimas y el poder del castigador. Pierde toda razón y la moderación no es el exceso de justicia, sino el manejo del dolor físico. La horca, las hogueras, la tortura, el

desmembramiento y la ejecución son rituales de marcar la soberanía de los inscritos en los cuerpos de los presos muertos, en el miedo de la audiencia". (Techera, Apud y Borges 2009, p.36)

A finales del siglo XIII y principios del siglo siguiente, había comenzado la crisis del orden medieval. El surgimiento de una nueva clase social centrada en la manufactura y el comercio, concentrada en la ciudad, incorporó un nuevo concepto de vida, que significó el debilitamiento del sistema feudal. Antes de que la iglesia pierda el poder y caiga en una crisis que lleve a divisiones religiosas, esta situación facilitará la concentración de la monarquía y fortalecerá su poder político y militar.

Durante el Renacimiento en el siglo XV, los cambios que tuvieron lugar en Italia llevaron la cultura occidental a una nueva era, y las características de la Edad Media dieron paso gradualmente a los elementos de la modernidad. En el siglo siguiente, el avance de los conceptos antiguos se basó en la civilización grecorromana y se expresó en la cultura, la literatura y el arte a través de un movimiento llamado humanismo. (Romero, 1999)

La vida privada.

En la Edad Media, el castillo era un lugar seguro, protegido por un poderoso señor feudal que construyó las viviendas del castillo, custodiaba las murallas y patrullaba a la milicia. (Romero, 1999) Dentro de las murallas de la ciudad, las calles y espacios públicos mezclaban clases sociales. El apartheid no dividió las ciudades en hermosos barrios y pequeños guetos. No es saludable para todos. Las poblaciones europeas continuaron entremezclándose (Dolto, 1991, p. 51). En el siglo XVII, la vida se había abierto y la densidad social parecía no dejar lugar para la familia. Existe como una realidad, pero no es un sentimiento ni un valor. Al mismo tiempo, comenzó a gestarse una socialización limitada, circunscrita a la familia y al individuo, y comenzaron a desaparecer las antiguas formas anónimas de socialización en plazas, calles y barrios. (Leopold, 2014, p. 28)

Dolto (1991) afirma: La privatización del espacio es un fenómeno moderno, aunque ya en el siglo XV los arquitectos de los palacios italianos e incluso de las casas de personajes famosos reservaban más espacio para la intimidad doméstica. Pero las terrazas y logias abiertas todavía permiten el movimiento de muchos visitantes. Sigue siendo común, todas las clases son mixtas, los niños se mueven muy rápido y adquieren experiencia en las relaciones sociales. En los hogares de artesanos y agricultores, el papel del espacio común seguiría dominando durante mucho tiempo.

También existen razones prácticas para la socialización en la habitación que no se pueden ignorar. (p. 49) Esta privatización significó un cambio en la vida familiar y un lugar diferente para los niños que luchan por sobrevivir. Deben defender los intereses de sus padres y proteger su herencia. La familia se hará cargo de sus necesidades y su salud. Desde el siglo XIX hasta el siglo XIX, la industrialización condujo al surgimiento de una nueva organización social en la que prevalecía un estilo de vida burgués en contraste con la clase trabajadora. La consolidación de la urbanización creará nuevas demandas sociales que permitirán que el sistema familiar desempeñe un papel central en la parte principal de la producción y supervisión social del Estado. Aries dice que esto comienza a despertar sentimientos de ternura en el niño, y el abandono masivo del infanticidio coincidirá con la necesidad de una familia numerosa, apta para el trabajo y la producción. Se puede decir que, desde entonces, los hijos de familias pobres construyen el valor económico de sus padres. (Leopold, 2014)

CAPITULO III.

RIESGOS DE LA SALUD MENTAL INFANTIL.

3.1. Ansiedad infantil.

Según Sandin (1997), “La ansiedad se define como una respuesta esperada a las amenazas, que se caracteriza por sentimientos emocionales de tensión, tensión, preocupación y alerta, acompañada de manifestaciones conductuales visibles y cambios fisiológicos relacionados con la activación excesiva del sistema nervioso autónomo”. La respuesta de ansiedad se considera una respuesta defensiva innata en el comportamiento de los niños y es responsable de recordarles los posibles peligros. Evaluación de la ansiedad en niños y adolescentes: Analizar las características psicométricas de SCARED y CASI-N para jugar un papel protector. Por tanto, desde esta perspectiva, la ansiedad es un signo de salud, no de enfermedad.” (Echeburúa, 2002).

El miedo es universal y cambia con la edad del niño, añadió, señalando que el miedo puede desaparecer con el paso de los años a medida que los niños maduran emocionalmente y adquieren diferentes experiencias de aprendizaje. Sin embargo, a veces la respuesta de ansiedad es desadaptativa y puede causar angustia al niño que la experimenta. De esta forma se activa la respuesta de ansiedad, recordándole al niño un peligro que no existe, creando un efecto nocivo y posiblemente incluso creando una fobia en el futuro.

3.2. Evidencias diagnosticas de riesgo.

Los siguientes trastornos se incluyeron originalmente en la sección Trastornos de ansiedad del niño y del adolescente del DSM-III-R: ansiedad por separación, ansiedad excesiva y trastornos por evitación. Sin embargo, esta clasificación fue modificada posteriormente por el DSM IV para incluir solo la ansiedad por separación en esta categoría, mientras que la ansiedad excesiva se incluyó en la ansiedad generalizada y los trastornos de evitación como parte de la fobia social. Sin embargo,

los estudios realizados después de estos cambios todavía utilizan criterios del DSM III, como herramientas como SCARED, y consideran algunos criterios diagnósticos de ciertas categorías del DSM IV, como fobia social, ansiedad por separación, fobia a la separación, escuela y somatización.

Muchos intentos de los investigadores para probar las diversas relaciones entre variables han encontrado dificultades metodológicas, por lo que la presencia de factores de riesgo debe demostrarse antes de la aparición de la ansiedad. Sin embargo, en el futuro se seguirán explorando métodos para diferenciar y normalizar los rasgos y dimensiones del trastorno de ansiedad para su implementación en el DSM-V. (Fernández et al., 2009). ansiedad. Echeburúa (2002) cree que la etiología de los trastornos de ansiedad aún requiere una investigación profunda, pero subraya que sus orígenes están ligados en gran medida a acontecimientos estresantes como el traslado o la hospitalización de los padres. Síntomas de ansiedad. Se caracteriza por malestar constante, dolor, incertidumbre y miedo predecible debido a diversas situaciones. Orgilés, Méndez, Rosa e Inglés (2003) plantearon que los trastornos de ansiedad en niños incluyen los siguientes síntomas: atención excesiva a actividades o eventos relacionados con el entorno (escuela y/o hogar); dificultad para concentrarse y controlar estados de ansiedad; irritabilidad; Tolerancia a la actividad, alteraciones del sueño, si estos síntomas no son causados por efectos físicos o médicos.

3.3. Trastorno de ansiedad por separación

La ansiedad por separación es un miedo común en niños de entre 1 y 6 años. Este término se refiere a las protestas que un niño puede hacer antes de que un padre o cuidador se vaya, el malestar que provoca la ausencia de los padres y la ansiedad que se produce mientras se espera su partida. Esta respuesta también ha sido descrita en otras especies y tiene valor adaptativo ya que reduce la probabilidad de daño. (Bragado, 1994). La ansiedad por separación es un período en la vida temprana de un niño que se considera normal. Desde el nacimiento muestra un alto grado de dependencia a medida que el niño crece (Méndez et al., 2008). Desde este punto de vista, los estudios demuestran que esta etapa comienza alrededor de los 8 meses. En este punto, el niño ha

podido ver al cuidador como un representante de la seguridad. Así, sin él, los adolescentes pueden sentirse inseguros y ansiosos: "Esta etapa suele durar hasta los 14 meses de vida, cuando el niño empieza a comprender que el cuidador (normalmente la madre) todavía está fuera de su vista. A partir de este momento, el niño desarrollará autonomía, será capaz de separarse de los padres y de confiar en los demás". (Villanueva y Sanz, 2009).

Criterios de diagnóstico El trastorno de ansiedad por separación fue incluido por primera vez en el Manual de Diagnóstico (DSM-III) en 1980 como un trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia. Se considera un trastorno consistente en una ansiedad excesiva que no es adecuada para el desarrollo del sujeto. Separación de familiares o personas relacionadas con ellos. La Asociación Americana de Psicología (APA, 2001) afirma que para ser diagnosticado con ansiedad por separación, un niño debe tener 3 o más de los ocho signos clínicos enumerados en el DSM-IV y estos signos deben haber estado presentes durante al menos 4 semanas. (Méndez et al., 2008).

El diagnóstico trastorno de ansiedad por separación:

- Angustia excesiva y repetida cuando ocurre o se espera la separación de la familia o de otras personas importantes.
- Miedo excesivo y persistente a una posible pérdida o daño a la persona principal involucrada.
- Temor excesivo y persistente de que los eventos adversos puedan llevar a la alienación de las partes interesadas clave.

Para determinar cuándo la ansiedad por separación es excesiva, Méndez (2005) indicó en cambio los siguientes criterios:

- a) La ansiedad es desproporcionada cuando la frecuencia, intensidad o duración excede los parámetros aceptables para el nivel de desarrollo del niño.

- b) La ansiedad es desadaptativa si provoca malestar y distracción importantes, cambia el ritmo de la vida diaria del niño o afecta negativamente al desarrollo personal, el entorno familiar, el rendimiento académico o las relaciones sociales.

Síntomas de los problemas presentados por separación en niños.

Según Bragado (1994) Se pueden distinguir varios factores relacionados con las dificultades para manejar la ansiedad por separación:

- Los niños no se ven afectados por la separación paulatina de los padres por sobreprotección. Puede haber muchas razones para ello, como el miedo de los padres a perder un hijo debido a una enfermedad grave, un hijo único deseado por un padre anciano, dificultades para concebir, pérdidas anteriores de un hijo, problemas de infertilidad, etc. Un matrimonio insatisfactorio, ansiedad por separación de los padres y/o padres muy ansiosos.
- Una experiencia de separación traumática (un bebé debilitado, hospitalización, muerte de uno de los padres, separación o divorcio) donde una o más circunstancias exacerban la ansiedad
- Refuerzo negativo de los padres en el ámbito de la conducta disociativa de los niños. Cuando los padres tienen dificultades para separarse de sus hijos, aumentan su excesiva dependencia de ellos porque evitan y afrontan la incomodidad de la separación. Fortalezas del modelo de adaptación: Thomas y Chase (1977) destacan entre ellas la relación dinámica entre las características del niño, su temperamento, su cuerpo y el mundo social (especialmente el ambiente hogareño). El modelo sugiere que tanto el apego como el temperamento cambian bajo la influencia de factores situacionales. Por lo tanto, si la respuesta de los padres es sobreprotectora, controladora, apática o negativa, aumenta el riesgo de que el apego se vuelva inseguro. Desarrollar TAS. Modelo bidireccional: Manassis (2001) propuso que el mal humor de un niño puede conducir al desarrollo de un apego ambivalente porque el padre

ayuda al niño sólo si él no muestra hostilidad. Así, la atención selectiva de los padres a las consecuencias negativas de las relaciones conflictivas puede conducir a una escalada de ansiedad, que los niños intentan reducir buscando contacto con sus padres, y ante su hostilidad, aumentan la ansiedad. Síntomas de ansiedad. "Las manifestaciones de la ansiedad por separación pueden variar según la edad. Es posible que los niños pequeños no expresen un miedo específico a las amenazas o a las personas que los rodean, mientras que los adolescentes, especialmente los niños, pueden negar la ansiedad por separación. Pero tanto en la conducta infantil como en las evaluaciones de ansiedad en niños y adolescentes: Un análisis de las propiedades psicométricas del SCARED y CASI-N en adolescentes que pueden identificarse cuando muestran resistencia a salir de casa." (Bados, 2015).

3.4. Depresión infantil

Para el psicoanálisis tradicional, la depresión infantil es imposible porque aún no se ha desarrollado uno de los eventos de la personalidad que podrían causar la depresión. (Rie, 1966); el superyó es la conciencia moral de una persona que muestra lo que está bien y lo que está mal. Se desarrolla lentamente a medida que los niños internalizan las normas y valores sociales de sus padres.

El desarrollo de este constructo se llevó a cabo en 120. Evaluación de la ansiedad en niños y adolescentes: un análisis del miedo y los rasgos psicométricos de los adolescentes. Así, la culpa que subyace a la depresión no existe antes de la adolescencia (citado en Mend Si, 2001, p. 32). (Cytryn y McKnew, 1972), citado en Méndez (2001). La depresión (DI) siempre ha existido en los niños. Según Del Barrio (1999), la depresión infantil fue reconocida como un concepto psicopatológico en el Congreso del Instituto Nacional de Salud Mental de 1977, pero sólo en el DSM-III de 1980. en su manual. Una razón que puede explicar este retraso es que el psicoanálisis, principal corriente psicológica y estudio de la psicología de la primera infancia, no reconoce la existencia

del DI porque dice que la depresión implica la autoestima. Consta de etapas de la pubertad. Además de la falta de interés del conductismo en internalizar el comportamiento, los síntomas depresivos fueron excluidos de la investigación hasta la llegada del cognitivismo.

Síntomas de depresión infantil

Carlson (2000) Los síntomas depresivos en niños y adolescentes son difíciles de diagnosticar debido a la frecuente coexistencia con otros trastornos. Los mismos autores Cantwell y Carlson (1987) encontraron que los problemas de conducta son la tarjeta de presentación de muchos niños con depresión. De manera similar, Puig-Antich (1985) revisó la literatura centrándose en probar la relación hipotética entre los dos trastornos y demostró que los niños que cumplían los criterios del DSMIII para depresión mayor también cumplían los criterios para un diagnóstico de trastorno de conducta. Parece cierto que la edad del paciente modifica los síntomas de la enfermedad, por lo que hoy en día se considera no sólo como una variable interviniente, sino también como un moderador de la expresión de la depresión en todos los pacientes –y más aún como una configuración. (Kazdin, 1989; Polano-Llorente, 1998)

Unos años más tarde, Shafii y Shafii (1995) defendieron la posición de la depresión como signo, síntoma, síndrome o trastorno de tres formas diferentes. La depresión como signo o señal en forma de sentimiento de tristeza o mal humor (irritabilidad) es una de las emociones humanas más comunes que las personas experimentan desde la niñez hasta la vejez. Por el contrario, la depresión como síntoma dura más y es más grave, interfiriendo con la salud de la persona y su adaptación al entorno que la rodea. En tercer lugar, se entiende por depresión un síndrome o trastorno que incluye no sólo tristeza persistente y bajo estado de ánimo, sino que también puede ir acompañado de síntomas como anhedonia; aumento o disminución del sueño y del apetito; disminución de energía, fatiga; e inquietud o retraso psicomotor; Sentimientos de inutilidad, culpabilidad o culpa excesiva, capacidad reducida de concentración y pensamientos patológicos, pensamientos suicidas o amenazas.

3.5. Rechazo escolar

El rechazo escolar es una variación del miedo del niño a ir a la escuela. Según Espada y Méndez (2001), la negativa escolar, definida como una reacción ansiosa ante una situación incorrecta en el contexto del entorno escolar, es considerada uno de los trastornos emocionales más incapacitantes y perturbadores. El DSM-IV-TR (APA, 2002), por otro lado, enumera el rechazo o la negativa a asistir a la escuela como un síntoma de ansiedad por separación, aunque no es un requisito diagnóstico.

Según Bados (2015), existe una tendencia a utilizar el rechazo escolar en lugar de la fobia escolar para referirse a la dificultad de negarse a participar o permanecer en la escuela, argumentando que el primer término es más amplio e implica identificar causa y efecto. heterogeneidad del problema. Por ello, se utilizarán palabras rechazadas por la escuela para mantener la coherencia conceptual a lo largo del trabajo. Evaluación de la ansiedad en niños y adolescentes: un análisis de las propiedades psicométricas.

CONCLUSIONES.

- Primero.** La salud mental en los niños, requiere mucha atención desde los primeros años, tener una buena salud, asegura que el niño pueda tener sus procesos mentales en forma equilibrado permitiendo que tenga mejores resultados den el desarrollo de aprendizaje en la escuela.
- Segundo.** A través de la historia, la salud mental no ha tenido mucha atención su desarrollo, sin embargo, en los últimos los la ciencia está brindando la atención requerida, así como las mejoras en las recomendaciones para una buena evaluación y atención cuando lo requieran los niños.
- Tercero.** Se debe tener una evaluación constante a los niños a fin de detectar los problemas que estén relacionado con los problemas dentro de la familia y que este a su vez genere problemas en su estado emocional y de comportamiento social.

RECOMENDACIONES.

Se recomienda lo siguiente:

- Que se evalué constantemente la salud mental de los niños a fin de detectar algún problema y brindarle la debida atención.
- Capacitar a los padres de la familia y docentes sobre los riesgos que genera los problemas de no tener una salud mental adecuada en el desarrollo de aprendizajes.
- Elaborar talleres de elevar autoestima y superación personal en niños y docentes.

REFERENCIAS CITADAS.

- American Psychiatric Association (2001). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª ed., texto revisado). Barcelona: Masson. (Original en Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2000).
- Ansiedad y Estrés, 2, 113- 118. Méndez, F. X.,
- Ansiedad y Estrés, 2, 1-6 266 Evaluación de la ansiedad en niños y adolescentes: Análisis de las propiedades psicométricas del SCARED y CASI-N Méndez, F. X, Espada, J. P, Orgilés, M.,
- Cantwell, D.P. y Carlson, G.A.; (1987). Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia. Barcelona: Martínez Roca.
- Costello, A., Edelbrock, C., Dulcan, M., Kalas, R. y Klaric, S. (1984). Report on the NIMH Diagnostic Interview schedule for Children (DISC-C). Washintong, DC: National Institute of Mental Health.
- Del Barrio, V. (1990). Situación actual de la evaluación de la depresión infantil. Evaluación Psicológica/Psychological Assessment, 6(2), 171-209.
- Del Barrio, V. (2001). Children depression in the last quartes of century. Revista de Historia de la Psicología, 20(2), 51-61
- Del Barrio, V. (2010). Salud mental infanto-juvenil: requisitos para su evaluación, diagnóstico precoz y prevención. INFOCOP, 49, 13-19.
- Del Barrio, V., y Carrasco, M. (2006). Maternal rearing and depression. Paper presented at the 26th International Congress of Applied Psychology.
- Eurípides, Ion, 504, el infanticidio era un hecho cotidiano y aceptado en la Antigüedad. (p.48)
- Giovany. Colegio Médico del Perú.: Propuesta de Reforma de la Salud Mental en el Perú. En Acta Médica Peruana 29 (1)2012. pp.48
- Hidalgo, M., y García-Fernández, J. M. (2008). Psychometric proprieties and diagnostic ability of the Separation Anxiety Scale for Children (SASC). European Child & Adolescent Psychiatry, 17, 365-372.

- Inglés, C. J., Hidalgo, M. D., García-Fernández, J. M., y Quiles M.J. (2003). Los miedos en la infancia y la adolescencia: un estudio descriptivo. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 6(13). Disponible en: <http://reme.uji.es/articulos/amxndf4650710102/texto.html> Méndez, F. X.,
- Kovacs, M. (1978). *The interview schedule for children (ISC): Form C and the follow-up form.* (Manual no publicado) University of Pittsburgh, Western Psychiatric Institute, Pittsburgh.
- Macher Enrique y SAAVEDRA Javier. Estudio Epidemiológico de “ La salud mental en el Perú” Instituto nacional de salud mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi, 2007
- Malvarez Silvina. Promoción de la Salud Mental .En *Salud Mental en la Comunidad.* Washington :OPS/OMS, 2009, pp170-173
- 30 FERRO, R. La salud mental y la cuenca del Plata. Argentina :Foro Concordia de Salud Mental 1988
- Manassis, K. (2001). Child-parent relations: attachment and anxiety disorders. En K. Silverman y P. D. A. Treffers (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents: research, assessment and intervention* (pp. 255-272). Cambridge: Cambridge University Press.
- Méndez, F. X. (2001). *El niño que no sonríe.* Madrid: Pirámide.
- Méndez, F. X. (2005). *Miedos y temores en la infancia: ayudar a los niños a superarlos.* (4ª ed.). Madrid: Pirámide.
- Méndez, F. X., Beléndez, M., y López, J. A. (1996). Consistencia interna y validez convergente del Inventario de Miedos escolares.
- Méndez, F. X., Espada, J. P., Orgilés, M., Llavona, L. M., y García-Fernández, J. M. (2014), Children’s Separation Anxiety Scale (CSAS): Psychometric Properties. *PLoS ONE*, 9(7): e103212. doi:10.1371/journal.pone.0103212
- Méndez, F. X., García-Fernández, J. M., y Olivares, J. (1996). *Miedos escolares: un estudio empírico en preescolar, E.G.B. y B.U.P.*
- Orgilés, M., y Espada, J. P. (2008). *Ansiedad por separación: psicopatología, evaluación y tratamiento.* Madrid: Pirámide.
- Shaffi, M., y Shaffi, S., (1995). *Depresión en niños y adolescentes: clínica y tratamiento.* Barcelona: Martínez Roca.

Shaffi, M., y Shaffi, S., (1995). Depresión en niños y adolescentes: clínica y tratamiento.
Barcelona: Martínez Roca.

Thomas, A., y Chess, S. (1997). Temperamental and development. Nueva York: Brunner/
Mazel.