



DOI: <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v7i6.2395>

Ciencias de la Salud  
Artículo de revisión

*Descripción y análisis de los trastornos psiquiátricos infantiles de causa neurobiológica*

*Description and analysis of childhood psychiatric disorders of neurobiological cause*

*Descrição e análise de transtornos psiquiátricos infantis de causa neurobiológica*

Ruddy Melina Angulo-Preciado<sup>I</sup>  
[ruddymelinaangulo@gmail.com](mailto:ruddymelinaangulo@gmail.com)  
<https://orcid.org/0000-0003-3227-595X>

María Isabel Orozco-Auz<sup>II</sup>  
[marisauz8@gmail.com](mailto:marisauz8@gmail.com)  
<https://orcid.org/0000-0001-5393-1448>

Jorge Noel Verdecia-Casanova<sup>III</sup>  
[verdeciacasanova@gmail.com](mailto:verdeciacasanova@gmail.com)  
<https://orcid.org/0000-0002-2583-8761>

Silvia Melissa Solís-Zambrano<sup>IV</sup>  
[silviasolis398@gmail.com](mailto:silviasolis398@gmail.com)  
<https://orcid.org/0000-0003-2231-2390>

**Correspondencia:** [ruddymelinaangulo@gmail.com](mailto:ruddymelinaangulo@gmail.com)

\***Recibido:** 30 de septiembre de 2021 \***Aceptado:** 15 de octubre de 2021 \* **Publicado:** 11 de noviembre de 2021

- I. Médico Integral Comunitario, Investigador Independiente.
- II. Médico, Investigador Independiente.
- III. Médico, Investigador Independiente.
- IV. Médico, Investigador Independiente.

## Resumen

El presente artículo aborda el análisis de los trastornos psiquiátricos infantiles describiendo las causas neurobiológicas empleando métodos analítico-interpretativos sobre estudios sobre el riesgo en salud mental. Las enfermedades mentales en los niños pueden ser difíciles de identificar para los padres. Como resultado, muchos niños que podrían beneficiarse del tratamiento no reciben la ayuda que necesitan. Salud mental como sinónimo de bienestar integral (biopsicosocial) del individuo, a través de los años se ha constituido como un problema de salud pública debido al incremento de prevalencia de condiciones psiquiátricas y neurológicas.

**Palabras clave:** trastornos psiquiátricos; neurológicos; salud mental; enfermedades mentales; biopsicosocial.

## Abstract

This article addresses the analysis of childhood psychiatric disorders describing the neurobiological causes using analytical-interpretive methods on studies on risk in mental health. Mental illnesses in children can be difficult for parents to identify. As a result, many children who could benefit from treatment do not receive the help they need. Mental health as a synonym of integral well-being (biopsychosocial) of the individual, over the years it has become a public health problem due to the increased prevalence of psychiatric and neurological conditions.

**Keywords:** psychiatric disorders; neurological; mental health; mental diseases; biopsychosocial.

## Resumo

Este artigo aborda a análise dos transtornos psiquiátricos infantis descrevendo as causas neurobiológicas por meio de métodos analítico-interpretativos em estudos de risco em saúde mental. As doenças mentais em crianças podem ser difíceis de identificar pelos pais. Como resultado, muitas crianças que poderiam se beneficiar do tratamento não recebem a ajuda de que precisam. A saúde mental como sinônimo de bem-estar integral (biopsicossocial) do indivíduo, ao longo dos anos tornou-se um problema de saúde pública devido ao aumento da prevalência de agravos psiquiátricos e neurológicos.

**Palavras-chave:** transtornos psiquiátricos; neurológico; saúde mental; doenças mentais; biopsicossocial.

## Introducción

El origen de los trastornos mentales es siempre debido a varios factores, como los genéticos o los ambientales, y no se puede atribuir a ninguno en concreto. La situación es compleja porque la forma en la que se cría a los niños ha cambiado mucho y desde pequeños están separados de sus padres y tienen poco tiempo de vida familiar. El ocio ha cambiado radicalmente ya que antes los planes se hacían en familia y ahora la familia puede estar junta en la habitación y que no se dé interacción entre ellos. Todo esto cambia un poco los modelos de relación familiar.

Hay que unir también situaciones de desventaja social, que en los años de la crisis ha repercutido negativamente en muchas familias. La adversidad social es un factor de riesgo para los trastornos mentales. El cambio de la situación familiar y social tiene una repercusión en el bienestar psicológico y en la salud mental de los niños. Han cambiado la forma de crianza de los niños y las pautas educativas. Hay que tener en cuenta que ahora Google es el mayor educador y muchos padres extraen de ahí consejos para educar a sus hijos.

Por un lado, existe un extremo de mucha exigencia, que puede provocar estrés y ansiedad. Pero los expertos también se encuentran con situaciones en los que ha habido una grandísima falta de límites y de normas, lo que genera importantes problemas de autorregulación y conducta en este tipo de situaciones. Debido al auge de este tipo de patologías es importante que se implante la especialidad de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. No tener reconocida esta especialidad conlleva a que se dé una situación en la que faltan recursos específicos.

Una mayor accesibilidad a una psicoterapia sí podría reducir algún tipo de tratamiento farmacológico. Para que sea eficaz tiene que ser intensiva, regular y frecuente, pero es difícil acceder a ella.

La existencia de enfermedad mental infantil puede sorprender al adulto que piensa que los niños están, de algún modo, protegidos. Pero lo cierto es que actualmente estos trastornos se están convirtiendo en foco de atención importante por su frecuencia y gravedad. Esto también es debido a que, en ocasiones, pueden ser precursores de problemas psicológicos en la vida adulta.

Hasta hace poco se pensaba que los trastornos afectivos no aparecían antes de la mitad o el final de la adolescencia y, sin embargo, actualmente se acepta que prácticamente todos los trastornos psiquiátricos del adulto pueden tener su inicio durante la niñez o la adolescencia. Hay que considerar que la forma en que los niños los manifiestan puede ser diferente a la de los adultos, porque la infancia tiene sus propias maneras de ver, pensar y sentir.

## **Desarrollo**

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, G.A., Arguelles, L.A., Cuy, A.J. & Prieto, L.Y. (2013). Los trastornos de salud mental en los niños se definen generalmente como retrasos o interrupciones en el desarrollo del pensamiento, en las conductas, en las habilidades sociales o en la regulación de las emociones adecuadas para la edad. Estos problemas son inquietantes para los niños y perturban su capacidad de desenvolverse bien en el hogar, en la escuela o en otras situaciones sociales.

Salud mental como sinónimo de bienestar integral (biopsicosocial) del individuo, a través de los años se ha constituido como un problema de salud pública debido al incremento de prevalencia de condiciones psiquiátricas y neurológicas (Posada, 2013).

Entre dichas condiciones, se encuentra un alto índice de afectaciones psicopatológicas como la ansiedad y la depresión, las cuales, aquejan de manera indiscriminada a adultos, pero de igual forma a niños, niñas y adolescentes, (en adelante NNA). Siendo esta una realidad a nivel mundial y en Colombia, “el 40,1 % de la población colombiana entre 18 y 65 años ha sufrido, está sufriendo o sufrirá alguna vez en la vida un trastorno psiquiátrico diagnosticado” (Estudio Nacional de Salud Mental, 2003,)

De acuerdo al boletín de salud mental realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social. (2017) reporta el incremento de 2009 a 2015 de atención por trastornos depresivos en sus diversas modalidades. Así mismo, las afectaciones psicológicas en NNA como producto de maltrato infantil, se han convertido en un problema de salud pública y social, de gran relevancia en Colombia, donde los índices de maltrato aumentan diariamente influyendo significativamente en el desarrollo óptimo de NNA en sus diversos contextos; requiriéndose así, la intervención oportuna de estamentos gubernamentales (ICBF, 2007; Ministerio de Salud y protección Social, 2017; OMS, 2013). De acuerdo al Instituto Colombiano de Bienestar Familia, se ha recibido en el último año y año en curso, un total de 1.828 denuncias por maltrato infantil (agresión

## **Trastornos comunes en los niños**

Descripción y análisis de los trastornos psiquiátricos infantiles de causa neurobiológica.

---

Entre los trastornos de salud mental en los niños, o los trastornos del desarrollo de los que se ocupan los profesionales de la salud mental, pueden incluirse los siguientes:

- **Trastornos de ansiedad.** Los trastornos de ansiedad en los niños son miedos, preocupaciones o ansiedades persistentes que perturban su capacidad para participar en los juegos, en la escuela o en situaciones sociales típicas de su edad. Los diagnósticos incluyen el trastorno de ansiedad social, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno obsesivo-compulsivo.
- **Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.** En comparación con la mayoría de los niños de la misma edad, los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad tienen dificultades de atención, conductas impulsivas, hiperactividad o alguna combinación de estos problemas.
- **Trastorno del espectro autista.** El trastorno del espectro autista es una afección neurológica que se manifiesta en la infancia temprana, generalmente antes de los tres años. Aunque la gravedad de este trastorno varía, el niño que lo padece tiene dificultades para comunicarse e interactuar con los demás.
- **Trastornos alimentarios.** Los trastornos alimentarios se definen como la preocupación por un tipo de cuerpo ideal, el pensamiento desordenado sobre el peso y la pérdida de peso, y los hábitos alimenticios y de dieta riesgosos. Los trastornos alimentarios, como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno alimentario compulsivo, pueden dar lugar a disfunciones emocionales y sociales y a complicaciones físicas que ponen en riesgo la vida.
- **Depresión y otros trastornos del estado de ánimo.** La depresión es un sentimiento persistente de tristeza y pérdida de interés que perturba la capacidad del niño para desempeñarse en la escuela e interactuar con los demás. El trastorno bipolar provoca cambios del estado de ánimo extremos entre la depresión y la euforia extrema que pueden ser descuidados, arriesgados o riesgosos.
- **Trastorno por estrés postraumático.** El trastorno por estrés postraumático es un sufrimiento emocional prolongado, ansiedad, recuerdos inquietantes, pesadillas y conductas perturbadoras en respuesta a la violencia, al maltrato, a las lesiones o a otros sucesos traumáticos.
- **Esquizofrenia.** La esquizofrenia es un trastorno de las percepciones y los pensamientos que hace que una persona pierda el contacto con la realidad (psicosis). Aparece con mayor

Descripción y análisis de los trastornos psiquiátricos infantiles de causa neurobiológica.

---

frecuencia entre los últimos años de la adolescencia y hasta los 29 años, y provoca alucinaciones, ideas delirantes y trastornos del pensamiento y el comportamiento.

### **Los trastornos que podemos encontrarnos en la infancia**

Existe un grupo de categorías diagnósticas que suelen iniciarse durante la infancia, aunque algunos estén también presentes en la etapa adulta, y que se describen a continuación:

#### **Trastornos Emocionales**

Alteraciones que pueden estar causadas por factores internos que modifican el “tono” afectivo del niño, o pueden responder a causas externas tales como la separación de los padres, el nacimiento de un hermano u otros posibles estresores, que ponen a prueba el equilibrio adaptativo del niño.

Trastornos afectivos: con alteraciones del estado de ánimo tanto en sentido depresivo como eufórico o de irritabilidad, incluso la coexistencia o alternancia de ambos en el tiempo. Son los trastornos depresivos, trastorno bipolar y ciclotimia.

No siempre es fácil un diagnóstico en estas edades, dado que las manifestaciones de estos trastornos cambian en función de la etapa de desarrollo de la persona, por la dificultad para establecer el diagnóstico en niños que no pueden comunicarse verbalmente, así por la variabilidad de los síntomas, diferentes no solo por la edad sino también por el sexo.

Trastornos de ansiedad: se caracterizan por un tipo de pensamiento particular que es exagerado, irracional, que les causa excesivo miedo, vergüenza o preocupación. Unas veces se asocian a un estímulo desencadenante claro, como las fobias, y otras ese vínculo estímulo-respuesta es más difícil de esclarecer. Estas alteraciones ocasionan una vivencia desagradable en el niño y pueden tener repercusión emocional, social e incluso académica. Son los trastornos de angustia con o sin agorafobia, fobias, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático o por estrés agudo, o ansiedad generalizada.

El trastorno de ansiedad por separación debuta exclusivamente en la niñez. Consiste en una excesiva e inapropiada ansiedad que aparece cuando el niño se separa de su hogar y de sus cuidadores. Esta ansiedad es una forma de protección en las primeras etapas evolutivas del niño y luego se transforma en un miedo más específico. El niño presenta gran malestar ante la anticipación de la situación y puede manifestar resistencia o negativa a asistir al colegio, a dormir solo, pesadillas asociadas con el tema de separación, y quejas continuas de síntomas físicos como dolores de cabeza, náuseas o vómitos.

### **Trastornos de la Eliminación**

Estos trastornos son frecuentes y suponen una desviación del patrón habitual de control progresivo sobre la retención de orina y heces que se produce en el desarrollo infantil.

Enuresis: emisiones de orina en sitios inapropiados (cama, ropas), de carácter persistente y causante de malestar clínico. Para establecer el diagnóstico de trastorno psicológico hay que descartar previamente causas orgánicas y el niño debe tener al menos 5 años. Encopresis: presencia reiterada de deposiciones de heces en lugares no adecuados. El niño debe tener al menos 4 años.

### **Trastornos por Conductas Perturbadoras**

Estos trastornos son un motivo muy frecuente de consulta, resultan muy visibles en el entorno familiar y escolar y se caracterizan por un comportamiento desajustado repetitivo y persistente.

Trastorno Negativista Desafiante: patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que suele manifestarse en el ambiente familiar y debuta antes de los 8 años, de forma gradual.

Trastorno Disocial: es más grave e implica un patrón de conducta con violación de los derechos básicos de los demás o de las normas o reglas sociales propias para su edad.

Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad: se caracteriza por un patrón estable de conducta con manifestaciones de inatención y/o hiperactividad-impulsividad. Sus manifestaciones son variables, en relación también con el entorno del niño. Puede mantenerse en la adolescencia e incluso en la edad adulta, con síntomas que se modifican a lo largo del desarrollo.

### **Trastornos de la Ingesta en la Infancia y Niñez**

Pica: ingestión de sustancias no nutritivas (como pintura, yeso, cabellos o tierra), durante al menos un mes, en mayores de 2 años.

Rumiación-mericismo: regurgitación a la boca de comida ingerida previamente, para masticarla de nuevo y que se hace con sentido gratificante.

Trastorno de la ingesta alimentaria: un rechazo alimentario precoz.

### **Trastornos del Aprendizaje**

Se caracterizan por rendimiento académico por debajo del esperado para su edad, coeficiente intelectual y enseñanza recibida. Incluyen el trastorno de la lectura (Dislexia), del cálculo (Discalculia) y de la expresión escrita.

### **Trastornos de la Comunicación**

Se refieren a deficiencias en el lenguaje y el habla, e incluyen trastornos del lenguaje expresivo, fonológico, tartamudeo, etc.

### **Trastornos por Tics**

Se incluyen tics vocales y/o motores, transitorios o crónicos y también el Trastorno de Gilles de la Tourette, en el que se asocia impulsividad y expresiones orales bruscas (a veces con carácter obsceno).

### **Trastornos de Hábitos Motores**

Son trastornos del desarrollo de la coordinación y presencia de movimientos estereotipados (movimientos “raros”, complicados e inapropiados que no parecen ser controlados por el niño).

### **Trastornos Generalizados del Desarrollo**

Se presentan deficiencias generalizadas en múltiples áreas del desarrollo con alteraciones en la interacción social, en la comunicación, así como la presencia de comportamientos, intereses o actividades estereotipadas. Pertenecen a este grupo los siguientes cuadros:

- Trastorno Autista.
- Trastorno de Rett.
- Trastorno desintegrativo infantil: marcada regresión en múltiples áreas de actividad tras un periodo de por lo menos 2 años de normalidad.
- Trastorno de Asperger: de inicio más tardío al trastorno autista; durante la vida escolar se reconocen intereses peculiares y en la vida adulta experimentan problemas relacionados con la empatía y la modulación de la interacción social.
- Esquizofrenia: incluida dentro de la categoría general de esquizofrenia.

### **Retraso Mental**

Se caracteriza por una capacidad intelectual significativamente por debajo del promedio (coeficiente intelectual inferior a 70), con inicio previo a los 18 años y deficiencias en el funcionamiento adaptativo.

### **Trastornos del Sueño**

Disomnias: desde el insomnio, a trastornos menos frecuentes como la narcolepsia y Parasomnias: pesadillas recurrentes, terrores nocturnos y sonambulismo.



## Descripción y análisis de los trastornos psiquiátricos infantiles de causa neurobiológica.

---

Después de tan largo recorrido de posibles trastornos psicológicos de niños y adolescentes, uno puede llevarse la falsa impresión de que lo normal es que muchos de ellos se vean afectados por algún problema. Evidentemente esto no es así. Algunas de estas alteraciones cuando aparecen de forma puntual o leve, se encuentran dentro del repertorio normal de la conducta de los niños y jóvenes: ansiedad frente a situaciones estresantes, irritación y frustración cuando se les ponen límites. Sólo cuando estos rasgos caen fuera de un patrón normal por su frecuencia e intensidad, es cuando los padres y educadores deberían solicitar ayuda experta para realizar una evaluación y, si procede, llevar a cabo el tratamiento de las alteraciones psicológicas que presente el niño o adolescente.

### **Los signos de advertencia de las enfermedades mentales en los niños**

Estas son algunas señales de advertencia de que tu hijo puede tener un trastorno de salud mental:

- Tristeza persistente (dos o más semanas)
- Retirarse de las interacciones sociales o evitarlas
- Herirse a sí mismo o hablar de herirse a sí mismo
- Hablar de muerte o suicidio
- Arrebatos o la irritabilidad extrema
- Comportamiento fuera de control que puede ser perjudicial
- Cambios drásticos de humor, comportamiento o personalidad
- Cambios en los hábitos alimenticios
- Pérdida de peso
- Dificultad para dormir
- Frecuentes dolores de cabeza o de estómago
- Dificultad para concentrarse
- Cambios en el rendimiento académico
- Evitar o faltar a la escuela

### **Diagnostico**

Las afecciones de salud mental en los niños se diagnostican y tratan en función de los signos y síntomas, y de la forma en que afectan la vida diaria del niño. Para hacer un diagnóstico, el médico puede recomendar que tu hijo sea evaluado por un especialista, como un psiquiatra, psicólogo,

## Descripción y análisis de los trastornos psiquiátricos infantiles de causa neurobiológica.

---

trabajador social clínico, enfermera psiquiátrica u otro profesional de la salud mental. La evaluación podría incluir lo siguiente:

- Examen médico completo
- Antecedentes médicos
- Antecedentes de traumatismos físicos o traumas emocionales
- Antecedentes familiares de salud física y mental
- Revisión de los síntomas y preocupaciones generales con los padres
- Cronología de la evolución del niño
- Antecedentes académicos
- Entrevista con los padres
- Conversaciones y observaciones del niño
- Evaluaciones y cuestionarios estandarizados para el niño y los padres

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, una guía publicada por la American Psychiatric Association (Asociación Estadounidense de Psiquiatría), establece criterios para hacer un diagnóstico basado en la naturaleza, la duración y la repercusión de los signos y síntomas. Otra guía de diagnóstico que se usa comúnmente es la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud.

El diagnóstico de las enfermedades mentales en los niños puede llevar tiempo porque los niños pequeños pueden tener problemas para comprender o expresar sus sentimientos, y el desarrollo normal varía. El médico puede cambiar o redefinir el diagnóstico con el tiempo.

### **Protocolo para la detección de trastornos mentales en la primera infancia**

Debido a la importancia que para el desarrollo psíquico del niño tienen unas bases emocionales sólidas, unidas a la diversidad de criterios para la evaluación y orientación terapéutica de los problemas psíquicos (dependiendo estas del origen y la formación del profesional que primeramente atiende al niño, bien sea pediatra, neurólogo, psicólogo, psiquiatra, profesional de atención temprana o de educación), se hace necesario la elaboración de una guía clara, que permita la unificación de criterios entre diferentes profesionales, favoreciendo la detección precoz de trastornos mentales en la primera infancia y su derivación a los dispositivos específicos de salud mental infanto juvenil.

## Descripción y análisis de los trastornos psiquiátricos infantiles de causa neurobiológica.

---

Fundamentalmente la detección e intervención precoz en niños con un trastorno mental severo se hace imprescindible por lo que conllevan estas enfermedades de alteración del desarrollo emocional y cognitivo, y que abocan por lo general a deficiencias múltiples de instauración precoz.

Sin embargo, estos trastornos son detectados tardíamente, pues se "pierde" mucho tiempo de tratamiento mientras se realiza el proceso diagnóstico, que suele ser un peregrinar del niño y su familia por diferentes especialistas. Además, en muchos casos, son considerados como problemas deficitarios o de diferentes discapacidades, por lo que no reciben un tratamiento específico.

En relación a los factores psicopatológicos, algunos de ellos ya pueden estar incidiendo desde el embarazo y pueden ser detectados, por lo que es importante tenerlos en cuenta en los programas de preparación al parto y consultas prenatales. En los servicios de Neonatología, donde se atiende a los niños con alto riesgo orgánico, es posible observar los problemas de las interacciones padres-bebé que suelen crearse, debido fundamentalmente a la situación en la que se encuentra el niño, y empezar a trabajar sobre ello.

Las primeras manifestaciones de estos trastornos psicopatológicos en los niños muy pequeños suelen ser fundamentalmente de naturaleza somática y/o psicósomática, en un principio, por lo que se recurre primeramente a los servicios de Pediatría y/o de Neuropediatría, que se encuentran en una posición privilegiada para la detección precoz.

Por otra parte, en los centros de salud de atención primaria se desarrollan los programas de seguimiento a los niños sanos, siendo un lugar prioritario para la detección. Igual importancia tienen los servicios sociales de base que, por lo general, desarrollan programas para la infancia, especialmente cuando el niño pueda estar en riesgo o desamparo. Uno de los factores importantes de riesgo es la psicopatología de los padres, por lo que desde los equipos de salud mental de adultos se debe desarrollar un trabajo en este sentido. Por último, las escuelas infantiles son lugares donde suelen detectarse muchas alteraciones relacionales y del desarrollo psicomotor de los niños, así como en los equipos de atención temprana que, por su propio trabajo, atienden niños con diferentes problemas en su desarrollo y que por tanto pueden presentar trastornos psicopatológicos.

### **Para que este protocolo mejore su eficacia se propone que se complemente con:**

- Los protocolos ya existentes: "detección de alto riesgo psicosocial en el neonato", "detección precoz del niño sordo y del niño ciego", los "programas de preparación al parto" y con el "programa del niño sano".

## Descripción y análisis de los trastornos psiquiátricos infantiles de causa neurobiológica.

---

- La creación, en cada área sanitaria, de circuitos claros que agilicen las exploraciones que se realicen (neuropediátricas, psicológicas, psíquicas y sociales) para poder llegar a un diagnóstico lo más claro y rápido posible. De este modo se garantizaría que todo niño detectado con una posible patología mental severa o semiología de alarma tenga este estudio diagnóstico realizado, pero habría que asegurar que el mismo se haga sin que interfiera en la intervención precoz específica, y siempre en el seno de una actuación coordinada de los diferentes especialistas.
- La formación de "comisiones técnicas" interprofesionales en cada zona sanitaria, que lleven a cabo reuniones periódicas donde se debata sobre cada caso, unificando y coordinando actuaciones, tanto psicoterapéuticas, como sociales, educativas y otras.
- La formación continuada para los distintos profesionales que atienden al niño en esta primera etapa.
- La realización de un registro específico de estos niños, que pueda valer para estudios epidemiológicos futuros.

### **Criterios de detección**

Factores de riesgo psicopatológico.

Se consideran factores de riesgo todas aquellas circunstancias del niño o de su entorno que puedan conllevar una mayor posibilidad de trastorno psicopatológico que la que se observa en la población general.

Un factor de riesgo, por sí solo, no tiene por qué ser significativo, pero la asociación de varios potencia ese riesgo, por lo que es importante su detección para una intervención especializada lo antes posible, aunque nunca hay que olvidar que no todos los niños tienen la misma vulnerabilidad (basada en mecanismos biológicos y psicológicos).

Asimismo son muy importantes los factores protectores: es decir, factores personales o ambientales que pueden amortiguar el riesgo.

Personales: el más importante, la resistencia o capacidad de adaptarse a situaciones adversas; está relacionada con factores genéticos, como el temperamento y la apariencia física, especialmente en las primeras edades; también es importante la inteligencia a medida que se va creciendo. Percepción de autoestima y autoeficacia de uno mismo son los dos factores que más se utilizan, para detectar factores de protección personales.

## Descripción y análisis de los trastornos psiquiátricos infantiles de causa neurobiológica.

---

Ambientales: se refiere a recursos sociales de apoyo internos o externos a la familia, pueden ser desde la escuela a un familiar próximo o adulto cercano (cuidador) al niño que le proporciona una base de seguridad afectiva.

En niños mayores son importantes los amigos; tener amigos en los que apoyarse puede reducir el riesgo, o, dependiendo del tipo de amistades, aumentarlo.

### **1. Circunstancias del embarazo:**

- Embarazo en preadolescentes y adolescentes, con dificultades de relación y si se ignora la identidad del padre (sospecha de abuso sexual).
- Hijo no aceptado al final del embarazo.
- Embarazo de riesgo (no controlado/ oculto, hospitalización o inmovilidad prolongada, hiperemesis gravídica, consumo de alcohol, drogas...)
- Embarazos no suficientemente espaciados y/o familias con número elevado de hijos.
- Embarazo por técnicas de reproducción asistida.

### **2. Circunstancias perinatales:**

- Prematuros - Postmaduros.
- Sufrimiento fetal.
- Nacido con defectos o malformaciones.
- Hospitalización prolongada o repetidas en el primer año.
- Separación prolongada madre-hijo en este período.

### **3. Características temperamentales como factor de riesgo**

Temperamento difícil (ya observable en recién nacidos)

- Niños complicados/problemáticos en las primeras semanas. Es un factor de riesgo moderado, inespecífico que aumenta cuando el niño "difícil" vive en un ambiente familiar patológico, conflictivo o incoherente y poco estimulante desde el punto de vista educativo.
- Humor negativo (irritable, colérico, triste)
- Arrítmico (vigilia/sueño, alimentación, eliminación)
- Difícil de controlar y apaciguar.
- Reacciones intensas, desmesuradas.
- Adaptación muy lenta a situaciones nuevas (personas objetos, alimentos, etc.)
- Tendencia al retraimiento o inhibición social.

#### **4. Factores familiares**

- Padre/madre con problemas de adicción (drogadicción/alcoholismo, ludopatía).
- Familias con historia de violencia (física o verbal) y/o maltrato infantil (entre adultos y adultos-niños/as).
- Padres muy jóvenes (menores de edad) o mayores.
- Situación de ruptura familiar o familias monoparentales.
- Padre/madre con enfermedad orgánica crónica.
- Padre / madre con minusvalía
- Padre/madre con historia de enfermedad mental.
- Madre con depresión posparto intensa y/o prolongada.
- Madre con psicosis puerperal.
- Pérdida significativa de un familiar.
- Niño en acogimiento familiar y/o en adopción.

#### **5. Relación padres- hijo/ a:**

- Separación de la madre en el período neonatal precoz, con imposibilidad absoluta de contacto físico entre ambos.
- Desinterés o rechazo por el recién nacido (estar con él, alimentarle, vestirle) y/o escasas visitas cuando el niño/a está ingresado que, además, pueden ser inconsistentes y cortas.
- Maltrato físico y/o sexual al niño.
- Padres con actitudes incoherentes, indiferentes o con excesiva ansiedad ante las responsabilidades de crianza de los hijos / as.-Padre/madre con comportamientos llamativos (llanto, gran tristeza, excitación, continuas preguntas, incomunicación total, contradicciones, ocultamientos, negativa a hablar con otros profesionales).
- Discontinuidad en los cuidados parentales (cambios frecuentes de personas, de cuidadores).
- Ausencia del padre en el cuidado del bebé.

#### **6. Factores socio- económicos:**

- Familias con problemas económicos (precariedad económica, carencia de domicilio)
- Aislamiento social (emigración, falta de apoyos familiares y sociales)
- Otros hijos con medidas de protección (guarda o tutela)
- Dificultad social (prostitución, delincuencia, narcotráfico, mendicidad, privación de libertad)

## **Signos de alarma**

Se consideran signos de alarma cualquier dato de la observación clínica que puede ser una manifestación de una alteración que podría hacerse evidente en aquel momento o en una etapa ulterior de la evolución del individuo.

(Los signos marcados con \* pueden ser indicadores de trastornos psicopatológicos graves (autismo, otras psicosis infantiles o trastorno generalizado del desarrollo y disarmonías evolutivas severas).

### **1. Trastornos de la alimentación y/o deglución**

Se excluyen los trastornos de la conducta alimentaria provocados por actitudes inadecuadas de la familia.

- Inapetencia (ingerir muy poca cantidad de alimento o duración de mamada más de 60 minutos)
- Rechazo de alimentos sólidos (después de los 6-8 meses) y dificultad para masticar.
- Vómitos de origen funcional:
  - Cuando se acompañen de reacciones emocionales intensas (por ejemplo de angustia) o de comportamientos, generalmente de oposición, que el niño practica para vomitar (por ejemplo introducirse el dedo o algún otro objeto en la boca)
  - Después de comer, en niños inapetentes que es necesario alimentar pasivamente, caracterizados por la salida lenta de lo que han ingerido.
- Mericismo y pica:
  - Mericismo : rumiación más vómito (alimento retornado a la boca). Acostumbra a aparecer en el segundo semestre de vida.
  - Pica: Ingestión de sustancias no alimentarias (por ejemplo tierra, papeles, tizas,, etc..)
- Trastornos digestivos de origen funcional:
  - Estreñimiento (regularmente)
  - Diarreas (regularmente)
- Niño que, habitualmente, es forzado a alimentarse.

### **2. Trastornos del sueño**

- Dificultades para dormir, a partir de los primeros meses, o al menos durante 4 semanas, casi todas las noches.
- Insomnio:
  - Expresado en forma de llantos (durante 4 semanas casi todas las noches)

Descripción y análisis de los trastornos psiquiátricos infantiles de causa neurobiológica.

---

- Acompañado de actividades motoras elaboradas (balanceo, cabezazos)
- Gran insomnio (a veces acompañado de rechazo sistemático del contacto, desvinculación, apatía)
- Silencioso (niños que pasan horas de noche o de día despiertos, sin manifestar nada, y con los ojos abiertos).
- Hipersomnia (somnolencia prolongada y poca reactividad e indiferencia).

### 3. Trastornos del comportamiento

(Cuando se presentan regularmente, cuando siguen con intensidad fuerte o mediana y cuando desbordan las capacidades de tolerancia y contención de los padres o de los educadores).

- Inestabilidad
- Conducta hiperactiva.
- Oposicionismo-negativismo sistemático
- Conductas agresivas atípicas:
  - Autolesión, golpes en la cabeza, agresión peligrosa a sí mismo o a otros.
- Deambulación sin meta.
- Intolerancia a los cambios, con reacción intensa de angustia.
- Baja tolerancia a la frustración (niño difícil de calmar)
- Conductas auto estimulatorias (balanceos, movimientos reiterativos de objetos)
- Movimientos estereotipados.
- Sin sentido del riesgo (accidentes repetidos)
- Malestar desproporcionado ante pequeños cambios del entorno.
- Preocupación excesiva por detalles o formas de diversos objetos.
- Tendencia a la inhibición conductual (después del primer año de edad):
  - En situaciones nuevas, especialmente delante de personas que no le resultan familiares (delante del médico, etc.).
- Tarda exageradamente en responder
- Se asusta excesivamente de los desconocidos
- Se aferra y se coge continuamente y excesivamente a la madre o la figura sustituta.
- Todo esto se acompaña de activación vegetativa.-Trastorno del control de los impulsos (masturbación compulsiva, cleptomanía, crisis de cólera)



#### **4. Miedos y disfunciones de las relaciones sociales**

- Miedos con evitación sistemática de situaciones: noche, oscuridad, algunos animales, personas desconocidas, situaciones nuevas... (Cuando se presenta regularmente y con intensidad mediana o fuerte a partir de los 2-3 años de edad)
- Fobias graves y raras
- Hipersensibilidad a ruidos cotidianos.
- Timidez intensa con rechazo del contacto.
- Problemas importantes con los iguales (agresividad excesiva y/o aislamiento).
- Ausencia de contacto visual:
  - No mira, evita sistemáticamente la mirada de personas, no mira objetos, no hace seguimiento visual, mirada perdida.
  - Ausencia de sonrisa o sonrisa infrecuente:
    - Niño absorto en sí mismo, con un estado de ánimo que se caracteriza por irritabilidad y depresión, más que por retraimiento.
  - Falta de respuesta a estímulos sociales:
    - Afectos inapropiados al contexto de las situaciones, inclinación exagerada a las personas o a la inversa, ausencia de contactos interpersonales, insociabilidad.

#### **6. Anomalías en el juego**

- Inhibición:
  - Niño que no juega.
  - No inicia el juego simbólico (a partir de los 2- 3 años).
  - No utiliza los juguetes para representar escenas, se contenta con ordenarlos y manipularlos sin establecer relación con su significado.
  - Juego pobre y/ o estereotipado.
  - Juego muy sangriento y cruel.

#### **7. Problemas en el desarrollo del lenguaje, psicomotor y cognitivo**

- Retraso en la adquisición del lenguaje comprensivo y expresivo.
- Ausencia de deseo comunicativo
- Dificultad en el uso pronominal de yo (a partir de dos años).

## Descripción y análisis de los trastornos psiquiátricos infantiles de causa neurobiológica.

---

- Habla siguiendo un patrón peculiar: Ecolalia, inversión de pronombres, hiperinterrogación, verborrea.
- No desarrollo de la atención compartida.
- No desarrollo, inicio y/o consolidación de la permanencia de objeto.
- Dificultad en la simbolización (reconocimiento de imágenes, fotos...).
- Retraso psicomotor generalizado.
- Hipotonía en los primeros meses o, en ocasiones hipertonía, y dificultad del ajuste postural.
- Pérdida brusca de las funciones motoras adquiridas.
- Poca expresividad facial (cara triste, indiferente) y/o rigidez facial
- No echa de menos a los padres, se queda sólo o con extraños a partir de los 10-12 meses.
- Retraso (o ausencia) en la sedestación, volteos, rastreo y en la bipedestación.
- Retraso en el control de esfínteres.
- Precocidad excesiva en el control de esfínteres.
- Alteraciones de la atención (fija, dispersa, lábil).
- Retrasos en el aprendizaje escolar.

### **8. Trastornos de la interacción padres-bebé Relación sobre involucrada**

Excesivo involucramiento físico y/o psicológico.

- El progenitor obstaculiza las metas y deseos del infante.
- El progenitor controla excesivamente.
- El progenitor formula exigencias inadecuadas para el nivel de desarrollo del niño
- El infante parece difuso, no enfocado e indiferenciado.
- El infante despliega conductas sumisas, excesivamente obedientes o, a la inversa, desafiantes.
- El infante puede carecer de habilidades motrices y/o expresividad lingüística.

### **Relación subinvolucrada**

La relación subinvolucrada se caracteriza por un involucramiento auténtico o conexión con el infante sólo esporádico o infrecuente.

- El progenitor insensible y/o no responde a las señales del infante.
- Falta de consistencia entre las actitudes expresadas acerca del infante y la cualidad de las interacciones reales.
- El progenitor ignora, rechaza o no conforta.

## Descripción y análisis de los trastornos psiquiátricos infantiles de causa neurobiológica.

---

- El progenitor no refleja los estados emocionales internos del infante.
- El progenitor no protege adecuadamente.
- Se observan interacciones insuficientemente reguladas o mal interpretadas por el progenitor.
- Progenitor e infante parecen estar desligados.
- Aparentemente el infante no es cuidado física y/o psicológicamente.
- El infante puede parecer retrasado o precoz en las aptitudes motrices y lingüísticas.

### **Relación ansiosa / tensa**

Esta relación se caracteriza por interacciones tensas, restringidas, con poco disfrute distendido o mutualidad.

- El progenitor puede ser sobreprotector e hipersensible.
- La manipulación del niño puede ser torpe o tensa.
- En las relaciones aparecen algunas interacciones verbales o emocionalmente negativas
- Es pobre la adecuación entre los temperamentos.
- El infante puede ser muy obediente o ansioso.

### **Relación colérica / hostil**

Esta relación se caracteriza por una interacción ruda y abrupta, a menudo carente de reciprocidad emocional.

- El progenitor puede ser insensible a las señales del infante.
- La manipulación del niño es abrupta.
- El infante puede parecer asustado, ansioso, inhibido, impulsivo o difusamente agresivo.
- El niño puede presentar conducta desafiante o resistente con el progenitor.
- Conductas exigentes o agresivas con el progenitor.
- El niño puede presentar conductas temerosas, vigilantes y evitativas.
- El niño puede presentar una tendencia a las conductas concretas más que al desarrollo de la fantasía e imaginación.

### **Relación mixta.**

Combinación de los rasgos descritos en los apartados anteriores.

### **Criterios de actuación**

Ante la observación de factores de riesgo y/ o de señales de alarma es importante:

- Hacer un seguimiento mayor del niño y su familia.

## Descripción y análisis de los trastornos psiquiátricos infantiles de causa neurobiológica.

---

-Si hay varios factores de riesgo y/ o señales de alarma, llevar el caso a interconsulta con el equipo de salud mental infanto- juvenil, o su derivación al mismo.

-Si aparecen factores de riesgo marcados con \*, la derivación ha de hacerse urgente.

### **Exploración diagnóstica**

Esta exploración sería necesaria para los niños con sospecha de patología mental grave (espectro autista y otras psicosis infantiles o trastornos generalizados del desarrollo, disarmonías evolutivas severas)

Es importante, para este tipo de exploración, crear espacios de coordinación entre los distintos Servicios para establecer protocolos de actuación, que aseguren una valoración diagnóstica múltiple y clara, que evite transmitir distintas concepciones a la familia.

Dependiendo de la sospecha de la patología inicial, el clínico valorará qué tipo de pruebas de las enumeradas han de realizarse:

### **Exploración neuropediátrica (por especialista específico)**

#### **-Analítica sanguínea:**

Screening de aminoácidos. Ácido úrico. Calcio. Fósforo. Magnesio. Ácido láctico. Ácido pirúvico y C.P.K. Título de anticuerpos a herpes-virus. Cariotipo (ver la necesidad de estudios de genética molecular). Urea. Amonio. Pruebas Tiroideas. Valorar títulos V.I.H.

#### **-Analítica urinaria:**

Ácido úrico. Magnesio. Calcio. Fósforo. Creatinina. (Screening aminoácidos en orina de 24h.)

#### **-Estudios complementarios:**

Examen neurológico básico

- EEG.
- Valorar la necesidad de realizar: TAC cerebral. Resonancia magnética cerebral.  
Evaluación ocular completa: Incluir potenciales evocados visuales.  
Evaluación otológica completa: Incluir potenciales evocados auditivos.  
Estudio de posibles intolerancias a alimentos.
- Búsqueda de antecedentes pre y perinatales (premadurez, postmadurez, hemorragia cerebral.
- Exploración psíquica
- Valoración del desarrollo psicomotor.

## Descripción y análisis de los trastornos psiquiátricos infantiles de causa neurobiológica.

---

- Observación de signos de alarma: relación con los padres, con el entorno, capacidad de simbolización, manejo de la agresividad y del afecto, capacidad de frustración, signos de ansiedad y/o depresivos, signos de desestructuración psicótica.
- Valoración de las capacidades cognitivas.
- Evaluación del lenguaje.
- Evaluación de la dinámica familiar.

### Tratamiento

Las opciones de tratamiento más comunes para los niños que tienen afecciones de salud mental incluyen:

- **Psicoterapia.** La psicoterapia, también conocida como terapia conversacional o terapia del comportamiento, es una forma de abordar las preocupaciones sobre la salud mental que consiste en hablar con un psicólogo u otro profesional de la salud mental. En el caso de los niños pequeños, la psicoterapia puede incluir jugar y hablar de lo que sucede mientras se juega. Durante la psicoterapia, los niños y adolescentes aprenden a hablar de sus pensamientos y sentimientos, a responder a ellos y a aprender nuevas conductas y la capacidad de afrontar una situación difícil.
- **Medicamentos.** El médico o el profesional de la salud mental de tu hijo puede recomendar un medicamento, como un estimulante, antidepresivo, ansiolítico, antipsicótico o estabilizador del estado de ánimo, como parte del plan de tratamiento. El médico te explicará los riesgos, los efectos secundarios y los beneficios de los tratamientos farmacológicos.

### Conclusión

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. 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. Las señales de aviso de cuándo podría ser un problema más serio incluyen, problemas en diferentes ocasiones (en la escuela, en casa, con sus compañeros), Cambios en el apetito o el sueño, Aislamiento social o miedo a cosas que antes no le causaba temor, Volver a portarse como

## Descripción y análisis de los trastornos psiquiátricos infantiles de causa neurobiológica.

---

un niño pequeño, por ejemplo orinarse en la cama, Señales de estar molesto, como tristeza o llanto, Signos de hacerse daño a sí mismo, como golpearse la cabeza o de repente herirse a menudo, Pensamientos repetitivos sobre la muerte.

Para diagnosticar problemas de salud mental, el médico o especialista en salud mental presta atención a las señales y síntomas de su hijo, su historia clínica y familiar. Los tratamientos incluyen medicamentos y terapia de conversación.

No suele ser fácil comprender los trastornos de salud mental en los niños porque el desarrollo normal de la infancia es un proceso que implica cambios. Además, los síntomas de un trastorno pueden diferir según la edad del niño, y es posible que los niños no puedan explicar cómo se sienten o por qué se comportan de cierta manera.

La preocupación por el estigma asociado a la enfermedad mental, el uso de medicamentos y el costo o las dificultades logísticas del tratamiento también pueden impedir que los padres busquen atención para un niño que se sospecha que padece una enfermedad mental.

A veces no es sencillo establecer un diagnóstico preciso. A menudo, puede haber una combinación de alteraciones interactuando entre sí a lo largo del tiempo; pueden cambiar de forma de presentación conforme la persona va madurando y, además, pueden enmascarse o amplificarse por la acción de acontecimientos que tienen lugar durante el desarrollo. Las descripciones rígidas y cristalizadas de los trastornos psicológicos no resaltan la vivacidad y energía de los niños, ni la realidad que supone crecer afrontando estos trastornos. Conductas anómalas en la infancia son aquellas que se alejan de la generalidad, tanto cuantitativa como cualitativamente se distancian de una norma de comportamiento que se toma como criterio y que, a su vez, depende de criterios socioculturales y de desarrollo propios de cada edad.

## Referencias

1. Alarcón, Y., & Silva, L. (2015). Estructura y funcionalidad familiar de hogares sustitutos deniños, niñas y adolescentes protegidos por el ICBF de barranquilla. *Tejidos sociales RevistaVirtual*, 1, 38-54. Recuperado e:<http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/ojs/index.php/tejsociales/article/view/1441>
2. Arruabarena, M. (2011). Maltrato Psicológico a los Niños, Niñas y Adolescentes en la Familia: Definición y Valoración de su Gravedad. *Psychosocial Intervention*, 20(1). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179818575004>

Descripción y análisis de los trastornos psiquiátricos infantiles de causa neurobiológica.

3. Astudillo, M., & Inga, A. (2016). *Frecuencia de ansiedad y depresión en niñas y adolescentes de la casa de acogida "miguel león" del cantón cuenca-Ecuador* (maestría). Universidad estatal de cuenca, Ecuador. Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/25503>
4. Barros, O., Mercado, S. & Solano, D. (2013). *Prevalencia de sintomatología de depresión infantil en niños y niñas de 4° a 6° grado pertenecientes a dos colegios oficiales de la ciudad de Barranquilla*. (Tesis de Pregrado inédita). Universidad de La Costa, Barranquilla, Colombia. Recuperado de: <http://repositorio.cuc.edu.co/xmlui/handle/11323/94>
5. Bernal, T. & Romero, M., (2014). Vínculos de adolescentes en medida de restablecimiento e derechos. *Divers.: Perspect. Psicol. vol.10 no.2 Bogotá*.
6. Bragado, C., Bersabe, R., & Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema, 11(4)*, 939-956. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72711415> ISSN 0214-9915
7. Bravo, A., & Del Valle, J. (2009). *INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA EN COGIMIENTO RESIDENCIAL* (1st ed.). Cantabria. Recuperado de: [http://grupogifi.com/media/grupogifi/catalogo/65706\\_Int\\_soc\\_acores.pdf](http://grupogifi.com/media/grupogifi/catalogo/65706_Int_soc_acores.pdf)
8. Buitrago, L. & Briceño, S. (11 de junio de 2009). Indicadores asociados a la ansiedad anifiesta en una población escolarizada. *Cuadernos hispanoamericanos de psicología, vol.10 no. (1)*, 39-52. Recuperado de: [http://m.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos\\_hispanoamericanos\\_psicologia/volumen10\\_numero1/articulo\\_3.pdf](http://m.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos_hispanoamericanos_psicologia/volumen10_numero1/articulo_3.pdf)
9. Caballo, E., & Simón, M. (2012) *Manual psicología clínica infantil y adolescencia*. Madrid, España. Ediciones Pirámide.
10. CEDESOCIAL, (2017). Cifras de hogares sustitutos: NNA atendidos, hogares sustitutos en unión y centros zonales asociados en los departamentos de Atlántico y Magdalena. Recuperado de: <https://www.cedesocial.org/nuestro-trabajo>
11. Cuta, L. (2014). Destrucción, perturbación y recuperación psíquica de tres adolescentes abandonados e institucionalizados en hogares sustitutos de Casanare, Colombia. (Tesis de maestría inédita) *Repositorio institucional. Pontificia Universidad Javeriana*.
12. De Melo, A., & Regis, G. (2013). Um Estudo Exploratório da Incidência de Sintomas Depressivos em Crianças e Adolescentes em Acolhimento Institucional. *Temas Em Psicologia, 21(1)*, 151-164. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.1-11>
13. Del Valle, J. y Bravo, A. (2009) *CRISIS Y REVISIÓN DEL ACOGIMIENTO RESIDENCIAL. SU PAPEL EN LA PROTECCIÓN INFANTIL*. Universidad de Oviedo. Papeles del Psicólogo, 2009. Vol. 30(1), pp. 42-52 <http://www.cop.es/papeles>
14. Del valle, J, Sainero, A & Bravo A. (2010) *Guía de Salud mental de menores en acogimiento Residencial*. Extremadura, España. (P.50-65). Recuperado de: <https://consaludmental.org/publicaciones/Saludmentalmenoresacogimientoresidencial.pdf>

Descripción y análisis de los trastornos psiquiátricos infantiles de causa neurobiológica.

---

15. Delgado, L., Forniele, A., Costas, C. & Brun-gasca, C. (2011). Acogimiento residencial: problemas emocionales y conductuales. *Revista de Investigación en Educación*, n° 10 (1). Recuperado de: <http://webs.uvigo.es/reined/>
16. Duran, E. & Valoyes, E. (2009) Restablecimiento de derechos de niños, niñas y adolescentes en el sistema nacional de bienestar familiar. *Rev. latinoam. cienc. soc. niñez. juv* 7(2): 761-783. Recuperado de: <http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/cinde/index.html>
17. Esparza, N., & Rodriguez, M. (2009). Factores contextuales del desarrollo infantil y relación con los estados de ansiedad y depresión. *Diversitas*, 5(1). <http://dx.doi.org/10.15332/s1794-9998.2009.0001.04>
18. Farmer, E. M. Z., Mustillo, S., Burns, B. J. y Holden, E. W. (2008). Use and Predictors of Out-of-Home Placements Within Systems of Care. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 16, 5-14.

©2021 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).