

# UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA PROFESIONAL DE EDUCACIÓN



## **La salud mental del niño de educación inicial**

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

Autora:

Violeta Armas Calderón

TUMBES – PERÚ

2019

# **UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES**

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA PROFESIONAL DE EDUCACIÓN



## **La salud mental del niño de educación inicial**

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

Violeta Armas Calderón (Autora)

Dr. Oscar Calixto La Rosa Feijoo (Asesor)

TUMBES – PERÚ

2019



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

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TRABAJO ACADÉMICO

En Tumbes, a los veintidós días del mes de febrero del dos mil diecinueve, se reunieron en un ambiente de la I.E. José Antonio Encinas, los integrantes del Jurado Evaluador, designado según convenio celebrado entre la Universidad Nacional de Tumbes y el Consejo Intersectorial para la educación peruana, al Dr. Segundo Alburquerque Silva, coordinador del programa; representantes de la Universidad Nacional de Tumbes (Presidente), Dr. Andy Figueroa Cárdenas, representante del Consejo Intersectorial para la Educación Peruana (Secretario) y Mg. Wendy Castillo Lozada (Vocal), con el objeto de evaluar el trabajo académico de tipo monográfico denominado: "La salud mental del niño de educación inicial", para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Educación Inicial a la señora Violeta Armas Calderón.

A las DIEZ horas CINCUENTA minutos y de acuerdo a lo estipulado por el reglamento respectivo, el presidente del Jurado dio por iniciado el acto.

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

Por tanto, Violeta Armas Calderón, APTA, para que el Consejo Universitario de la Universidad Nacional de Tumbes, le expida el Título de Segunda Especialidad Profesional en Educación Inicial.

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

  
Dr. Segundo Alburquerque Silva  
Presidente del Jurado

  
Dr. Andy Figueroa Cárdenas  
Secretario del Jurado

  
Mg. Wendy Castillo Lozada  
Vocal del Jurado

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a:

Dios, por darnos la vida y la oportunidad de vivirla al lado de los seres que más amamos.

Mis hijas, por proyectar nuestra vida y brindarnos con su ternura, la energía para seguir esforzándonos por construir un futuro de felicidad.

Nuestros padres, por apoyarnos en los mejores momentos de nuestra vida y enseñarnos el camino del trabajo y la formación de una familia.

## ÍNDICE

ÍNDICE.....	5
RESUMEN.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPÍTULO I “Generalidades” .....	8
1.1. Aspectos generales de la salud mental del niño y adolescente.....	8
1.2. Estudio epidemiológico de salud mental de niños y adolescentes en lima metropolitana y callao 2007.....	10 12
1.3. Aspectos clínicos de la salud mental del niño y del adolescente.....	22
1.4. Determinantes sociales de la salud mental del niño y del adolescente.	23
1.5. Desarrollo del niño y adolescente.....	24
CAPÍTULO II: “Importancia de la salud mental en los niños”.....	27
2.1. Importancia de la salud mental en la infancia.....	28
2.2. Obstáculos para conseguir la salud mental en la infancia.....	29
2.3. Estrategias para conseguir la salud mental en los niños.....	31
2.4. Cómo promover la salud mental en la niñez y la adolescencia.....	32
CONCLUSIONES.....	36
REFERENCIAS CITADAS.....	38

## **RESUMEN**

La presente monografía, trata sobre la importancia de la salud mental del niño y, sobre todo, en un marco de comprensión de dicha problemática en la educación del niño y del adolescente. Entendiéndolo como un problema que aqueja al Perú y al Mundo en general.

Se manifiesta que en la actualidad el tema de la salud mental se ha puesto en contexto, debido a la necesidad de mantener el equilibrio emocional de los niños y niñas en el proceso de su formación educativa.

Por otro lado, se exponen los obstáculos que impiden mantener una buena salud mental en los niños, de acuerdo a las circunstancias de su formación y la realidad en la que vive.

### **Palabras claves:**

Salud mental del niño, salud mental, salud mental del adolescente

## INTRODUCCIÓN

“La salud mental va más allá de los trastornos mentales. La salud mental es un recurso esencial de la vida diaria y se moldea con las experiencias personales, individuales y colectivas. En las familias, escuelas, en las calles, etc. Existe una clara evidencia de que las experiencias en los primeros años de vida, tienen un impacto crucial sobre la salud mental de la vida adulta. El desarrollo de estrategias para promover la salud mental de los niños es de una importancia fundamental para el posterior desarrollo individual y social. La promoción de la salud mental es relevante para todo el mundo, sin distinción de edad, raza, religión, género, estado de salud, habilidades o discapacidades. No hay salud sin salud mental”. (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2000, p. 1)

“Es importante reconocer y tratar las enfermedades mentales de los niños desde el comienzo. Una vez que la enfermedad mental se desarrolla, se vuelve una parte habitual de la conducta de su hijo. Esto la hace más difícil de tratar”. (Medline Plus, s.f., párr. 1)

“Pero no siempre es fácil saber si su hijo tiene un problema serio. Las tensiones diarias pueden causar cambios en el comportamiento de su hijo. Por ejemplo, la llegada de un nuevo hermano o hermana o ir a una nueva escuela puede causar problemas pasajeros de comportamiento”. (Medline Plus, s.f., párr. 2)

El presente trabajo académico persigue objetivos que lo guían en su desarrollo y entre ellos tenemos al **OBJETIVO GENERAL**: Comprender la importancia de la salud mental en los niños de educación inicial; asimismo, tenemos **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**: 1. Entender el papel de la salud mental en las personas, también 2. Conocer el marco conceptual de salud mental

## CAPÍTULO I

### “GENERALIDADES”

#### **1.1. Aspectos generales de la salud mental del niño y adolescente**

“Los problemas de salud mental en niños(as) y adolescentes tienen una elevada y variada incidencia no sólo en el Perú sino a nivel mundial, y a pesar de su magnitud, aún no es considerada como una prioridad de parte de los gobiernos, lo que dificulta el desarrollo de programas de prevención, tratamiento y rehabilitación. Se considera como problemas de salud mental a los trastornos mentales y a factores de riesgo para el desarrollo de los mismos, como: la violencia, abandono, explotación laboral o sexual, orfandad a causa del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o los forzados por la emigración y los conflictos sociales”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 27)

“En el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2003, “La asistencia de los niños y adolescentes con trastornos mentales”, se señala que:

- a) hasta un 20% de los niños y adolescentes del mundo sufre alguna enfermedad discapacitante (Anales de Salud Mental, 2012)
- b) el suicidio entre los jóvenes es un problema de salud mental presente en todo el mundo, siendo la tercera causa de muerte entre los adolescentes;
- c) el trastorno depresivo mayor se inicia frecuentemente durante la adolescencia y se asocia a una incapacidad psicosocial y a un alto riesgo de suicidio (Anales de Salud Mental, 2012)
- d) los trastornos del comportamiento tienden a persistir hasta la adolescencia y la adultez, asociándose a menudo a delincuencia y comportamientos antisociales, así como problemas de pareja, desempleo

y deficiente estado de salud física. De igual manera muchos niños(as) y adolescentes que viven los estragos de la guerra o de los desastres naturales, pueden sufrir trastornos de estrés postraumático. El abuso de sustancias en este rango de edad, es otro problema de graves consecuencias para la sociedad”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 27)

“Los efectos de los trastornos emocionales y conductuales que afectan a estos grupos etarios, tienen un alto costo social y financiero. Su carga es sentida especialmente por sus familias, amigos, y vecinos; así mismo, afecta a muchos de los sistemas que sustentan una sociedad, incluidos la salud, la educación y el bienestar. La estimación de los años de vida ajustados por discapacidad representa una valoración insuficiente de los problemas causados por los trastornos mentales, porque existen innumerables costos asociados; incluidos la falta de participación en el sistema educativo, la falta de rendimiento que lleva a la dependencia, la participación en actividades delictivas, el consumo de drogas ilegales, la incapacidad de beneficiarse de actividades de rehabilitación y las afecciones médicas asociadas”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 27)

“En el Perú, los niños(as) y adolescentes son los más afectados por la pobreza, no sólo porque su bienestar y calidad de vida dependen de las decisiones de sus padres, el entorno familiar y comunitario, sino por el impacto que esta pobreza tiene sobre su proceso de acumulación de capital humano: a) de los 3,8 millones de pobres extremos, 2,1 millones son niños(as); b) dos de cada 3 niños(as) menores de 5 años viven bajo la línea de pobreza y 2 de cada 10 viven en condiciones de extrema pobreza; c) bajo las condiciones de pobreza, la inversión que las familias puedan realizar en el desarrollo de sus hijos es insuficiente. El ambiente en el que viven tiene un significativo impacto sobre su calidad de vida y su desarrollo. El 38% de los niños(as) menores de 5 años presenta alguna dolencia o enfermedad y solo el 66% de ellos recibe alguna atención médica. Asimismo, 4% de los niños(as) cuyas edades oscilan entre los 5 y los 11 años no asisten a un centro educativo y cerca del 16% de este grupo tiene que trabajar; esta proporción

aumenta a 27% en los adolescentes cuyas edades oscilan entre los 12 y 13 años”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 27)

“Los problemas vivenciados durante la niñez y adolescencia suelen seguir un curso de transmisión intergeneracional. En este sentido, los hijos de las personas que se han desarrollado en condiciones desfavorables no encuentran un mejor medio que aquel en el que sus padres crecieron. Es decir, un adulto que nació pobre, transmitirá a sus hijos las mismas desventajas que él tuvo durante su niñez: pobreza, exclusión, desnutrición, bajo desempeño escolar, etc. Por ello es indispensable que entre las políticas del Estado se prioricen los problemas por los que atraviesa la población infantil, y el efecto de las mismas se vea reflejado en las futuras generaciones”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 27)

## **1.2. Estudio epidemiológico de salud mental de niños y adolescentes en lima metropolitana y callao 2007**

“El Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (INSM”HD-HN”), inició en el año 2002 una serie de investigaciones epidemiológicas basadas en encuestas de hogares con el objetivo de realizar el diagnóstico de la salud mental de cuatro grupos objetivos: adultos, adultos mayores, mujer unida y adolescentes, ese año se realizó el estudio en Lima Metropolitana y Callao con una muestra de cerca de 2 400 hogares, revelándonos información importante sobre los principales problemas de salud mental que aquejaban a la población de Lima y Callao. En el año 2003 el INSM desarrolló una encuesta similar en tres ciudades de la Sierra (Ayacucho, Cajamarca y Huaraz), con una muestra total de 4 212 hogares, representativa de 3 grupos culturales diferenciados. De la misma forma, en el año 2004, se desarrolló este estudio en la región de la selva, en 3 ciudades, Iquitos, Pucallpa y Tarapoto. En el año 2005 se realizó en 5 ciudades de zona de fronteras, Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes. El año 2006 se estudió 4

ciudades de la costa, Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y la ciudad de Arequipa. El año 2007 se llevó a cabo el estudio en Lima Rural, en 9 provincias, Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 9)

“Todos estos estudios han develado una serie de características de la salud mental de estas poblaciones, sobre las cuales no existían referentes estadísticos en la historia de la psiquiatría peruana. El contraste de las ciudades estudiadas con niveles de desarrollo diferentes, ha permitido identificar un espectro amplio en aspectos de salud mental y su relación con las diferentes culturas y la exposición a la violencia política y a la pobreza”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 9)

“La inasistencia y retraso escolar se encuentran relacionados con el nivel de pobreza. El 8.4% del grupo etario de 6 a 17 años que pertenece a hogares de pobreza extrema no ha culminado sus estudios secundarios ni asiste a un centro educativo, mientras que entre los no pobres la cifra se reduce a 3.2%”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 28)

“Diversos estudios sobre la pobreza han concluido que sus efectos en la niñez y adolescencia son mayores y muchas veces irreversibles. A nivel socioeconómico, la pobreza restringe severamente la igualdad de oportunidades presentes y futuras, lo que alimenta un círculo vicioso de generación en generación. Sus impactos se muestran en los índices de mortalidad, morbilidad, desnutrición, trabajo infantil, deserción, bajo rendimiento escolar, pandillaje escolar entre otros”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 28)

“Debemos considerar que cualquier diseño, programa de prevención e intervención y/o evaluación de los diversos programas de salud mental o proyecto social; requieren tener un diagnóstico previo y tener una línea de base, para establecer: los indicadores de evaluación de las intervenciones, las necesidades de recursos humanos, infraestructura y recursos financieros necesarios así mismo, en los niveles de intervención de atención primaria, se requiere conocer los índices de problemas psicosociales y de salud mental más prevalentes para orientar los programas asistenciales, preventivos y

promocionales de la salud integral. El INSM “HD-HN”, desde el año 2002, viene asumiendo este compromiso, brindando información a través de estudios epidemiológicos de salud mental en la población peruana”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 28)

“En este sentido la Encuesta Epidemiológica de Salud Mental en Niños y Adolescentes, realizada en las ciudades de Lima y Callao, en el año 2007 (EESMNA-2007), cobra especial importancia, por ser el primer estudio en población general que explora como unidades de análisis, al niño(a) de 1 año y medio a 5 años, 6 a 10 años y adolescentes de 11 a 18 años, a través de encuestas directas al adolescente e indirectas a sus padres, tutores o apoderados”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 28)

### **1.3. Aspectos clínicos de la salud mental del niño y del adolescente**

“Desde los estudios precursores de M. Rutter en la Isla de Wight y en la ciudad de Londres (1970) numerosos investigadores han estudiado la prevalencia de los problemas psicopatológicos en niños y adolescentes. Estudios posteriores a 1980 señalan que esta prevalencia varía en estudios poblacionales entre un 14% y 20%<sup>24</sup>. En una exploración de 38 estudios en 1985, estos valores se ubican en una media de 13%<sup>25</sup>. En nuestra región, Chile reportó un valor de 15%, que es consistente con lo obtenido en Puerto Rico que fue de un 15,8%<sup>26,27</sup>. Links, luego de revisar 21 investigaciones realizadas en pre-adolescentes, señaló que la prevalencia media de psicopatología en esta población era de 13.2% (mediana=12.2%, rango=1.4%-30.7%)”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 31)

“En el Perú, Rotondo y col.<sup>29</sup>, en uno de los estudios pioneros sobre epidemiología psiquiátrica, encontraron una alta prevalencia de conducta antisocial en menores de un área tuzurizada comparada con una población rural y con los hijos de migrantes. Mariátegui<sup>30</sup> en el año 1970, en una zona urbana de Lima, encontró que la prevalencia de trastornos mentales, entre los niños(as) de 0 a 9 años y de 10 a 19 años fue de 10.94% y de 16,47% respectivamente. Castro<sup>31</sup> reportó que el 41,34% de los consultantes por enfermedades mentales en Lima Metropolitana está entre los 7 y 19 años. Felipa<sup>32</sup> señaló que la

prevalencia de los trastornos mentales entre niños y adolescentes es de aproximadamente el 15%”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 31)

“Perales y Sogi en el año 1995<sup>33</sup> reportaron en una población de adolescentes que el 2,7% había intentado suicidarse y que el 4% tenía ideas homicidas conscientes. Perales y col. en el año 1996<sup>34</sup> encontraron en una población de adolescentes de 12 a 14 años el abuso de alcohol en un 7%. En otro estudio, Perales y col. observaron que las conductas de riesgo en adolescentes se encontraban asociadas al hecho de vivir con su madre con bajo nivel educativo, existencia de una relación conflictiva de pareja, relacionarse con amigos consumidores de sustancias, ser de sexo masculino, edad entre los 15 y 17 años y tener el hábito de ver televisión por más de cuatro horas al día”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 31)

“Se ha encontrado que niños pertenecientes a NSE bajos presentan grados de psicopatología y de otros problemas de salud mental en niveles mayores que los niños de grupos sociales más aventajados. Lipman, en Canadá, halló que las probabilidades de sufrir trastornos psicopatológicos, en un niño que proviene de una familia de no occidentales, estos datos no son necesariamente comparables entre sí, debido en gran medida a las diferencias de un país a otro y por la forma en que se miden los problemas”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 31)

“Sin embargo, por los datos conocidos podemos afirmar que en todo el mundo existen serios problemas en la salud mental del niño y adolescente. Por ejemplo, en la India se notifica un 7-20% de trastornos psiquiátricos entre los niños (4-12 años de edad). En Sudán, las Filipinas y Colombia, los datos muestran que un 12-29% de los niños (5-15 años de edad) padece de trastornos mentales. En la franja de Gaza, 21% de los niños en edad escolar padece de trastornos por ansiedad, una tasa comparable a la de las sociedades occidentales. En la China el 7% de niños, en Japón el 12% de niños y el 19% de niños en Corea sufren de trastornos mentales. En EE.UU. casi el 21% de los niños muestra algún trastorno mental o adictivo diagnosticable, con al menos una discapacidad mínima. En Europa, la prevalencia de trastornos mentales varía, llegando hasta 15% en Finlandia (niños de 8-9 años de edad), 17% en

Suecia (11-13 años de edad), y 39% en Grecia (12-15 años de edad)”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 32)

“Los trastornos depresivos se presentan desde la primera infancia, iniciándose a menudo el trastorno depresivo mayor en la etapa de la adolescencia, asociándose con el deterioro psico-social y la alta frecuencia de conductas suicidas. Las tasas mundiales anuales de suicidio por 100,000, en niños de 5 a 14 años son de 0,5 en niñas y 0,9 en niños y, para adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años, son de 12 para mujeres y 14,2 para varones”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 32)

“En términos generales, según la Federación de salud Mental, los trastornos mentales afectan a un 10-20% de la población infanto juvenil a nivel mundial, siendo estos responsables de 5 de las 10 principales causas de discapacidad en el mundo entre los niños de 5 años en adelante. Los siguientes trastornos han sido identificados por la OMS como inquietudes prioritarias, sobre la base de su prevalencia o su potencial de causar minusvalías, sus posibilidades terapéuticas de recuperación, especialmente a nivel de atención primaria de la salud, y sus consecuencias en el largo plazo: trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos de conducta perturbadora, déficit de la atención con hiperactividad, trastornos de la conducta alimentaria, síndrome de Asperger, autismo, discapacidades en el aprendizaje, trastorno bipolar, abuso de sustancias nocivas, niños afectados por VIH/SIDA, tics o síndrome de Tourette y suicidio entre adolescentes”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 32)

### **Indicadores conductuales de probable patología clínica**

“Al reportar la relación entre trastornos psíquicos y variables sociodemográficas, se han encontrado diferencias según el sexo. Diversos estudios apoyan el hecho de que los problemas del comportamiento son más prevalentes en niños que en niñas. Generalmente se ha encontrado que las niñas evidencian síntomas neuróticos mientras los varones muestran conductas agresivas y destructoras”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 32)

“La asociación entre nivel socioeconómico y grados de psicopatología es otra de las relaciones que resulta necesario profundizar<sup>11</sup>. En Argentina, un estudio efectuado en población urbana de niños de 6 a 11 años, encontró niveles de problemas del comportamiento significativamente más altos en niños de bajo nivel socioeconómico (NSE) en comparación con niños de NSE medio y alto. Esta misma situación se presenta en estudios realizados en Brasil, Puerto Rico y Chile”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 32)

“Livia, en una población de escolares peruanos de 6 a 11 años, encontró que la prevalencia de trastornos emocionales y conductuales fue de 18%, con un intervalo de confianza de 14 a 20%<sup>50</sup>. Mendoza, en una población de niños peruanos de 6 a 11 años, encontró que la prevalencia de trastornos emocionales y conductuales es del 15,4% y que de esta población únicamente consultó el 23%”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 32)

### **Trastornos clínicos**

“El término de “trastorno” se suele aplicar a cualquier alteración genérica de Salud Mental, sea esta debida o no a una alteración somática conocida. Las dos clasificaciones psiquiátricas más utilizadas en la actualidad son la CIE-10 de la Organización Mundial de Salud y el DSM-IV de la Asociación Americana de Psiquiatría”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 32)

### **Ansiedad**

“Los trastornos de ansiedad se encuentran entre los problemas emocionales y de comportamiento que con más frecuencia se presentan en la niñez y adolescencia. Las situaciones ansiógenas tales como el inicio del colegio, mudanzas o la pérdida de algún familiar pueden propiciar la aparición de reacciones de ansiedad o de un trastorno de ansiedad”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 33)

“Aproximadamente el 13% de niños y adolescentes entre los 9 y 17 años experimentan algún tipo de trastorno de ansiedad; siendo las niñas más afectadas que los niños. Cerca de la mitad de los niños y adolescentes con estos trastornos padecen un segundo trastorno de ansiedad u otro trastorno mental o de comportamiento, como la depresión. Además, los trastornos de ansiedad pueden coexistir con trastornos de salud físicos que necesitan tratamiento”: (Anales de Salud Mental, 2012, p. 33)

“Recientes investigaciones han confirmado que el carácter del niño (a) o adolescente puede jugar un papel importante en el origen de estos trastornos. Por ejemplo, algunos niños suelen ser muy tímidos y adoptar una actitud retraída fuera del ámbito familiar, convirtiéndose en un posible signo de riesgo para desarrollar estos trastornos. La investigación en esta área es muy compleja, debido a que los miedos en la niñez a menudo suelen desaparecer al crecer. Se hace hincapié en que se debería realizar una observación más cuidadosa cuando los niños tienen entre 6 y 8 años, debido a que en este período el miedo de los niños a la oscuridad y a las criaturas imaginarias disminuye y se acrecienta la ansiedad hacia el rendimiento escolar y las relaciones sociales. Un exceso de ansiedad en los niños de esta edad puede ser una señal de alarma en cuanto al posterior desarrollo de trastornos de ansiedad”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 33)

“Diversos estudios sugieren que los niños y adolescentes tienen más posibilidad de desarrollar este trastorno si sus padres lo padecen. Sin embargo, no existen pruebas fehacientes si los trastornos son ocasionados por la biología, el entorno o ambos. Son necesarios más datos para clarificar si los trastornos de ansiedad pueden ser hereditarios”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 33)

## **Depresión**

“Los niños y los adolescentes al igual que los adultos pueden sufrir de depresión. Este es un trastorno que se presenta de muchas formas, con grados y duración variados. Es definida como un trastorno cuando los síntomas depresivos persisten en el tiempo e interfieren con las capacidades productivas y relacionales. Su etiología es multicausal y hasta la actualidad no está totalmente clara. Puede ser desencadenada por eventos estresantes como maltrato, problemas en la escuela, pérdida de seres queridos, divorcio de los padres, problemas de aprendizaje, alteraciones físicas o problemas médicos; sin embargo, también puede producirse sin una causa específica. Si en la familia hay antecedentes de depresión, el niño y/o adolescente tendrá mayor riesgo de presentarla”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 33)

“Estudios realizados en EE.UU. indican que alrededor del 5% de los niños y adolescentes de la población general padece de depresión en algún momento de su vida<sup>53</sup>. En la infancia tanto los niños como las niñas tienen el mismo riesgo de desarrollarla, en la adolescencia las niñas tienen 2 veces más riesgo de presentarla. La depresión es más seria cuando se presenta antes de los 10 años de edad y no es desencadenada por ningún evento estresante”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 33)

“En el Perú, según los Estudios Epidemiológicos del INNSM “HD-HN” en Salud Mental 2002-2007, el episodio depresivo es el trastorno clínico más frecuente en adolescentes (8,6%-Lima; 5,7%-Sierra; 4,7%-Selva; 4,2%-Fronteras y 4,4%-Costa. Otro estudio realizado en adolescentes de la ciudad de Huancayo, encontró una prevalencia de 12,08%, de acuerdo a puntajes obtenidos en el Inventario de Depresión para niños”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 33)

### **Indicadores suicidas**

“El suicidio entre los adolescentes ha tenido un aumento dramático en los años recientes, convirtiéndose en la tercera causa de muerte más frecuente para los jóvenes entre 15 y 24 años de edad, y la sexta causa de muerte para los niños y adolescentes entre 5 y 14 años. Experimentan fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas sobre sí mismos,

presión para lograr éxito, inquietudes financieras y otros miedos mientras van creciendo. Para algunos adolescentes, el divorcio, la formación de una nueva familia con padrastros y hermanastros o las mudanzas a nuevas comunidades pueden perturbarlos e intensificarles las dudas acerca de sí mismos. En algunos casos, el suicidio aparenta ser una “solución” a sus problemas”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 34)

“Existen factores, denominados “riesgos”, que pueden dar indicios sobre la posibilidad de una conducta suicida en un individuo, tales como, la “ideación suicida”, que es el más importante indicador de suicidio; los “intentos previos”, aumenta su riesgo de consumar al suicidio en un futuro; si el “plan” se encuentra estructurado o utiliza “métodos” peligrosos (ahorcamiento, uso de arma blanca etc.) el riesgo es mayor. Con respecto al “sexo”, si bien los intentos de suicidio son más frecuentes en las mujeres, el 75% de los suicidios consumados corresponde a los hombres. Las tasas van aumentando con la edad, aunque las tentativas en personas jóvenes son más frecuentes, sobre todo debido a problemas con sus padres o por la muerte o desaparición de un miembro de la familia. En los estudios del INSM, en Lima representa el 54.1%-lima57, 70-5% - sierra58, 50.6% - selva59, 61.4% - fronteras60, 60.1% - costa y 88.2% - lima rural”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 34)

“Según la OMS, la tasa de suicidio en edades de 5 a 14 años es muy baja. Los índices para las niñas se sitúan en un rango de 0 a 1,1 por 100.000, mientras que en niños presentan un rango de 0 a 2,5 por 100.000. Aproximadamente el 2% de los preadolescentes en la población general presenta un intento de suicidio. En Estados Unidos, la tasa de suicidio entre los 10 y los 14 años es 1,6 por 100.000, que representa el 1% de todos los suicidios y, entre los 15 y los 19 años, es de 9,5 por 100.000, que representa aproximadamente el 6%”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 34)

“Se estima que la tasa de intentos de suicidio en los estudiantes de bachillerato es del 11% y del 15-18% de los universitarios. Se ha encontrado que aproximadamente el 9% de los adolescentes en general ha presentado una tentativa de suicidio”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 34)

“En todos los países los índices de suicidio varían ampliamente según la OMS: en chicas, desde 1,1 a 17,2 por 100.000; para los chicos, el rango va de 5,0 a 61,0 por 100.000. Las chicas cometen más tentativas autolíticas que los chicos. Sin embargo, la ratio de suicidio es más elevada en los varones que en las mujeres”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 34)

“Los suicidas tienden al aislamiento social, experimentan dificultades interpersonales en mayor grado, baja autoestima y desconfianza hacia los demás. Es frecuente la hostilidad, la rabia, la baja tolerancia a la frustración y la impulsividad” (Anales de Salud Mental, 2012, p. 34).

“Aunque algunos adolescentes – predominantemente chicos que sufren un trastorno depresivo mayor- parecen haber pensado en el suicidio durante algún tiempo y a menudo preparan algún plan para su muerte, la mayoría de suicidios en adolescentes parecen ser impulsivos. El suicidio suele estar precedido por un evento estresante, como tener problemas en la escuela o alguna institución legal, una ruptura con el enamorado o enamorada, o una discusión entre amigos”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 34)

“También puede precipitar el suicidio, en un joven presumiblemente suicida, la exposición a noticias de suicidio de otra persona, leer o ver un suicidio relatado en un libro, revista o periódico” (Anales de Salud Mental, 2012, p. 34).

“Según los Estudios Epidemiológicos del INSM, la prevalencia de vida de los deseos suicidas en población adolescente es alta, “alguna vez en su vida ha presentado deseos suicidas”: 29.1% en Lima<sup>57</sup>, 29.6% en 3 ciudades de la Sierra<sup>58</sup>, 25.4% en 3 ciudades de la Selva<sup>59</sup>, 25.6% en 5 ciudades de Fronteras<sup>60</sup>, 29,0% en 5 ciudades de la Costa y 29,0% en Lima Rural”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 34)

“Los trastornos depresivos en los niños y adolescentes tienen como una complicación grave las conductas suicidas. En un estudio realizado en pacientes menores de 18 años, que fueron admitidos en el Hospital Nacional Cayetano Heredia por intento de suicidio, se diagnosticó trastorno depresivo mayor en el 91,7% y trastorno distímico en el 79,2%”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 35)

### **Violencia y adicciones**

“Los estudios sobre la violencia revisten suma importancia, debido no sólo a su alta prevalencia en nuestro país, sino también a la falta de servicios, los altos costos y complicados procedimientos médicos y judiciales, así como a las creencias, mitos e imaginarios sociales frente al maltrato, tendiendo a que su recurrencia sea intergeneracional. Estas situaciones obstaculizan para que puedan recibir ayuda y los apoyos adecuados”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 35)

“La violencia contra los niños se presenta bajo diversas formas y depende de una amplia gama de factores, desde las características personales de la víctima y el agresor hasta sus entornos culturales y físicos. Sin embargo, gran parte de la violencia ejercida contra los niños permanece oculta por muchas razones. La aceptación social de la violencia es también un factor importante. Tanto los niños como los agresores pueden aceptar la violencia física, sexual y psicológica como inevitable y normal”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 35)

“La violencia suele pasar en muchas ocasiones desapercibida porque no existen vías seguras o fiables para que los niños o adultos lo denuncien. En numerosos países se señala que entre un 80% y un 98% de los niños sufren castigos corporales en el hogar y que un tercio o más son muy graves e incluso utilizan diversos “utensilios”. La encuesta mundial de salud realizada en las escuelas ha mostrado recientemente que 38.0% de los estudiantes refirieron haber sido agredidos físicamente al menos una vez en el último año, 47.5% reportó haberse sentido intimidado o humillado uno o más días y, entre los que fueron intimidados, 9.5% refieren que fueron víctimas de golpes, patadas o

empujones. La OMS calcula que 150 millones de mujeres y 73 millones de hombres menores de 18 años tuvieron relaciones sexuales forzadas o sufrieron otras formas de violencia sexual con contacto físico”: (Anales de Salud Mental, 2012, p. 35)

“Las adicciones en los adolescentes constituyen un problema de salud público, generan graves problemas sociales, y son altamente costosos. Los costos humanos y económicos relacionados con la morbilidad y mortalidad ocasionadas por el uso de sustancias adictivas neutralizan cualquier ganancia monetaria que los gobiernos puedan obtener mediante impuestos y otras medidas económicas en ese campo. El Informe sobre la Salud en el Mundo 2002 señaló que el 8,9% de la carga total de morbilidad se debe al consumo de estas sustancias. Las adicciones, sin embargo, incluyen no sólo el consumo de sustancias psicoactivas, sino todo acto consciente que involucra cambios en la conciencia, humor, pensamiento y conducta para continuar realizando un acto que produce efectos nocivos en la salud física y mental del sujeto y su entorno”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 35)

### **Vida familiar**

“Las concepciones etiológicas de la psicopatología de niños y adolescentes casi siempre han otorgado un papel central a la familia; por este motivo, debemos considerar los aportes de la genética al estudio de la familia. Wickramaratane y Weissman (1998) refieren que, en estos trastornos, los factores genéticos explican una parte significativa de la vulnerabilidad”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 35)

“Huizink y col. (2002) señalan que el período embrionario y fetal es susceptible a influencias de tóxicos y estrés materno, que pueden dar lugar a características temperamentales de riesgo. Por otro lado, según Van Ijzendoorn y col. (1999), tanto las madres como los padres con trastorno mental o en situaciones conflictivas tienen mayor probabilidad de establecer con sus hijos una vinculación insegura, la cual se puede transmitir de modo intergeneracional. Así mismo, Asarnow

y col. (1993) indican que la emoción expresada agrava y/o mantiene los trastornos psiquiátricos de los hijos<sup>69</sup>. Finalmente, como refiere Cummings y Cummings (1988), en situaciones familiares conflictivas o discordantes, los hijos varones tienden a responder mayoritariamente con sintomatología externalizada y las mujeres con sintomatología internalizada”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 35)

### **Estilos de crianza**

“La familia tiene una influencia primordial en el desarrollo socioafectivo del infante. Los modelos, valores, normas, roles y habilidades se aprenden durante el período de la infancia, la cual está relacionada con el manejo y resolución de conflictos, las habilidades sociales y adaptativas, con las conductas pro sociales y con la regulación emocional, entre otras. Aunque los factores que afectan el desarrollo de los niños y niñas son multifactoriales, es importante identificar la influencia de la familia y de los estilos y pautas de crianza en el desarrollo socioafectivo, los factores de riesgo y problemas de salud mental en la infancia, tales como: la depresión infantil, agresividad, baja autoestima, problemas en conductas adaptativas, entre otras”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 36)

Solís-Camara et al. (2007) como se citó en Anales de Salud Mental (2012) “definieron la crianza como las actitudes y comportamientos de los padres y realizaron investigaciones para establecer los factores que afectan la participación de éstos, identificando el bienestar subjetivo, las actitudes y las expectativas sobre el desarrollo del niño” (p. 36).

“Los cambios, en las interacciones y en las pautas de crianza de la familia, pueden afectar los estilos parentales y el desarrollo socioafectivo en la infancia. Así, para Cabrera, Guevara & Barrera (2006), la red familiar se reorganiza y las relaciones se redefinen permanentemente, produciéndose en las interacciones negativas en la

familia desajustes psicológicos en los hijos, lo cual dependerá del grado de satisfacción que se tenga por ser padre. De igual manera, los conflictos que enfrentan los padres diariamente y el estrés experimentado, debido a funciones relacionadas con la crianza, pueden influir sobre las características de los hijos y su ajuste emocional”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 36)

Castro, J (2005) como se citó en Anales de Salud Mental (2012)

“Desde otro contexto, también ha señalado que los estilos de crianza en situaciones de pobreza tienen influencias en el comportamiento de los niños y ha descrito una tipología de familias “difíciles” dentro de los condicionamientos de privación o de privación derivados de la pobreza, la marginación o la exclusión, para finalmente poner énfasis en el carácter conflictivo de las relaciones entre adultos y niños”. (p. 36)

#### **1.4.Determinantes Sociales De La Salud Mental Del Niño Y Del Adolescente**

##### **A. POBREZA Y DESIGUALDAD**

“Alrededor de 270 millones de niños y niñas, que representan un poco más del 14% de la población infantil de los países en desarrollo, no tienen acceso a los servicios de salud. En América Latina y el Caribe estos llega a 7 millones<sup>14</sup>”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 28)

“Las políticas económicas de la última década, en lugar de lograr la equidad entre las personas, han promovido el incremento de las desigualdades sociales, expresadas en inequidad de ingresos, control de recursos y bienes, acceso al crédito, capacidad funcional (salud, educación y nutrición) y en acceso a servicios. Entre el año 1997 al 2000 la desigualdad de la distribución en el gasto aumentó, el coeficiente de Gini, indicador de desigualdad, alcanzó el nivel de 0.403, mayor al 0.386 de 1997 y 0.392 de 1994. Aunque la pobreza extrema ha disminuido, la pobreza total ha tendido al aumento no definido”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 28)

“Las encuestas nacionales del 2004 nos muestran que más de la mitad de la población peruana se encuentra en situación de pobreza, específicamente

cerca de un tercio de la población en Lima, un 72% en la sierra y un 68.7% en la selva. Si comparamos las zonas urbanas, las ciudades de la selva muestran el nivel más alto con un 62.4%. Lo mismo ocurre con la extrema pobreza, llegando en dichas ciudades a una prevalencia del 34.9%”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 28)

“Las condiciones inadecuadas de vivienda, el hacinamiento, el desempleo o las malas condiciones de trabajo infanto-juvenil crean un clima nocivo para la salud mental de esta población, que deriva fácilmente en situaciones de estrés, ansiedad, depresión y desesperanza. La OMS en su informe anual de salud del año 2001 enfatizó la relación entre la pobreza y la salud mental, en especial con el episodio depresivo”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 28)

### **1.5.Desarrollo del niño y adolescente**

“Psicólogos, filósofos, médicos y sociólogos, amparados en diversos estudios sobre el desarrollo, han planteado diferentes teorías sobre la influencia de la naturaleza en el proceso de desarrollo de los individuos” (Anales de Salud Mental, 2012, p. 29).

“El niño y la niña desde su nacimiento empiezan a relacionarse con los otros. El niño es un sistema humano completo que tiene la plena capacidad de interactuar con las personas que lo rodean, transformarse en este intercambio y modificar su entorno. Tiene intereses, preferencias, tendencias y rasgos propios, de igual valor existencial que los adultos”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 29)

“La infancia o niñez son periodos de la vida en el cual se da un crecimiento acelerado y transformaciones intensas en diversas áreas, que llevan a una mayor y compleja diferenciación progresiva de sus funciones, pensamiento, sentimientos, relaciones etc” (Anales de Salud Mental, 2012, p. 29).

“Las investigaciones han demostrado que los bebés llegan al mundo con habilidades que les permiten su adaptación al entorno de manera activa, y que los niños y las niñas pueden tomar autónomamente una serie de

decisiones acertadas para su buen desarrollo. Si bien son personas vulnerables, por su estado de desarrollo en proceso, esto no equivale de ninguna manera a decir que son seres desvalidos, cuentan con diversas capacidades que les permiten interactuar con su ambiente de manera exitosa, transformándolo y transformándose a sí mismos(as)". (Anales de Salud Mental, 2012, p. 29)

“Existe un potencial humano extremadamente rico que permite a los niños y las niñas desde muy temprana edad establecer interacciones de manera dinámica y exitosa con sus entornos de vida, aun en las condiciones más adversas. Otros estudios también dan cuenta de este potencial adaptativo que les permite crecer y superar los diversos obstáculos de su ambiente: pobreza, insalubridad, violencia etc. Este potencial viene a ser la contraparte positiva del concepto de vulnerabilidad, que nos permite señalar que, si bien nuestros niños y niñas son vulnerables al riesgo, pueden salir adelante sin ser necesariamente derrotados por é”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 29)

“Jean Piaget, planteo que el desarrollo del niño (a) ocurre en cuatro fases: sensorio-motor, preoperatorio, de las operaciones concretas y de las operaciones formales. La experiencia sensorio-motriz va haciendo que el niño comience a desarrollarse y adquiera el pensamiento, que se va complejizando desde lo concreto hacia lo abstracto”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 29)

“Erik Erikson, al igual que Piaget, sostuvo que los niños se desarrollan en un orden predeterminado y, en vez de centrarse en el desarrollo cognitivo, se interesó en cómo los niños se socializan y cómo esto afecta a su sentido de identidad personal. Su teoría del desarrollo psicosocial está formada por 8 etapas distintas y, según ella, la culminación exitosa de cada etapa da lugar a una personalidad adecuada para interactuar acertadamente con los demás. El fracaso a la hora de completar con éxito una etapa puede dar lugar a una capacidad reducida para terminar las otras etapas y, por lo tanto, a una personalidad y un sentido de identidad inadecuada”. (Anales de Salud Mental, 2012, p. 29)

“Según Vygotsky y la Teoría del aprendizaje y Desarrollo, el niño nace en una etapa histórica precisa y, por tanto, en un mundo de objetos materiales y espirituales culturalmente determinados; es decir, su medio más específico se encuentra condicionado por la cultura de su espacio más cercano, por las condiciones de vida y educación en las cuales vive y se desarrolla. Su medio social no es simplemente una condición externa en el desarrollo humano, sino una verdadera fuente para su desarrollo, ya que en él están contenidos todos los valores y capacidades materiales y espirituales de la sociedad donde vive. El niño no es un simple receptor sino que participa activamente en el proceso, interactúa no solo con los objetos materiales y culturales sino que se encuentra inmerso en una interrelación permanente con los sujetos que le rodean; y es a los adultos, a quienes corresponde facilitarle los recursos necesarios para que pueda desarrollar sus habilidades a través de su propio aprendizaje”: (Anales de Salud Mental, 2012, p. 29)

“Por su parte, Wallon considera que en el desarrollo humano se produce una transición desde lo biológico o natural a lo social o cultural. En este planteamiento, se tiene en cuenta, que tanto los factores sociales como los biológicos pueden ser considerados innatos o adquiridos, dado que unos se construyen gracias a la presencia de otros y que las diferencias biológicas pueden acabar convirtiéndose en sociales. El desarrollo biológico, gracias a las instrucciones genéticas, hace posible que se cree la función, pero dicha función sin un medio sobre el que actuar quedaría atrofiado. De este modo, se considera que lo biológico y lo social constituyen un dúo dialéctico”: (Anales de Salud Mental, 2012, pp. 29-30)

## CAPÍTULO II

### “IMPORTANCIA DE LA SALUD MENTAL EN LOS NIÑOS”

Según Ochando (2013):

“El desarrollo de estrategias para promover la Salud Mental de los niños es de una importancia fundamental para el posterior desarrollo individual y social. La promoción de la Salud Mental es relevante para todo el mundo, sin distinción de edad, raza, religión, género, estado de salud, habilidades o discapacidades. No hay salud sin Salud Mental, ni puede esperarse Salud Mental en el adulto si no ha existido en la infancia. Es fundamental contemplar al niño como unidad bio-psico-social, atendiendo a sus necesidades y problemas en todos los ámbitos de su vida, considerándolos como un todo y no como aspectos aislados y parciales y en su contexto familiar, inseparable de él”. (párr. 1)

“La infancia y la adolescencia tienen un sentido propio, unas características diferentes a las de los adultos, y es necesario tenerlas en cuenta, remarcando el carácter evolutivo del desarrollo en estos periodos, apreciando que se trata de una población muy influenciada por el entorno, en la que los factores del medio que rodea al niño son fundamentales para la intervención eficaz y la comprensión del origen de su trastorno. Las etapas evolutivas desde el nacimiento a la adolescencia, tienen especificidades que requieren intervenciones y estrategias diferenciadas y propias de cada etapa. Esto debe reflejarse en la práctica clínica y en la formación y selección del equipo de Salud Mental que atienda a los niños y jóvenes, que deberán ser especialistas en la materia, ya que se requieren conocimientos y habilidades diferentes de las que se necesitan para atender a adultos”. (Hidalgo, s.f., pp. 181-182)

## **2.1. Importancia de la salud mental en la infancia**

Morlet (s.f.):

“El bienestar emocional, es sin duda una de las principales herramienta para enfrentar la vida de manera asertiva en los diferentes momentos del ciclo vital del ser humano. En todo el mundo se reconoce esta importancia y se implementan cada día, estrategias para identificar y tratar las diferentes situaciones que pueden afectar el desarrollo emocional adecuado del ser humano. A pesar de que sin duda este intento es valioso, no se ha puesto en perspectiva la gran importancia de la identificación, en la infancia temprana, de aquellas situaciones que podrían marcar la gran diferencia entre llevar una vida plena y emocionalmente satisfactoria o no. La Asociación Mundial de Psicología y Psiquiatría del lactante propone especial atención al bienestar emocional desde el nacimiento hacia los 3 años en vista de que, en este período, las bases de la personalidad y su organización se han cimentado: de esta manera todo lo que ocurra en estos años será decisivo para el resto de la vida”. (párr. 1)

“Es importante señalar el hecho de que, hasta hace poco, se consideraba que los problemas emocionales comenzaban después de la infancia: hoy sabemos que muchos de estos inician en los primeros años de vida. Aún en países desarrollados se sabe que 1 de cada 10 niños sufren de un problema emocional suficientemente importante como para ocasionar algún grado de alteración en su funcionamiento en general y 1 de cada 5 niños reciben tratamiento; tal vez como resultado del estudio de uno de los problemas más frecuentes en la infancia como es el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. De ninguna manera se persigue poner nombres a los problemas emocionales de los niños sino encontrar soluciones con el fin último de conseguir un desarrollo pleno y evitar consecuencias importantes en las siguientes etapas del ciclo vital”. (párr. 2)

“Se sabe sin duda por medio del conocimiento empírico y por estudios científicamente sólidos que lo que ocurre en los primeros años de vida es

decisivo para los seres humanos tanto en aspectos de salud física, psicológica y social: bajo esta perspectiva sería muy razonable poner atención en sistemas eficientes y multidisciplinarios de atención que permitan la identificación y tratamiento de aquellas situaciones en la infancia temprana que pueden tener una repercusión importante”. (párr. 3)

“Es de gran importancia conseguir sensibilizar a las personas encargadas de los cuidados del infante incluyendo el ambiente escolar, los padres y personas cercanas al niño y al contexto sociocultural en el que se desarrolla, acerca de lo decisivo que puede ser la identificación y tratamiento en etapas tempranas de problemas emocionales: Esta tarea puede llevarse a cabo solamente si existe un trabajo multidisciplinario y humano, así como una apertura al conocimiento”. (párr. 3)

## **2.2. Obstáculos para conseguir la salud mental en la infancia**

### **a) Pobreza**

“Influye tanto en el desarrollo infantil como en su capacidad de adaptación. La pobreza, el acceso restringido a los requerimientos básicos de bienestar, a los servicios urbanos y de salud, todos ellos no solo influyen en la salud, nutrición, etc., sino que igualmente en el tipo y calidad de las interacciones con los padres”. (Morlet, s.f., párr. 4)

### **b) Prematurez y enfermedades**

“Las dificultades y problemas biológicos secundarios al nacimiento prematuro o al padecimiento de alguna enfermedad, van a impactar en el tipo de relación temprana que se instala con los padres y equipos médicos, quienes iniciarán sus relaciones tempranas con su bebé con serias exigencias dado el estado físico y emocional de su recién nacido. Las hospitalizaciones menores de una semana no causan efecto alguno en el bebé, a menos que sean eventos frecuentes”. (Morlet, s.f., párr. 4)

“Las limitaciones físicas en el recién nacido limitan y aumentan la dificultad de una fácil "sintonía afectiva", entre el bebé y sus padres. Será fundamental la

intervención del clínico en salud mental infantil en este proceso, para prevenir secuelas en el bebé, los padres y en la relación de ambos”. (Morlet, s.f., párr. 4)

**c) Parentalidad adolescente**

Morlet (s.f.):

“De elevada frecuencia en nuestro país, la madre adolescente es son un alto riesgo para el desarrollo de su bebé y de ellas mismas y del padre. Se ha observado que tanto sus bebés como ellas enfrentan a mediano y largo plazo dificultades psicológicas, sociales y económicas. Los factores de protección identificados son de parte de la madre su capacidad de "resiliencia" y su "sostén social", en donde es fundamental en nuestras sociedades la familia extensa y es de riesgo la migración”. (párr. 5)

**d) Enfermedad mental parental**

“Es una limitante importante ya que no posibilita una relación parental "suficientemente buena" para el lactante. Estudios referentes a la depresión, esquizofrenia, adicciones y trastornos de la alimentación, muestran que las madres no pueden reconocer las necesidades fisiológicas de su bebé, y responden principalmente a sus temores reflejándose en el tipo de maternaje”. (Morlet, s.f., párr. 7)

**e) Padres adictos**

“En México y otros Países es un problema serio, el alcoholismo representa el 9% del peso total de la enfermedad, la muerte por cirrosis ocupa el primer lugar en la población masculina joven, el uso de la cocaína ha aumentado en los sectores pobres. Con mecanismos fisiológicos y conductuales que pueden afectar al niño directamente (prenatal) e indirectamente (postnatal), a corto y largo plazo, son un serio factor de riesgo. De aquí la necesidad de un trabajo estrecho entre los especialistas en adicciones, salud mental infantil, educadores y padres de familia”. (Morlet, s.f., párr. 8)

**f) Maltrato**

“Existen muchas opiniones al respecto, argumentos, experiencias y anécdotas que intentan racionalizar y hasta minimizar el problema; lo cierto es que actualmente existe suficiente evidencia tanto en modelos experimentales en

animales como en el propio ser humano de que los golpes y otras agresiones físicas o verbales, no importa cuál sea su intensidad y frecuencia provocan daños emocionales importantes en los niños a cualquier edad pero sobre todo en los primeros años de vida. Muchos padres y personas relacionadas con el cuidado de los infantes consideran alguna forma de violencia necesaria en la educación; sin embargo, con frecuencia sólo se consigue generar miedo como un factor en la relación de padres e hijos, no promueve el desarrollo positivo e incrementan la posibilidad de problemas de conducta. Asimismo, los niños aprenden que el ejercicio de la violencia es una manera de resolver los problemas”. (Morlet, s.f., párr. 9)

“Una de las formas de maltrato que se ha identificado desde hace muchos años con el desarrollo de problemas emocionales en los niños y posteriormente en los adultos es el abuso sexual, principalmente en menores de seis años. Frecuentemente el abusador es parte del entorno próximo del niño(a), padres, familiares, amistades, y el niño(a) no lo denuncia como tal por las mismas razones. Desnutrición, como una forma de abuso y abandono en niños(as) menores de dos años, no se les alimenta adecuadamente y con cierta frecuencia los padres padecen de alguna enfermedad mental”. (Morlet, s.f., párr. 10)

### **2.3. Estrategias para conseguir la salud mental en los niños.**

- ✓ Promover la información acerca de la salud mental en las diferentes etapas del desarrollo incluyendo la infancia.
- ✓ Considerar la evaluación y, cuando así se requiera el tratamiento de las personas encargadas del cuidado de los niños.
- ✓ Trabajar con programas que intenten mejorar la calidad de vida del niño así como los factores que repercutan de manera negativa como la pobreza, paternidad adolescente, maltrato físico, la salud mental de los padres considerando también las adicciones.
- ✓ Promover y mejorar la calidad de vida en el cuidado de los niños generando entonces experiencias positivas.

- ✓ Identificar y tratar los problemas emocionales y de conducta en los niños así como minimizar los efectos negativos asociados por medio de un manejo multidisciplinario.
- ✓ Fortalecer la intervención y asesoría psicológica en las escuelas o guarderías para la intervención temprana de los problemas.
- ✓ Fortalecer de manera positiva las relaciones de los niños con los cuidadores, entorno escolar y familia.
- ✓ Mejorar el entrenamiento de los profesionales de la salud en la atención del niño.

#### **2.4. Cómo promover la salud mental en la niñez y la adolescencia**

“La salud mental es difícil de definir porque tiene que ver con la interacción de factores individuales y sociales. Tampoco es posible trazar una línea divisoria entre el que es sano mentalmente y el que no lo es, pues la salud mental tiene múltiples matices”. (Giraldo, s.f., p. 3)

“Según la enciclopedia Wikipedia, los conceptos de salud mental incluyen el bienestar subjetivo, la autonomía, la competitividad y el potencial emocional, entre otros. La OMS plantea que no existe una definición "oficial" sobre lo que es salud mental y que cualquier definición al respecto estará siempre influenciada por diferencias culturales, asunciones subjetivas, disputas entre teorías profesionales y demás”. (Giraldo, s.f., p. 3)

“Sin embargo, hay un punto en común en el cual coinciden los expertos: "salud mental" y "enfermedades mentales" no son dos conceptos opuestos, es decir, la ausencia de un reconocido desorden mental no indica necesariamente que se tenga salud mental”. (Giraldo, s.f., p. 3)

“Otro aspecto que es necesario mencionar es que la salud mental no se logra mantener durante toda la vida. Es algo que se va construyendo, por lo que hay períodos de la vida en que se altera el equilibrio mental y otros períodos en los que hay armonía”.

“La salud mental se puede observar en tres aspectos básicos:

- ✓ En la relación consigo mismo
  - ✓ En la relación con los demás
  - ✓ En la forma en que se responde a las situaciones de la vida”
- (Giraldo, s.f., p. 3).

“Cuando hay adecuada relación consigo mismo se obsceño vive angustiada por el futuro o por el pasado, solo vive las circunstancias según van llegando y afronta los problemas sin temores. Tampoco está culpando de sus fracasos a la suerte o a las circunstancias adversas de la vida”. (Giraldo, s.f., p. 3)

“Los tres aspectos mencionados podrían orientar a los acompañantes de niños, niñas y adolescentes en la crianza para evaluar la salud mental en la niñez y la adolescencia. Pero en la crianza, cuando se busca una respuesta ante la conducta de un sujeto de crianza hay que dirigir primero la pregunta a adultos acompañantes”. (Giraldo, s.f., p. 4)

### **¿Cómo está su salud mental?**

“La vida acelerada y dominada por el consumismo no da mucha oportunidad para preguntarse por la salud mental. Los modelos estereotipados por los medios de comunicación muestran un papel de persona equilibrada, pero en la vida real estos mismos modelos caen en estados depresivos y son desechados cuando no responden a las exigencias del medio”. (Giraldo, s.f., p. 4)

“Los adultos acompañantes cada vez son más complacientes con los niños, niñas y adolescentes y tienen grandes dificultades para poner límites. Las largas jornadas laborales de estos adultos y las actividades de la niñez y adolescencia dirigidas a la informática y menos a las personas hacen que establecer un diálogo entre los actores de la crianza se haga cada vez más difícil”. (Giraldo, s.f., p. 4)

“Cada día es más complicado llenar las expectativas de niños, niñas, adolescentes y adultos, porque la búsqueda de la felicidad se hace afuera y no se piensa que está en el interior de las personas, en las pequeñas cosas de la vida”. (Giraldo, s.f., p. 4)

“En medio de este panorama de la vida moderna, los niños, niñas y adolescentes siguen siendo personas sensatas que comprenden cuándo las cosas no marchan bien y la forma que ellos encuentran para expresar su inconformismo es con comportamientos que sus padres no aprueban”. (Giraldo, s.f., p. 4)

“Este lenguaje infantil no es comprendido en la mayoría de los casos por los adultos acompañantes, por lo que algunos niños son culpabilizados, castigados y a veces medicalizados por comportamientos que no aprueban los padres o, en el mejor de los casos, son llevados a un profesional para que los encamine de nuevo”. (Giraldo, s.f., p. 4)

### **Manifestaciones comunes en la alteración de la salud mental**

“Estas manifestaciones se explicarán en relación con los tres aspectos básicos expuestos” (Giraldo, s.f., p. 4).

#### **Relación consigo mismo**

“Cuando se altera la relación consigo mismo se suele observar baja autoestima, manifestada por mal rendimiento escolar, poca persistencia en las tareas y escasa autoconfianza” (Giraldo, s.f., p. 5).

“Por lo general, estos niños, niñas y adolescentes están acompañados de adultos con baja autoestima y problemas como depresión, y que con frecuencia no logran reconocer las cosas positivas de las personas” (Giraldo, s.f., p. 5).

#### **Relación con los demás**

“Cuando se altera la relación con los demás se suele manifestar como aislamiento, con poca capacidad de socialización y dependencia exagerada de problemas familiares, ya que ellos logran comprender muchas situaciones de la vida y cuando se sienten excluidos reaccionan con inseguridad”. (Giraldo, s.f., p. 5)

“El maltrato físico o psicológico produce muchas secuelas negativas en la salud mental en la niñez y la adolescencia, por lo que es necesario hacerles sentir a los niños, niñas y adolescentes que son seres humanos valiosos y que son aceptados tal como son”. (Giraldo, s.f., p. 6)

“Los niños y niñas en edad escolar suelen manifestar algunos temores cuando se separan por largos períodos de sus padres y al dormir. Hay que evaluar y comprender estas angustias sin recriminarlos por su cobardía. Cuando estas conductas generan dificultades familiares o sociales, los padres deben preguntarse sobre sus propios temores, pues casi siempre las angustias en la niñez y la adolescencia se correlacionan con las angustias de los padres”. (Giraldo, s.f., p. 6)

“Los niños, niñas y adolescentes requieren espacios de tranquilidad, pues los sitios llenos de ruido y gente no permiten el descanso cerebral ni el autorreflexión para mejorar la salud mental. Algunos padres buscan desde que nacen acostumbrarlos a la vida agitada, lo cual suele generarles mucha ansiedad e inquietud”. (Giraldo, s.f., p. 6)

“En el acompañamiento para promover la salud mental se debe observar el estado de las relaciones sociales de los niños porque la capacidad de separarse de los padres y ampliar las relaciones fuera del hogar indica que hay menos angustia de separación y confianza en los otros, lo que permitirá en un futuro crear lazos afectivos armónicos y duraderos”. (Giraldo, s.f., p. 6)

“Las madres deben estimular que el padre intervenga en la relación madre-hijo, lo cual le enseña al niño o niña los límites con respecto a la madre y asegura un mejor contacto con el mundo” (Giraldo, s.f., p. 6).

“El adulto debe ser un ejemplo de salud mental para los niños, niñas y adolescentes” (Giraldo, s.f., p. 6).

“Llevar una vida sana, sin muchas actividades a la vez, con espacios para el descanso y la familia, son modelos de vida que el niño intentará seguir” (Giraldo, s.f., p. 6).

“Las normas claras permiten límites y organizan la cotidianidad. Este hecho se ve reflejado en un orden mental que permitirá mejores relaciones consigo mismo, con los otros y con el entorno” (Giraldo, s.f., p. 6).

“Reconocer las limitaciones y las actitudes equivocadas permite al niño, niña o adolescente ponerle palabras a sentimientos de malestar que se experimentan cada día, proceso en el que se irá formando para buscar la solución de los problemas en su interior y no en los distractores que ofrece la sociedad de consumo”. (Giraldo, s.f., p. 6)

“Los adolescentes piden respeto y límites claros. Cuando se logra una comunicación adecuada con los adolescentes, habrá menos conflictos en la familia y, por lo tanto, estos podrán tomar mejores decisiones, para lograr lo cual los padres deben haber empezado con el proceso de respeto y comunicación desde cuando nace el niño o la niña”. (Giraldo, s.f., pp. 6-7)

“En caso de conductas que llamen la atención de los adultos acompañantes en la crianza, como depresión, irritabilidad, ansiedad, problemas sociales, dificultades para afrontar las circunstancias de la vida, se debe tratar de buscar una solución en la relación y buscar asesoramiento profesional si no se consiguen resultados rápidamente”. (Giraldo, s.f., p. 7)

“Hay que tener en cuenta que en muchas ocasiones es la actitud del adulto la que debe cambiar para que se solucionen los problemas de comportamiento de niños, niñas y adolescentes” (Giraldo, s.f., p. 7).

## CONCLUSIONES

**PRIMERA:** Las condiciones inadecuadas de vivienda, el hacinamiento, el desempleo o las malas condiciones de trabajo infanto-juvenil crean un clima nocivo para la salud mental de esta población, que deriva fácilmente en situaciones de estrés, ansiedad, depresión y desesperanza.

**SEGUNDA:** En el Perú, los niños(as) y adolescentes son los más afectados por la pobreza, no sólo porque su bienestar y calidad de vida dependen de las decisiones de sus padres, el entorno familiar y comunitario, sino por el impacto que esta pobreza tiene sobre su proceso de acumulación de capital humano.

**TERCERA:** Los problemas vivenciados durante la niñez y adolescencia suelen seguir un curso de transmisión intergeneracional. En este sentido, los hijos de las personas que se han desarrollado en condiciones desfavorables no encuentran un mejor medio que aquel en el que sus padres crecieron.

**CUARTA:** La infancia y la adolescencia tienen un sentido propio, unas características diferentes a las de los adultos, y es necesario tenerlas en cuenta, remarcando el carácter evolutivo del desarrollo en estos periodos, apreciando que se trata de una población muy influenciable por el entorno, en la que los factores del medio que rodea al niño son fundamentales para la intervención eficaz y la comprensión del origen de su trastorno.

**QUINTA:** Es de gran importancia conseguir sensibilizar a las personas encargadas de los cuidados del infante incluyendo el ambiente escolar, los padres y personas cercanas al niño y al contexto sociocultural en el que se desarrolla, acerca de lo decisivo que puede ser la identificación y tratamiento en etapas tempranas de problemas emocionales: Esta tarea puede llevarse a cabo solamente si existe un trabajo multidisciplinario y humano, así como una apertura al conocimiento.

## REFERENCIAS CITADAS

- Anales de Salud Mental. (2012). *Estudio epidemiológico de salud mental de niños y adolescentes en Lima metropolitana y Callao 2007*. Obtenido de [http://www.insm.gob.pe/ojsinsm/index.php/Revista1/article/download/43/24&ved=2ahUKEwiW-YiBs\\_jhAhWEsp4KHdLdAXcQFjAAegQIABAC](http://www.insm.gob.pe/ojsinsm/index.php/Revista1/article/download/43/24&ved=2ahUKEwiW-YiBs_jhAhWEsp4KHdLdAXcQFjAAegQIABAC)
- Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2000). La salud mental de los niños es lo primero. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 76.
- Giraldo, Y. (s.f.). *Cómo promover la salud mental en la niñez y la adolescencia*. Obtenido de <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/fe8b4e43-240f-419b-9f6d-8052e06d7af3/108+C%C3%B3mo+promover+la+salud+mental+en+la+ni%C3%B1ez+y+la+adolescencia.pdf?MOD=AJPERES&CVID=ISuqni7>
- Hidalgo, Á. (s.f.). *La asistencia sanitaria en salud mental juvenil en España*. Obtenido de <http://www.injuve.es/sites/default/files/RJ84-12.pdf>
- Medline Plus. (s.f.). *Salud mental del niño*. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/childmentalhealth.html>
- Morlet, A. (s.f.). *Importancia de la salud mental en la infancia*. Obtenido de <http://www.psiquiatriaserveracruz.com.mx/salud-mental-en-la-infancia.html>
- Ochando, G. (2013). *Importancia de la promoción de la salud mental en niños*. Obtenido de <http://asesoramientoadoptivo.com/importancia-de-la-promocion-de-la-salud-mental-en-ninos/>

## LA SALUD MENTAL DEL NIÑO DE EDUCACION INICIAL

### INFORME DE ORIGINALIDAD

<b>21%</b> INDICE DE SIMILITUD	<b>21%</b> FUENTES DE INTERNET	<b>0%</b> PUBLICACIONES	<b>9%</b> TRABAJOS DEL ESTUDIANTE
-----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	--------------------------------------

### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<a href="http://www.insm.gob.pe">www.insm.gob.pe</a> Fuente de Internet	<b>15%</b>
<b>2</b>	<a href="http://www.psiquiatriasenveracruz.com.mx">www.psiquiatriasenveracruz.com.mx</a> Fuente de Internet	<b>4%</b>
<b>3</b>	<a href="http://crianzaysalud.com.co">crianzaysalud.com.co</a> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>4</b>	Submitted to Pontificia Universidad Catolica del Peru Trabajo del estudiante	<b>&lt;1%</b>
<b>5</b>	Submitted to Universidad San Ignacio de Loyola Trabajo del estudiante	<b>&lt;1%</b>
<b>6</b>	Submitted to Universidad Peruana Cayetano Heredia Trabajo del estudiante	<b>&lt;1%</b>
<b>7</b>	<a href="http://webadmin.pfizer.com.mx">webadmin.pfizer.com.mx</a> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 1% words

Excluir bibliografía

Activo