



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 21 No. 3

Septiembre de 2018

PROBLEMAS EMOCIONALES Y DE COMPORTAMIENTO EN NIÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Claudia Paola Coronel¹

Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Tucumán
Argentina

RESUMEN

Estudiar los problemas de comportamiento en los niños con discapacidad intelectual resulta complejo, ya que involucran diversos factores etiológicos: contextuales, genéticos, familiares, interaccionales; algunos de ellos pueden ser causa por sí mismos de psicopatología o aumentar el riesgo de psicopatología. Los objetivos del presente estudio fueron: 1) Identificar problemas emocionales y de comportamiento en niños de 6 y 11 años con discapacidad intelectual de diferentes niveles socioeconómico (NSE) de Tucumán, Argentina; 2) Analizar problemas internalizantes y externalizantes en niños con discapacidad intelectual y 3) Analizar si existen diferencias en los problemas emocionales y de comportamiento en función del contexto socioeconómico de los niños. Los hallazgos del presente estudio se relacionan con una mayor problemática comportamental y emocional en niños con discapacidad intelectual moderada referida a problemas de atención, sociales y de retraimiento. Además se encontró mayor problemática emocional en niños con discapacidad intelectual de niveles socioeconómico bajo de Tucumán.

Palabras clave: problemas emocionales; problemas de comportamiento; discapacidad intelectual; niños.

¹ Dra en Humanidades (Área Psicología). Mg. En Psicología Educacional (UNT). Lic. Psicología (UNT). Prof. Adjunto Evaluación y Diagnóstico Psicológico Infanto-juvenil. Directora Alternativa del Departamento de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la UNT. Institución: Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Tucumán, Argentina. Teléfonos: +54 0381 155028821 Correo Electrónico: paolacoronel.pc@gmail.com

EMOTIONAL AND BEHAVIOURAL PROBLEMS IN CHILDREN WITH INTELLECTUAL DISABILITY

ABSTRACT

Studying behavioural problems in children is complex, even more if they have intellectual disability. The aetiology of such problems is diverse: context, genetics, family and interaction, and some of these factors can be themselves a cause of psychopathology or increase the risk of it. The aims were: 1) to identify emotional and behavioural problems in 6-to-11-year-old children with intellectual disability from different socioeconomic levels (SEL) from Tucumán, Argentina; 2) to analyse internalizing and externalizing behaviour in children with intellectual disability and 3) to analyse whether there are differences in emotional and behavioural problems depending on the children's socioeconomic level. The findings of this study can be related to greater emotional and behavioural problems in children who have moderate intellectual disability associated with attention, shyness and social problems. In addition, greater emotional problems were found in children with intellectual disability of low socioeconomic levels from Tucumán.

La salud mental es un componente fundamental e inseparable de la salud y está relacionada con la calidad de vida, familiar y comunitario (Mora Antó, Córdoba Andrade, Bedoya Urrego y Verdugo, 2007). El estudio de las características y prevalencia de los problemas emocionales y de comportamiento en la infancia y adolescencia es un campo de investigación necesario tanto para establecer tratamientos eficaces como para desarrollar programas de prevención.

Los problemas emocionales y de comportamiento en la infancia suponen una preocupación y un reto para padres, educadores y profesionales de la salud ocupando un lugar destacado en las investigaciones sobre trastornos psicopatológicos en niños (Garaigordobil y Maganto, 2013). Y dentro de estas el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades mentales en niños con Discapacidad Intelectual (DI) se ha convertido en una de las áreas de mayor interés (Márquez-Caravero, Zanabria-Salcedo, Pérez-Barrón, Arciniega-Buenrostro y Galván-García, 2011).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) los trastornos mentales constituyen el 22% de la carga total de enfermedades en América Latina y el Caribe (Rodríguez, Kohn y Aguilar-Gaxiola, 2009). Diferentes estudios epidemiológicos confirman que entre los 6 y 12 años la consulta psicológica por

problemas emocionales y de comportamiento constituyen uno de los motivos de mayor prevalencia con una tasa del 9% al 22%. En Argentina, un estudio epidemiológico realizado por el Ministerio de Salud de la Nación (2007) en conjunto con las universidades nacionales encontraron un 14.9% de problemáticas internalizantes y un 14.6% de problemáticas externalizantes. Este estudio ha permitido establecer un 4.3% de niños que se encuentran en alta vulnerabilidad y un 10.9% en la categoría de vulnerabilidad.

Como bien señala Donas Burak (2001) con el desarrollo de sistemas de atención de la salud de los adolescentes se comenzó a emplear el denominado enfoque de riesgo. Así, se utilizaron conceptos tales como *factores de riesgo*, *conductas de riesgo* y *vulnerabilidad*. Se entiende por factores de riesgo a aquellas “características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que ‘señalan’ una mayor probabilidad de tener o sufrir un daño” (p. 490). Este autor afirma que el nivel de vulnerabilidad es el resultado de la interacción de múltiples factores tanto de protección como de riesgo, de orden biológico, psicosocial y del entorno. La vulnerabilidad es un estado en permanente cambio y debe ser valorada teniendo en cuenta factores protectores generales y específicos, factores de riesgo generales y específicos y conductas de riesgo existentes. En la discapacidad intelectual, factores protectores generales serían, por ejemplo, contar con adecuados apoyos individualizados y, un factor protector específico, tener amigos con buenos vínculos; en cambio, un factor de riesgo general estaría dado por ser partícipe de violencia intrafamiliar, o la deserción escolar; mientras que puede considerarse como factor específico de riesgo, a modo de ejemplo, que el niño o adolescente se perciba deprimido o triste (Contini y Coronel, 2015).

La evaluación psicológica tiene como finalidad conocer y comprender los comportamientos y síntomas que aparecen para valorar si éstos son parte del curso normal del desarrollo o constituyen un patrón psicopatológico (Coronel, 2013). Las alteraciones psicológicas han sido tradicionalmente clasificadas en dos patrones básicos: problemas de comportamiento y de las emociones. Las alteraciones de las emociones o síndromes internalizantes están relacionadas con inestabilidad del estado ánimo, obsesiones, problemas somáticos, nerviosismos,

inseguridad, miedos, fobias, tristezas, apatía, disforia, inquietud, tensión, preocupación y culpabilidad (Achenbach y Rescorla, 2012). Para su diagnóstico se pueden emplear los criterios descritos por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014) en las diversas ediciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V). Están relacionados a problemas afectivos, problemas de ansiedad y a somatizaciones. Las taxonomías empíricas muestran que la sintomatología internalizante no aparece tan claramente delimitada en infancia y adolescencia por lo que Achenbach y colaboradores han realizado diferentes análisis factoriales sobre los ítems del Child Behavior Checklist (CBCL) de Achenbach y Rescorla (2001). Los autores de esta prueba han aislado tres dimensiones internalizantes: ansiedad/depresión; aislamiento/depresión y quejas somáticas. La ansiedad y la depresión no se organizaron como síndromes independientes. La configuración de un trastorno mixto ansiedad/depresión en la infancia ha sido identificado recientemente (Achenbach, 2008; Romero Acosta et al., 2010).

Las investigaciones realizadas mediante listados amplios de conducta muestran que los problemas internalizantes son los patrones de alteración psicológica comunes encontrados en infancia, fundamentalmente los temores, miedos y fobias. Es importante destacar que la sintomatología internalizante se relaciona con la vulnerabilidad a desarrollar estrés (López Soler, Alcántara, Fernández, Castro y López Pina, 2010).

Las alteraciones del comportamiento son síndromes externalizantes, incluyen comportamientos desajustados como la exteriorización de la agresión, la actuación o descarga impulsiva, agitación psicomotora, desobediencia y comportamiento antisocial (Achenbach y Edelbrock, 1983). Son más visibles en el contexto familiar y escolar, al manifestarse mediante conductas disruptivas que interfieren el funcionamiento de los niños en esos ambientes, por lo que son los motivos más frecuentes de derivación o de pedido de consulta. La obtención de este síndrome en diferentes investigaciones y en diversas poblaciones ha demostrado la validez de los prototipos obtenidos empíricamente (López Soler, Alcántara, Fernández, Castro y López Pina, 2010).

Las taxonomías propuestas por Achenbach muestran algunas diferencias por las descritas en el Manual Estadístico de los Trastornos Mentales y por la Organización Mundial de la Salud: trastornos afectivos, ansiedad, somatizaciones, déficit de atención e hiperactividad, oposicionismo-desafiante y problemas de conducta. A partir del CBCL se puede obtener información tanto de los trastornos descritos por las clasificaciones internacionales y por los propuestos por Achenbach. Este autor propone puntos de corte en población americana (Achenbach y Rescorla, 2001).

DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y SALUD MENTAL

Los trastornos mentales y las alteraciones de conducta pueden afectar a todos los niños y adolescentes, tengan o no discapacidad intelectual. La mayor parte de los niños y adolescentes con discapacidad intelectual no desarrollan más problemas de conducta que sus pares sin discapacidad intelectual. Es discutido si los niños con discapacidad intelectual presentan una mayor vulnerabilidad a las enfermedades mentales y también si sus síntomas son enmascarados por el déficit cognitivo. Verdugo Alonso y Gutiérrez Bermejo (2009) indican que en muchas ocasiones es el contexto el que no favorece el desarrollo de comportamientos apropiados y fomenta repertorios desajustados que llevan a la intervención profesional. Lo que parece evidente es que un elevado número de casos permanecen sin diagnóstico, es decir se encuentran extremas dificultades para identificar los problemas de salud mental, dado que en la mayoría de las ocasiones se mostrarán en forma de conducta desafiante, alteraciones de la conducta, señales físicas y quejas (Novell Alsina, Rueda Quillet y Salvador-Carulla, 2012).

El concepto vigente de discapacidad intelectual hace referencia a «limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años» (Schalock et al, 2011, p. 31). En la actualidad el peso, en relación al diagnóstico, está puesto en la valoración de la conducta adaptativa con la finalidad de reflejar las

características sociales de la discapacidad, reducir el exceso de confianza depositado en el coeficiente intelectual y disminuir los falsos positivos (Luckasson et. al. 2004; Grossman, 1973; Schalock, 2011).

El concepto de discapacidad intelectual alude a una evaluación integrada del funcionamiento del sujeto en el momento actual. Esto conlleva una dinámica en su análisis, en contrapartida al enfoque estático asumido en épocas anteriores. Esto es que se debe comprender a la discapacidad intelectual no como una condición permanente –aquello que se tiene para toda la vida– sino como un estado actual de funcionamiento que debe ser revisado periódicamente y en diversos aspectos de la vida de un individuo.

El déficit cognitivo debe coexistir junto a limitaciones en la conducta adaptativa, puesto que la restricción intelectual, por sí misma, es limitada para diagnosticar discapacidad intelectual. La conducta adaptativa se entiende como "el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas aprendidas por las personas para funcionar en su vida diaria" (Luckasson et al, 2004, p. 73). Las limitaciones en la conducta adaptativa afectan tanto a la vida diaria como a la habilidad para responder a los cambios en la vida y a las demandas ambientales.

Schalock et al (2011) enfatiza que el enfoque multidimensional, base teórica actual para la comprensión de la discapacidad intelectual, describe cómo el funcionamiento y la presencia de discapacidad intelectual implican la interacción dinámica y recíproca entre habilidad intelectual, conducta adaptativa, salud, participación, contexto y apoyos individualizados. Este modelo contempla las etapas: a) Identificar la existencia de discapacidad intelectual; b) Evaluación de la participación, interacción y roles sociales de la persona dentro de los diferentes contextos: familia, escuela, comunidad como factores que restrinjan o faciliten el bienestar personal y c) Consideraciones del estado de salud, incluyendo la salud física, mental y los factores etiológicos relevantes. En este trabajo se hace referencia, dentro del modelo multidimensional, a la salud mental de los niños con discapacidad intelectual.

Una de las preocupaciones entre los profesionales que trabajan en el campo de la discapacidad intelectual es conocer si los niños con discapacidad intelectual

pueden reconocer si tienen o no problemas físicos o psíquicos. Los niños con discapacidad intelectual están sometidos a diferentes tipos de estrés ambiental. Así, niños con dificultades en la comunicación verbal que conviven en grupos, se les exige determinados rendimientos para lograr un mejor ajuste a su medio, pueden tener como resultado comportamientos agresivos como una manera de comunicar sus sentimientos o de asumir algún control de la situación (Novel Alsina, Rueda Quillet y Salvador-Carulla, 2012). Como es sabido, la manifestación clínica de un trastorno, su gravedad y la afectación sobre el funcionamiento es el resultado de la interacción de múltiples factores y mecanismos.

PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL. FACTORES DE RIESGO

Eaton y Menoslacino (1982) consideran que los sujetos con discapacidad intelectual son más proclives a desarrollar problemas graves de conducta o enfermedades mentales que aquellos que no presentan discapacidad intelectual, debido a sus dificultades para procesar la información, problemas orgánicos, dificultades sensoriales o factores culturales y familiares.

Los posibles factores que influyen en la presencia de problemas de comportamiento (Verdugo Alonso y Gutiérrez Bermejo, 2009) son:

- Las lesiones del sistema nervioso central y su pobre desarrollo contribuyen a que aumente la probabilidad de comportarse impulsivamente bajo condiciones externas de provocación.
- La presencia de otros trastornos asociados con la discapacidad intelectual, como ser la epilepsia, desórdenes sensoriales, dificultades motrices, parálisis cerebral, trastornos del lenguaje, aumentan las dificultades.
- Las limitaciones en habilidades cognitivas disminuyen la probabilidad de que los niños con discapacidad intelectual puedan superar, de forma asertiva, las fuentes de estrés.

- Determinadas formas de vida que influyen de un modo desajustado en la probabilidad de presentar dificultades comportamentales o emocionales.

La presencia de unos u otros tipos de problemas de comportamiento o emocionales está relacionada con el nivel de discapacidad del sujeto. Es importante subrayar que a mayores necesidades de apoyo, mayor es la presencia de problemas de comportamiento. Los niños y adolescentes con sistemas de apoyo amplio suelen presentar más problemas de comportamiento de mayor gravedad, como ser las autolesiones, estereotipias o agresiones. Asimismo, los niños con menos necesidades de apoyo pueden presentar las mismas problemáticas emocionales o comportamentales que sus iguales en edad y sin discapacidad intelectual.

Investigaciones realizadas con niños sin discapacidad intelectual y con problemas de comportamiento demuestran que a medida que el desarrollo avanza estos problemas disminuyen o desaparecen (Mangrulkar, Whitman y Posner, 2001). Mientras que en los niños con discapacidad intelectual suelen permanecer en estadios posteriores del desarrollo. Así el llanto y la agresividad son, en un determinado periodo del desarrollo, formas de comunicación. A medida que el niño crece el lenguaje sustituye a otros comportamientos. Es decir que los niños tienden a reducir o eliminar los problemas de comportamiento tales como gritos, llantos o agresiones, cuando logran una forma de comunicación más competente a través del lenguaje verbal. Verdugo Alonso y Gutiérrez Bermejo (2009) señalan que aquellos niños que no disponen de niveles de lenguaje como el discurso y una adecuada expresión narrativa utilizan formas más primitivas de comunicación, tales como la heteroagresividad, autolesiones y miedos.

Etxebarria, Apodaca, Eceiza, Fuentes y Ortiz (2003) en un estudio realizado con 257 niños y niñas de 7 a 9 años encontraron que la conducta agresiva aumentaba en los varones y disminuía en las niñas.

Los objetivos de este trabajo fueron: 1) Identificar problemas emocionales y de comportamiento en niños de 6 y 11 años con discapacidad intelectual de diferentes niveles socioeconómico (NSE) de la provincia de Tucumán, Argentina;

2) Analizar problemáticas en las dimensiones internalizantes y externalizantes en niños con discapacidad intelectual y 3) Analizar si existen diferencias en los problemas emocionales y de comportamiento en función del contexto socioeconómico al que pertenecen los niños.

MÉTODO

Participantes: 41 niños con discapacidad intelectual entre 6 y 11 años (25 varones, 61%; 16 mujeres 39%), asistentes a escuelas comunes, públicas y privadas de Tucumán (Argentina). Los niños participantes y sus familias fueron agrupados según su nivel socioeconómico (NSE alto: 26.8%, NSE medio: 31.7% y NSE bajo: 41.5%). El 76% de los niños fue diagnosticado discapacidad intelectual leve. Constituye una submuestra de una investigación más amplia dirigida a estudiar las competencias socio-personales y los problemas de comportamiento en niños con discapacidad intelectual de Tucumán.

Materiales

- *Child Behavior Checklist* (CBCL, Achenbach y Rescorla, 2001). Es un instrumento estandarizado para evaluar presencia de psicopatología en el niño en los últimos 6 meses. También registra información demográfica, competencias sociales, posibles enfermedades o discapacidades, rendimiento académico, preocupaciones hacia el niño y aspectos positivos de éste. El instrumento está compuesto por 113 ítems con tres alternativas de respuestas (0=no es cierto, 1=en cierta manera, algunas veces, 2= muy cierto o cierto a menudo) que los padres responden sobre posibles problemas de conducta que pueden presentar los niños y adolescentes entre 6 y 18 años de edad. Permite obtener puntuaciones en 8 escalas de banda estrecha también llamadas síndromes empíricos: Aislamiento, Ansiedad/Depresión, Quejas somáticas, Problemas sociales, Problemas de pensamiento, Problemas de atención, Comportamiento de romper normas y Conducta agresiva. También permite obtener puntuaciones en 2 escalas de banda ancha: Problemas internalizantes y Problemas externalizantes, además de una puntuación total.

Un estudio realizado en población argentina (Samaniego, 2004) los análisis multivariados arrojaron valores elevados de confiabilidad (.91) lo que indica que este instrumento puede ser usado en investigación epidemiológica en Argentina, como instrumento de *screening* y en la clínica profesional.

-*Encuesta sociodemográfica*: La encuesta sociodemográfica fue administrada para identificar el nivel socioeconómico en el grupo objeto de estudio. Se toman como indicadores el nivel de ocupación y educación del jefe del hogar. El nivel socioeconómico se determinó por la combinación de ocupación y educación (Cámara de Empresas de Investigación Social y de Mercado y Asociación Argentina de Marketing, 2006). La variable género fue evaluada como un ítem de la encuesta, a la que los padres responden indicando si su hijo es varón o mujer.

Criterios de exclusión: protocolos incompletos o dudosos.

Diseño y procedimiento

Se trató de un estudio descriptivo, no experimental, de tipo transversal (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2010). Para la selección de los participantes se realizó una entrevista con el equipo multidisciplinario (pedagogos, psicólogos, fonoaudiólogos y psicomotricistas) que atendían a los niños. De allí se seleccionaron los casos que cumplían los requisitos para el estudio, niños entre 6 a 11 años de edad con discapacidad intelectual. Los padres participaron de modo voluntario, previo consentimiento informado. La recolección de datos se realizó en las instituciones terapéuticas, con una administración individual de 40 minutos aproximadamente. Para esta presentación se han considerado los niños con discapacidad intelectual leve y moderada. Para el diagnóstico de los problemas internalizantes y externalizantes, el criterio empleado fue las puntuaciones correspondientes al percentil 98 y a la puntuación media más una desviación típica de la muestra en cada una de las escalas del CBCL. Para los niveles socioeconómicos se analizaron indicadores de nivel educativo y ocupación del principal sostén del hogar como la posesión de bienes y servicios. Los datos fueron analizados con el programa SPSS 20.0.

RESULTADOS

El primer objetivo de este estudio fue identificar problemas de comportamiento y emocionales en los niños de 6 a 11 años, con discapacidad intelectual, de diferentes niveles socioeconómicos de la provincia de Tucumán, Argentina. Un análisis exploratorio determinó que las variables dependientes, como ser problemas sociales, de pensamiento, de atención, de ruptura de reglas, de ansiedad y depresión, retraimiento y depresión, problemas externalizantes e internalizantes presentaban una distribución normal por lo que se decidió emplear pruebas paramétricas.

Se encontró que, según la percepción parental, los niños con discapacidad intelectual moderada presentaban más quejas somáticas ($p=.033$) comparados con sus pares con discapacidad intelectual leve. Si bien no se observó otra diferencia estadística significativa, un análisis de tendencias mostró que los niños con discapacidad intelectual moderada presentaban mayor recurrencia de problemas sociales, de pensamiento y de retraimiento-depresión. En tanto sus pares con discapacidad intelectual leve referían más problemas agresivos (Tabla 1).

Dimensiones CBCL	Discapacidad intelectual leve (N: 31)		Discapacidad intelectual moderada (N: 10)		T	p
	M	DE	M	DE		
Problemas sociales	4.64	2.99	6.7	3.09	-1.84	.086
Problemas de pensamiento	1.9	2.03	3	3.43	-.95	.359
Problemas de atención	7	4.1	7.6	4.16	-.397	.697
Rompe reglas	3.12	3.33	4.1	2.42	-.998	.330
Agresivos	5.77	5.13	5.4	2.27	.320	.751
Depresión	4.03	3.44	5.6	3.4	-1.26	.226
Quejas somáticas	1.67	2.45	3.6	2.22	-2.31	.033
Retraimiento depresión	3.16	3.41	5.9	4.74	-1.68	.117

$p < .05$

Tabla 1. Comparaciones de media de las dimensiones del CBCL según discapacidad intelectual leve y moderada. Prueba *t* de Student.

El segundo objetivo del trabajo fue analizar problemáticas en las dimensiones internalizantes y externalizantes en niños con discapacidad intelectual leve y moderada. Los resultados arrojaron mayor presencia de problemas internalizantes en los niños con discapacidad intelectual moderada comparados con sus pares con discapacidad intelectual leve (Tabla 2).

Variables Dependientes	Discapacidad intelectual leve (N: 31)		Discapacidad intelectual moderada (N: 10)		<i>t</i>	<i>P</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Problemas internalizantes	8.87	7.38	15.1	6.69	-2.49	.023
Problemas externalizantes	8.9	7.04	9.5	4.27	-3.22	.750

$p < .05$

Tabla 2. Comparaciones entre tipos de discapacidad intelectual según dimensiones internalizantes y externalizantes. CBCL.

La prevalencia de las diferentes escalas del CBCL teniendo como criterio diagnóstico la puntuación correspondiente al percentil 98 del CBCL, fue de 13% problemas sociales; 11% problemas de pensamiento; 15% problemas de atención; 13% problemas de romper reglas; 26% problemas agresivos; 14% problemas de ansiedad/depresión; 11% quejas somáticas; 15% retraimiento/depresión; 30% problemas internalizantes y 31% problemas externalizantes.

Estos porcentajes disminuyeron al calcular la prevalencia a partir de las medias más una desviación típica de la muestra de niños con discapacidad intelectual: 2.4% problemas sociales; 2.4% problemas de pensamiento; 4.9 % problemas de atención; 2.4% problemas de romper reglas; 2.4% problemas agresivos; 2.4% problemas de ansiedad/depresión; 2.4% quejas somáticas; 4.9% retraimiento/depresión; 4.9% problemas internalizantes y 2.4% problemas externalizantes.

La puntuación de corte de la muestra de niños con discapacidad intelectual ($X+1DS$), es la que se tuvo en cuenta como criterio para estimar las diferencias entre DI leve y moderada (Tabla 1 y 2).

Posteriormente se analizó la relación del contexto socioeconómico en los problemas emocionales y de comportamiento de niños con discapacidad intelectual. Si bien no se encontraron diferencias estadísticas entre los grupos, se observó que los niños con discapacidad intelectual pertenecientes al nivel socioeconómico bajo referían mayor frecuencia de problemas de pensamiento respecto a sus pares de otros contextos socioeconómicos (Tabla 3).

Variables Dependientes	NSE bajo (N: 17)		NSE medio (N: 13)		NSE alto (N: 11)		F	p
	M	DE	M	DE	M	DE		
Problemas sociales	5.29	3.7	4.76	2.65	5.36	2.83	.135	.874
Problemas de pensamiento	3.17	2.94	1.53	1.94	1.36	1.62	2.67	.082
Problemas de atención	7.35	4.6	6	3.91	8.18	3.34	.885	.421
Rompe reglas	3.7	3.34	2.69	2.46	3.63	3.64	.428	.665
Agresivos	5.47	3.41	5.76	6.48	5.9	3.83	.032	.968
Depresión	5.058	2.9	3.92	3.7	4	4.09	.491	.616
Quejas somáticas	2.94	3.24	1	1.47	2.27	1.73	2.36	.108
Retraimiento depresión	3.7	2.92	3.07	2.92	4.9	5.14	.659	.523
Problemas internalizantes	11.7	7.96	8	6.01	11.18	8.79	.945	.398
Problemas externalizantes	9.17	6.24	8.46	7.55	9.54	5.82	.086	.918

$p < .05$

Tabla 3. Comparaciones entre niveles de socioeconómico (NSE) según escalas CBCL. Análisis univariados

DISCUSIÓN

Generalmente son los padres quienes suelen detectar problemas emocionales o de comportamiento en los niños. Los estudios epidemiológicos confirman que entre los 6 y los 12 años los problemas de comportamiento son los motivos de mayor prevalencia y de consulta a profesionales de la salud mental. Los resultados encontrados dan cuenta que los niños con discapacidad intelectual moderada presentan problemas de atención, sociales, retraimiento y timidez. Son niños poco asertivos y con déficits en las relaciones de interacción social. Los problemas de atención dan cuenta de dificultad para concentrarse y prestar

atención, tanto en horas de clase como fuera de ella. Se dispersan fácilmente sin poder terminar lo que han iniciado.

Son escasas las investigaciones que contemplen el estudio del retraimiento en población infantil con discapacidad intelectual. Los resultados encontrados en este estudio indican una mayor presencia de estos problemas en niños con una discapacidad intelectual moderada que sus pares con discapacidad intelectual leve. En general, este tipo de comportamiento suelen ser menos visibles que los problemas de conducta, tales como la agresión. Por lo tanto, los niños retraídos y tímidos suelen no ser identificados como problema por parte del adulto. Los niños que son retraídos suelen ser impopulares, presentan dificultades en las relaciones sociales y dificultades en el establecimiento de relaciones sociales eficaces.

Rieffe, Meerum Terwogt, y Bosch (2004) sugieren que los estados de ánimo negativos son los mediatizadores entre la identificación de las emociones y las quejas somáticas. Esto sugiere que una incapacidad percibida para identificar las emociones propias, así como una decreciente tendencia a reconocer las emociones, impide a la persona afrontar de forma adaptativa la situación emocional. Los estados de ánimo negativos contribuyen a la aparición de más quejas somáticas.

Con respecto al segundo objetivo, identificar presencia de problemas internalizantes y externalizantes, los resultados encontraron en este estudio dan cuenta de mayor presencia de problemas internalizantes en los niños con discapacidad intelectual moderada. Estos resultados correlacionan con los hallados por Trianes, Blanca, García y Sánchez (2003) quienes encontraron mayor ansiedad y problemas internalizantes en niños con discapacidad intelectual integrados en aulas comunes de la ciudad de Málaga, España. Los problemas internalizantes se caracterizan por ansiedad, depresión, aislamiento y quejas somáticas, son comportamientos con contenido emocional y expresan un modo desadaptativo de resolver conflictos, en el sentido de que la expresión de los mismos es de orden interno (inhibición, alteraciones en el pensamiento, en el desarrollo y en la autonomía, retraimiento, depresión y ansiedad (Achenbach, 2008).

Los resultados encontrados en el presente estudio se relacionan con los de Eaton y Menoslacino (1982) quienes hallaron que los sujetos con discapacidad intelectual son más proclives a desarrollar problemas graves de conducta o enfermedades mentales que aquellos que no presentan discapacidad intelectual, debido a sus dificultades para procesar la información. La presencia de este tipo de problemas están relacionados con el nivel de discapacidad del sujeto (Mangrulkan, Whitman y Posner, 2001).

Por último, se ha estudiado la relación entre problemas de comportamiento y nivel socioeconómico. Si bien no se encontraron diferencias estadísticas entre los grupos, se observó que los niños con discapacidad intelectual pertenecientes al nivel socioeconómico bajo referían mayor frecuencia de problemas de pensamiento respecto a sus pares de otros contextos socioeconómicos, identificándose problemas referidos a obsesiones, dificultades en el sueño, comportamientos extraños. El Estudio de los problemas de comportamiento en los niños resulta complejo, puesto que involucra múltiples factores etiológicos, como los contextuales, los genéticos, el ambiente familiar, la interacción con los padres y la vivencia de experiencias traumáticas; algunos de ellos pueden ser causa por sí mismos de psicopatología o aumentar el riesgo de presencia de sintomatología psicopatológica (Valencia García y Andrade Palos, 2004). El niño es un ser biopsicosocial en constante interacción con el ambiente, tenga o no discapacidad intelectual (Bronfenbrenner, 2005). A su vez, la influencia del contexto social sobre la familia configura modos de interrelaciones específicos entre sus miembros (Heredia y Ancona, 2014).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achenbach T. y Rescorla L. (2001). **Manual for the ASEBA School-Age Forms y Profiles**. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, y Families.
- Achenbach, T. y Edelbrock, C. (1993). *Diagnóstico, taxonomía y evaluación*. En: T. Ollendick. y M. Hersen (1993). **Psicopatología infantil**. Barcelona: Martínez Roca.
- Achenbach, T. y Rescorla, L. (2012). International epidemiology of child and adolescent psycho-pathology 1: diagnoses, dimensions, and conceptual issues. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, **51**, 1261-1272.
- Achenbach, T. (2008). **Assessment, diagnostic, nosology and taxonomy of child and adolescent psychopathology. Handbook of clinical psychology**, NJ: John Wiley.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). **Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5**. Buenos Aires: Panamericana.
- Contini, N. y Coronel, P. (2015). Las habilidades sociales en la infancia y adolescencia. Conceptos y marco teórico. En N. Contini (Comp.), **Agresividad en los adolescentes hoy. Las habilidades sociales como clave para su abordaje** (pp. 13-59). Tucumán: EDUNT.
- Coronel, P. (2013). La evaluación psicológica como intervención preventiva en el campo de las habilidades cognitivas en la infancia. (Trabajo monográfico inédito). Cátedra Teoría y Técnicas de Exploración Psicológica (Niños). Universidad Nacional de Tucumán.
- Donas Burak, S. (2001). Protección, riesgo y vulnerabilidad: Sus posibles aplicaciones en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud integral de los adolescentes y las adolescentes. En S. Donas Burak. (Edt.) **Adolescencia y juventud en América Latina** (489-499). Cartago: Libro Universitario Regional.
- Eaton, L. y Menoslacino, F. (1982). Psychiatric disorders in the mentally retarded: gTypes, problems and challenges. **American Journal of Psychiatry**, **139**, 1297-1303.
- Etxebarria, Apodaca, Eceiza, Fuentes y Ortiz (2003). Diferencia de género en emociones y en conducta social, en la edad escolar. **Infancia y Aprendizaje: Diariode Estudios de la Educación y el Desarrollo**, **26**, (2), 147-161.
- Garaigordobil, M., y Maganto, M. (2013). Problemas emocionales y de conducta en la infancia: un instrumento de identificación y prevención temprana. **Padres y maestros**, 351.
- Grossman, H. (1973). **A manual on terminology and classification in mental retardation**. Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.

- Heredia y Ancona, M. (2014). Influencia del contexto familiar y social en el desarrollo del niño y sus alteraciones. En E. Lucio Gómez-Maqueo y M. Heredia y Ancona (Eds.), **Psicopatología. Riesgo y tratamiento de los problemas infantiles** (pp. 27-48). México: El Manual Moderno.
- Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2010). **Metodología de la Investigación** (5ª edición). México: Mc Graw Hill
- López Soler, C., Alcántara, M., Fernández, V., Castro, M. y López Pina, J. (2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL. Child Behavior Checklist. **Anales de Psicología**, **26**, (2), 325-334.
- Luckasson, R., Bortwick-Duffy, S., Buntix, W., Coulter, D., Craig, E., Reeve, A., Schalock, R., Snell, M., Spitalnik, D., Spreat, S. y Tassé, M. (2004). **Retraso Mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo. Asociación Americana de Retraso Mental**. Madrid: Alianza.
- Mangrulkar, L., Whitman, C. y Posner, M. (2001). **Enfoques de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes**. Organización Panamericana de la Salud.
- Márquez-Caravero, M., Zanabria-Salcedo, M., Pérez-Barrón, E., Arciniega-Buenrostro, L. y Galván-García, C. (2011). Epidemiología y manejo integral de la Discapacidad Intelectual. **Salud Mental**, **34**, 443-449.
- Ministerio de Salud de la Nación y Unidades Académicas de Psicología de Universidades Nacionales. (2007). **Problemáticas de Salud Mental en la Infancia. Proyecto de investigación. Informe final**. Disponible en www.youblisher.com/files/publications/12/68360/pdf.pdf
- Mora Antó, A., Córdoba Andrade, L., Bedoya Urrego, A. y Verdugo, M. (2007). Características de la calidad de vida de las familias con un adulto con discapacidad intelectual (DI)/RM en la ciudad de Cali, Colombia. **Revista Diversitas. Perspectivas en Psicología**, **3**(1), 37-54.
- Novell Alsina, R., Rueda Quittlet, P., Salvador-Carulla, L. y Forgas Farre, E. (2003). **Salud Mental y alteraciones de la conducta en personas con discapacidad intelectual. Guía práctica para técnicos y educadores**. FEAPS. Disponible en <http://hdl.handle.net/11181/3215>.
- Novell Alsina, R., Rueda Quittlet, P., Salvador-Carulla, L. y Forgas Farre, E. (2003). **Salud Mental y alteraciones de la conducta en personas con discapacidad intelectual. Guía práctica para técnicos y educadores**. FEAPS. Disponible en <http://hdl.handle.net/11181/3215>.
- Rieffe, C., Meerum Terwogt, M., y Bosch, J. (2004). Emotion understanding in children with frequent somatic complaints. **European Journal of Developmental Psychology**, **1**, 31-47.

- Rodríguez, J., Kohn, R. y Aguilar-Gaxiola, S. (2009). ***Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe***. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Romero Acosta, K., Canals, J., Hernández-Martínez, C., Jané Balladriga, M., Viñas, F. y Domènech-Llaberia, E. (2010). Comorbilidad entre los factores de ansiedad SCARED y la sintomatología depresiva en niños de 8-12 años. ***Psicothema***, **22** (4), 613-618.
- Samaniego, C. (2008). El Child Behavior Checklist: su estandarización en población urbana argentina. ***Revista de Psicología UCA***, **4** (8), 113-130.
- Schalock, R., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., Gómez, S., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Reeve, A., Shogren, K., Snell, M., Spreat, S., Tassé, M., Thompson, J., Verdugo Alonso, M., Wehmeyer, M., y Yeager M., (2011). ***Discapacidad Intelectual. Definición, Clasificación y Sistemas de apoyo***. Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo. Madrid: Alianza.
- Trianes, M., Blanca, M., García, J. y Sánchez, A. (2003). Competencia social en alumnos con necesidades educativas especiales: nivel de inteligencia, edad y género. ***Rev. Psicol. Gral y Aplicada***, **56**, (3), 325-338.
- Valencia García, M. y Andrade Palos, P. (2004). Validación del Youth Self Report para problemas de conducta en niños mexicanos. ***International Journal of Clinical and Health Psychology***, **5**, (3), 499-520.
- Verdugo Alonso, M., y Gutiérrez Bermejo, B. (2009). ***Discapacidad intelectual. Adaptación social y problemas de comportamiento***. Madrid: Pirámide.