

# LOS TRASTORNOS MENTALES Y COMPORTAMENTALES EN LA INFANCIA

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales y comportamentales en la infancia son trastornos frecuentes que constituyen los principales motivos de consulta en los centros de atención en salud y se caracterizan por ser tratables y de alta gravedad, considerándose un tema de importancia clínica y de atención temprana (Alda, Arango, Castro, Petitbo, Soutullo & San, 2009), Según la afectación de los trastornos en la niñez y la adolescencia, existe una clasificación que delimita los trastornos conductuales, como es el Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH); trastornos emocionales de la infancia y otros estados mentales como el retardo mental (OMS, 2001).

La niñez y la adolescencia son etapas críticas del desarrollo en las cuales se evidencian factores que pueden favorecer o no la aparición de ciertos trastornos que afectan la salud mental; de aquí la importancia de su detección e intervención debido a que traen consigo consecuencias personales y sociales que repercuten en la edad adulta (Benjet, 2008).

En términos epidemiológicos, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001), la prevalencia de los trastornos mentales y/o del comportamiento en la población infantil se estima entre un 10 y un 20%; señalando que en países como Estados Unidos existe una crisis pública en términos de salud mental debido a que por cada 10 niños, al menos 1 sufre una enfermedad mental a lo largo de su vida. En relación con la edad de inicio de los trastornos mentales, se calcula que

aproximadamente el 50% de estos, inician antes de los 14 años de edad (OMS, 2005, citado por Torres de Galvis, Berbesí, Bareño, & Montoya, 2011-2012). En América Latina y el Caribe, la prevalencia puntual varía entre el 12.7% y el 15% en la población (Benjet, 2009).

El Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia, que forma parte de la Encuesta Mundial de Salud Mental [EMSM] de la OMS, llevado a cabo en el año 2003, encontró que entre el 10% y 15% de los niños, niñas y adolescentes presentan algún tipo de trastorno mental y del comportamiento (Ministerio de la Protección Social, 2005). La prevalencia del TDAH se estima en un 15% (Holguín & Cornejo, 2008), y el riesgo estimado para los familiares de primer grado es del 15-20% (Dueñas, 2005), permitiendo suponer que su mecanismo de transmisión es complejo.

En el Primer Estudio Poblacional de Salud Mental en Medellín (Torres de Galvis, et al., 2012), realizado durante los años 2011-2012, se describió la frecuencia para los trastornos de inicio en la infancia, niñez y adolescencia, trastornos por uso de sustancias, trastornos de alimentación y comportamiento suicida. Estos trastornos suelen diagnosticarse en edad escolar con una frecuencia entre el 3% y el 5%; aproximadamente un 4.1% de los niños entre 9 y 17 años presentan algún tipo de trastorno mental o comportamental. La prevalencia anual de trastornos mentales en el grupo de adolescentes fue del 10.38% para los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia, y 8.18% para los trastornos de ansiedad.

Estudios previos realizados en la IPS CES Sabaneta (Antioquia, Colombia), se encontró en una muestra de 73 historias clínicas con diagnóstico de inteligencia limítrofe, una distribución por género del 74% en el sexo masculino y 26% en el sexo femenino; en la cual el 67,1% de los pacientes presentó comorbilidad, siendo el Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) el trastorno con mayor frecuencia (32.9%) (Alvarán, Sánchez & Restrepo, 2016).

Algunos estudios epidemiológicos (OMS, 2001; Torres de Galvis, et al., 2012), evidencian la importancia de conocer la frecuencia de los trastornos mentales, emocionales y comportamentales de inicio temprano, con el fin de favorecer una mejor comprensión de las manifestaciones clínicas y sociodemográficas de los diferentes trastornos; buscando la relación de aspectos neurobiológicos, psicológicos, familiares y sociales que permitan el abordaje integral de estos trastornos (Alda, Arango, Castro, Petitbo, Soutullo, San, 2009). Se hace importante además, la posibilidad de implementar programas de intervención temprana que favorezca a los niños, niñas y adolescentes que acuden a los diferentes Centros de Servicio en Salud.

## **ETIOLOGIA**

Los trastornos mentales y del comportamiento en la infancia y la adolescencia son manifestaciones clínicas que aparecen en edades tempranas y repercuten negativamente a nivel personal y social, impactando significativamente la vida adulta de estos pacientes (Benjet, 2009; Beecham, 2014), por lo cual son

considerados como una problemática de importancia clínica y de atención temprana (Alda, et al., 2009).

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud [CIE-10] define los trastornos mentales, emocionales y del comportamiento como un conjunto de síntomas que se caracterizan por anomalías en los procesos de pensamiento, de las emociones, del comportamiento y/o de las relaciones con los demás (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001).

Según Madrid (2015), el origen del TDAH es desconocido; sin embargo, los científicos sugieren que este trastorno podría surgir como consecuencia de diversos factores biológicos (en muchas ocasiones, de origen genético) y psicosociales. Se han descrito alteraciones en el funcionamiento de dos neurotransmisores cerebrales: la noradrenalina y la dopamina. Estos afectan directamente a las áreas del cerebro responsables del autocontrol y de la inhibición del comportamiento inadecuado. Este trastorno debe hacerse bajo un diagnóstico diferencial, ya que suele ser confundido con otros trastornos emocionales y dificultades de aprendizaje.

Por otro lado, los trastornos emocionales pueden ser causados por diferentes aspectos, dentro de los más comunes se encuentran; la dinámica familiar, situaciones de duelo, abandono, presiones y situaciones de carencia afectiva, es por esto que sus síntomas se manifiestan dentro del hogar y en el colegio, denotando falta de adaptación, aislamiento, desinterés, decaimiento y problemas de comportamiento (Paucar, 2015).

Según Luckasson (1992), el retardo mental es multicausal, sin embargo, en muchos de los casos no se llega a determinar a ciencia cierta la causa específica; aunque se relaciona con infecciones, anomalías cromosómicas, factores ambientales, metabólicos, nutricionales, tóxicos y traumatismos. Es importante tener en cuenta que ninguna de las causas mencionadas anteriormente de manera aislada sugieren un diagnóstico de discapacidad, sin embargo es posible afirmar que hay un factor genético que relacionado a un factor social y cultural deficiente puede darle lugar a la aparición de dicho trastorno. Su manejo debe estar encaminado a desarrollar el máximo potencial de la persona y al entrenamiento de las habilidades para la vida.

### **FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN**

La niñez y la adolescencia son etapas críticas del desarrollo donde se evidencian varios factores que pueden favorecer o no la aparición de ciertos trastornos vinculados a la salud mental, de ahí la importancia de reconocer y tratar estos, pues son trastornos que tendrán consecuencias personales, sociales y laborales en la edad adulta (Benjet, 2008).

Dentro de los factores de riesgo más comunes para que se de el TDAH se encuentran; anatomía cerebral alterada, ingesta de alcohol, tabaco y drogas durante el embarazo, exposición a toxinas, lesión cerebral traumática y ser prematuro, al igual que baja actividad metabólica de la corteza orbitofrontal derecha y corteza premotora, estriato, tálamo, hipocampo y cíngulo (Pineda, 2010). Por otro lado Carr (1999) planteó que aquellos entornos en los que se era intolerante o se castigaba las conductas propias de la hiperactividad, ofreciendo

pocas oportunidades para el desarrollo de habilidades de autorregulación, mantenían o aumentaban la sintomatología de la hiperactividad, mientras que en sistemas sociales más tolerantes y con mayor apoyo favorecían el desarrollo de habilidades de autorregulación. Dentro de los factores protectores para evitar la aparición de este trastorno se encuentran la buena alimentación, apoyo social, relaciones familiares estables, cariñosas y protectoras, disciplina consistente y respetuosa.

Según Bradley (2000), los factores más influyentes para que se den los trastornos emocionales en la infancia se encuentran la poca conexión o apego inadecuado al cuidador primario, es decir, experiencias tempranas poco significativas durante la infancia, desesperanza aprendida, lo cual tiene que ver con las pautas de crianza establecidas y utilizadas durante los primeros años de vida, eventos estresantes y traumáticos en la vida del niño y enfermedad. Por otro lado los factores que pueden proteger la aparición de estos trastornos se basan en un apego seguro con figuras significativas, adecuada red de apoyo, estabilidad emocional de los padres, suficientes recursos internos para la solución de conflictos y toma de decisiones esperados para la edad y dinámica familiar basada en el respeto, la disponibilidad y el apoyo.

En otros estudios, se identificaron como factores de riesgo para el retardo mental es la genética, enfermedad aguda o crónica, malnutrición, violencia, educación incompleta, creencias culturales, complicaciones perinatales, condiciones ambientales insalubres y traumatismos. Como factores protectores se

encuentran la inmunización, la buena nutrición, controles pre, peri y posnatales y el acceso a los servicios de salud. ( Marge 1998).

## **PERFIL NEUROPSICOLÓGICO**

Respecto a las características cognitivas, comportamentales y emocionales de las personas diagnosticadas con algún trastorno mental o del comportamiento, la literatura científica sobre el tema reporta que en la mayoría de los casos no se observa un perfil homogéneo (Frontera & Gómez, 2013; citados por Alvarán, Sánchez y Restrepo, 2016).

Específicamente para los trastornos emocionales en la infancia, se encuentran afectaciones en las diferentes áreas de desarrollo: dificultades atencionales, en la toma de decisiones, para formar y mantener relaciones interpersonales, generar autocuidado y permitir una estructura estable y adaptativa. Estos trastornos son consecuencia de dificultades en los procesos psicológicos adaptativos frente a experiencias del ambiente y frente a las propias necesidades instintivas (Bravo, 1984).

Por otro lado según la OMS (2001), el retardo mental es un estado de desarrollo detenido o incompleto de la mente, caracterizado por déficit de las habilidades y de la inteligencia en general en áreas como las funciones cognitivas, el lenguaje, las capacidades motoras y sociales. Otras investigaciones señalan además que uno de los criterios con mayor afectación en estos niños son las

habilidades sociales, las cuales se deben a diferentes aspectos como son el señalamientos y críticas de los que son víctimas, que afecta directamente su adaptación y éxito social, lo que conlleva a un aislamiento social; esto hace parte de un sistema repetitivo en contra del niño puesto que el aislamiento no solo es efecto de las bajas habilidades sociales sino que afecta así mismo el no poder sobre llevar esta situación que finalmente agrava más el ambiente del niño, desembocando posiblemente en problemas a nivel prospectivo.

En sujetos con inteligencia limítrofe, se han encontrado dificultades cognitivas se asociaron con fallas en los procesos atencionales; lingüísticos, específicamente en la expresión verbal y la comprensión de instrucciones; y en las funciones ejecutivas, principalmente en memoria de trabajo y rigidez cognitiva (Alvarán, Sánchez y Restrepo, 2016).

Por otro lado, se identifico que los niños con TDAH presentan un bajo rendimiento académico, afectando el autoconcepto del niño por sus constantes fracasos, alimentando esas críticas, lo que además potenciará la frustración paterna en cuanto al éxito o ineficacia de su rol como padres, contando también con los problemas evidentes que acarrea esto en el ámbito escolar.

Barkley (2009), afirma que la sintomatología del TDAH puede variar de acuerdo con las distintas fases del desarrollo (infancia, adolescencia y edad adulta), refiriendo que algunos síntomas hiperactivos pueden ser valiosos para detectar la fase temprana en la infancia, pero ya no ser necesarios en la edad adulta.

En algunos estudios, se ha evidenciado ciertas alteraciones de las funciones ejecutivas en pacientes con TDAH. Entre los procesos que se encuentran afectados en estos niños están la capacidad de voluntad, planeación y acción con propósito, dirigida a una meta; inhibición y resistencia a la distracción; desarrollo de estrategia y solución de problemas, elección y monitoreo; flexibilidad de dirigir acciones de acuerdo a demanda; mantenimiento de la persistencia hacia conseguir la meta; y el auto-conocimiento durante el tiempo (Dueñas, 2005).

También se ha comprobado que este trastorno está caracterizado por una dificultad de mantener la atención voluntaria frente a actividades, tanto académicas como cotidianas y unido a la falta de control de impulsos. La sintomatología puede manifestarse de forma diferente según la edad del niño y se debe desarrollar en dos o más ambientes como en casa y en el colegio (Fundación CADAH, 2012).

Debido a que el TDAH es altamente comórbido, ha habido controversia si es un trastorno primario o secundario a otros síndromes (Holguín & Cornejo (2008). Dentro de los trastornos comórbidos se encuentran los problemas de afectividad, trastornos del lenguaje y de la comunicación, fracaso escolar, trastornos de la coordinación, problemas en la conducción de vehículos, tics crónicos o síndrome de Gilles de la Tourette, actitud oposicional desafiante, comportamiento impulsivo-agresivo, ansiedad, cambios de humor: síndrome bipolar, y comportamiento antisocial (Pascual, 2002).

## **CONCLUSIONES**

Los trastornos mentales y emocionales que más se presentan en la infancia y la adolescencia son el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, los trastornos emocionales y el retardo mental. Según la revisión a los artículos se pudo evidenciar que hay diversos factores que pueden influir en la aparición de dichos trastornos entre ellos factores biológicos, psicológicos y sociales.

Cada uno de los trastornos descritos anteriormente se manifiestan de diferente manera pero todos ellos tienen repercusiones a nivel social, familiar y personal, por lo que constituyen uno de los motivos de consulta más recurrentes en los servicios de salud y por ende requieren tratamiento y pautas adecuadas para su manejo de tal manera que favorezcan el desarrollo y la calidad de vida de los niños, niñas y adolescentes.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Alda, J. A., Arango, C., Castro, J., Petitbo, M. D., Soutullo, C. & San, L. (2009).

Trastornos del comportamiento en la Infancia y la Adolescencia: ¿qué está sucediendo? Esplugues de Llobregat: Hospital Sant Joan de Déu.

Alvarán, L., Sánchez, D. & Restrepo-Ochoa, D.A. (2016). Neuropsicología de la Inteligencia Limítrofe. Cuadernos de Neuropsicología/Panamerican Journal of Neuropsychology, 10 (2), 129-141.

Argumedos C, Perez D, Romero K (2014). Revista digital CECAR. Estudio de los trastornos emocionales en la infancia colombiana. No 13.

Asociación Americana de Retraso Mental (2004). "Retraso mental. Definición,

- clasificación y sistemas de apoyo”. (M. A. Verdugo & C. Janero, Trads.)  
Madrid. Alianza Editorial.
- Barkley (1990). Attention déficit hyperactivity disorders: a handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford press.
- Barkley RA, Guevremont DG, Anastopoulos AD, et al. Driving related risks and outcomes of attention deficit hyperactivity disorder in adolescents and young adults: a 3-5 follow-up survey. *Pediatrics* 1993; 92: 212-8
- Beecham, J. (2014). Annual research review: Child and adolescent mental health interventions: a review of progress in economic studies across different disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55 (6), pp. 714-32
- Benjet, C. (2008). Los Trastornos Mentales en Niños y Adolescentes en América Latina y el Caribe. Capítulo en “Epidemiología de las Enfermedades Mentales en América Latina y el Caribe”. Washington D.C: OPS.
- Benjet, C. (2009). La Salud Mental de la Niñez y la Adolescencia en América Latina y el Caribe. En J. J. Rodríguez, R. Hohn & S. Aguilar-Gaxiola (Eds.) *Epidemiología de las Enfermedades Mentales en América Latina y el Caribe* (pp.234-242). Washington D.C: OPS
- Bravo, L. (1984). Educación especial y dificultades de aprendizaje. Ed. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago.
- Carr, W. (2002). Una teoría para la educación: hacia una investigación educativa crítica (3a ed.). Madrid: Morata España.
- Caraveo, J. J. (2007). Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: algoritmos para síndromes y su

- prevalencia en la ciudad de México. Segunda Parte. Salud Mental, 30 (1), 48-55.
- Cornejo, J. (2005). Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. Revista de Neurología, 40 (7), 16-22.
- Cuevas, M.C, & Castro, L.(2009). Efectos emocionales y conductuales de la exposición a violencia en niños y adolescentes en Colombia. Behavioral Psychology/ Psicología conductual, 17(2, 277 – 297).
- Dueñas, O (2005). Revista internacional de psicología. Bases biológicas del trastorno por déficit de la atención e hiperactividad. Vol. 06 No.01 pag 1 a pag 35.
- Fundacion CADAH (2012). Definición y características TDAH según el DSM – IV. Cantabria.
- Holguín, J. & Cornejo, W. (2008). Algunas consideraciones sobre comorbilidad del TADH: aspectos clínicos y epidemiológicos. Acta Neurologica Colombiana, 24, S51-S57).
- Michael L. Wehmeyer, Wil H. E. Buntinx, Yves Lachapelle, Ruth A. Luckasson, (2008). Revista española sobre discapacidad intelectual, vol 39(3), Num 227, pag. 5 a pag. 18.
- Ministerio de la Protección Social (2005). Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia 2003. Cali: Graficas Ltda.
- Navarro-Pardo, E., Meléndez, J. C., Sales, A. & Sancerni, M. D. (2012). Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. Psicothema, 24 (3), 377-383.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Francia.

Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. Los servicios de rehabilitación. Washington, DC: OPS; 1993. (Serie HSS/SILOS 20).

Pascual- Castroviejo (2002). Rev neurol. Enfermedad comorbida del síndrome de déficit de atención con hiperactividad. No 35. Pag 11-17.

Paucar, (2014). Center for parent information and resources. Trastornos emocionales.

Pineda, D. (2001). Confirmación de la alta prevalencia del trastorno por déficit de atención en una comunidad colombiana. Revista de Neurología, 32 (3), 217-222.

Posada, J., Aguilar, S., Magaña, C. & Gómez, L. (2004). Prevalencia de trastornos mentales y de uso de servicios: resultados preliminares del estudio nacional de salud mental. Revista Colombiana de Psiquiatría, 33 (3), 241-262.

Rodríguez, P. J., Santamaría, M. T. & Figueroa, A. (2010). Trastornos del comportamiento. Guía Didáctica. Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Canarias

Rosselli, M. (2010). Neuropsicología del desarrollo infantil. México: Manual Moderno

Shapiro BK, Batshaw ML. Intellectual disability. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 19th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2011:chap 33

Torres de Galvis, Y., Berbesí, D. Y., Bareño, J. & Montoya, L. P. (2010). Situación de salud mental del adolescente. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia. Medellín: L. Vieco e Hijas

Torres de Galvis, Y., Posada, J., Mejía, R., Bareño, J., Sierra, G. M., Montoya, L. P. & Agudelo, A. (2012). Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012. Medellín: L. Vieco e Hijas.

