

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD
ÁREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS
PROGRAMA DE NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DEL NIÑO Y LA NIÑA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y EL COMPORTAMIENTO RED DE SERVICIOS C.C.S.S.



MODULO 2

Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223

Versión: 01

2023

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 2 de 121

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD
ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS
PROGRAMA DE NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DEL NIÑO Y LA NIÑA



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y EL COMPORTAMIENTO

RED DE SERVICIOS C.C.S.S.

MÓDULO 2.
Trastorno por Déficit de Atención
Sospecha de Trastorno de Comportamiento
Trastorno Opositor Desafiante
Trastorno Explosivo Intermitente
Trastornos del Sueño

CÓDIGO MP.GM.DDSS.121223

Versión 01

SAN JOSÉ, COSTA RICA

2023

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 3 de 121

Elaborado por

Dra. Alexandra Chaves Ardón. Enfermera.
 Dra. Adelaida Mata Solano. Educadora y Psicóloga.
 Dra. Marlene Montoya Ortega. Nutricionista.
 Dra. Roselyn Valerín Ramirez. Pediatra Neurodesarrollista.

AAIP-PNANN
AAIP-PNANN
AAIP-PNANN
AAIP-PNANN

Validado por

PRIMERA FASE

1.	Alvaro Enrique	Garcia	Ruiz	Medicina Familiar y Comunitaria	Área de Salud de Nandayure
2.	Alejandra	Gutierrez	Marín	Medicina Familiar y Comunitaria	Area de Salud Desamparados 3
3.	Ana Cecilia	Vasquez	Castro	Enfermería	Área de Salud Limón
4.	Ana Gabriela	Garro	Salazar	Medicina General	Área de Salud de Osa
5.	Ana Patricia	Vargas	Brenes	Enfermería Obstétrica	Área de Salud de Pital
6.	Carolina	Yaeger	Olmedo	Medicina General	Área de Salud Desamparados 3
7.	Cindy	Valverde	Arley	Psicología	Área Salud de Atenas
8.	Crisaline	Torres	Torres	Enfermería en Salud Mental	Área de Salud de La Unión
9.	Cristina	Mora	Alvarez	Pediatría	Área de Salud de Coronado
10.	Daniela	Villalta	Barrantes	Medicina Familiar y Comunitaria	Área de Salud de Guápiles
11.	Diana	Lobo	Martínez	Pediatría	Hospital Monseñor Sanabria
12.	Dinnia	Jiménez	Arce	Enfermería	Área de Salud Sam Juan San Diego, Concepción.
13.	Elti Mayela	Ortiz	Murillo	Pediatría	Hospital Tomas Casas Casajús
14.	Erick Vinicio	Herrera	Bolaños	Pediatría	Hospital San Rafael de Alajuela
15.	Garybeth	Solano	Alvarado	Medicina Familiar y Comunitaria	Área de Salud de Tilarán
16.	Gioconda	Charpentier	Ulate	Medicina General	Área de Salud de San de Isidro Heredia
17.	Hall Gerardo	García	Ruiz	Medicina Familiar y Comunitaria	Área de Salud de Abangares
18.	Hender Alexander	Lara	Sibaja	Medicina General	Área de Salud de Curridabat
19.	Ivannia Isabel	Bustamante	Marín	Enfermería	Área de Salud Puriscal-Turubares
20.	Jeimy	Valverde	Núñez	Enfermería	Área de Salud San Rafael de Heredia
21.	Jorge	Madrigal	Ramirez	Medicina Familiar y Comunitaria	Area de Salud de Santo Domingo
22.	José Leonel	Morúa	Oviedo	Enfermería	Área de Salud Desamparados 2

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 4 de 121

23.	Josué	Murillo	Arce	Psicología Clínica	Hospital de Golfito
24.	Joyce	Cabrera	Sandoval	Enfermería de Salud Mental	Área de Salud de Escazú
25.	Juan Antonio	Murillo	Oviedo	Pediatría	Área de Salud Mata Redonda-Hospital
26.	Karina	Peraza	Leiva	Psicología Clínica	Area de Salud Turrialba-Jiménez
27.	Karla	Cardenal	Estrada	Enfermería	Área de Salud La Unión
28.	Kattia Francela	Rojas	León	Psicología Clínica	Hospital San Vicente de Paúl
29.	Keylin	Peraza	Castro	Enfermería	Área de salud de Guápiles
30.	Laura	Aguilar	Castillo	Medicina General	Área de Salud Desamparados 2
31.	Lilliana	Vargas	Sandoval	Enfermería	Área Salud Limón
32.	Lina Marcela	Guevara	Pedroza	Pediatría	Hospital Ciudad Neilly
33.	Linneth	Godínez	Solís	Psicología Clínica	Hospital Los Chiles
34.	Lorena	Gómez	Taylor	Pediatría	Área de Salud de Cartago
35.	Lorena	Blanco	Gamboa	Enfermería Obstétrica	Area de Salud de Buenos Aires
36.	Luis Carlos	Barrantes	Navarro	Medicina General	Área de Salud de Nicoya
37.	María Camila	Tautiva	Rojas	Pediatría	Área de Salud de Aserri
38.	María del Pilar	Durán	Monge	Pediatría	Área de Salud de Santa Cruz
39.	María Teresa	Díaz	Madrigal	Psicología Clínica	Hospital Enrique Baltodano Briceño
40.	Mariela	Bolaños	Arias	Medicina General	Área de Salud San Rafael de Heredia
41.	Marion Selenia	Camacho	Herrera	Medicina General	Área de Salud San Francisco - San Antonio
42.	Mauricio	Otárola	Viquez	Medicina General	Área de Salud Tibás-Uruca-Merced
43.	Maykol	Villarreal	Baltodano	Medicina General	Área de Salud de Cariari
44.	Monica	Gonzalez	Rodriguez	Pediatría	Hospital Escalante Pradilla
45.	Ninfa	Salas	González	Supervisión Regional de Psicología	DRIPSS Huetar Norte
46.	Oscar Mauricio	Murillo	Picado	Medicina Familiar y Comunitaria	Área de Salud de Atenas
47.	Oscar Maykol	Cascante	Salgado	Medicina General	Área de Salud de Liberia
48.	Pablo	Rodríguez	Muñoz	Medicina General	Área de Salud de Cariari
49.	Patricia	Montero	Chacon	Medicina Familiar y Comunitaria	Hospital Enrique Baltodano Briceño
50.	Paula Elena	Chacón	Leitón	Psicología	Área de Salud Carmen - Montes de Oca
51.	Pedro	Escalona	Gutiérrez	Pediatría	Área de Salud Goicoechea II
52.	Rebeca	Zumbado	Vásquez	Pediatría	Hospital La Anexión

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 5 de 121

53.	Sandra María	Porras	Monge	Medicina General	Área de Salud Puriscal-Turubares
54.	Santiago	Batalla	Garrido	Pediatría	Área de Salud Talamanca
55.	Shirley	Renazco	Martínez	Psicología	Hospital William Allen Taylor
56.	Sofía	Abdalla	Acosta	Pediatría	Hospital San Vicente de Paúl
57.	Sonia	Alvarado	Martínez	Psicología	Hospital Enrique Baltodano Briceño
58.	Teresita	Gamboa	Gamboa	Medicina Familiar y Comunitaria	Hospital Manuel Mora Valverde
59.	Thomas Federico	Meño	Martín	Medicina Familiar y Comunitaria	Área de Salud de Cartago
60.	Verny	Rodríguez	Castro	Pediatría	Área Salud de Siquirres
61.	Yendry	Jimenez	Rodriguez	Pediatría	Área de Salud San Rafael de Puntarenas
62.	Yorleny	Hernández	Díaz	Medicina Familiar y Comunitaria	Área de Salud de Hojancha
SEGUNDA FASE					
63.	Alfonso	Villalobos	Pérez	Psicología	Coordinación de Psicología. ARSDT.
64.	Sara	Ulloa	Escalante	Psicología	Coordinación de Psicología. ARSDT.
65.	Ana Lorena	Torres	Rosales	Microbiología	Coordinadora. Coordinación de Laboratorios Clínicos
66.	Juan Carlos	Villalobos	Ugalde	Microbiología	Coordinación de Laboratorios Clínicos
67.	Rebeca	Arias	Durán	Farmacia	Coordinadora. Coordinación de Servicios Farmacéuticos
68.	Celenia	Corrales	Fallas	Trabajo Social	Coordinadora. Coordinación de Trabajo Social
69.	Ingrid de los Angeles	Quesada	Mata	Trabajo Social	Coordinación de Trabajo Social
70.	Allan Gerardo	Rodriguez	Artavia	Enfermería	Coordinación de Enfermería
71.	Catalina	Arrieta	Paniagua	Nutrición	Hospital Nacional de Salud Mental
72.	Daniela	Aguilar	Araya	Nutrición	Hospital Nacional de Salud Mental
73.	Lei	Lin	Chiong	Nutrición	Hospital Nacional de Salud Mental

Revisado y aprobado por:

Dr. Jose Miguel Angulo Castro.
Jefe Área de Atención Integral a las Personas.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 6 de 121

Aval:	Oficio GM-18374-2023
Fecha de emisión:	2023
Próxima revisión:	2028

Observaciones

- La reproducción gratuita de este material con fines educativos y sin fines de lucro es permitida, siempre y cuando se respete la propiedad intelectual del documento.
- No se permitirá la reproducción comercial del producto sin la autorización de la CCSS y la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.
- Las referencias bibliográficas se incluyen como citas al pie de página para facilitar la lectura y correlación de datos con sus respectivas fuentes.

Declaración de interés

Los autores de este documento declaran que no ha existido ningún tipo de conflicto de interés en su realización. Que no poseen relación directa con fines comerciales con la industria sanitaria en dicho tema, no han recibido dinero procedente de la investigación o promoción de dicho tema. Además, declaran no haber recibido ninguna directriz de parte del solicitante o pagador (CCSS) para variar técnicamente los resultados presentados en este documento.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 7 de 121

TABLA DE CONTENIDO

Presentación	10
Introducción	12
1. Justificación	13
2. Definiciones y abreviaturas	14
3. Referencias normativas	20
4. Alcance y campo de aplicación	21
5. Objetivos del Manual	21
6. Responsables del cumplimiento	22
7. Responsables de la verificación	23
8. Metodología de construcción	23
Marco Conceptual	24
1. Visión de desarrollo	25
2. Alteraciones sensoriales	29
3. Abordaje del neurodesarrollo y comportamiento en salud	37
4. Trastornos de la atención, el comportamiento y el sueño	39
5. Funciones ejecutivas: definición y recomendaciones	48
Trastornos del neurodesarrollo y el comportamiento: definición y abordaje	53
1. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (CIE-10 F90.-)	55
a.1. Definición	55
a.2. Factores de riesgo	60
a.3. Manifestaciones clínicas (signos y síntomas)	61
a.4. Criterios generales de abordaje	63
2. Otros Trastornos del comportamiento	72
2.1. Sospecha de trastorno de comportamiento (CIE-10 Z032)	72
b.1 Definición	72

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 8 de 121

b.2. Factores de riesgo	73
b.3 Manifestaciones clínicas (signos y síntomas)	73
b.4. Criterios generales de abordaje	75
2.2. Trastornos específicos del comportamiento	83
2.2.1 Trastorno opositor desafiante (CIE-10 F91.3)	83
c.1 Definición	83
c.2. Factores de riesgo	83
c.3 Manifestaciones clínicas (signos y síntomas)	84
2.2.2 Trastorno explosivo intermitente (CIE-10 F63.81)	85
d.1 Definición	85
d.2. Factores de riesgo	85
d.3 Manifestaciones clínicas (signos y síntomas)	85
3. Trastornos del sueño	86
e.1 Definición	86
e.2. Factores de riesgo	87
e.3 Manifestaciones clínicas (signos y síntomas)	87
e.4. Criterios generales de abordaje	88
Contacto para consultas, validación e indicadores	98
Anexos y referencias	101
1. Anexos	102
Anexo 1. Oficio Aval Gerencia Médica	103
Anexo 2. Recomendaciones para potenciar las funciones ejecutivas	104
Anexo 3. Escala de puntuación de Swanson, Nolan And Pelham (SNAP) – IV para niños y niñas mayores de 5 años	105
Anexo 4. Modificaciones en la alimentación en caso de efectos adversos de la medicación en los casos de niños y niñas con trastorno por déficit de atención	107
Anexo 5. Recomendaciones para la crianza positiva	109
Anexo 6. Lista de Verificación de Síntomas Pediátricos	113
Anexo 7. Recomendaciones para reducir la ansiedad en niños y niñas	117
Anexo 8. Tamizaje Ansiedad en el niño y niña mayor de 8 años	119
Anexo 9. Recomendaciones generales para la higiene del sueño	124

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 9 de 121

Anexo 10. Registro del patrón y hábitos de sueño	125
Anexo 11. Cuestionario breve Sueño en los niños y las niñas menores de 30 meses	127
Anexo 12. Entrevista estructurada BEARS para detección de los trastornos del sueño en niños y niñas mayores de 2 años	128
Anexo 13. Escala de Bruni de Trastornos del sueño en niños y niñas	129
2. Referencias	132

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 10 de 121

PRESENTACIÓN

La evolución adecuada del proceso de crecimiento y desarrollo infantil no se realiza rígida ni estereotipadamente, se basa en la maduración del Sistema Nervioso Central (SNC) y la interacción del niño y la niña con sus contextos y grupos de pertenencia, generando una progresiva adquisición y perfeccionamiento de funciones que son tareas primordiales del SNC. Así que, una perturbación del SNC es el signo más trascendente de una disfunción. Es importante resaltar, que este sistema está programado genéticamente, pero pueden producirse cambios funcionales o estructurales a raíz de influencias endógenas y exógenas, estableciendo un proceso de limitantes que se denominan alteraciones del desarrollo o del comportamiento¹. Ejemplo de estas alteraciones son el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), los trastornos del comportamiento y los trastornos del sueño.

En este sentido, se estima que un 20% de los niños y las niñas a nivel mundial presentan trastornos mentales y que estos constituyen la principal causa de discapacidad en gente joven. Los datos más recientes de prevalencia de patología psiquiátrica infantojuvenil son aportados por estudios que consisten en grandes encuestas de salud basadas en criterios DSM IV pasadas a niños y niñas en edad escolar y a sus familias².

Como ejemplo el estudio realizado en 2015 en Australia, en niños y niñas de entre 4 y 17 años, que obtuvo una prevalencia del 13,9% (16,3% hombres y 11,5% mujeres); siendo el trastorno por déficit de atención/hiperactividad el más frecuente (prevalencia del 7,4%), seguido de los trastornos de ansiedad (6,9%), trastornos depresivos (2,8%) y trastornos de conducta (2,1%); la comorbilidad con otra enfermedad mental fue del 30%. Algunos de los grandes estudios de metaanálisis realizados otorgan prevalencias de un 12% siguiendo los diagnósticos de DSM³.

Cabe destacar que se ha estimado que mucha patología mental en personas menores de 18 años permanece infradiagnosticada por diversas razones clínicas, de gestión y de disponibilidad de sistemas de información⁴.

¹ Schapira, I. y Cravedi, V. (2004). Programa Universitario: Impacto de la Prematurez en el Crecimiento y Desarrollo. Unidad temática: Neurodesarrollo 1. Revista Hospital Materno Infantil Ramon Sardá.

² Carballal-Mariño, M. (September, 2018). Prevalence of neurodevelopmental, behavioural and learning disorders in paediatric primary care. Anales de Pediatría (English Edition), Volume 89, Issue 3, pp. 153-161. En: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403317304174?via%3Dihub>

³ Carballal-Mariño, M. (September, 2018). Prevalence of neurodevelopmental, behavioural and learning disorders in paediatric primary care. Anales de Pediatría (English Edition), Volume 89, Issue 3, pp. 153-161. En: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403317304174?via%3Dihub>

⁴ Carballal-Mariño, M. (September, 2018). Prevalence of neurodevelopmental, behavioural and learning disorders in paediatric primary care. Anales de Pediatría (English Edition), Volume 89, Issue 3, pp. 153-161. En: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403317304174?via%3Dihub>

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 11 de 121

Lo que, si es cierto, es que son condiciones que afectan a muchos niños y niñas y, que muestran disminución de secuelas o control de estas cuando se realiza la identificación e intervención tempranas.

Por su parte los trastornos del sueño en la edad pediátrica son una patología muy frecuente que, sin embargo, es escasamente valorada por la mayoría de los profesionales. La Academia Americana de Pediatría estima que la prevalencia de dichos trastornos en Pediatría oscila entre el 20% y el 30%. Sin embargo, otros estudios describen prevalencias que oscilan entre 45% y 61%⁵. Como secuelas de dichos trastornos se citan la somnolencia diurna excesiva que en la infancia se manifiesta como alteraciones del ánimo, problemas conductuales, hiperactividad, falta de control de impulsos y déficits cognitivos que conllevan problemas escolares y en el aprendizaje⁶.

Ahora bien, aunque hay factores propios del niño o la niña, que influyen en el desarrollo de cada uno de estos trastornos, es igualmente claro que hay otros como el medio ambiente y factores parentales que pueden interactuar para influir y mantener el problema⁷. Por lo tanto, en el ámbito institucional, se debe potenciar la atención oportuna de estas alteraciones para favorecer el desarrollo infantil óptimo, el cual es un proceso dinámico, complejo, que se sustenta en la evolución biológica, psicológica y social.

Esta es la razón por la cual, el presente Manual, Modulo 2, será una guía para el personal de salud de los diferentes niveles de atención, en el abordaje de niños y niñas con trastornos del desarrollo y comportamiento, particularmente trastorno por déficit de atención con hiperactividad, Trastorno por Déficit de Atención, Sospecha de Trastorno de Comportamiento, Trastorno Opositor Desafiante, Trastorno Explosivo Intermitente y Trastornos del Sueño, detallando para cada uno su definición, factores de riesgo, manifestaciones clínicas y recomendaciones de tratamiento.

Dr. José Miguel Angulo Castro
AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS
DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

⁵ Alvarez-Casano, M. y Ledesma-Albarran, J. M. (2018). ¿Cómo duermen nuestros niños? Análisis de los trastornos del sueño en niños. Revista Pediatría Atención Primaria [online], vol.20, n.80, pp.365-370. ISSN 1139-7632. En: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400005#:~:text=La%20Academia%20Americana%20de%20Pediatr%C3%ADa,del%20sue%C3%B1o%20fue%20del%2061%25.

⁶ Barredo-Valderrama, E. y Miranda-Herrero, C. (Julio-Agosto, 2014). Trastornos del sueño en la infancia. Clasificación, diagnóstico y tratamiento. Anales de Pediatría Continuada, Vol. 12. Núm. 4. ELSEVIER. pp. 175-182. DOI: 10.1016/S1696-2818(14)70188-X En: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-trastornos-del-sueno-infancia-clasificacion-S169628181470188X#:~:text=Los%20trastornos%20del%20sue%C3%B1o%20son%20importantes%20porque%20pueden%20ocasionar%20una,escolares%20y%20en%20el%20aprendizaje>.

⁷ Ortiz. R. (s.f.). Nueva Clasificación de los desórdenes alimentarios. CCAP, 10(4). En: https://issuu.com/precopscp/docs/5_jtw

— INTRODUCCION —

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 13 de 121

1. JUSTIFICACION

La atención del neurodesarrollo y del comportamiento en niños y niñas implica la aplicación de tamizajes, baterías diagnósticas y otras intervenciones en aras de garantizar la evaluación y el seguimiento de condiciones de riesgo orgánico identificadas desde el nacimiento como prematuridad, bajo peso al nacer, asfixia o hipoxia perinatal, patología cerebral grave, infecciones del sistema nervioso central, entre otras⁸ que emerjan durante la infancia. Además, estas intervenciones se complementan con la identificación de factores de riesgo psicosocial que comprometen la evolución normal o neurodesarrollo.

El propósito de evaluar el desarrollo es detectar problemas neurológicos, del comportamiento u otros, que afectan la funcionalidad de las niñas y los niños en su vida diaria, para identificar tempranamente la naturaleza de dichos problemas, orientar y aclarar dudas que los padres, madres y personas cuidadoras tengan al respecto. Así como, orientar a las personas profesionales en la aplicación de pruebas diagnósticas, el tratamiento adecuado y el diseño de las referencias necesarias para resolver el problema o, al menos, mitigar sus secuelas de la manera más temprana posible.

La vigilancia del desarrollo supone identificar la población que presenta dificultades o está en riesgo de padecerlas utilizando las mejores herramientas disponibles, al igual que, ofrecer atención o intervención temprana, que genera diversos beneficios a largo plazo, tales como: mejora de la salud y la ejecución escolar, prevención de problemas de aprendizaje y desarrollo secundarios, propiciar mayores índices de aprobación de la educación general básica y secundaria, reducir índices de embarazo en la adolescencia, de conducta criminal y violenta, aumentar los índices de empleo, reducir la necesidad de educación especial y, finalmente, favorecer mayores ingresos en la vida adulta.

Con base en lo anterior y en cumplimiento de la instrucción de Presidencia Ejecutiva P.E.-1336-2018 referida a la “Priorización de la Atención del Neurodesarrollo y el Comportamiento de Niños y Niñas” se publica el presente Manual (Módulo 2), para organizar a nivel institucional el proceso de atención a las alteraciones del neurodesarrollo y el comportamiento. Su implementación forma parte de la línea estratégica institucional

⁸ Ares, S y Díaz, C. (Jul.-Agost., 2014). Seguimiento del recién nacido prematuro y del niño de alto riesgo biológico. Volumen XVIII. Número 06. Servicio de Neonatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. En: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2014-07/seguimiento-del-recien-nacido-prematuro-y-del-nino-de-alto-riesgo-biologico/>

Aboud, F. E. & Yousafzai, A. K. (2015). Global health and development in early childhood. Annual review of psychology, 66, pp. 433-457.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Manual de Procedimientos para la Atención Integral del Niño y la Niña en el Primer Nivel de Atención. San José, Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Manual de Instrucciones para la aplicación del Prueba de Valoración del desarrollo del niño y la niña de 0 a 6 años: Denver II. San José, Costa Rica.

Grindal, T. A., Hinton, C., & Shonkoff, J. P. (2012). the science of early Childhood Development. Defending childhood: Keeping the promise of early education, 13.

López Roa, L. M. (2012). Neuroplasticidad y sus implicaciones en la rehabilitación. Universidad y salud, 14(2), pp. 197-204.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 14 de 121

vinculada con la temática, que tiene como fin crear un escenario adecuado para el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y derivación oportunas de casos vinculados con el Trastorno por Déficit de Atención, la Sospecha de Trastorno de Comportamiento, el Trastorno Opositor Desafiante, el Trastorno Explosivo Intermitente y los Trastornos del Sueño. Con lo cual se generará un aumento en la capacidad resolutive de la red de servicios institucionales en estos temas. Así que, con el objetivo de garantizar la atención adecuada de las alteraciones citadas, el presente Manual (Módulo 2) estandariza aspectos de diagnóstico, abordaje, referencia, seguimiento y registro para estas intervenciones.

2. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS

En este apartado se incluyen las definiciones, símbolos y abreviaturas que se indican en el documento, para su comprensión. Se hace uso de conceptos ya existentes o formalizados en la Institución, cuando esto es posible. Las definiciones y abreviaturas se describen en orden alfabético.

- Definiciones

Alteraciones o trastornos del neurodesarrollo. Los trastornos del neurodesarrollo hacen referencia a un conjunto heterogéneo y complejo de trastornos crónicos relacionados con alteraciones en la obtención de destrezas cognitivas, motoras, del lenguaje y habilidades sociales que, repercuten intensamente en el funcionamiento personal, social, académico u ocupacional. Se manifiestan tempranamente en la niñez, generalmente en edad preescolar⁹.

Ansiedad. Trastorno que es clínicamente significativo cuando el miedo o la preocupación son excesivos e inapropiados para el desarrollo del niño o la niña y resultan en trastornos del comportamiento, así como en deterioro funcional. La prevalencia estimada a lo largo de la vida varía de 25% a 31.9% entre varios estudios a gran escala¹⁰. La ansiedad se manifiesta a través de diversos trastornos.

Atención centrada en la persona. El enfoque centrado en las personas concentra el interés del prestador en las personas más que en la enfermedad. Este enfoque incluye a la familia y comunidad como unidades fundamentales que influyen sobre la salud y la determinan. El enfoque centrado en las personas, por ende, incluye a individuos, familias y comunidades como sujetos de atención. Un aspecto relevante de este enfoque

⁹ Guerra-Ulloa, M. J. (Junio, 2021). Trastornos del neurodesarrollo en pacientes de 3 a 12 años de edad asociados a síntomas respiratorios en trastornos obstructivos del sueño que acudieron a la consulta del Hospital San Francisco de Quito durante el periodo enero – diciembre 2019. Universidad Central del Ecuador. En: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/24084/1/UCE-FCM-CPO-GUERRA%20MARIA%20JOSE.pdf>

¹⁰ Augustyn, M., Zuckerman, B. S. & Caronna, E. B. (Eds.). (2019). The Zuckerman Parker handbook of developmental and behavioral pediatrics for primary care. Lippincott Williams & Wilkins.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 15 de 121

es el abordaje de los determinantes de la salud de las personas, procurando equidad en el acceso y uso de los servicios de salud¹¹.

Atención interdisciplinaria. Es la atención por medio de un equipo de distintas disciplinas que comparten la información, las decisiones y los objetivos de la intervención, con el fin de conceptualizar al niño o niña en su globalidad, teniendo en cuenta los aspectos intrapersonales (biológicos, psicosociales y educativos) y los interpersonales (su propio entorno, familia, escuela, cultura y contexto social). Progresivamente, su trabajo puede transformarse en transdisciplinario si entre ellos adquieren conocimientos de las otras disciplinas relacionadas y los incorporan a su práctica¹².

Atención temprana. La atención temprana se refiere al conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y al entorno, que tienen como objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños y niñas con trastorno en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones deben proporcionar al niño y la niña en las primeras etapas de su desarrollo, los estímulos globales ambientales adecuados a su edad y que van a favorecer su evolución física, sensorial, intelectual y afectiva¹³.

Bondad de ajuste. Adecuación del niño y la niña en respuesta a las exigencias y las restricciones medioambientales. Habilidad de las personas cuidadoras de reconocer que el niño o niña actúa de cierta manera debido a tendencias innatas y no por terquedad o pereza, lo cual les permite ser menos propensos a sentir culpa, ansiedad y hostilidad por el comportamiento del niño o niña. Igualmente disminuye la creencia de la persona adulta de pérdida de control incidiendo en la disminución a mostrar rigidez o impaciencia. La persona adulta que aplica la bondad de ajuste puede anticipar las reacciones del niño o niña y ayudarlo a adaptarse, por ejemplo, brindándole con anticipación advertencias sobre la necesidad de suspender una actividad o introduciéndolo de manera gradual a las situaciones nuevas¹⁴.

Desarrollo Infantil. El desarrollo infantil es un proceso dinámico, complejo, que se sustenta en la evolución biológica, psicológica y social. Es el resultado de la interacción entre factores genéticos (capacidades propias de desarrollo) y ambientales (modulan o determinan la posibilidad de expresión o de latencia de algunas de las características genéticas). Los factores ambientales se dividen en orden biológico (mantenimiento de la homeostasis, estado de salud, ausencia de factores de agresión al sistema nervioso) y orden psicológico o social (interacción del niño o la niña con su entorno, los vínculos afectivos que establece a partir del afecto y

¹¹ Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud: Propuesta Ajustada a la prueba de campo. San José, Costa Rica: CCSS. pp. 27-30.

¹² Gómez-López, L. M. et al. (2015). Enfoque interdisciplinario en el análisis de los problemas de salud pública en la atención primaria. *Medicentro Electrónica*, 19(3), pp. 203-205. En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432015000300017&lng=es&tlng=es.

¹³ Artigas, P. (2007). Atención precoz de los trastornos del neurodesarrollo. A favor de la intervención precoz de los trastornos del neurodesarrollo. *Revista de Neurología*, 44, (Supl 3). pp. S31-S34.

¹⁴ Papalia, D., Duskin, R. y Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano*. (12 ed.). Mc Graw Hill Education. p. 17. ISBN 978-607-15-0933-8.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 16 de 121

estabilidad en los cuidados que recibe, la percepción de cuanto le rodea (personas, imágenes, sonidos, movimiento))¹⁵.

Factores de riesgo. Es cualquier rasgo, características o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión¹⁶.

Manifestaciones clínicas. Relación entre los signos y síntomas que se presentan en una determinada enfermedad o condición del desarrollo.

Mutismo selectivo. Según el CIE-10, este trastorno se caracteriza por una selectividad marcada y emocionalmente determinada al hablar, de tal manera que en algunas situaciones el niño o niña demuestra competencia en el lenguaje, pero fracasa en otras situaciones (definidas). El trastorno se asocia habitualmente con características marcadas de la personalidad, que implican ansiedad social, aislamiento, sensibilidad o resistencia.

Niño o niña. Se considerará niño o niña a toda persona desde su concepción hasta los doce años, once meses y veintinueve días de edad cumplidos. “Ante la duda, prevalecerá la condición de niño frente a la de adolescente” (Artículo 2, Código de la Niñez y la Adolescencia).

Período crítico. Corresponde a una ventana temporal que permite el desarrollo de una habilidad, por ejemplo: la agudeza auditiva y visual que se desarrollan primordialmente desde el nacimiento hasta los 5 meses de edad¹⁷. Ahora bien, el concepto de los periodos críticos en los seres humanos es muy polémico. Porque, muchos aspectos del desarrollo, incluso en el ámbito físico, muestran plasticidad o un rango de modificabilidad del desempeño, por lo tanto, es más provechoso pensar en periodos sensibles en los que una persona en desarrollo responde en particular a ciertas experiencias¹⁸.

Período sensible. Es una ventana más amplia que el periodo crítico, que permite cierto aprendizaje y que corresponde a los periodos en que es posible incorporar nuevas habilidades. Esto depende de la capacidad de crear nuevas sinapsis, donde se destaca un elemento muy importante, que es la neuroplasticidad, la cual corresponde a la capacidad del cerebro de responder y reorganizarse frente a noxas que le afectan seriamente.

¹⁵ Papalia, D., Duskin, R. y Martorell, G. (2012). Desarrollo Humano. (12 ed.). Mc Graw Hill Education. p. 17. ISBN 978-607-15-0933-8.

¹⁶ Cusminsky, M. et al. (1993). Manual de Crecimiento de Desarrollo del Niño. (2ª. ed.). Organización Panamericana de la Salud. En: <https://epifesz.files.wordpress.com/2016/08/5manual-de-crecimiento-y-desarrollo-del-nino1.pdf>

¹⁷ Merchan, A y Duarte, D. (2019). Revisión de literatura: neuropsicología escolar. Bogotá, Colombia. En: <https://alejandria.poligran.edu.co/bitstream/handle/10823/1428/NEURODESARROLLO%20Y%20SUS%20PERIODOS%20SENSIBLES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

¹⁸ Bruer, 2001 citado por Papalia, D., Duskin, R. y Martorell, G. (2012). Desarrollo Humano. (12 ed.). Mc Graw Hill Education. p. 17. ISBN 978-607-15-0933-8.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 17 de 121

Esta gran ventana corresponde fundamentalmente en los tres primeros años de vida, en donde el cerebro alcanza el 90% del peso definitivo de adulto y de manera más lenta se extiende hasta los diez años de edad¹⁹.

Plasticidad. Es el principio que fundamenta la aplicación de programas de intervención terapéutica. Es la capacidad de reorganizar y modificar funciones, adaptándose a los cambios externos e internos. Es inherente a las células cerebrales, permite reparar circuitos corticales. Integra áreas corticales, realiza funciones modificadas y responde a diversas afecciones. No se limita a la niñez ni a edades tempranas, permanece incluso en la edad adulta, aunque de manera más limitada. Implica que las regiones cerebrales están genéticamente determinadas a funciones específicas, pero que las mismas son modulables a través de la experiencia y el aprendizaje diarios²⁰.

Red de servicios. Conjunto de establecimientos y/o servicios de salud con diversa capacidad instalada que les permite responder a las necesidades de salud de las personas del sector geográfico que atienden. Se incluye en esta red de servicios o establecimientos de primer, segundo y tercer nivel²¹.

Trabajo intersectorial. Es el trabajo conjunto entre los diferentes sectores para el desarrollo de acciones de atención, prevención y de promoción de la salud. En Costa Rica, se ha construido un Protocolo de Atención Intersectorial del Desarrollo de Niños y Niñas: Primer Nivel de Atención, considerando que la detección temprana de alteraciones del desarrollo, de salud y del aprendizaje, así como, el abordaje y seguimiento intersectorial, implica la participación de funcionarios que laboran en la CCSS, MEP y CEN-CINAI. La articulación intersectorial en este marco es entendida como la iniciativa sobre Redes Integradas de Servicios de Atención, que lanza Costa Rica en el marco de la atención integral de la niñez, se inspira en el movimiento iniciado por la OMS/OPS de las redes integradas de servicios de salud. Desde esta visión, la atención a la niñez en la CCSS supone que los servicios del primer nivel de atención deben articularse en red tanto a lo interno como a lo externo, tal es el caso de educación y servicios de protección social en forma directa, o por otras personas bajo supervisión de éstas, con los propósitos de: promover, mantener y/o recuperar el desarrollo integral de las personas de 0 a 12 años de edad²².

Trastorno de ansiedad generalizada. Según CIE-10 su característica fundamental es una ansiedad generalizada y persistente, que no se restringe en ninguna circunstancia del entorno en particular (es decir, la angustia, “flota libremente”). Los síntomas principales son variables, pero incluyen quejas de permanente

¹⁹ Merchan, A y Duarte, D. (2019). Revisión de literatura: neuropsicología escolar. Bogotá, Colombia. En: <https://alejandria.poligran.edu.co/bitstream/handle/10823/1428/NEURODESARROLLO%20Y%20SUS%20PERIODOS%20SENSIBLES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

²⁰ Hernández-Muela, S., Mulas, F. y Mattos, L. (2004). Plasticidad neuronal funcional. Revista Neurología; 38 (Supl 1); pp. S58-S68.

²¹ Adaptado de Dirección de Proyección de Servicios de Salud. (2019). Memorias de Áreas de Salud, sectores, EBAIS, sedes de Área, sedes de EBAIS y puestos de visita periódica en el ámbito nacional. Caja Costarricense de Seguro Social.

²² Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Manual de Procedimientos para la Atención Integral del Niño y la Niña. I Nivel. San José, Costa Rica.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 18 de 121

nerviosidad, temblor, tensiones musculares, sudoración, atollondramiento, palpitaciones, vértigo y malestar epigástrico. A menudo los pacientes manifiestan temores de una próxima enfermedad o de un accidente, que sufrirán en breve ellos mismos o alguno de sus parientes. Otros ejemplos son preocupación crónica y excesiva del niño y la niña por el trabajo escolar, interacciones sociales, familia, seguridad, eventos mundiales, entre otros.

Trastorno de ansiedad de separación en la niñez. Según el CIE-10 debe diagnosticarse cuando el temor a la separación constituye el foco de la ansiedad y cuando ésta haya surgido durante los primeros años de la niñez. Se diferencia de la ansiedad normal de separación cuando alcanza un grado (gravedad) estadísticamente poco usual (incluida una persistencia anormal, más allá de la edad usual), como también cuando se asocia con un funcionamiento social significativamente deteriorado.

Trastorno de ansiedad social en la niñez. En este trastorno, según el CIE-10 hay cautela frente a los extraños y aprehensión o ansiedad al encontrar situaciones sociales nuevas, raras o amenazadoras. Esta categoría debe usarse sólo cuando tales temores surgen en edades tempranas y son al mismo tiempo de grado extraordinario y se acompañan de problemas en el comportamiento social. Trastorno evasivo de la niñez o de la adolescencia en situaciones sociales debido al miedo a la vergüenza.

Trastorno de ansiedad fóbica en la niñez. Según el CIE-10 este trastorno se caracteriza por temores de los niños y las niñas que tienen una marcada especificidad en la fase del desarrollo y que surgen (en algún grado) en la mayoría de ellos, pero que en este caso alcanzan un grado anormal. Los otros miedos que surgen en la niñez y que no son parte normal del desarrollo psicosocial (por ejemplo, la agorafobia), deben ser codificados bajo la categoría adecuada en la sección CIE-10 F40–F48.

Trastorno de ansiedad, no especificado. Su característica esencial es la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico) no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares. Son por tanto imprevisibles.

Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica). Según el CIE-10 este trastorno se caracteriza por ataques recurrentes de ansiedad grave (pánico), que no se restringen a una situación en particular o a un conjunto de circunstancias, y que por lo tanto son impredecibles. Como ocurre en otros trastornos de ansiedad, entre los síntomas predominantes se cuentan el comienzo repentino de palpitaciones, el dolor precordial, las sensaciones de asfixia, el vértigo y los sentimientos de irrealidad (despersonalización y falta de vínculo con la realidad). A menudo hay también un temor secundario a morir, a perder el control o a enloquecer. La crisis de angustia no debe aparecer como diagnóstico principal si el paciente padece un trastorno depresivo en el período en que se inician los ataques, dado que en esas circunstancias las crisis de angustia son probablemente secundarias a la depresión.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 19 de 121

Trastornos del comportamiento. Incluyen problemas de salud mental, problemas emocionales que crean disfunción en alguna de las áreas contextuales del niño: escolar, social y familiar²³. Entre los trastornos del comportamiento, se encuentran: trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno negativista desafiante y trastorno disocial.

Trastornos del desarrollo. Se refiere a alteraciones en el crecimiento físico, emocional y psicológico del ser humano. Estos trastornos, presentan una manifestación temprana, caracterizándose por déficit del desarrollo, que producen alteraciones en el adecuado funcionamiento personal, social, académico y ocupacional²⁴. Estas alteraciones o retrasos en el desarrollo del sistema nervioso central impiden o limitan el desarrollo normal del niño y la niña.

Trastornos mentales en la niñez. 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 las niñas y perturban su capacidad de desenvolverse bien en el hogar, en la escuela o en otras situaciones sociales²⁵.

Vigilancia del crecimiento y desarrollo. Comprende todas las actividades relacionadas con la promoción del desarrollo normal y la detección de problemas de desarrollo en la atención primaria de la salud, siendo un proceso continuo y flexible, que entrega información a los profesionales, los padres, las madres y a otros miembros de la comunidad responsables de su cuidado²⁶.

- Abreviaturas

- CCSS. Caja Costarricense de Seguro Social.
- CI. Coeficiente Intelectual.
- CENARE
- CEN.CINAI.
- DSM. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
- EBAIS. Equipo Básico de Atención Integral en Salud.
- MEP. Ministerio de Educación Pública.

²³ Rodríguez P. J. (2008). Trastornos del comportamiento. *Pediatr Integral*; 12: pp. 949- 958.

²⁴ Artigas, P. (2007). Atención precoz de los trastornos del neurodesarrollo. A favor de la intervención precoz de los trastornos del neurodesarrollo. *Revista de Neurología*, 44, (Supl 3). pp. S31-S34.

²⁵ Angulo-Preciado, R. M. et al. (Octubre-Diciembre, 2021). Descripción y análisis de los trastornos psiquiátricos infantiles de causa neurobiológica. *Dom. Cien.*, ISSN: 2477-8818 Vol. 7, núm. 6, pp. 1295-1318. En: [file:///C:/Users/amatat/Downloads/Dialnet-DescripcionYAnalisisDeLosTrastornosPsiquiatricosIn-8383792%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/amatat/Downloads/Dialnet-DescripcionYAnalisisDeLosTrastornosPsiquiatricosIn-8383792%20(1).pdf)

²⁶ Caja Costarricense de Seguro Social, Ministerio de Educación Pública, Dirección Nacional de CEN-CINAI. (2016). Protocolo Intersectorial de Atención al Desarrollo de Niñas y Niños Preescolares y Escolares. San José, Costa Rica.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 20 de 121

- TDAH. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.
- TEA. Trastorno del Espectro Autista.
- RISA. Redes Integradas Intersectoriales de Servicios de Atención (CCSS-MEP-CEN/CINAI).
- SAIID. Sistema de Atención Integral Intersectorial del Desarrollo del Niños y Niñas en Costa Rica.
- SNC. Sistema Nervioso Central.

3. REFERENCIAS NORMATIVAS

En este apartado se hace mención del fundamento normativo que respalda el desarrollo de los procedimientos.

N°	NOMBRE	FECHA
NORMATIVA INTERNACIONAL		
NA	Plan estratégico de la OPS 2020-2025	2019
LEYES, DECRETOS Y PLANES NACIONALES		
Ley No. 9220	Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil	2014
Ley No. 8101	Paternidad Responsable	2001
Ley No. 7739	Código de la Niñez y la Adolescencia	1998
Ley No. 7735	General de protección a la madre adolescente	1998
Ley No. 7600	Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad	1996
Ley No. 7430	Fomento a la Lactancia Materna	1995
NA	Política Pública de Lactancia Materna. Costa Rica	2009
NA	Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia	2009-2021
NA	Plan de Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia	2009-2021
NORMATIVA TECNICA INSTITUCIONAL		
NA	Lineamiento Técnico LT.GM.DDSS.310323 Diagnóstico y manejo de anemia ferropénica en niños y niñas.	2023
NA	Manual de Procedimientos: atención integral a niños, niñas y adolescentes en situación de violencia. Red de Servicios de Salud	2021
NA	Lineamiento Técnico LT.GM.DDSS.231021. Consulta riesgo del desarrollo para niñas y niños. Áreas de Salud, hospitales Periféricos y Regionales de la CCSS	2021
NA	Manual de Procedimientos MP.GM.DDSS.101221 Atención al niño y niña con trastornos del neurodesarrollo y el comportamiento. Módulo 1. Trastornos pediátricos de la alimentación y Trastorno del Espectro Autista. Red de servicios C.C.S.S.	2021

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 21 de 121

NA	Lineamiento Técnico LT.GM.DDSS.141221 Detección y abordaje de las alteraciones del desarrollo neuromotor en niñas y niños (personas menores de 13 años)	2021
NA	Lineamiento Técnico LT.GM.DDSS.260719 para el Agendamiento de Consulta de Neurodesarrollo en Hospitales Nacionales y Especializados	2019
NA	Manual de Procedimientos para la atención del recién nacido con enfoque centrado en cuidados del desarrollo y la familia. Escenario Hospitalario.	2018
NA	Carné de Desarrollo Integral del Niño y la Niña.	2016
GM-MDD- 37697-15	Manual de Procedimientos Atención del Niño y la Niña en el I Nivel de Atención.	2016
NA	Sistema de Atención Integral e Intersectorial al Desarrollo del niño y de la niña (SAIID): Articulación CCSS-MEP-CEN/CINAI	2012
NA	Manual Implementación de Clínicas de Lactancia y Desarrollo. Escenario hospitalario	2012

4. ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN

Este Manual (Módulo 2) será utilizado por el personal de salud de las Áreas de Salud y de los diferentes hospitales del país. Permitirá al personal de medicina general, medicina familiar y comunitaria, enfermería general, enfermería de salud mental, enfermería obstétrica, nutrición, trabajo social, pediatría, psiquiatría, psicología y terapias, entre otras, homologar las intervenciones para el manejo interdisciplinario de los niños y niñas con sospecha o diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención, Trastorno Opositor Desafiante, Trastorno Explosivo Intermitente y Trastornos del Sueño en la red de servicios de salud con articulación intersectorial, según disponibilidad del recurso humano a nivel nacional para la atención de trastornos del desarrollo y el comportamiento.

5. OBJETIVOS DEL MANUAL

Objetivo general

- Definir el proceso de atención a niños y niñas con Trastorno por Déficit de Atención, Sospecha de Trastorno de Comportamiento, Trastorno Opositor Desafiante, Trastorno Explosivo Intermitente y Trastornos del Sueño.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 22 de 121

Objetivos específicos del Módulo 2

- Enumerar los criterios diagnósticos para la detección temprana y oportuna del Trastorno por Déficit de Atención, la Sospecha de Trastorno de Comportamiento, el Trastorno Opositor Desafiante, el Trastorno Explosivo Intermitente y los Trastornos del Sueño.
- Describir el proceso de captación y atención de los niños y niñas con Trastorno por Déficit de Atención, la Sospecha de Trastorno de Comportamiento, Trastorno Opositor Desafiante, Trastorno Explosivo Intermitente y Trastornos del Sueño.
- Definir los criterios de referencia y contrarreferencia interniveles para niños y niñas con Trastorno por Déficit de Atención, la Sospecha de Trastorno de Comportamiento, Trastorno Opositor Desafiante, Trastorno Explosivo Intermitente y Trastornos del Sueño.
- Especificar la conformación de equipos interdisciplinarios para la atención y seguimiento de los niños y niñas con Trastorno por Déficit de Atención, la Sospecha de Trastorno de Comportamiento, Trastorno Opositor Desafiante, Trastorno Explosivo Intermitente y Trastornos del Sueño en la red de servicios.
- Detallar el proceso de seguimiento de niños y niñas diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención, la Sospecha de Trastorno de Comportamiento, Trastorno Opositor Desafiante, Trastorno Explosivo Intermitente y Trastornos del Sueño mediante articulación intersectorial con Ministerio de Educación Pública, CEN-CINAI y otras alternativas que atienden población infantil.

6. RESPONSABLES DEL CUMPLIMIENTO

- Personal del Equipo Básico de Atención Integral en Salud (EBAIS).
- Profesionales Responsables de Consulta de Riesgo del Desarrollo de Áreas de Salud, Hospitales Regionales y Periféricos.
- Servicios de Apoyo de los Hospitales.
- Profesionales del Equipo de apoyo de las Áreas de Salud (Trabajo Social, Psicología, Nutrición, Enfermería (General, Salud Mental y Obstetricia), Medicina (General, Pediátrica, Psiquiátrica, Física y de Rehabilitación, Familiar y Comunitaria).
- Personal de Hospitales Nacionales, Especializados, Regionales y Periféricos (Pediatria, Psiquiatria, Enfermería, Nutrición, Trabajo Social, Psicología, Terapia Física, Terapia de Lenguaje, Terapia Ocupacional, entre otros).
- Direcciones de Área de Salud y Hospitales.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 23 de 121

7. RESPONSABLES DE LA VERIFICACIÓN

- Dirección de Red de Servicios de Salud.
- Direcciones de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud.
- Enlaces de las Direcciones de Red Integrada de prestación de Servicios de Salud responsables del tema.
- Programa de Normalización de la Atención del Niño y la Niña.
- Direcciones de Área de Salud u hospitales.
- Jefaturas o coordinadores de Servicios vinculados con la atención de niños y niñas.

8. METODOLOGÍA DE CONSTRUCCIÓN

La información que se presenta se sustenta en revisiones de la evidencia disponible y referencias bibliográficas que, por su relevancia o interés científico, se consideran fuentes primarias en un campo interdisciplinario. Se dispone del criterio técnico de expertos de la Unidad de Neurodesarrollo y de Psiquiatría Infantil del Hospital Nacional de Niños, la Consulta de Neurodesarrollo del CENARE, así como, de los profesionales del Programa de Normalización de la Atención del Niño y la Niña.

The background is a deep purple with a fine, woven texture. Two horizontal white lines are positioned on either side of the text, extending from the left and right edges of the frame towards the center.

MARCO
CONCEPTUAL

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 25 de 121

1. VISIÓN DEL DESARROLLO

La atención al desarrollo de la niñez en nuestro país data de muchos años atrás, instituciones como la Caja Costarricense de Seguro Social, el Ministerio de Educación Pública, la Dirección Nacional de CEN/CINAI y la Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil, por mencionar algunas, han desarrollado múltiples acciones en este sentido. Lo cual constituye un antecedente robusto para continuar el desarrollo de acciones en torno a este tema.

Además, investigaciones científicas y constataciones realizadas en los últimos 30 años, desde diversas perspectivas (culturales, psicológicas, económicas, educativas, políticas, neurocientíficas), confirman la relevancia del desarrollo, la atención y la educación tempranas (desde antes del nacimiento). Igualmente durante las últimas tres décadas, diversos organismos internacionales señalan la necesidad de realizar acciones de protección y atención integral cubriendo todas las dimensiones del desarrollo de la niñez: salud, nutrición, afecto, educación, recreación, interrelación emocional, ambiente de alta calidad, entre otros. Así las cosas, se describen a continuación argumentos esgrimidos relevantes de considerar como antecedentes o fundamento de las intervenciones en neurodesarrollo y comportamiento.

- Los estudios de la Carnegie Corporation²⁷ señalan que el desarrollo del cerebro antes del primer año de vida es más rápido y extenso y, por lo mismo, es una etapa altamente más sensible a factores del medio ambiente. Argumentan, asimismo, que la influencia del medio ambiente exterior a temprana edad deja huellas para siempre, pues no sólo afecta el número de células cerebrales y el número de conexiones entre ellas mismas, sino también la calidad y solidez que dichas conexiones tengan.
- Las investigaciones de F. Mustard²⁸ han arrojado claras evidencias:
 - El desarrollo del cerebro es más rápido durante los dos primeros años de vida, en preparación del desarrollo significativo de las funciones intelectuales, emocionales, físicas, inmunológicas y sociales que tendrá el ser humano en el futuro.
 - La participación en programas de calidad para la atención del desarrollo de la niñez puede aumentar el rendimiento escolar, reducir la deserción, aumentar los ingresos y reducir los niveles de violencia y conducta criminal. Por tanto, el desarrollo integral en los primeros años de vida es determinante en el desarrollo del ser humano.
 - El cerebro es un órgano maestro que marca el camino hacia la buena salud, el aprendizaje, las emociones, regula el temperamento, el desarrollo social, el lenguaje, las capacidades de

²⁷ Informe Carnegie. (1994) The report of the Carnegie Task Force. "Starting Points. Meeting the Needs of our Youngest Children" (El informe del Comité de la Carnegie sobre las necesidades de los niños menores. Puntos de inicio.

²⁸ Mustard, F. (2006). ECD AND. Experience-based brain development. The scientific underpinnings of the importance of Early Child Development in a Globalized World. Washington: Brookings Institution.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 26 de 121

alfabetización, las habilidades cognitivas, las perceptivas, de salud física, mental y es la base de las funciones y experiencias sensoriales.

- Los años tempranos, incluido el período uterino, son críticos y sensibles para el desarrollo del cerebro y de los senderos neuronales relacionados con las emociones, conductas, lenguaje. La curva más alta de sinapsis para los sentidos se produce a los tres meses de nacido; del lenguaje a los seis meses y de la función cognitiva a los dos años.
 - Los primeros años de vida constituyen el primer paso en un proceso de aprendizaje que dura toda la vida. Las bases del desarrollo de las competencias básicas de lectura, escritura y matemática se construyen desde estas edades.
 - La participación de la familia y la influencia del contexto socio-cultural en el desarrollo humano; son congruentes con lo que ocurre los primeros años de vida, la calidad de las interacciones afectivas y cognitivas y el comportamiento social que tendrá durante toda su vida.
- Berrueta-Clement et al. del proyecto Perry School²⁹ de Ypsilanty, Michigan, Estados Unidos del estudio longitudinal de High Scope, demuestran que los programas de atención integral, con personal de alta calidad que usan estrategias centradas en los niños y niñas, los benefician a éstos, sus familias y comunidades. Señalan además que cada dólar invertido, revierte más de 16 dólares, además de reducir los índices de deserción escolar, fomentar más productividad y promover niveles más elevados de habilidades sociales, emocionales e intelectuales, con el impacto respectivo en la salud integral.
 - J. Heckman³⁰ premio Nobel de Economía de la Universidad de Chicago, concluye en sus estudios, que el retorno de cada dólar invertido en la educación temprana es mucho mayor (ocho a uno) que el de cada dólar invertido en programas escolares de la educación media y superior (3 a 1).
 - La inteligencia emocional, que propone D. Goleman³¹ es crucial para el futuro afectivo y social del desarrollo de nuestros niños y niñas, es como un boleto para el estándar académico que puede ser aprendida individualmente y cultivarse sumando habilidades emocionales que ayudarán al ser humano a vivir en sociedad. Los padres, y particularmente la madre, de acuerdo con la sintonía, o respuesta que dé a su hijo, modela las expectativas emocionales relacionadas con el futuro de sus sentimientos.
 - Las inteligencias múltiples que asegura Howard Gardner³² existen y se basan en el sólido sistema sensorial de las niñas y niños que requiere exponerlos a experiencias variadas y de calidad. Ello implica aceptar el papel fundamental de las interacciones en contextos específicos en el desarrollo de las

²⁹ Berrueta-Clement, L. et al. (1984-2004). The Perry Preschool Study. Estados Unidos.

³⁰ Heckman, J. (2007). Testimonio frente al Comité Económico Conjunto del Congreso de EEUU. Washington, D.C.

³¹ Goleman, D. (1998). Emotional Intelligence, traducido al español como La Inteligencia Emocional, Javier Vergara Editor, S.A., Buenos Aires, Argentina.

³² Gardner, H. (1987). Estructuras de la mente. La teoría de las inteligencias múltiples, Fondo de Cultura, México.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 27 de 121

capacidades del ser durante la niñez, que son las que en diversas experiencias de sentido y en diversos contextos permiten al ser humano aprender los valores, normas, costumbres, pautas de comportamiento y significados a partir de las cuales se reconoce como un ser social histórico e ínter subjetivo en permanente cambio.

- Black et al.³³ en el reporte de Lancet Early Childhood Development Series Steering Committee afirma que existe una necesidad urgente de incrementar la cobertura y participación multisectorial en programas de calidad para la atención de niños y niñas que incorporen las dimensiones de salud, nutrición, seguridad, cuidados y aprendizajes tempranos. Estos programas son clave en el desarrollo de las habilidades intelectuales, creativas, de bienestar, salud y productividad adulta que requerimos potenciar en todos los países.
- Bagur-Pons y Verger Gelabert³⁴ en su artículo Evidencias y retos de la Atención Temprana: el modelo centrado en la familia indica que, además de considerar los aspectos anteriores la evidencia reciente destaca que el modelo actual de intervención requiere de reconocer las prácticas centradas en la familia, basadas en la construcción de capacidades familiares, donde los profesionales deben actuar como colaboradores para dar respuesta a las necesidades de los progenitores.
- Lizondo-Valencia et al.³⁵ destacan en su investigación Pandemia y niñez: efectos en el desarrollo de niños y niñas por la pandemia Covid-19, que como incidencias negativas se observa, mayor dependencia emocional, inmadurez mental, problemas de sueño, incremento de la obesidad infantil, mayor exposición a equipos tecnológicos/electrónicos y como incidencias positivas se percibe una disminución en los traumas por accidentes, existe más acompañamiento de ambos padres, inclusive en términos académicos. En ambos casos aspectos con impacto en el desarrollo del niño y la niña.
- Hurtado et al.³⁶ en su investigación Competencias parentales para facilitar el desarrollo de funciones ejecutivas en la niñez temprana, concluyen que las funciones ejecutivas se encuentran vinculadas al desarrollo cerebral que a la vez permite un mejor trabajo cognitivo en el niño, destacando entonces

³³ Black, M. M. et al. (2016). Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale 1. Early childhood development coming of age: science through the life course. Lancet. Published Online. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7)

³⁴ Bagur-Pons, S. y Verger-Gelabert, S. (2020). Evidencias y retos de la Atención Temprana: el modelo centrado en la familia [Evidence and challenges of early intervention: The family-centered model]. Siglo Cero, vol. 51, N°4, pp. 69-92. ISSN: 0210-1696 DOI: <https://doi.org/10.14201/scero20205146992>

³⁵ Lizondo-Valencia et al. (2021). Pandemia y niñez: efectos en el desarrollo de niños y niñas por la pandemia Covid-19. Veritas & Research, 3(1), pp. 16-25. En: https://www.researchgate.net/profile/Romina-Lizondo/publication/352881869_Pandemia_y_ninez_efectos_en_el_desarrollo_de_ninos_y_ninas_por_la_pandemia_Covid-19/links/6241bce88068956f3c54db87/Pandemia-y-ninez-efectos-en-el-desarrollo-de-ninos-y-ninas-por-la-pandemia-Covid-19.pdf

³⁶ Hurtado, M. et al. (2022). Competencias parentales para facilitar el desarrollo de funciones ejecutivas en la niñez temprana. Indagare, 10, 1-11. <https://doi.org/10.35707/indagare/1011> En: <https://revistas.unibague.edu.co/indagare/article/view/363/307>

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 28 de 121

que las habilidades parentales son uno de los componentes que influyen en aquel desarrollo óptimo. En su mayoría los estudios establecen aportes significativos e influyentes de las prácticas parentales positivas en el desarrollo cognitivo de los niños y las niñas. Citan como ejemplos de esas funciones: la planificación, autonomía, memoria de trabajo, regulación e inhibición de conducta, autorregulación y control del comportamiento. Insisten en que un estilo parental positivo caracterizado por una buena comunicación, autonomía, creación de un apego seguro, sensibilidad ante las necesidades del niño y la niña y un buen entorno de crianza, hace que aquellas funciones tengan un desarrollo más eficaz.

Ahora bien, los fundamentos citados acentúan la relevancia de la intervención temprana, articulada, participativa y el impacto que la misma genera en el desarrollo humano en sentido amplio, entendido como proceso de expansión de las libertades reales de que disfrutaban los individuos y que se traduce en la libertad general que deberían tener los individuos para vivir como les gustaría. Es pues, un proceso mediante el cual se busca la ampliación de las oportunidades para las personas, aumentando sus derechos y sus capacidades. En este sentido, anotan una serie de características que se deben de tomar en cuenta en el momento de conceptualizar desarrollo humano³⁷.

- En primer lugar, el desarrollo humano se centra directamente en el progreso de la vida y el bienestar humano, es decir, en una valoración de la vida.
- En segundo lugar, el desarrollo humano se vincula con el fortalecimiento de determinadas capacidades relacionadas con toda la gama de elementos que una persona puede ser y hacer en su vida; en la posibilidad de que todas las personas aumenten su capacidad humana en forma plena y den a esa capacidad el mejor uso en todos los terrenos, ya sea el cultural, el académico, el económico o el político, es decir, en un fortalecimiento de capacidades.
- En tercer lugar, el desarrollo humano tiene que ver con la libertad de poder vivir como nos gustaría hacerlo. Se incluyen las libertades de atender las necesidades corporales (morbilidad, mortalidad, nutrición), las oportunidades habilitadoras (educación o lugar de residencia), las libertades sociales (participar en la vida de la comunidad, en el debate público, en la adopción de las decisiones políticas), es decir, el desarrollo humano tiene que ver con la expresión de las libertades civiles.

³⁷ Pérez, O. M., Ramos, I. O. & Achón, Z. N. (2007). Aprendizaje y desarrollo humano. Buenos Aires: Editorial Universitaria. En: https://www.researchgate.net/publication/28184457_Aprendizaje_y_desarrollo_humano/link/0fff03e50cf2b20ef0755c8e/download

Restrepo-Rubio, M. et al. (). Prácticas educativas y aprendizaje significativo como factores de desarrollo humano e integración social en el programa de atención integral a la primera infancia del Centro de Servicios de Salud del Sena. Maestría de Educación y Desarrollo Humano. Universidad de Manizales.

Besoain-Saldaña, A. et al. (2020). Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) en centros de atención primaria en Chile. Revista de Saúde Pública, 54:38. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001999> En: <https://www.scielo.br/rj/rsp/afct9bVSqFKx6qW4FMZVYQD/?format=pdf&lang=es>

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 29 de 121

- Y, en cuarto lugar, el desarrollo humano está asociado a la posibilidad de que todos los individuos sean sujetos y beneficiarios del desarrollo, es decir, con su constitución como sujetos.

Estos caracteres perfilan la comprensión del desarrollo humano incluyendo: la valoración de la vida, así como, la insistencia en la puesta en marcha de las capacidades humanas y el bienestar. Todo en el contexto de la vivencia de las libertades civiles y además asumiendo a los individuos como sujetos en desarrollo. Esta visión sumada a las particularidades individuales de cada niño o niña y de sus contextos de pertenencia es la que para efecto de este Manual se sugiere poner en práctica al comprender los trastornos del neurodesarrollo y el comportamiento.

2. ALTERACIONES SENSORIALES

La Integración Sensorial³⁸ es el acto del cerebro de organizar las sensaciones para su uso, las sensaciones llegan a través de los sentidos por los cuales se obtienen datos sobre las condiciones físicas del cuerpo y del medio que nos rodea. El cerebro debe organizar todas estas sensaciones para que la persona pueda moverse y aprender a comportarse de manera productiva e integrada. El cerebro utiliza las sensaciones para crear percepciones, comportamientos y aprendizaje.

Los impulsos sensoriales y motores que cruzan las neuronas hacen que las fibras lancen prolongaciones y ramales para alcanzar otras neuronas, esta es la base de la comunicación sensorial que facilita la integración sensorial que ocurre de manera inconsciente, de manera similar como ocurre la respiración. La integración sensorial implica organizar la información que detectan los sentidos (gusto, vista, oído, olfato, tacto, movimiento, gravedad y posición). Esta comienza en el vientre materno, cuando el cerebro del niño o niña en el útero siente los movimientos del cuerpo de la madre y alcanza su mejor expresión durante el primer año de vida, lo que lleva al niño o niña a las actividades desde el gateo hasta ponerse de pie, caminar, correr y explorar el mundo que le rodea.

Respuestas adaptativas³⁹

Son las respuestas del sistema nervioso central con un objetivo concreto y significativo producto de una experiencia sensorial. Por ejemplo, un niño o niña ve un sonajero o chilindrín y levanta los brazos para alcanzarlo; la acción de alcanzar algo es una respuesta adaptativa, agitar las manos sin objetivo no es una respuesta adaptativa.

³⁸Martínez-Guillín, B. (2019). Publicaciones científicas sobre la teoría de la integración sensorial de Jean Ayres: Scoping Review.

³⁹Martínez-Guillín, B. (2019). Publicaciones científicas sobre la teoría de la integración sensorial de Jean Ayres: Scoping Review.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 30 de 121

En una respuesta adaptativa el niño o niña domina un reto y aprende algo nuevo. Cada respuesta adaptativa ayuda al cerebro a desarrollarse, a organizarse, a obtener nuevas destrezas que van aumentando en su complejidad.

A medida que el niño o niña crece, las respuestas adaptativas evolucionan de principalmente musculares o motoras a mentales y sociales, de esta manera se sustituye progresivamente la actividad sensomotora. Esto significa que hasta alrededor de los siete años el cerebro del niño o niña siente cosas y obtiene significados directamente a través de los sentidos. A estas edades, el niño o niña no tiene muchos pensamientos abstractos, sino que se basa en sentir los objetos y mover su cuerpo en función de las sensaciones que experimenta. Esta característica del funcionamiento cerebral se constituye en la base de desarrollo comportamental posterior. Toda conducta y aprendizaje del niño o la niña tiene como base los procesos de integración sensorial y el repertorio de respuestas adaptativas creado a través de los años.

El procesamiento de la información⁴⁰

Los impulsos neuronales deben atravesar dos o más neuronas para generar una experiencia sensorial, una respuesta motriz, verbal o un pensamiento. De acuerdo con la complejidad de la función, entre más neuronas intervienen en la transmisión del mensaje, la respuesta es más compleja y la experiencia es más enriquecedora. Este proceso se relaciona con la sinapsis que es la zona de encuentro electroquímico entre neuronas, es decir, una especie de “puente” que transporta impulsos de una neurona a otra a través de las prolongaciones que salen de la fibra principal o del propio cuerpo neuronal. A una sola sinapsis llegan muchos impulsos de distintas partes del cuerpo y del cerebro, que causan alteraciones en su energía eléctrica y química que se combinan para formar un mensaje.

Los mensajes cruzan las sinapsis y continúan su camino a otras zonas del sistema nervioso. Para que esto ocurra es necesario que los impulsos tengan una carga eléctrica intensa o reciban ayuda de otros impulsos. Hay partes del cerebro que emiten unos mensajes que ayudan a “facilitar” que otros mensajes puedan cruzar la sinapsis correcta, son los mensajes facilitadores o estimulantes, mientras que hay otras partes del cerebro que obstruyen o inhiben el flujo de información.

La combinación de mensajes facilitadores e inhibidores produce *modulación*, definida como el proceso que utiliza el sistema nervioso para autoorganizarse. El sistema nervioso se modula a si mismo incrementando la carga energética de unos mensajes y reduciendo la de otros. La facilitación y la inhibición son pilares importantes de la integración sensorial.

⁴⁰Martínez-Guillín, B. (2019). Publicaciones científicas sobre la teoría de la integración sensorial de Jean Ayres: Scoping Review.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 31 de 121

Las sensaciones⁴¹

Las sensaciones son impulsos eléctricos que se pueden transformar en percepciones a través del proceso de integración sensorial. Por ejemplo, cuando se mira una naranja, el cerebro integra sensaciones de los ojos para experimentar color y forma de la naranja, cuando se toca, las sensaciones de los dedos se integran para formar el conocimiento de que es rugosa por fuera y húmeda por dentro, las integraciones de las sensaciones que proceden del olfato dicen que la naranja tiene un olor cítrico. Este proceso se genera porque existen una serie de receptores que codifican las sensaciones y las clasifican. Los receptores que codifican las sensaciones se clasifican en las siguientes categorías:

- exteroceptores que son las que informan acerca de lo que sucede en exterior del organismo (visión, sonido, sabor, olor, sensación táctil);
- propioceptores que son las que informan del lugar que ocupa el cuerpo en el espacio y su movimiento;
- interoceptores que son las que informan acerca lo que ocurre dentro del cuerpo.

Tabla 1. Descripción general de las sensaciones

Sensación	Descripción
La visión	El centro cerebral de procesamiento de la visión integra los impulsos generados por la luz y los relacionan con otros tipos de información sensorial, sobre todo señales de los músculos y articulaciones que envía al sistema vestibular. Esta integración que se produce en el tronco encefálico constituye el conocimiento básico del entorno y de la situación de las cosas que nos rodean.
El sonido	Los núcleos auditivos procesan las señales y las combinan con los procedentes del sistema vestibular y de los músculos de la piel. Si la información auditiva no se mezcla en cada nivel del cerebro con otros datos sensoriales se pueden presentar problemas para dar sentido a las cosas que se escuchan La parte más intrincada y complicada del proceso es el discernimiento de ciertos sonidos en sílabas y palabras con significado.
Los sabores	Hay cuatro sensaciones gustativas dulce, amargo, ácido y salado todos son vitales para disfrutar la comida y para mantener alejadas sustancias nocivas.
Los olores	Los olores activan emociones que influyen en lo que nos gusta o no solo por el olor. Además, el olor crea recuerdos y asociaciones placenteras o no placenteras que influyen en nuestras decisiones o preferencias. Así, muchas de las preferencias de alimentación están influenciadas por el olor.

⁴¹Martínez-Guillín, B. (2019). Publicaciones científicas sobre la teoría de la integración sensorial de Jean Ayres: Scoping Review.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 32 de 121

El tacto	Los impulsos derivados del sentido del tacto se utilizan en los niveles inferiores del cerebro para ayudar con un desplazamiento más eficaz, ajusta el sistema de activación reticular, influye en las emociones y colabora con la otorgación de significado a otros tipos de información sensorial. El papel del tacto es fundamental en la organización neuronal global. Sin la suficiente estimulación táctil del cuerpo el sistema nervioso tiende a perder el “equilibrio”.
El sentido propioceptivo⁴² (posición y movimiento)	La palabra propiocepción hace referencia a la información sensorial que surge en los movimientos de contracción y estiramiento de los músculos y en los de flexión, enderezamiento, tracción y compresión de las articulaciones que une los huesos. Las sensaciones propioceptivas no producen consciencia por lo que no es habitual notar las sensaciones de los músculos y las articulaciones a menos que prestemos atención deliberada a nuestros movimientos. Los niños o niñas que padecen de una sensibilidad propioceptiva mal organizada suelen encontrar mucha dificultad en hacer cosas que no pueden ver con los ojos.
El sentido vestibular (gravedad, movimiento en la cabeza y equilibrio)	El sistema vestibular es muy sensible al impacto de las variaciones de posición y movimiento, y el cerebro logra apreciar cualquier cambio por sutil que sea. Este sistema empieza a madurar en una etapa fetal, los núcleos vestibulares aparecen a las nueve semanas. Al quinto mes del embarazo se encuentra desarrollado y trabaja de manera coordinada con el sistema táctil y visceral.
Datos viscerales	Hay receptores en los órganos internos y en los principales conductos sanguíneos. Estos receptores contribuyen a regular la presión sanguínea, la digestión, la respiración y otras funciones del sistema nervioso autónomo, informan al cuerpo acerca de la cantidad de alimento y agua que necesita.

Fuente. Adaptado Ayres (2008)⁴³.

Proceso Integrador de las sensaciones

El proceso integrador es continuo, cada nivel se integra en el siguiente al tiempo que funciona como su base. El producto final del proceso es la organización de las sensaciones en experiencias concretas para su uso en la producción de respuestas adaptativas. Estas respuestas adaptativas, están plenamente moduladas a los estímulos sensoriales que el niño o niña recibe y tienen un propósito. Una respuesta adaptativa que proporciona éxito al niño o niña produce una “huella de satisfacción” que va fijando la experiencia, el modo de enfrentarse a ella e impulsa al niño o niña a la creatividad y al desarrollo⁴⁴. El proceso integrador tiene cuatro niveles, se presenta el detalle respecto a cada uno en los siguientes párrafos.

⁴² Propioceptivo: Proviene de la palabra del latín “proprius” que significa “referente a la misma persona que habla”.

⁴³ Ayres, J. (2008). La integración sensorial en los niños. Desafíos sensoriales ocultos. Tea Ediciones, Madrid.

⁴⁴ Del Moral-Orró, G., Montaña, M. Á. P. y Valer, P. S. (2013). Del marco teórico de integración sensorial al modelo clínico de intervención. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*, (17), p. 18.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 33 de 121

El nivel primario de integración

Este primer nivel es principalmente sensorial-táctil. Se sustenta en la importancia de que el niño o niña reciba la sensación de tocar y ser tocado, lo que tiene un papel muy importante durante la infancia y en el resto de la vida. Las **sensaciones del tacto** ayudan, por ejemplo, a chupar y posteriormente a masticar y a tragar la comida. Así, los niños y niñas con sistemas táctiles deficientes pueden presentar problemas para chupar y más adelante evitan los alimentos sólidos porque no les gustan las texturas.

El niño o niña necesita tener contacto corporal con su madre o su cuidadora, su cerebro debe interpretar las sensaciones de este contacto correctamente para establecer el primer vínculo emocional. De esta estimulación adecuada depende el establecimiento de un vínculo temprano satisfactorio⁴⁵.

La integración de los datos vestibulares y propioceptivos proporcionan control sobre los movimientos de los ojos, lo que les permite enfocar la atención visual en un objeto o seguirlo mientras se mueve, la falta de integración de estos sentidos, provoca un retraso en el desarrollo de las reacciones posturales como darse vuelta, agacharse o sentarse, lo cual genera dificultades para estar de pie, para caminar o para realizar los ajustes posturales y sus movimientos serán rígidos, irregulares, su equilibrio deficiente y su tono muscular bajo. Las sensaciones táctiles son la fuente principal del confort y la seguridad.

El segundo nivel de integración sensorial

En este nivel son las sensaciones táctiles, vestibulares y propioceptivas los pilares que sustentan la estabilidad emocional, si estos sistemas sensoriales no funcionan de manera correcta, el niño o niña tiende a responder deficientemente al mundo que le rodea. La percepción corporal es como un atlas corporal, guardado en el cerebro, que contiene información de todas las partes del cuerpo de las relaciones entre ellas y de los movimientos de cada una. La percepción sensorial se va grabando en el cerebro conforme los receptores sensoriales ordenan y clasifican los datos que extraen de los sistemas sensoriales. Es así como, si no hay una adecuada percepción del cuerpo, se ve afectada la planificación de movimientos corporales.

El tercer nivel de integración sensorial

En este nivel de integración el niño o niña ya puede sumar a sus actividades la intencionalidad, puede hacer cosas que empiezan, continúan y terminan, además de hacer un seguimiento del proceso de la meta fijada. Por ejemplo, tomar un objeto, gatear por una habitación para tomar algo, meter algo por un agujero, levantar algo y trepar. Cuando los procesos sensoriales básicos funcionan de forma estable, el niño o niña puede lograr

⁴⁵ Armus, M. et al. (2012). Desarrollo emocional. Clave para la primera infancia. UNICEF. En: http://files.unicef.org/ecuador/Desarrollo_emocional_0a3_simples.pdf

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 34 de 121

este tipo de actividades, pero cuando hay una disfunción sensorial no consigue terminar nada porque hay muchas cosas que se interponen en su camino, que lo distraen, lo sobreexcitan o lo confunden.

El cuarto nivel de integración sensorial

En este nivel las distintas partes del cerebro se especializan y es importante que trabajen juntas y se comuniquen con fluidez, el producto final de esta integración sensorial es el adecuado desarrollo para el ingreso a la educación formal, etapa que le exige habilidades para organizar y concentrarse. Si un cerebro no puede organizar sensaciones tampoco puede ordenar letras o números. La autoestima, el autocontrol y la confianza, son requeridas para la integración sensorial y neuronal.

Disfunciones en la integración sensorial (DIS)⁴⁶

La disfunción de la integración sensorial es un funcionamiento deficiente de la integración de la información sensorial que puede generar en el niño o niña problemas de comportamiento y de aprendizaje. En general los niños o niñas que presentan este déficit no son diferentes a los demás, su inteligencia se encuentra dentro del promedio o es superior. Cuando el problema no es muy severo, no son diagnosticados y las familias no se dan cuenta del problema hasta que el niño o niña ingresa a la educación formal y tiene dificultades al aprender a leer, escribir, respetar las normas, concentrarse, compartir con sus compañeros, entre otros. Ejemplos de manifestaciones conductuales que evidencian la presencia de DIS son las siguientes:

- Dificultad para levantar la cabeza, coordinar el alcanzar objetos, arrastrarse, gatear o ponerse de pie.
- Dificultad en amarrarse los zapatos o aprender a montar en bicicleta.
- Dificultad para moverse, correr torpemente, poca flexibilidad (no todos los niños o niñas son así por una DIS, en ciertos casos los músculos o los nervios pueden no estar funcionando bien. En caso de DIS los nervios y los músculos funcionan bien pero el cerebro tiene dificultad en la integración de las sensaciones).
- Dificultad al jugar debido a imposibilidad de integrar las sensaciones provenientes de los ojos, oídos, brazos, cuerpo, pueden oír, ver, o sentir algo y no responder adaptativamente a ello. Lo cual, se presenta porque el niño o niña se pierde algunos detalles o no entiende y reacciona equivocadamente; suele defenderse de los juegos y actividades que lo ponen en estas situaciones poco exitosas y puede evitar juguetes que impliquen mucha manipulación. Es un niño o niña que se cae y tiene accidentes en mayor medida que los demás.
- Retraso en el desarrollo del lenguaje, esto es un indicador temprano de que algo no marcha bien en el cerebro. Algunos niños o niñas no escuchan bien a pesar de que no existe ningún problema en los

⁴⁶ Palacios, A. C. (2010). Integración sensorial. En: [http://www.agapasm.com.br/Artigos/Integracion% 20sensorial. pdf](http://www.agapasm.com.br/Artigos/Integracion%20sensorial.pdf).

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 35 de 121

órganos de la audición, es decir, los impulsos sonoros son percibidos adecuadamente por los oídos, pero llegan desorganizadamente al cerebro.

- Dificultad con las palabras, ellos saben perfectamente lo que quieren decir, pero no pueden dirigir adecuadamente la boca para formar las palabras.
- Dificultad para colorear, armar un rompecabezas, usar adecuadamente las tijeras, pegar dos trozos de papel. Ante cualquier tarea manual sus resultados son muy pobres, los objetivos a lograr representan más esfuerzo y dificultad. Las personas pueden pensar que el niño o niña no está interesado en la actividad.
- Dificultad para organizar las sensaciones que provienen de la piel, se irritan y enojan cuando alguien los toca, algunas veces también las luces o los sonidos pueden producir irritación o distracción.
- Hiperactividad es en muchos casos un síntoma de DIS.
- Necesidad de contención física en mayor cantidad de lo habitual, por lo que constantemente buscan ser abrazados, acariciados, piden que los masajeen, que los aprieten.
- Dificultades para relacionarse adecuadamente con los demás, lo cual representa una gran presión en la vida escolar que genera sentimientos de impotencia y ansiedad.

Los niños y niñas con trastornos de déficit de atención, otros trastornos de conducta o del sueño presentan muchas de las conductas citadas.

La selectividad sensorial alimentaria⁴⁷

La selectividad sensorial es la aversión persistente a los alimentos tras repetidas exposiciones relacionándose con su textura, color, sabor, olor o temperatura. Puede estar asociada a condiciones médicas y se presenta frecuentemente en niños y niñas con retraso en el desarrollo⁴⁸. La selectividad alimentaria puede estar vinculada con las características sensoriales de los alimentos o retraso en el desarrollo de la habilidad motora oral. Se clasifica de la siguiente manera:

⁴⁷ Espinoza-Tocto, A. (2022). Selectividad alimentaria y su relación con el procesamiento sensorial en niños de 4 a 6 años-Lima. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Tecnología Médica en el área de Terapia Ocupacional. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Peru.

En: [Selectividad alimentaria y su relación con el procesamiento sensorial en niños de 4 a 6 años – Lima, 2021 \(unmsm.edu.pe\)](#)

Le Roy, C. et al. (2010). Nutrición del niño con Enfermedades Neurológicas Prevalentes. Rev.child.pediatr. 81:(2); pp. 103-113. En: [ped 2-2010.indd \(conicyt.cl\)](#)

Ayça, S. (2021). Las intervenciones nutricionales mejoran la calidad de vida de los cuidadores de niños con trastornos del neurodesarrollo. Nutr Neurosci. Agosto de 2021; 24(8):644-649. doi: 10.1080/1028415X.2019.1665853. PMID: 31524098. En:

[Las intervenciones nutricionales mejoran la calidad de vida de los cuidadores de niños con trastornos del neurodesarrollo: Neurociencia Nutricional: Vol 24, No 8 \(tandfonline.com\)](#)

⁴⁸ Espinoza-Tocto, A. (2022). Selectividad alimentaria y su relación con el procesamiento sensorial en niños de 4 a 6 años-Lima. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Tecnología Médica en el área de Terapia Ocupacional. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Peru.

En: [Selectividad alimentaria y su relación con el procesamiento sensorial en niños de 4 a 6 años – Lima, 2021 \(unmsm.edu.pe\)](#)

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 36 de 121

- Neofobia alimentaria. Es el rechazo a los alimentos nuevos, suele ser típico dentro del desarrollo del niño que se manifiesta en el final del primer año de vida y finalmente se resuelve. Sin embargo, si continua a lo largo de su desarrollo puede convertirse en un problema de selectividad alimentaria.
- Levemente selectivo. Niño o niña considerado como “comedor melindroso o picky eater”, rechazan la mayor cantidad de alimentos, además, no los aceptan después de exposiciones repetidas, comen lento, evitan horas de comida y pueden tener aversión sensorial leve. Este comportamiento genera ansiedad en los padres, madres o personas cuidadoras.
- Altamente selectivo. En este grupo las consecuencias son más severas, suficientes para considerar un trastorno de la alimentación, ya que se compromete el estado nutricional. Las niñas y los niños de este grupo no aceptan más de 10 a 15 alimentos. También rechazan los alimentos por textura, color, olor, sabor, apariencia y temperatura.

Aunado a lo anterior, se presentan problemas para reconocer las señales de saciedad lo que podría provocar consumir alimentos en exceso⁴⁹.

En los niños y niñas con selectividad sensorial alimentaria el estado nutricional depende de la severidad y evolución de la enfermedad de base, así como, del cuidado y vigilancia nutricional por parte del equipo multidisciplinario tratante⁵⁰⁻⁵¹. Ya sea la selectividad sensorial, conductual u orgánica la intervención debe ser interdisciplinaria, enfocando los objetivos para que se estimule de forma sistemática y gradual la aceptación de la mayor cantidad de alimentos posible, considerando los efectos secundarios del tratamiento farmacológico para la regulación la conducta y comportamiento que pueden incluir entre otros acidez, distensión y estreñimiento. Finalmente, acotar que el apoyo familiar en conjunto con el equipo de salud que brinda el abordaje es fundamental, tanto para la adherencia a las recomendaciones como para la aplicación de los factores que involucran las variantes dietéticas entre familias, niñas y niños⁵².

⁴⁹ Para mayores detalles en torno al abordaje de esta alteraciones en las niñas y los niños revisar el Manual de procedimientos atención al niño y niña con trastornos del neurodesarrollo y el comportamiento. Red de Servicios C.C.S.S. Módulo 1 vigente.

⁵⁰ Le Roy, C. et al. (2010). Nutrición del niño con Enfermedades Neurológicas Prevalentes. Rev.child.pediatr. 81:(2); pp. 103-113. En: [ped 2-2010.indd \(conicyt.cl\)](#)

⁵¹ Ayça, S. (2021). Las intervenciones nutricionales mejoran la calidad de vida de los cuidadores de niños con trastornos del neurodesarrollo. Nutr Neurosci. Agosto de 2021; 24(8):644-649. doi: 10.1080/1028415X.2019.1665853. PMID: 31524098. En: [Las intervenciones nutricionales mejoran la calidad de vida de los cuidadores de niños con trastornos del neurodesarrollo: Neurociencia Nutricional: Vol 24, No 8 \(tandfonline.com\)](#)

⁵² Ayça, S. (2021). Las intervenciones nutricionales mejoran la calidad de vida de los cuidadores de niños con trastornos del neurodesarrollo. Nutr Neurosci. Agosto de 2021; 24(8):644-649. doi: 10.1080/1028415X.2019.1665853. PMID: 31524098. En: [Las intervenciones nutricionales mejoran la calidad de vida de los cuidadores de niños con trastornos del neurodesarrollo: Neurociencia Nutricional: Vol 24, No 8 \(tandfonline.com\)](#)

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 37 de 121

3. ABORDAJE DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO EN SALUD

La atención del neurodesarrollo y comportamiento de las niñas y niños es una acción estratégica prioritaria en la Caja Costarricense de Seguro Social, en este marco en los últimos cinco años la institución ha desarrollado diversas estrategias de capacitación, organización de servicios y normalización técnica que permitan progresivamente aumentar la capacidad resolutoria de la red de servicios de salud para atender las problemáticas presentadas por las niñas y los niños en esta dimensión.

En este momento la oferta de servicios institucional se fortalece a partir de la implementación de acciones como las siguientes:

- Aplicación de la Consulta de Crecimiento y Desarrollo en los EBAIS con mayor intensidad en la vigilancia del desarrollo de niños y niñas menores de un año, en la cual por ejemplo además de las actividades rutinarias se aplica el Pretest Denver II como tamizaje inicial.
- Creación e implementación sistemática de la Consulta de Riesgo del Desarrollo en Áreas de Salud, Hospitales Regionales y Periféricos a cargo de un profesional de medicina o enfermería según recursos disponibles y con un tiempo de atención de 30 minutos por niño o niña.
- Fortalecimiento del trabajo articulado entre Hospitales Nacionales, Regionales y Periféricos, Áreas de Salud, Centros Educativos y CEN/CINAI para garantizar el seguimiento y atención oportuna de niños y niñas con alteraciones en su neurodesarrollo y comportamiento.
- Fortalecimiento del trabajo articulado con universidades para desarrollar experiencias de investigación con implicaciones en el desarrollo de la niñez y la implementación de herramientas de valoración y estimulación del desarrollo con alcance nacional mediante el uso de herramientas tecnológicas.
- Fortalecimiento de la atención pediátrica, fisiátrica y psiquiátrica mediante la apertura de consultas de 30 minutos para pacientes nuevos y subsecuentes identificados con alteraciones del neurodesarrollo y el comportamiento.
- Apertura y fortalecimiento de las Clínicas de Neurodesarrollo y Comportamiento en Hospitales Regionales y consultas multidisciplinarias en Hospitales Periféricos.
- Fortalecimiento progresivo de la intervención en el tema de la Red de Medicina en Rehabilitación en la red de servicios de salud.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 38 de 121

- Implementación exitosa y universal del tamizaje auditivo neonatal como estrategia de detección temprana de alteraciones sensoriales auditivas en el recién nacido.
- Implementación progresiva de la estrategia de cuidados centrados en el desarrollo y la familia en los centros de nacimiento y maternidades de la institución.
- Intensificación de los procesos de capacitación en torno al tema de neurodesarrollo y comportamiento de todas las personas funcionarias involucrados en la atención del niño y la niña en la red de servicios de salud.
- Intensificación de los procesos de diseño e implementación en la red de servicios de salud de normativa técnica en torno al tema de neurodesarrollo y comportamiento.

Esta organización priorizada de las intervenciones, parte desde la atención a los recién nacidos, en particular aquellos con riesgos biológicos o ambientales hasta las personas menores de trece años. La idea es concentrar la atención en los niños y niñas cuyos antecedentes prenatales, perinatales o postnatales sugieren riesgos de presentar trastornos en su desarrollo motor, sensorial, cognitivo o conductual, transitorios o definitivos, por lo cual deben ser evaluados tempranamente con la participación de un equipo interdisciplinario capacitado para identificar los posibles problemas del desarrollo, realizar la atención y el seguimiento correspondientes, en aras de habilitar y/o rehabilitar las posibles alteraciones, garantizando de esta manera la verdadera atención del neurodesarrollo⁵³.

La segunda ventaja de esta organización, además de su alcance en la etapa de la niñez, es el aumento de accesibilidad para que la madre, padre o persona encargada del niño o niña, puede solicitar atención ante la sospecha de un trastorno del desarrollo o de comportamiento. El niño o niña, además, puede ser captado en los diferentes escenarios (educativo, domiciliario, de salud) y por diferentes profesionales de salud o educación, quienes progresivamente cuentan con las herramientas necesarias para verificar la presencia o ausencia de signos y síntomas de alarma o factores de riesgo para hacer diagnóstico diferencial y realizar la intervención correspondiente o su respectiva referencia.

Finalmente, el mayor impacto de dicha priorización y organización de intervenciones refiere a la mejora continua de los mecanismos de comunicación, referencia y contrarreferencia interniveles e intersectorial en los temas vinculados con la atención de la niñez, con el respectivo impacto en los procesos de detección e intervención temprana, desarrollo profesional de las personas funcionarias participantes y el aumento de satisfacción del personal interno y las personas usuarias por la respuesta oportuna a las necesidades de las niñas y los niños.

⁵³ Kerzner, B. (2015) A practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties. Pediatrics: 135 (2).

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 39 de 121

4. TRASTORNOS DE LA ATENCIÓN, EL COMPORTAMIENTO Y EL SUEÑO

Las alteraciones de la atención, el comportamiento y el sueño son frecuentes y comunes en diferentes etapas del desarrollo de los niños y las niñas. Estos comportamientos se consideran patológicos o pasan a formar parte de la categoría de trastorno, cuando se extienden afectando las rutinas diarias de la persona y su familia, tanto en frecuencia como en intensidad.

Prevalencias

Se estima que un 20% de los niños y las niñas a nivel mundial presentan trastornos mentales y que estos constituyen la principal causa de discapacidad en gente joven. Los datos más recientes de prevalencia de patología psiquiátrica infantojuvenil (PPsIJ) son aportados por estudios que consisten en grandes encuestas de salud basadas en criterios DSM-IV pasadas a niños y niñas en edad escolar y a sus familias. Como ejemplo se cita el estudio realizado en 2015 en Australia, en niños y niñas de entre 4 y 17 años, que obtuvo una prevalencia del 13,9% (16,3% hombres y 11,5% mujeres); siendo el trastorno por déficit de atención/hiperactividad el más frecuente (prevalencia del 7,4%), seguido de los trastornos de ansiedad (6,9%), trastornos depresivos (2,8%) y trastornos de conducta (2,1%); la comorbilidad con otra enfermedad mental era del 30%. Algunos de los grandes estudios de metaanálisis realizados otorgan prevalencias de un 12% siguiendo diagnósticos de DSM⁵⁴.

Particularmente, el trastorno oposicionista desafiante presenta una prevalencia de 3% en niños y niñas entre los 6 a 18 años y del 10% a lo largo de la vida⁵⁵. Mientras que el trastorno explosivo intermitente muestra prevalencia que varían entre 4% y 7%, manifestándose generalmente en la adolescencia, con un inicio más temprano y mayor prevalencia en niños respecto de las niñas en una proporción de 2:1⁵⁶.

Cabe destacar que existen pocos trabajos de prevalencia en el rango 0 a 14 años y muy pocos atienden tanto a problemas del neurodesarrollo como a problemas emocionales y conductuales, así como, a las comorbilidades psiquiátricas y médicas asociadas, por tanto, se ha estimado que mucha patología mental en personas menores de 18 años permanece infradiagnosticada⁵⁷. Lo que, si es cierto, es que son condiciones

⁵⁴ Carballal-Mariño, M. (September, 2018). Prevalence of neurodevelopmental, behavioural and learning disorders in paediatric primary care. *Anales de Pediatría (English Edition)*, Volume 89, Issue 3, pp. 153-161. En: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403317304174?via%3Dihub>

⁵⁵ Fernández-Hermida, J.R. & Villamarín-Fernández, S. (Eds.) (2021) Libro Blanco de la Salud Mental Infanto-Juvenil. Volumen 1. Consejo General de la Psicología de España.

⁵⁶ Silva, B., Canas-Simião, H. & Cavanna, A. E. (2020). Neuropsychiatric Aspects of Impulse Control Disorders. *Psychiatric Clinics*, 43(2), pp. 249-262.

⁵⁷ Carballal-Mariño, M. (September, 2018). Prevalence of neurodevelopmental, behavioural and learning disorders in paediatric primary care. *Anales de Pediatría (English Edition)*, Volume 89, Issue 3, pp. 153-161. En: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403317304174?via%3Dihub>

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 40 de 121

que afectan a muchos niños y niñas y, que muestran disminución de secuelas o control de estas cuando se realiza la identificación e intervención tempranas.

Por su parte, los trastornos del sueño en la edad pediátrica son una patología muy frecuente que, sin embargo, es escasamente valorada por la mayoría de los profesionales. La Academia Americana de Pediatría estima que la prevalencia de dichos trastornos en Pediatría oscila entre el 20 y el 30%. Sin embargo, otros estudios describen una prevalencia que oscila entre 45% y 61%⁵⁸. Como secuelas de dichos trastornos se citan la somnolencia diurna excesiva que en la infancia se manifiesta como alteraciones del ánimo, la memoria, problemas conductuales, hiperactividad, falta de control de impulsos, deficiencia en respuestas inmunes, gástricas y hormonales, así como, déficits cognitivos que conllevan problemas escolares y en el aprendizaje⁵⁹.

Factores de riesgo

Son diversos los factores de riesgo que se reportan en la literatura asociados con estos trastornos, destacan aquellos de origen genético, prenatal, personal y ambiental. Respecto a los primeros, se vinculan con niños y niñas cuyos grupos familiares reportan trastornos por déficit de atención con hiperactividad y de conducta. Igualmente, diversos estudios reportan la existencia de comorbilidad entre el trastorno por déficit de atención (TDA) y los trastornos del sueño⁶⁰, por lo cual estos y los demás factores de riesgo son igualmente válidos para ambos. Gran parte del TDA puede ser un problema asociado con la irregularidad del ciclo circadiano. Se altera el ritmo diurno y nocturno y el tiempo de varios procesos físicos, no solo del sueño, sino también de la temperatura, los patrones de movimiento, el tiempo de las comidas⁶¹.

⁵⁸ Alvarez-Casano, M. y LEDESMA-ALBARRAN, J. M. (2018). ¿Cómo duermen nuestros niños? Análisis de los trastornos del sueño en niños. *Revista Pediatría Atención Primaria* [online], vol.20, n.80, pp.365-370. ISSN 1139-7632. En: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400005#:~:text=La%20Academia%20Americana%20de%20Pediatr%C3%ADa,del%20sue%C3%B1o%20fue%20del%2061%25.

⁵⁹ Barredo-Valderrama, E. y Miranda-Herrero, C. (Julio-Agosto, 2014). Trastornos del sueño en la infancia. Clasificación, diagnóstico y tratamiento. *Anales de Pediatría Continuada*, Vol. 12. Núm. 4. ELSEVIER. pp. 175-182. DOI: 10.1016/S1696-2818(14)70188-X En: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-trastornos-del-sueno-infancia-clasificacion-S169628181470188X#:~:text=Los%20trastornos%20del%20sue%C3%B1o%20son%20importantes%20porque%20pueden%20ocasionar%20una,escolares%20y%20en%20el%20aprendizaje>.

⁶⁰ Alguacil-Villatoro, M. y Moreno-García, I. (2022). Relación entre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y los trastornos del sueño en población infanto-juvenil. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Sevilla. En: <https://idus.us.es/handle/11441/135120>

Acosta, M. T. (2019). Sueño, memoria y aprendizaje. *Medicina* (Buenos Aires), 79(Supl. 3), pp. 29-32. En: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802019000700008&lng=es&tlng=.

⁶¹ Mulas, F., Rojas, M. & Gandía, R. (2019). Sueño en los trastornos del neurodesarrollo, déficit de atención e hiperactividad y en el espectro autista. *Medicina* (Buenos Aires), 79(Supl. 3), PP. 33-36. En: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802019000700009&lng=es&tlng=es.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 41 de 121

Los factores prenatales, por su parte, aumentan el riesgo cuando se presenta tabaquismo y desnutrición de la madre durante el embarazo, siendo esto vinculado particularmente con el trastorno por déficit de atención⁶². En complemento, se destaca que son más frecuentes los casos de inatención o impulsividad en los niños y niñas prematuros, los cuales son percibidos en sus hogares con mayores conductas atípicas, síntomas de hiperactividad, episodios de aislamiento y sintomatología característica de depresión y cuadros de somatización⁶³. Igualmente, se reporta que los hábitos de sueño de los niños y las niñas pueden estar influenciados por factores biológicos⁶⁴ pre y postnatales sin que se documente específicamente cuales.

Entre los factores personales, se mencionan las dificultades en el apego, el temperamento y con las estrategias de afrontamiento, así como, la deficiente regulación de emociones. Todos ellos asocian con tasas más elevadas de agresión y trastorno de conducta, con la desregulación de las emociones y la incapacidad para elaborar modelos de control de impulsos y la insatisfacción permanente de sus propias necesidades, ello genera un sentimiento de empatía menos desarrollado⁶⁵. Sumariamente, una extensa literatura sugiere una relación inversa entre las funciones ejecutivas y la conducta agresiva en los seres humanos, es decir, altas puntuaciones en los problemas de conducta coinciden con bajas puntuaciones en las pruebas de funcionamiento ejecutivo⁶⁶. Complementariamente cabe mencionar que, se ha encontrado un mayor porcentaje de posibles alteraciones del sueño en niños y niñas que son hijos únicos⁶⁷.

Desde el punto de vista ambiental, se reconoce la influencia de los factores parentales y socioculturales. En este sentido, la actitud severa y punitiva de los padres, caracterizada por una importante agresividad física y verbal, se asocia con la aparición de conductas inadaptadas en los niños y niñas. Aquellas condiciones caóticas en el hogar se relacionan con trastornos de conducta y delincuencia, el divorcio no es en sí mismo un factor de riesgo, sino la persistencia de hostilidades, resentimientos y amargura entre progenitores, las que pueden contribuir a las conductas inadaptadas. El uso y abuso de drogas y alcohol, la negligencia parental

⁶² DynaMed. Oppositional Defiant Disorder. EBSCO Information Services. Accessed October 31, 2022. <https://www.dynamed.com/condition/oppositional-defiant-disorder>;

⁶³ Ríos-Flórez, J. A. et al. (2018). Influencia del nacimiento pretérmino en procesos conductuales y emocionales de niños en etapa escolar primaria. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 16(1), 177-197. doi:10.11600/1692715x.16110.

⁶⁴ Navarro, A. y Gonzalez, G. (2022). Trastornos del sueño y su impacto en el neurodesarrollo. *Buenos Aires: Medicina*; Vol. 82 (Supl. III): pp. 30-34. En: <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v82s3/1669-9106-medba-82-s3-30.pdf>

⁶⁵ Pascual-Jimeno, A. y Conejero-López, S. (2019). Regulación emocional y afrontamiento: Aproximación conceptual y estrategias. *Revista Mexicana de Psicología*, vol. 36, núm. 1, pp. 74-83. Sociedad Mexicana de Psicología A.C. En: <https://www.redalyc.org/journal/2430/243058940007/html/>

García-Contreras, A. V. (2018). Los problemas de conducta en la infancia: exploración a través del estudio de un caso. Trabajo de grado. Facultad de Psicología. Universidad de Almería.

⁶⁶ Romero-López, M. (2016). Problemas de conducta y funciones ejecutivas en niños y niñas de 5 años. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. INFAD. *Revista de Psicología*, N°1-Vol.1. ISSN: 0214-9877. pp:57-66 <http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v1.214>

⁶⁷ Aymerich de Franchesci, C. M. et al. (2019). Patrones de sueño de los niños sanos a los cuatro años: factores sociales y estilos de crianza. *Pediatría Atención Primaria*, 21(84), pp. 343-356. Epub. En: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000400002&lng=es&tng=es.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 42 de 121

igualmente son factores de riesgo⁶⁸. Se ha encontrado, además, un mayor porcentaje de posibles alteraciones del sueño en niños y niñas que no asistieron a guardería, realizan colecho reactivo y utilizan aparatos electrónicos después de cenar⁶⁹, este último factor recientemente crece en influencia⁷⁰ se agrava en aquellos casos donde ocurre negligencia parental.

Socioculturalmente hablando, residir en zonas densamente pobladas se asocia con tasas altas de agresividad y delincuencia (trastornos de conducta), al igual que el desempleo de los padres y la carencia de una red social de apoyo⁷¹.

Secuelas

La información que se ha analizado de diferentes estudios permite tener una visión del impacto de estos trastornos:

- Aquellos niños, niñas y adolescentes que manifiestan mayores problemas emocionales y de conducta, informan también de mayor ideación suicida, más comportamientos de acoso y de ciberacoso escolar (tanto en percepción general como en víctima y acosador). Se observa igualmente una relación entre las dificultades emocionales y comportamentales con un mayor consumo de tabaco y cannabis⁷².
- Los estudios longitudinales han demostrado que la presencia de patrones tempranos de comportamiento disruptivo puede constituir un repertorio generalizado que dura toda la vida y que en la vida adulta se manifieste en un problema de personalidad antisocial. Persistente a lo largo de la vida versus limitado a la adolescencia. El inicio temprano de síntomas orienta a una serie de factores: CI más bajo, problemas de atención e impulsividad, puntuaciones más pobres en pruebas neuropsicológicas y es más probable que provengan de circunstancias familiares adversas⁷³.

⁶⁸ Jiménez-Flores, J., Flores-Herrera, L. M. y Merino-Soto, C. (2019). Factores de riesgo familiares y prácticas de disciplina severa que predicen la conducta agresiva infantil. *Liberabit. Revista Peruana de Psicología*, vol. 25, núm. 2, pp. 195-212. En: <https://www.redalyc.org/journal/686/68662589005/html/>

⁶⁹ Aymerich de Franchesci, C. M. et al. (2019). Patrones de sueño de los niños sanos a los cuatro años: factores sociales y estilos de crianza. *Pediatría Atención Primaria*, 21(84), pp. 343-356. Epub. En: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000400002&lng=es&tlng=es.

⁷⁰ Ochoa-Brezmes, J. et al. (2023). Uso de móviles, problemas de sueño y obesidad en una zona de exclusión social. *Mobile phone use, sleep disorders and obesity in a social exclusion zone*. Asociación Española de Pediatría. Elsevier España, S.L.U. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.12.008> En: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403323000048>

⁷¹ Jasso-López, L. C. (2015). ¿Por qué la gente se siente insegura en el espacio público? Centro de Investigación y Docencia Económica. México.

⁷² Instituto Interamericano de Derechos Humanos. (2014). *Prevención del acoso escolar: Bullying y ciberbullying*. San José, C.R.: IIDH. ISBN 978-9968-611-98-5.

⁷³ Garaigordobil, M. & Maganto, C. (2016). Conducta antisocial en adolescentes y jóvenes: prevalencia en el País Vasco y diferencias en función de variables socio-demográficas. *Acción Psicológica*, 13(2), pp. 57-68. <https://dx.doi.org/10.5944/ap.13.2.17826>

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 43 de 121

- Según algunos estudios las alteraciones del sueño en general conllevan impacto negativo en procesos como plasticidad cerebral, atención, memoria, aprendizaje, regulación de emociones, respuesta al estrés, recuperación de energía, crecimiento y reparación de tejidos, además incide adversamente en la homeostasis del sistema inmunológico⁷⁴. Existe consenso de que el sueño insuficiente ejerce un impacto negativo en el neurodesarrollo, siendo que los trastornos del sueño duplican su incidencia en niños y niñas con trastornos neurológicos, con un vínculo de causalidad recíproco bidireccional⁷⁵. Hay que tener en cuenta que muchas enfermedades neurológicas van a tener una disfunción del sueño asociada. En otras ocasiones, la alteración del sueño va a preceder, incluso en años, a la aparición de trastornos neurológicos neurodegenerativos⁷⁶.

Recomendaciones para la intervención en salud

Las intervenciones más exitosas incluyen una gran gama de herramientas y dimensiones, destacándose la necesidad del trabajo interdisciplinario, la detección y el tratamiento ofrecidos de manera temprana entre otras. Se describen a continuación algunas de las recomendaciones reportadas en la literatura:

- Los trastornos del neurodesarrollo, el comportamiento y el aprendizaje son patologías crónicas que ocupan gran cantidad de tiempo en la consulta, múltiples derivaciones a distintos especialistas y valoraciones y abordajes complejos. Todo esto debe ser integrado por la personal profesional a cargo de las Consultas de Riesgo o Neurodesarrollo -en el caso de la CCSS- para orientar a los niños, niñas y a sus familias a soluciones eficientes y evitar que queden «en tierra de nadie»⁷⁷.
- Considerar al aplicar cualquier intervención que los padres, madres o personas cuidadoras son agentes de cambio. El objetivo es conseguir cambiar la conducta de los padres y las respuestas que dan ante las conductas disruptivas del niño o niña, adquiriendo nuevos hábitos conductuales más correctos y adaptativos, que les permitan mejorar el clima familiar y fortalecer el vínculo entre padres e hijo/a. “Educar” a los padres y mostrarles nuevos procedimientos de actuación adecuados a cada

⁷⁴ Guerra-Domínguez, E. (Enero, 2022). Trastornos del sueño en niños y adolescentes durante la pandemia covid-19. *Multimed* vol.26 no.1 Granma ene.-feb. 2022 Epub 04. Versión On-line ISSN 1028-4818. En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182022000100002

⁷⁵ Navarro, A. y Gonzalez, G. (2022). Trastornos del sueño y su impacto en el neurodesarrollo. Buenos Aires: Medicina; Vol. 82 (Supl. III): pp. 30-34. En: <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v82s3/1669-9106-medba-82-s3-30.pdf>

⁷⁶ Yusta-Izquierdo, A., Higes-Pascual, F. y Carvahlo-Monteiro, G. (Febrero, 2019). Trastornos del sueño. Elsevier B.V. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, Volume 12, Issue 72, pp. 4205-4214. En: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541219300290>

⁷⁷ Carballal-Mariño, M. (September, 2018). Prevalence of neurodevelopmental, behavioural and learning disorders in paediatric primary care. *Anales de Pediatría (English Edition)*, Volume 89, Issue 3, pp. 153-161. En: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403317304174?via%3Dihub>

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 44 de 121

circunstancia y necesidad. Al intervenir tempranamente, se evita que el problema se agrave y la posible generalización a otros ámbitos de su vida⁷⁸.

- La intervención que se propone sería una mezcla entre la aproximación conductual y la democrática, de forma que se facilitasen a los padres los conocimientos necesarios sobre modificación de conducta y a la vez se les enseñase cómo mejorar las relaciones paterno-filiales por medio de la comunicación y la comprensión. Llegar a la raíz del problema puede mejorar la conducta diurna y el aprovechamiento de las terapias. Una evaluación temprana y rutinaria del sueño en niños y niñas con trastornos del neurodesarrollo podría ayudar tanto a los niños y niñas, como a sus padres⁷⁹.
- Respetar el estilo de crianza de los padres y fomentar las medidas educativas que favorezcan la autonomía del niño y niña. Se debe desaconsejar el uso de aparatos electrónicos en la infancia, ya que se ha observado que su uso es muy superior a los límites recomendados por las asociaciones pediátricas⁸⁰.
- Las medidas de higiene de sueño y la terapia cognitivo conductual han de ser siempre el tratamiento de primera línea de los trastornos del sueño, ya que han demostrado ser las más eficaces a largo plazo. Aspectos como el conocimiento del patrón de sueño del niño y la niña, la detección de las causas de un problema del sueño y la promoción de hábitos del sueño saludables son fundamentales para la prevención y abordaje de éstos. En general, existe poca evidencia que avale el uso de terapia farmacológica en el tratamiento de los trastornos del sueño en la infancia, por lo que no se considera de primera línea. Este tratamiento queda reservado para los casos graves que no mejoran solo con terapia no farmacológica⁸¹.

⁷⁸ García-Contreras, A. V. (2018). Los problemas de conducta en la infancia: exploración a través del estudio de un caso. Trabajo de grado. Facultad de Psicología. Universidad de Almería.

⁷⁹ Mulas, F., Rojas, M. & Gandía, R. (2019). Sueño en los trastornos del neurodesarrollo, déficit de atención e hiperactividad y en el espectro autista. *Medicina (Buenos Aires)*, 79(Supl. 3), PP. 33-36. En: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802019000700009&lng=es&tng=es.

⁸⁰ Aymerich de Franchesci, C. M. et al. (2019). Patrones de sueño de los niños sanos a los cuatro años: factores sociales y estilos de crianza. *Pediatría Atención Primaria*, 21(84), pp. 343-356. Epub. En: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000400002&lng=es&tng=es.

⁸¹ Barredo-Valderrama, E. y Miranda-Herrero, C. (Julio-Agosto, 2014). Trastornos del sueño en la infancia. Clasificación, diagnóstico y tratamiento. *Anales de Pediatría Continuada*, Vol. 12. Núm. 4. ELSEVIER. pp. 175-182. DOI: [10.1016/S1696-2818\(14\)70188-X](https://doi.org/10.1016/S1696-2818(14)70188-X) En: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-trastornos-del-sueno-infancia-clasificacion-S169628181470188X#:~:text=Los%20trastornos%20del%20sue%C3%B1o%20son%20importantes%20porque%20pueden%20ocasionar%20una, escolares%20y%20en%20el%20aprendizaje>

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 45 de 121

- Igualmente la evidencia señala como una intervención exitosa el tener las horas de sueño requeridas según edad⁸²⁻⁸³, a saber:

De 0 a 2 meses	10 -19 horas
De 2 a 12 meses	9 a 10 horas nocturnas / que incluye 3 a 4 horas de siesta
De 1 a 3 años	9.5 a 10.5 horas nocturnas / que incluye 2 a 3 horas de siesta
De 3 a 5 años	9 a 10 horas
De 6 a 12 años	9 a 10 horas
Mayores de 12 años	9 a 9.5 horas

- Aplicar programas de intervención dirigidos a la familia específicamente creados para cada trastorno. Por ejemplo, en los casos de los trastornos de atención y de conducta se sugiere el Programa EmPeCemos que es un programa de intervención dirigido a los padres de los niños y niñas con problemas de conducta de inicio temprano. Se trata de un programa estructurado en 12 sesiones grupales semanales en el que los padres aprenden a potenciar las interacciones positivas con los niños y niñas mediante el refuerzo positivo y las actividades compartidas.

A lo largo de las distintas actividades propuestas en casa sesión, los padres aprenden a prescindir de órdenes innecesarias, a establecer los límites con más claridad y a dar a sus hijos el contexto oportuno para obedecer. Además, se les entrena en el uso de consecuencias lógicas y naturales ante el comportamiento negativo de sus hijos y en la puesta en práctica de estrategias de resolución de problemas para ser practicadas con los niños y niñas. En último término, EmPeCemos busca no solo reducir las conductas disruptivas del niño o niña, sino potenciar los recursos emocionales, cognitivos y conductuales necesarios para un desarrollo saludable (por ello se destacan las iniciales E — Emoción—, P —Pensamiento— y C —Conducta— en el título del programa, haciendo alusión a estos aspectos centrales)⁸⁴.

- El tratamiento de los trastornos del comportamiento se basa en las estrategias cognitivas y conductuales. Las técnicas conductuales se han mostrado útiles y de relativamente fácil aplicación. Su eficacia es mayor en los escolares que en los adolescentes y cuando los problemas en el

⁸² Arboledas, G. P. et al. (Marzo, 2017). Insomnio en niños y adolescentes. Documento de consenso. In *Anales de Pediatría* (Vol. 86, No. 3, pp. 165-e1). Elsevier Doyma.

⁸³ Adaptado de: Babcock, D. A. (2011). Evaluating sleep and sleep disorders in the pediatric primary care setting. *Pediatric Clinics*, 58(3), pp. 543-554.

⁸⁴ Romero, E. et al. (2013). EmPeCemos: Programa para la intervención en problemas de conducta infantiles. Manual para el entrenamiento de padres y madres. Madrid: TEA Ediciones.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 46 de 121

comportamiento están comenzando. Así, se podría decir que son estrategias con un componente de intervención y con un componente preventivo. Los encargados de aplicar las técnicas conductuales son los tutores (familiares o quienes tengan su tutela), o profesores (a diferencia de las estrategias cognitivas que realizan los terapeutas sobre el niño y niña). Por ello se debe entrenar a los tutores en la identificación de los problemas que van apareciendo y en la idoneidad de aplicar cada técnica. El objetivo final es modificar la conducta⁸⁵.

- No existe una sola medida que pueda prevenir todos los trastornos del comportamiento y hay factores causales que no se pueden prevenir (por ejemplo, el sexo o la edad) por lo que no existe la prevención total. Hay dos medidas muy importantes que se pueden y se deben tomar: la atención precoz a los síntomas, y la inclusión de la familia y la escuela en el tratamiento. La prevención de los trastornos del comportamiento comienza en la primera infancia. Hay que prestar atención a las características de la vida del niño y niña y del ambiente que le rodea. Es posible que el niño y niña violento, disruptivo y agresivo esté reproduciendo conflictos y vivencias cotidianas de su medio familiar o social. Hay que diferenciar los comportamientos normales para la edad (a los 2-3 años el niño y niña aprende a decir “no” y va explorando su voluntad y sus capacidades), de las rabietas y los estallidos que utiliza para conseguir lo que quiere y salirse con la suya. Es muy importante establecer límites claros y normas de disciplina coherentes y estables, ajustadas a la realidad y capacidad del niño y la niña, desde muy temprano. Tanto la ausencia de estas normas como su excesiva rigidez pueden propiciar los problemas de comportamiento⁸⁶.
- Las intervenciones multimodales (con diferentes objetivos de tratamiento) pueden ser óptimas, hay poca evidencia que compara directamente el tratamiento multimodal con la terapia farmacológica sola⁸⁷. Se pueden enumerar como objetivos de la intervención el mejorar:
 - los síntomas del TDAH
 - las dificultades cognitivas y sus conductas asociadas
 - el desempeño académico
 - los cuadros clínicos comórbidos
 - la psicopatología parental y
 - los problemas familiares y escolares.

⁸⁵ Rodríguez-Hernández, P. J., Santamaría-Ramiro, M. T. y Figueroa-Quintana, A. (2010). Guía Didáctica: Trastornos del comportamiento. Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública y Servicio Canario de la Salud. Gobierno de Canarias.

⁸⁶ Rodríguez-Hernández, P. J., Santamaría-Ramiro, M. T. y Figueroa-Quintana, A. (2010). Guía Didáctica: Trastornos del comportamiento. Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública y Servicio Canario de la Salud. Gobierno de Canarias.

⁸⁷ Abikoff, H. et al. (2004). Symptomatic improvement in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(7), pp. 802-811.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 47 de 121

Para ello se recomiendan intervenciones que incluyan:

- **Socio-educación.** Espacios mediante los cuales las personas profesionales deben entregar información adecuada a niños, niñas y sus familias, utilizando un lenguaje que ellos puedan entender. Los objetivos principales de la psico o socio educación son: asegurar la comprensión del diagnóstico de TDAH, mejorar la adherencia al tratamiento, involucrar al niño, niña, madre, padre o persona encargada en el plan de tratamiento y asegurarse de que comprenden los beneficios y riesgos, así como, los efectos secundarios de los medicamentos y las posibles barreras al tratamiento. La socio educación también puede involucrar al personal de la escuela. Siempre que sea posible, los profesionales deben contactar e informar a los educadores.
- **Terapia conductual.** El tamaño del efecto de las intervenciones conductuales para los síntomas del TDAH es menor que el de los fármacos estimulantes⁸⁸. Existen muchas guías de orientación disponibles sobre la terapia conductual en el TDAH⁸⁹. En términos generales se identifican las conductas problemáticas y se obtiene información detallada de las circunstancias que preceden y siguen a esas conductas. Generalmente las conductas se arraigan cuando son reforzadas. Tras identificar las consecuencias que están reforzando las conductas, se elabora un plan detallado para abordar las situaciones problemáticas. Actualmente es posible acceder y recomendar a las familias sitios en internet, que ofrecen cursos y consejería de manera gratuita. A modo de ejemplo se incluyen los siguientes:
 - <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tdah-intervencion-familiar23.html>
 - <https://kidshealth.org/es/parents/parenting-kid-adhd.html>

Después de la evaluación, es necesario definir los objetivos de la intervención y formular un plan de tratamiento, se considera que la terapia farmacológica funciona en la mayoría de los niños y niñas.

- La decisión de utilizar una intervención no farmacológica versus una farmacológica debe basarse en la edad del paciente, el perfil de los síntomas y la gravedad del trastorno, el riesgo individual de efectos secundarios, la adherencia al tratamiento, los trastornos comórbidos, las preferencias del paciente y sus padres, los costos y el acceso a los medicamentos y la disponibilidad de terapeutas⁹⁰.

⁸⁸ Fabiano, G. A. et al. (2009). A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical psychology review*, 29(2), pp. 129-140.

⁸⁹ Bauermeister, J. J. et al. (2006). Development of adaptable and flexible treatment manuals for externalizing and internalizing disorders in children and adolescents. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 28, pp. 67-71.

⁹⁰ Ortega-Cerda, J. J. et al. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta médica Grupo Ángeles*, 16(3), pp. 226-232. En: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es&tlng=es.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 48 de 121

- La investigación y creciente complejidad en la intervención en los problemas de la infancia ha dado lugar a un nuevo marco teórico denominado «perspectiva conductual de sistemas»⁹¹, en la que la intervención y los modelos que la sustentan parten de la posibilidad de trabajar con distintos agentes –padres, educadores, hermanos y compañeros, entre otros en distintos ambientes –casa, colegio, comunidad, etc.- y en distintas fases del desarrollo del niño y niña. Además, dicha intervención deberá estar muy atenta a las necesidades sociales que se detecten, desde el ámbito de la prevención hasta el tratamiento propiamente dicho. La perspectiva conductual de sistemas asume lo siguiente:
 1. La visión de los trastornos del niño o niña y la familia se considera una constelación interrelacionada de sistemas y subsistemas de respuesta.
 2. La necesidad de considerar al niño o la niña y a la familia como una situación global cuando se evalúa el impacto de alguna variable única.
 3. La idea de que conductas-problema similares pueden depender de factores precipitantes distintos.
 4. El reconocimiento de que las intervenciones pueden llevarnos a múltiples resultados, incluyendo un reajuste de las relaciones dentro del sistema familiar.
 5. La noción de que los sistemas familiares son subsistemas que poseen propiedades dinámicas que cambian constantemente a lo largo del tiempo.

En resumen, la perspectiva conductual de sistemas en la terapia de conducta en la infancia pretende interrelacionar los modelos y las técnicas propias del modelo conductual (con preponderancia del enfoque cognitivo-conductual) con otros aspectos fundamentales en la comprensión del comportamiento del niño: la perspectiva evolutiva y los factores neurofisiológicos, el sistema de comunicación en el hogar, el funcionamiento en la escuela, las condiciones socioculturales, etc. La constelación de variables mantiene entre sí una relación sistémica por la cual la alteración de una de ellas puede producir efectos en el conjunto, o en parte del conjunto. Ello obliga a definir procesos de evaluación y tratamiento más complejos, más acordes con la realidad y ligados a una perspectiva preventiva y educativa más a largo plazo en prácticamente todas las alteraciones comportamentales infantiles.

5. FUNCIONES EJECUTIVAS: DEFINICIÓN Y RECOMENDACIONES

Definición⁹²

Las funciones ejecutivas son un conjunto de capacidades cognitivas que posee el ser humano. Las cuales implican:

⁹¹ Departamento de Educación, Cultura y Deporte. Gobierno de Aragón. (s.f.). Trastornos de la conducta. Una guía de intervención en la escuela. En: <https://www.psie.cop.es/uploads/aragon/Arag%C3%B3n-trastornos-de-conducta-una-guia-de-intervencion-en-la-escuela.pdf>

⁹² Bausela Herreras, E. (2014). Funciones ejecutivas: nociones del desarrollo desde una perspectiva neuropsicológica. Acción psicológica, 11(1), 21-34. Disponible en https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2014000100003

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 49 de 121

- la organización y planificación de una tarea
- el planteamiento de estrategias para la consecución de metas u objetivos
- desarrollo de planes organizados
- la inhibición de distracciones para poder cumplir con fines propuestos
- el poder reaccionar de manera adecuada ante determinadas situaciones, haciendo uso de procesos mentales de alta complejidad, como la autorregulación, memoria de trabajo, organización de materiales y planificación.

Es decir, dichas funciones constituyen los principales requisitos para la resolución de problemas en la vida cotidiana. Existen un número significativo de factores adicionales al efecto de la edad-escolaridad en el desarrollo de las funciones ejecutivas tales como los estilos parentales, el estatus socioeconómico, el bilingüismo, y los contextos culturales. Se ha encontrado que el nivel educativo de los padres tiene efectos significativos en el desempeño ejecutivo de los niños y las niñas, se piensa que entre las principales causas se encuentra que un hogar más enriquecido de estímulos académicos-intelectuales promueven un mejor desarrollo cognitivo. En la Tabla 2 se define las funciones ejecutivas centrales y periféricas, así como, los subprocesos vinculados con ellas.

Relación de las funciones ejecutivas con comportamiento

Las funciones ejecutivas regulan el comportamiento de los niños y niñas y por eso su importancia en el contexto educativo⁹³. Se considera que las funciones ejecutivas son habilidades nucleares para que el niño o niña tengan éxito educativo y social, por ejemplo, la **función inhibitoria** le permite regular una respuesta o una reacción inmediata, al hacer que espere o ejecute una respuesta prudente retrasando la gratificación, inhibiendo la primera reacción impulsiva o al sustituirla por una respuesta más apropiada. La función inhibitoria favorece que finalice el trabajo cotidiano, realice en las tareas escolares, aunque no sean de su interés, o sean de alta complejidad, le permite inhibir las tentaciones de hacer algo más y sostener la atención⁹⁴.

⁹³ Ramos-Galarza, C. & Lozada-Montero, J. (2015). ¿Los estudiantes universitarios tienen dificultades neuropsicológicas en el control de impulsos o en su monitorización? *CienciAmérica*, 4(1), pp. 28-34. En: <http://201.159.222.118/openjournal/index.php/uti/article/view/36>

⁹⁴ Diamond, A. (2016). Why improving and assessing executive functions early in life is critical. En: <https://psycnet.apa.org/record/2015-31283-002>

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 50 de 121

Tabla 2. Funciones ejecutivas centrales y periféricas

Funciones Ejecutivas Centrales (FEC)	Funciones Ejecutivas Periféricas
<p>Son diversas habilidades cognitivas indispensables en el procesamiento superior de los estímulos aferentes para, posteriormente, brindar como respuesta, una acción dirigida hacia el logro de un objetivo. A estas habilidades se les denomina subprocesos, se desarrollan de forma cíclica para lograr la consecución de tareas efectivas.</p> <p>Las funciones ejecutivas centrales incluyen los siguientes subprocesos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anticipación • Planificación • Organización • Previsión de consecuencias • Toma de decisiones • Flexibilidad • Perseverancia • Autocontrol • Automonitoreo • Autoevaluación 	<p>Se refieren a la influencia que ejerce el ambiente, de manera coevolutiva, para generar el desarrollo ejecutivo individual.</p> <p>El papel del Ejecutivo Periférico es indispensable en el proceso de neuromaduración y desarrollo de las funciones ejecutivas centrales, en tanto que brinda un punto de referencia, una guía en la consolidación de este funcionamiento complejo, que justamente permitirá a la población infantil iniciar la centralización del funcionamiento ejecutivo, mediante la adquisición de pautas provenientes inicialmente de un modelo externo</p>

Fuente: adaptado de Cabrera-Guillén, V. et al. (2017)⁹⁵.

Otra función ejecutiva con una importante influencia en la conducta del niño y la niña es la **memoria operativa**, ya que esta habilidad permite mantener información en la mente, por ejemplo, el contenido informativo de las normativas sociales de comportamiento. Cuando esta función se encuentra debilitada, es probable que la conducta, se caracterice por no seguir instrucciones, cumplir solamente algunos elementos de una secuencia de fases en una actividad o dejar las tareas inconclusas⁹⁶.

⁹⁵ Cabrera-Guillén, V. et al. (2017). Funciones ejecutivas centrales: fundamentos para el desarrollo en la primera infancia. INIE: Universidad de Costa Rica.

⁹⁶ Baddeley, A. (2012). Working memory: Theories, models, and controversies. Annual review of psychology, 63, pp. 1-29. En: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-psych-120710-100422>

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 51 de 121

Por su parte, **la flexibilidad cognitiva** permite explorar y decidir entre diferentes respuestas comportamentales para actuar frente a una determinada situación. Esta función ejecutiva permite cambiar rápidamente de una respuesta a otra, utilizando estrategias alternativas, esto implica habitualmente realizar un análisis de las consecuencias de la propia conducta y un aprendizaje de los errores⁹⁷.

Finalmente, pueden mencionarse otras funciones ejecutivas como **la organización** que permite al niño y la niña estructurar de forma eficiente de los diferentes elementos en su proceso de aprendizaje, **la monitorización** que brinda la posibilidad de supervisar el adecuado rendimiento en tareas académicas y en la conducta, **la planificación** que permite la elaboración de un esquema secuencial de acción, **la regulación emocional** que consiste en el adecuado control de la expresión emocional en diferentes situaciones y **la iniciativa** que ofrece la posibilidad de actuar sin la necesidad de una motivación externa que active el comportamiento⁹⁸.

Recomendaciones disponibles para mejorar y estimular las funciones ejecutivas para valorar según necesidades de cada familia y perfil de la persona profesional que brinda la atención

- En el siguiente enlace denominado “Desarrolla las habilidades ejecutivas de tu hijo con estos juegos y actividades”, se describen actividades dirigidas a las familias para el desarrollo de las habilidades ejecutivas de su hijo o hija mediante juegos.
 - <https://www.educapeques.com/escuela-de-padres/funciones-ejecutivas-ninos.html>
- En el siguiente enlace denominado “¿Cómo se pueden estimular las funciones ejecutivas en los niños de edad infantil?” se encuentran definiciones básicas de las funciones ejecutivas y de los mejores métodos para desarrollar estas funciones, que incluyen: los juegos de roles, contar historias en grupo, cantar y jugar a la vez, juegos para emparejar u organizar, entre otros.
 - <https://mundologopedicum.com/para-saber-mas/como-se-pueden-estimular-las-funciones-ejecutivas-en-los-ninos-de-edad-infantil/>
- En el siguiente denominado “Funciones ejecutivas ¿Cómo potenciarlas en los niños?” se explica qué son las funciones ejecutivas y se proponen actividades para su desarrollo.
 - <http://enlamentedelnino.com/funciones-ejecutivas-cuales-son-y-como-potenciarlas-en-los-ninos/>

⁹⁷ Morasch, K. C., Raj, V. & Bell, M. A. (2013). The development of cognitive control from infancy through childhood. En: <https://academic.oup.com/edited-volume/34404/chapter-abstract/291775195?redirectedFrom=fulltext&login=false>

⁹⁸ Morasch, K. C., Raj, V. & Bell, M. A. (2013). The development of cognitive control from infancy through childhood. En: <https://academic.oup.com/edited-volume/34404/chapter-abstract/291775195?redirectedFrom=fulltext&login=false>

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 52 de 121

- Otras recomendaciones para potenciar las funciones ejecutivas son las siguientes:
 - Hacer tareas contratiempo: “Vamos a jugar al juego del tiempo: en 10 minutos tienes que vestirme y lavarte los dientes” o “En 7 minutos vamos a dibujar dos animales”.
 - Juegos de emparejar y organizar: colores, tamaños, figuras geométricas.
 - Realizar rompecabezas.
 - Animar a que los niños y niñas cuenten historias.
 - Ver una película o leer un cuento y pensar en finales alternativos “¿Qué hubiera pasado si...?”
 - Jugar a realizar dramatizaciones o simulaciones de personajes de cuentos, por ejemplo “voy a ser un pirata”.
 - Estrategias de autorregulación (ej. técnicas de respiración profunda, ejercicios de yoga, movimientos repetitivos, ver otros ejemplos en el siguiente enlace: <https://psicologiyamente.com/desarrollo/tecnicas-autocontrol-emocional-ninos>).
 - Organizar la habitación: libros, escritorio, mochila, estuche, agenda.
 - Aprender algo nuevo (ej. a pintar, tocar un instrumento).
 - Cocinar una nueva receta (pasos a seguir, cantidad de ingredientes).

**TRASTORNOS DEL
NEURODESARROLLO Y
EL COMPORTAMIENTO:**

**DEFINICIÓN Y
ABORDAJE**

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 54 de 121

En este apartado se describe la definición, factores de riesgo, manifestaciones clínicas y criterios generales de abordaje de los trastornos de comportamiento y del sueño. Es importante aclarar que cada trastorno se asocia con una edad de aparición que según la evidencia se establece como el periodo de la vida más común y adecuado para iniciar un proceso de definición diagnóstica específica. Se debe tener claro que los niños y las niñas más pequeñas (menores de 5 años) por condiciones de madurez social, vincular y orgánica casi siempre se excluyen de los procesos de asignación de diagnóstico comportamental, con el espíritu de siempre iniciar la intervención por motivo de problema conductual con la exploración de los entornos familiares y educativos, así como, de las habilidades de desarrollo propias de la edad.

En la mayoría de los casos, el apoyo conductual positivo en los escenarios educativo y familiar, más los planes de estimulación de las habilidades del desarrollo, resuelven las crisis conductuales. De no ser así, la persona profesional de salud a cargo de la valoración y la intervención debe tomar las medidas que desde su criterio clínico coadyuban a la respuesta oportuna para la circunstancia particular en análisis. Los trastornos se organizan de la siguiente manera:

1. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (CIE-10 F90.-)

- a.1. Definición
- a.2. Factores de riesgo
- a.3. Manifestaciones clínicas (signos y síntomas)
- a.4. Criterios generales de abordaje

2. Otros Trastornos del comportamiento

- **Sospecha de trastorno de comportamiento (CIE-10 Z032)**

- b.1 Definición
- b.2. Factores de riesgo
- b.3 Manifestaciones clínicas (signos y síntomas)
- b.4. Criterios generales de abordaje

- **Trastornos específicos del comportamiento**

- **Trastorno opositor desafiante (CIE-10 F91.3)**

- c.1 Definición
- c.2. Factores de riesgo
- c.3 Manifestaciones clínicas (signos y síntomas)

- **Trastorno explosivo intermitente (CIE-10 F63.81)**

- d.1 Definición

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 55 de 121

- d.2. Factores de riesgo
- d.3 Manifestaciones clínicas (signos y síntomas)

3. Trastornos del sueño

- f.1 Definición
- f.2. Factores de riesgo
- f.3 Manifestaciones clínicas (signos y síntomas)
- f.4. Criterios generales de abordaje

El detalle a continuación. Se debe recordar que la información descrita en este módulo es complementaria a la incluida en los demás módulos de Atención al Neurodesarrollo y Comportamiento.

1. TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD (CIE-10 F90.-)

a.1. Definición

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo cuya etiología es principalmente genética, afectando al desarrollo y funcionamiento de diferentes áreas cerebrales, en concreto. El niño o la niña con TDAH, presenta un grado de actividad que no es el apropiado para su edad cronológica, este exceso de actividad se hace presente en al menos dos entornos de su vida cotidiana: entorno educativo, familiar o social, además, tiene impacto en su desarrollo personal, particularmente en la construcción del autoconcepto y autoestima⁹⁹. El TDAH es un problema de inicio en la infancia y comprende patrones persistentes **de falta de atención, hiperactividad e impulsividad** que pueden continuar a lo largo de la vida e influir la adaptación cotidiana del niño o niña en sus entornos de pertenencia¹⁰⁰.

La inatención¹⁰¹ hace referencia a las dificultades para mantener la atención durante un período de tiempo, en tareas académicas, familiares y sociales. A los niños y niñas con TDAH les resulta difícil priorizar las tareas y persistir hasta finalizarlas, por lo cual, evitan actividades que suponen un esfuerzo mental sostenido. Tienden a ir cambiando de tareas sin llegar a terminar ninguna. A menudo parecen no escuchar. No siguen órdenes ni instrucciones y tienen dificultades para organizar tareas y actividades con tendencia a los olvidos y pérdidas frecuentes. Se distraen con facilidad ante estímulos irrelevantes.

⁹⁹ Kaplan, B. J. & Sadock, V. A. (2019). Sinopsis de Psiquiatría (11ª ed.). Wolters Kluwer.

¹⁰⁰ Catalá-López, F. y Hutton, B. (2018). El tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes: epidemiología, multimorbilidad y servicios de salud integrados. Anales de Pediatría; 88 (4): pp. 181-182.

¹⁰¹ Rusca-Jordán, F. & Cortez-Vergara, C. (2020). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. Revista de Neuro-Psiquiatría, 83(3), pp. 148-156. <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i3.3794> En: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972020000300148

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 56 de 121

Por su parte, la hiperactividad¹⁰² se caracteriza por un exceso de movimiento, actividad motriz y/o cognitiva, en situaciones en que resulta inadecuado hacerlo. Los niños y niñas con TDAH presentan grandes dificultades para permanecer quietos cuando las situaciones lo requieren, por ejemplo, en el aula o al momento de alimentación (contextos estructurados) o mientras juegan (contextos no estructurados). En los niños y niñas en edad preescolar se manifiesta en ocasiones como hipercinesia¹⁰³ generalizada menos dependiente del entorno, mientras que, en la edad escolar, puede suceder que la conducta hiperactiva del niño o niña se limite a algunas situaciones, especialmente cuando éstas están poco estructuradas. Hablan en exceso y producen demasiado ruido durante actividades tranquilas.

Finalmente, la impulsividad¹⁰⁴ se manifiesta por impaciencia, dificultad para aplazar respuestas y para esperar el turno, interrumpiendo con frecuencia a las demás personas. A menudo los niños y niñas dan respuestas precipitadas antes de que se hayan completado las preguntas, dejándose llevar por la respuesta prepotente (espontánea y dominante). Durante los primeros años, la impulsividad hace que el niño o niña parezca «estar controlado por los estímulos» de forma que tiene tendencia a tocarlo todo. En la edad escolar, interrumpen constantemente a los otros y tienen dificultades para esperar su turno.

El CIE-10 lo contempla dentro de los trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (F90), los llamados "trastornos hiperkinéticos", junto con los "Trastornos disociales" y los "Trastornos disociales y de las emociones mixtos". Podemos decir que los trastornos hiperkinéticos son en el CIE-10 lo que el Trastorno por Déficit de Atención es en el DSM-V. Los **trastornos hiperkinéticos (F90)** se caracterizan por:

- Comienzo temprano.
- Combinación de comportamiento hiperactivo y pobremente modulado, con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas. Dicha combinación de acciones se presenta en las situaciones más variadas y persisten a lo largo del tiempo.
- Falta de persistencia en actividades que requieren la participación de procesos cognoscitivos.
- Tendencia a cambiar de una actividad a otra sin terminar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva.

¹⁰² Rusca-Jordán, F. & Cortez-Vergara, C. (2020). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. Revista de Neuro-Psiquiatría, 83(3), pp. 148-156. <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i3.3794> En: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972020000300148

¹⁰³ Aumento anormal de la función o la actividad muscular que se manifiesta en forma de temblores, convulsiones o tics nerviosos y que es propio de algunas enfermedades del sistema nervioso central.

¹⁰⁴ Catalá-López, F. y Hutton, B. (2018). El tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes: epidemiología, multimorbilidad y servicios de salud integrados. Anales de Pediatría; 88 (4): pp. 181-182.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 57 de 121

- Dificultades persistentes durante los años de escolaridad e incluso en la vida adulta, en muchos de los afectados se produce, con el paso de los años, una mejoría gradual de la hiperactividad y del déficit de la atención.
- Descuido e impulsividad, propensión a accidentes.
- Presencia de problemas de disciplina por saltarse las normas, más que por desafíos deliberados a las mismas, falta de premeditación.
- Relación social con personas adultas suele ser desinhibida, con falta de prudencia y reserva naturales.
- Impopulares entre los niños y las niñas, que pueden llevar al aislamiento.
- Frecuente presencia de déficit cognoscitivo y retrasos específicos en el desarrollo motor y del lenguaje.
- Frecuentes problemas de lectura o del aprendizaje.

Complicaciones secundarias: comportamiento disocial, antisocial y una baja estimación de sí mismo. Además, hay un considerable solapamiento entre la hipercesnia y otras formas de comportamiento anormal como el trastorno disocial en niños o niñas no socializados. Sin embargo, la evidencia más general tiende a distinguir un grupo en el cual la hipercesnia es el problema principal. Los trastornos hiperkinéticos se presentan en varones con una frecuencia varias veces superior a la que se presentan en el sexo femenino.

En esta clasificación el **Trastorno de la actividad y de la atención** satisface el conjunto de pautas de trastorno hiperkinético (F90.-):

- Incluye:
 - Trastorno de déficit de atención.
 - Síndrome de déficit de atención con hiperactividad.
- Excluye:
 - Trastorno hiperkinético asociado a trastorno disocial.

1) Trastorno de déficit de atención

El trastorno de déficit de atención se pone de manifiesto por una interrupción prematura de la ejecución de tareas y por dejar actividades sin terminar. Los niños o niñas cambian frecuentemente de una actividad a otra, dando la impresión de que pierden la atención en una tarea porque pasan a entretenerse con otra (aunque estudios de laboratorio no demuestran con precisión un grado extraordinario de distracción sensorial o perceptiva). Estos déficits en la persistencia y en la atención deben ser diagnosticados sólo si son excesivos para la edad y el CI del afectado.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 58 de 121

2) Síndrome de déficit de atención con hiperactividad

Los rasgos cardinales son el déficit de atención y la hiperactividad. El diagnóstico requiere la presencia de ambos, que deben manifestarse en más de una situación (por ejemplo, en clase, en la consulta). La CIE-10 requiere que el paciente presente al menos 6 síntomas de inatención, 3 de hiperactividad y 1 de impulsividad (6+3+1) que provoquen disfunción en al menos dos ambientes.

La hiperactividad como ya se mencionó implica una inquietud excesiva, en especial en situaciones que requieren una relativa calma. Dependiendo de las circunstancias, puede manifestarse como saltar y correr sin rumbo fijo, como la imposibilidad de permanecer sentado cuando es necesario estarlo, por una verborrea o alboroto o por una inquietud general acompañada de gesticulaciones y contorsiones. El criterio para la valoración de si una actividad es excesiva está en función: del contexto, es decir, de lo esperado en esa situación concreta y de lo que sería normal teniendo en cuenta la edad y el CI del niño o niña. Este rasgo comportamental es más evidente en las situaciones extremas y muy estructuradas que requieren un alto grado de control del comportamiento propio.

De manera tal, que para efecto de este Manual la definición del trastorno debe considerar las diferentes presentaciones del TDAH¹⁰⁵ **siendo que el registro del diagnóstico en el Expediente Único en Salud corresponde a lo establecido en la CIE-10, mientras que el análisis de la percepción diagnóstica puede incluir lo establecido en el DSM-V (Tabla 3), a saber:**

- **La presentación combinada**, si cumple el criterio de inatención y el criterio de hiperactividad-impulsividad (Código CIE-10 F-90.2), que es la más frecuentemente diagnosticada y en la que los 3 síntomas cardinales confluyen y pueden asociarse a otros problemas externalizantes (conductuales).
- **La presentación predominantemente inatenta**, que es más diagnosticada en niñas, se cumple el criterio de inatención, pero no el de hiperactividad e impulsividad (Código CIE-10 F-90.0). Se asocia a otros problemas internalizantes (ansiedad, depresión).
- **La presentación predominantemente hiperactiva/impulsiva** se cumple solamente el criterio de hiperactividad e impulsividad no el de inatención (Código CIE-10 F-90.1). Es la menos frecuentemente diagnosticada.

¹⁰⁵ Rusca-Jordán, F. & Cortez-Vergara, C. (2020). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. Revista de Neuro-Psiquiatría, 83(3), pp. 148-156. <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i3.3794> En: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972020000300148

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 59 de 121

Tabla 3. Criterios diagnósticos para el TDAH de acuerdo con CIE-10 y DSM-V

Elemento	Insumos para la percepción diagnóstica según DSM-V	Criterios diagnósticos según CIE-10
Número de síntomas necesarios para el diagnóstico	6 o más de los 9 síntomas de inatención. O 6 o más de los 9 síntomas de Hiperactividad-Impulsividad	6 o más de los 9 síntomas de inatención. Y 3 o más de síntomas de Hiperactividad Y Al menos 1 de los 4 síntomas de impulsividad
Edad del inicio de los síntomas	Antes de los 12 años	Antes de los 7 años
Duración mínima de los síntomas	6 meses	6 meses
Generalización	Varios síntomas están presentes en dos más contextos (por ejemplo, casa, escuela, con los amigos en otras actividades).	La presencia de síntomas en la escuela sólo es necesario si aplica a la edad y etapa del desarrollo del niño o niña. Se requieren menos síntomas en la escuela (2 de los 4 síntomas de inatención y 3 de los 5 síntomas de hiperactividad).
Fuentes de Información	No la mencionan	Información suministrada por los padres y los docentes (si corresponde) y observación directa de los síntomas o impacto negativo en las evaluaciones.
El diagnóstico se excluye sí:	Los síntomas ocurren exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p.ej. trastorno del estado del ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad).	Se cumplen criterios de trastorno generalizado del desarrollo, episodio maniático, episodio depresivo, trastorno de ansiedad o un CI=<50
Diagnósticos posibles	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad de presentación combinada. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad de presentación predominante con falta de atención. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad de presentación predominante hiperactiva/impulsiva	Trastorno de la actividad y de la atención (se cumplen los criterios generales para el trastorno hiperactivo, pero no los del trastorno disocial). Trastorno hiperactivo disocial (cuando también se cumplen los criterios de trastorno disocial). Otros trastornos hiperactivos Trastornos hiperactivo no especificado

Fuente. Adaptado de Moriyama, T.S. et al. citado por Rey, J. M. (Ed). (2017)¹⁰⁶.

Respecto al **diagnóstico diferencial y comorbilidades** es importante mencionar que los síntomas cardinales pueden deberse a otras dificultades y a otros trastornos psiquiátricos, neurológicos, médicos e incluso

¹⁰⁶ Moriyama, T.S. et al. citado por Rey, J. M. (Ed). (2017). Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 60 de 121

dificultades sociales, por eso es fundamental realizar una historia clínica minuciosa, que permita identificar una coherencia de síntomas en el tiempo y que se presenten con un impacto marcado en todas las áreas de funcionamiento del niño o la niña (social, familiar, académica y ocupacional). El TDAH puede coexistir en un 70% con otros trastornos, como: trastorno del espectro autista; problemas motores; dificultades específicas del aprendizaje; tics; trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo; trastornos de conducta y oposicionistas; ansiedad; depresión¹⁰⁷.

a.2. Factores de riesgo¹⁰⁸⁻¹⁰⁹

Factores genéticos

- Tener familiares de primer grado de consanguinidad con TDAH (la heredabilidad de este trastorno va del 70 a 90%, si un padre tiene TDAH el riesgo en el niño o niña aumenta entre 2 y 8 veces. Para un hermano, el riesgo aumenta entre 3 y 5 veces).
- Tener hermano gemelo homocigoto con TDAH aumenta el riesgo entre 12 y 16 veces.
- Presencia de algunos síndromes genéticos, por ejemplo, el Síndrome del cromosoma X frágil.

Factores perinatales

- Prematuridad.
- Bajo peso al nacer.
- Exposición prenatal a corticosteroides y antidepresivos.
- Trastornos hipertensivos e hipertiroidismo, tabaquismo, alcoholismo, tratamiento farmacológico (benzodicepinas o anticonvulsivantes) y antecedentes psiquiátricos en la madre durante el embarazo.
- Edad materna avanzada al momento del parto.

Factores Postnatales

- Dieta inadecuada, deficiencia de yodo y de vitaminas del complejo B 3.
- Exposición temprana al plomo o a los bifenilos policlorados (BPC)¹¹⁰.

¹⁰⁷ Rusca-Jordán, F. & Cortez-Vergara, C. (2020). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. Revista de Neuro-Psiquiatría, 83(3), pp. 148-156. <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i3.3794> En: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972020000300148

¹⁰⁸ Miner, S., Ehrlich, A. & Fedorowich, Z. (2022). Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. DynaMed En: <https://www.dynamed.com/condition/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd-in-children-and-adolescents>

¹⁰⁹ Rusca-Jordán, F. & Cortez-Vergara, C. (2020). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. Revista de Neuro-Psiquiatría, 83(3), pp. 148-156. <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i3.3794> En: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972020000300148

¹¹⁰ Los BPCs son líquidos aceitosos o sólidos de apariencia que varía de incoloros a amarillo claro, se utilizan en una amplia gama de productos, como aparatos eléctricos, revestimientos de superficies, tintas, adhesivos, pirorretardantes y pinturas. Los PCB pueden liberarse al medio ambiente, por ejemplo, al incinerar o almacenar en vertederos residuos que los contienen. Pueden causar un sinnúmero de efectos adversos diferentes. No se conocen fuentes naturales de BPCs en el ambiente.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 61 de 121

- Algunos estudios demuestran la implicancia de preservantes y colorantes artificiales de alimentos como factores de riesgo¹¹¹.
- Diagnóstico con trastorno oposicionista desafiante o trastorno de conducta, trastornos en el estado de ánimo (por ejemplo, ansiedad y depresión)
- Historia documentada de epilepsia
- Presencia de trastornos del neurodesarrollo (por ejemplo, trastorno del espectro autista, tics, discapacidad del aprendizaje (discapacidad intelectual) y dificultades específicas de aprendizaje)
- Presencia de lesión cerebral adquirida
- Situaciones de violencia reiteradas¹¹².

Factores Ambientales y socioculturales

- Factores ambientales van a funcionar como desencadenantes o moduladores de la carga genética.
- Conflicto familiar severo o crónico.
- Familia numerosa.
- Antecedentes psiquiátricos en padres.
- Institucionalización.
- Infra estimulación por un largo período de tiempo.
- Entorno socioeconómico vulnerable con presencia de negligencia parental.

a.3. Manifestaciones clínicas (signos y síntomas)

Es muy importante distinguir el TDAH de la inatención, hiperactividad e impulsividad esperables para la etapa evolutiva, nivel de desarrollo o coeficiente intelectual del niño o niña. Los síntomas mejoran con supervisión personal o gratificación frecuente y empeoran en contextos grupales. Por lo que, obtener información del desempeño del niño o niña dentro de la escuela es muy valioso¹¹³.

¹¹¹ Rusca-Jordán, F. & Cortez-Vergara, C. (2020). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. Revista de Neuro-Psiquiatría, 83(3), pp. 148-156. <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i3.3794> En: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972020000300148

¹¹² Para mayor detalles acerca de los indicadores de violencia revisar Manual de procedimientos de atención integral a niños, niñas y adolescentes en situación de violencia. Versión 01. Código MP-GM-DDSS-062921. San José, Costa Rica: CCSS.

¹¹³ Rusca-Jordán, F. & Cortez-Vergara, C. (2020). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. Revista de Neuro-Psiquiatría, 83(3), pp. 148-156. <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i3.3794> En: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972020000300148

Rodríguez-Hernández, P. J., Santamaría-Ramiro, M. T. y Figueroa-Quintana, A. (2010). Guía Didáctica: Trastornos del comportamiento. Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública y Servicio Canario de la Salud. Gobierno de Canarias.

Departamento de Educación, Cultura y Deporte. Gobierno de Aragón. (s.f.). Trastornos de la conducta. Una guía de intervención en la escuela. En: <https://www.psie.cop.es/uploads/aragon/Arag%C3%B3n-trastornos-de-conducta-una-guia-de-intervencion-en-la-escuela.pdf>

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 62 de 121

Como ya se mencionó las diferentes presentaciones del TDAH incluyen¹¹⁴:

- La presentación combinada.
- La presentación predominantemente inatenta.
- La presentación predominantemente hiperactiva/impulsiva.

En cada presentación los síntomas cardinales se manifiestan de diversas formas. Se mencionan las características que **de manera frecuente manifiesta** el niño o niña en cada uno de estos síntomas¹¹⁵:

Inatención

- Dificultad o incapacidad para mantener la atención de manera continuada en tareas que no son altamente motivadoras
- Olvidos, despistes, pérdidas de objetos
- Dificultad para seguir órdenes o instrucciones
- Dificultad para terminar tareas sin supervisión
- Interrupción de conversaciones
- Cambios de tema de manera brusca
- No atención a detalles como signos de operaciones matemáticas o enunciados
- Rendimiento académico inferior a su capacidad por cometer errores por descuido
- Cambio frecuente de juego
- Dificultad para organización y planificación
- Rechazo de tareas que exijan esfuerzo mental
- Distracción fácil ante estímulos externos.

Hiperactividad

- Movimiento corporal continuo, cambios de postura al estar sentados, movimiento de piernas y/o de manos
- Hacer ruidos con el lápiz
- Levantarse cuando es requerido estar sentado

¹¹⁴ Rusca-Jordán, F. & Cortez-Vergara, C. (2020). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. Revista de Neuro-Psiquiatría, 83(3), pp. 148-156. <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i3.3794> En: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972020000300148

¹¹⁵ Rusca-Jordán, F. & Cortez-Vergara, C. (2020). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. Revista de Neuro-Psiquiatría, 83(3), pp. 148-156. <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i3.3794> En: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972020000300148

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 63 de 121

- Correr o trepar en situaciones en que no resulta apropiado y de manera excesiva
- Incapacidad de jugar o de ocuparse tranquilamente de actividades recreativas
- Estar siempre “ocupado”, actuando como si lo “impulsara un motor” (por ejemplo, es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como restaurantes, reuniones, los otros pueden pensar que esta intranquilo o que le resulta difícil seguirlos)
- Actividad desorganizada
- No terminar acciones que empezaron
- Generación de ruido excesivo a su alrededor
- Hablar excesivamente, rápidamente y a veces con tono muy alto.

Impulsividad

- Responder y actuar sin antes pensar, responder antes que la pregunta haya sido formulada totalmente, dificultad para entender enunciados largos
- Dificultades para esperar su turno
- Interrumpir conversaciones o los juegos de otros
- Accidentes frecuentes.

a.4. Criterios generales de abordaje

EBAIS: Consulta de Crecimiento y Desarrollo o Consultas de atención a la morbilidad

Detección (solo aplica para niños y niñas mayores de 5 años)

Ante consulta de la persona cuidadora o referencia del personal docente¹¹⁶ la persona profesional de medicina debe:

- **Realizar historia clínica con énfasis en:**
 - Antecedentes:
 - Pre y postnatales.
 - Familiares.
 - Ambientales.

¹¹⁶ Cuando la referencia viene del personal docente debe cumplir con lo establecido en el oficio DDSS-AAIP-0264-2022. Asunto: Solicitud de divulgación de criterios de referencia a los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social de niños o niñas (personas menores de 13 años) con sospecha de trastorno de déficit de atención con hiperactividad u otro trastorno de conducta.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 64 de 121

- **Hacer examen físico completo.**
- **Hacer valoración del desarrollo únicamente** en niños o niñas de 5 a 6 años aplicando Pretest de Denver II según edad.
- **Descartar la presencia de indicadores de violencia de cualquier tipo.**
- **Revisar referencia emitida por personal docente y confirmar que cumple con criterios establecidos (Tabla 4),** si no se tiene esta referencia, solicitarla.
- **Determinar si el niño o niña presenta manifestaciones clínicas sugestivas del Trastorno por déficit de atención.**

Tabla 4. Criterios de referencia desde el MEP a los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social de niños o niñas (personas menores de 13 años) con sospecha de trastorno de déficit de atención con hiperactividad

La referencia se emite después:	Criterio de referencia
<ul style="list-style-type: none"> • De un periodo de observación de la conducta del niño o la niña no menor a las 10 semanas. • De constatar que los problemas de <i>falta de atención, impulsividad y/o hiperactividad</i> no se asocian con: aspectos ambientales (particularmente situaciones de violencia o riesgo en los entornos domiciliar o educativo, en cuyo caso se deben aplicar los procedimientos y/o protocolos establecidos para este fin) o del proceso de enseñanza que se resuelven con la implementación del diseño universal para el aprendizaje (DUA) y la aplicación de apoyos educativos (personales, organizativos, materiales/tecnológicos y curriculares). • De la aplicación del apoyo en el área conductual cuyos resultados evidencian que no hay evolución positiva en la conducta de la persona estudiante, luego de al menos un periodo educativo de implementación (no menos de dos meses). La información entre paréntesis no es del oficio original, se anota con fines aclaratorios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamiento sugestivo de inatención, hiperactividad o impulsividad frecuente, evidenciado de manera consistente por más de 10 semanas y presente en escenario educativo y familiar. • SNAP IV sugestivo de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (la referencia debe incluir como anexo el formulario de la Escala de puntuación de Swanson, Nolan y Pelham (SNAP) – IV para niños y niñas mayores de 5 años, debidamente lleno, uno por la madre, padre o persona encargada y otro por el docente a cargo de la persona estudiante (Anexo 3). • Plan de apoyo en el área conductual aplicado en el escenario educativo cuyos resultados evidencian que no hay evolución positiva en la conducta de la persona estudiante, luego de al menos 8 semanas de implementación.

Fuente. Adaptado de oficio DDSS-AAIP-0264-2022¹¹⁷.

Abordaje en el EBAIS

- **Si el examen físico es anormal o la historia clínica revela indicios de comorbilidades de origen orgánico abórdalo según normativa vigente.**

¹¹⁷ Oficio DDSS-AAIP-0264-2022. Asunto: Solicitud de divulgación de criterios de referencia a los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social de niños o niñas (personas menores de 13 años) con sospecha de trastorno de déficit de atención con hiperactividad u otro trastorno de conducta.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 65 de 121

- **Si el Pretest Denver II es normal** explicar a la persona cuidadora el resultado y brindar recomendaciones para la estimulación siguiendo los hitos del desarrollo incluidos en el Carné del Desarrollo Integral del Niño y la Niña.
- **Si el pretest de Denver II evidencia fallo** entregar y explicar Plan de estimulación básico o intermedio (Tabla 5) incluyendo recomendaciones para las fallas identificadas.

Tabla 5. Plan de estimulación temprana

Tipo de plan	Descripción: en qué consiste
BÁSICO	Indicar a la madre, padre o persona cuidadora que juegue con el niño o la niña las actividades que no logra realizar según su edad con base en los resultados del Pretest Denver II.
INTERMEDIO	Indicar a la madre, padre o persona cuidadora que juegue con el niño o la niña las actividades que no logra realizar + las actividades que siguen según gradiente del desarrollo (lo que se evaluará en la siguiente consulta del Pretest Denver II y los signos de alarma para retraso del habla y/o lenguaje que corresponda evaluar según edad).

Fuente. Construcción propia.

- **Si se determina que el niño o niña presenta manifestaciones clínicas sugestivas del Trastorno por déficit de atención referir a:**
 - **Intervención grupal para familias** con niños y niñas con trastornos de comportamiento en el Área de Salud o según red de servicios, coordinada por la personal profesional de trabajo social.
 - **Servicio de Pediatría según red de servicios o a Consulta de Riesgo del Desarrollo (énfasis en comportamiento) en el Área de Salud** a cargo de la persona profesional de medicina (pediatría, medicina familiar y comunitaria, psiquiatría) que está certificada en el marco del "Protocolo terapéutico para uso institucional del metilfenidato (MFD) en el manejo del trastorno por déficit atencional con o sin hiperactividad en población pediátrica y adolescentes" para confirmación diagnóstica e inicio de tratamiento farmacológico.
 - **Consulta de Riesgo del Area de Salud** (a cargo de personal profesional de medicina o enfermería) si se identifican otras comorbilidades del neurodesarrollo como trastornos motores, del lenguaje o trastorno del espectro autista (TEA) para que se apliquen los tamizajes respectivos y se inicie el proceso de intervención.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 66 de 121

AREA DE SALUD O RED DE SERVICIOS: Consulta de Riesgo del Desarrollo (a cargo de profesional de medicina certificado para indicar metilfenidato¹¹⁸)

Abordaje

En seguimiento a la referencia emitida por el EBAIS o el Equipo RISA la persona profesional de medicina a cargo debe:

- **Escuchar las inquietudes del padre, madre o persona cuidadora acerca de la conducta del niño o niña.**
- **Confirmar historia clínica con énfasis en:**
 - Antecedentes:
 - Pre y postnatales.
 - Familiares.
 - Ambientales.
 - Historia cardíaca inicial del niño o niña e investigación de síncope.
- **Establecer diagnóstico diferencial** con trastorno del espectro autista; problemas motores; dificultades específicas del aprendizaje; tics; trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo; trastornos de conducta y oposicionistas; ansiedad; depresión¹¹⁹ (Tabla 6).

Tabla 6. Signos y síntomas por considerar para establecer diagnóstico diferencial con TDA

El TDAH puede coexistir en un 70% con otros trastornos, como los siguientes: trastorno del espectro autista; problemas motores; dificultades específicas del aprendizaje; tics; trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo; trastornos de conducta y oposicionistas; ansiedad; depresión¹²⁰.

Condición	Signos y síntomas
Trastorno del espectro autista	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad en la comunicación verbal y no verbal • Patrones repetitivos de comportamiento e intereses • Dificultades en la interacción social • Hipersensibilidad a estímulos sensoriales
Problemas motores	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación motora deficiente

¹¹⁸ Cumplimiento de Protocolo terapéutico para uso institucional del metilfenidato (MFD) en el manejo del trastorno por déficit atencional con o sin hiperactividad en población pediátrica y adolescentes vigente para la CCSS.

¹¹⁹ Rusca-Jordán, F. & Cortez-Vergara, C. (2020). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. Revista de Neuro-Psiquiatría, 83(3), pp. 148-156. <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i3.3794> En: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972020000300148

¹²⁰ Rusca, F. et al. (2020), Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. Rev Neuropsiquiatr; 83(3): pp. 148-156.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 67 de 121

	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades en el equilibrio y la planificación motora • Torpeza y falta de habilidades motoras finas
Dificultades específicas del aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas en la lectura, escritura o matemáticas • Dificultad para seguir instrucciones • Problemas de memoria y retención de información
TICS	<ul style="list-style-type: none"> • Movimientos o sonidos repetitivos e involuntarios • Puede haber tics simples o complejos • Los tics pueden variar en intensidad y frecuencia
Trastornos de conducta y oposicionistas	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamiento desafiante y negativista • Incumplimiento de reglas y normas • Frecuentes explosiones de ira o cólera
Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupación excesiva o miedo persistente • Inquietud, nerviosismo o tensión • Dificultades para concentrarse debido a la ansiedad
Depresión	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza persistente o pérdida de interés • Cambios en el apetito, el sueño o el nivel de energía • Sentimientos de culpa o inutilidad

Fuente. Adaptado de American Psychiatric Association (2013)¹²¹. Ayres (2005)¹²² y ¹²³

- **Confirmar valoración del desarrollo y resultados del plan de estimulación según edad del niño o la niña.**
- **Dar seguimiento a referencias emitidas por el profesional de medicina del EBAIS** (Intervención grupal para familias, Consulta de Riesgo del Desarrollo (en caso de sospecha de comorbilidades del neurodesarrollo) y en caso de que no estén elaboradas emitir las).
- **Revisar referencias emitida por personal docente y confirmar que cumple con criterios establecidos (Tabla 3), si no se tiene esta referencia solicitarla.**
- **Interpretar SNAP-IV (Tabla 7).**

Tabla 7. Instrucciones para interpretar los resultados de la Escala de puntuación de Swanson, Nolan y Pelham (SNAP) – IV para niños y niñas mayores de 5 años (Escala de uso libre)

1. CADA PREGUNTA SE RESPONDE CONSIDERANDO UNA PUNTUACIÓN DE 0 A 3:
<ul style="list-style-type: none"> • No se presenta=0 puntos • Se presenta poco=1 punto • Se presenta bastante=2 puntos

¹²¹ Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (5ª ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

¹²² Ayres, J. (2008). La integración sensorial en los niños. Desafíos sensoriales ocultos. TEA, Madrid.

¹²³ Robertson, M.M. (Jan, 2015). A personal 35 year perspective on Gilles de la Tourette syndrome: prevalence, phenomenology, comorbidities, and coexistent psychopathologies. *Lancet Psychiatry*; 2(1): pp. 68-87. doi: 10.1016/S2215-0366(14)00132-1. Erratum in: *Lancet Psychiatry*. 2015 Apr;2(4): 291. PMID: 26359614.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 68 de 121

- Se presenta mucho=3 puntos

2. PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LOS RESULTADOS SOSPECHA DE TDA

- La escala valora dos áreas de la conducta.
- Los ítems del 1 a 9 valoran déficit de atención o desconcentración y los que van del 10 al 18 valoran la hiperactividad / impulsividad.
- Para obtener los resultados de cada área se suman los puntos de cada bloque y se dividen entre 9.
- Posteriormente, se suman ambos bloques y se dividen entre 18 para obtener el resultado final de la escala.

3. PUNTUACIONES QUE INDICAN SOSPECHA DE TDA (PARA INTERPRETAR LOS RESULTADOS)

- Para la desconcentración (resultados del Bloque 1): $\geq 2,56$ para los profesores y $\geq 1,78$ para la familia.
- Para hiperactividad / impulsividad (resultados del Bloque 2): $\geq 1,78$ para los profesores y $\geq 1,44$ para la familia.
- Para ambos: $\geq 2,00$ para los profesores y $\geq 1,67$ para la familia.

Fuente. Swanson, J. M. et al. (February, 2001)¹²⁴.

- **Valorar hábitos de sueño del niño o niña y brindar recomendaciones generales para la higiene del sueño (Anexo 9).**
- **Iniciar intervención según normativa institucional vigente.** En caso de confirmar necesidad de indicación de metilfenidato¹²⁵:
 - Explorar historia familiar de muerte súbita.
 - Realizar exploración cardíaca¹²⁶, no solicitar ECG rutinario al inicio de la medicación psicoestimulante.
 - Indicar hemograma completo y prueba de función hepática.
- **Explicar a la familia o cuidadores los resultados y lo que significan a corto, mediano y largo plazo.**
- **Programar consulta por telesalud a la semana siguiente para ajuste de tratamiento y a partir de allí programar seguimientos por telesalud según lo requiera el caso hasta que la dosis indicada genere los resultados esperados. Durante estos seguimientos:**
 - Revisar presencia de efectos adversos del medicamento especialmente relacionados con:
 - Hiporexia: Ante alteraciones en el consumo de alimentos se debe considerar la readecuación de la dosis o suspensión del medicamento y/o modificaciones en la alimentación (Anexo 4).
 - Trastorno del sueño: cuando esto afecta el funcionamiento y la salud se debe de considerar readecuación del horario de administración o la suspensión, si se determina que este trastorno está asociado al medicamento.
 - Revisar resultados para la realización de las tareas académicas.

¹²⁴ Swanson, J. M. et al. (February, 2001). Clinical Relevance of the Primary Findings of the MTA: Success Rates Based on Severity of ADHD and ODD Symptoms at the End of Treatment. Special Section: ADHD Comorbidity and Treatment Outcomes in the MTA. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Volume 40, Issue 2, pp. 168-179. En: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S089085670960366X>

¹²⁵ Protocolo terapéutico para uso institucional del metilfenidato (MFD) en el manejo del trastorno por déficit atencional con o sin hiperactividad en población pediátrica y adolescentes vigente para la CCSS.

¹²⁶ La derivación al cardiólogo se realizará solo en los que tengan factores de riesgo y/o síntomas de enfermedad cardíaca

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 69 de 121

- **Programar consulta de seguimiento en 12 semanas para valorar avances** en Plan de Intervención, revisar resultados de hemograma general y de prueba de función hepática. **Si todo va bien, establecer consultas de seguimiento cada 6 meses, garantizar la continuidad en la entrega del medicamento.**

Referencias

- **Referir a Consulta de Psicología** del Área de Salud o según red de servicios en caso de necesidad aplicación de técnicas de modificación de conducta, la comprensión del diagnóstico, la aplicación de rutinas y la adherencia general al tratamiento no farmacológico y farmacológico, así como, si se identifica alguna psicopatología parental.
- **Referir a Servicio de Psiquiatría según red de servicios:**
 - Niños y niñas que no toleran o con contraindicación clara para el metilfenidato y cuando es necesario considerar el uso de otro medicamento.
 - Niños y niñas con enfermedades psiquiátricas además del déficit de atención con o sin hiperactividad.
- **Referir a Centros Educativos (Comité y Servicios de Apoyo respectivos)** solicitando valoración para recibir Apoyos Educativos en la educación regular (ellos deciden su ubicación). Para efecto de diseño de la referencia hay que considerar que se debe:
 - **Describir claramente el diagnóstico o impresión diagnóstica.** De manera que el personal del sector educativo tenga la información necesaria para identificar en cuáles áreas del desarrollo o el comportamiento el niño o niña presenta dificultades.
 - **Indicar qué se solicita al sector educativo.** Se recomienda escribir en la referencia a Servicios de Apoyo o a Comités de Apoyo únicamente la siguiente frase *“se solicita brindar al niño o niña los Apoyos Educativos disponibles considerando la descripción diagnóstica indicada, los comportamientos observados y las necesidades del niño o niña y su familia”*.
 - **En ningún caso** se debe anotar en la referencia el nombre del servicio del MEP (tipo de apoyo) que se presume recibirá, por ejemplo, terapia física, terapia del lenguaje u terapia ocupacional. Tampoco anotar el perfil del profesional que se sugiere brinde el servicio, por ejemplo, terapeuta o docente de educación especial. Este tipo de indicación interfiere negativamente en la asignación de apoyos a la persona estudiante y genera expectativas -en ocasiones falsas- en las personas cuidadoras. Por ello, es vital que las referencias emitidas por las personas profesionales de salud no incluyan este tipo de indicación.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 70 de 121

- Si el estudiante asiste a un Centro Educativo Privado, se debe enviar referencia con recomendaciones a seguir considerando igualmente la descripción del diagnóstico o impresión diagnóstica y anotar recomendaciones o apoyos sugeridos.

Es posible que los niveles de ansiedad de la familia, niño y niña requieran que las actividades descritas deban de ser ampliadas de acuerdo con el criterio del profesional y que no necesariamente se completen en una sola sesión de trabajo.

AREA DE SALUD: Consulta de Riesgo del Desarrollo (a cargo de profesional de enfermería o medicina)¹²⁷

Abordaje

En seguimiento a la referencia emitida por el EBAIS o el Equipo RISA la persona profesional a cargo debe:

- Escuchar las inquietudes del padre, madre o persona cuidadora acerca de la conducta del niño o niña.
- Confirmar historia clínica con énfasis en:
 - Antecedentes:
 - Pre y postnatales.
 - Familiares.
 - Ambientales.
- Confirmar valoración del desarrollo y resultados del plan de estimulación según edad del niño o la niña.
- Revisar referencias emitida por personal docente y confirmar que cumple con criterios establecidos (Tabla 4), si no se tiene esta referencia solicitarla.
- Dar seguimiento a referencias emitidas por el profesional de medicina del EBAIS (Intervención grupal para familias, Consulta de Riesgo del Desarrollo (énfasis en comportamiento) y en caso de que no estén elaboradas emitir las).
- Interpretar SNAP-IV (Tabla 7).

¹²⁷ Las personas profesionales de Pediatría que desarrollan la Consulta de riesgo del desarrollo en hospitales pueden aplicar igualmente las acciones citadas para esta consulta.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 71 de 121

- **Aplicar tamizajes respectivos** en caso de sospecha (como comorbilidad) de trastornos motores, del lenguaje o trastorno del espectro autista (TEA)¹²⁸.
- **Explicar a la familia o cuidadores los resultados y lo que significan a corto, mediano y largo plazo.**
- **Iniciar intervención requerida** según hallazgos aplicando normativa institucional vigente.
- **Programar consulta de seguimiento en 12 semanas para verificar avances.**

Referencia

- **Referir a Consulta de Psicología** del Área de Salud o según red de servicios en caso de necesidad aplicación de técnicas de modificación de conducta, la comprensión del diagnóstico, la aplicación de rutinas y la adherencia general al tratamiento no farmacológico y farmacológico, así como, si se identifica alguna psicopatología parental.
- **Referir a Servicio de Psiquiatría según red de servicios** a niños o niñas con enfermedades psiquiátricas además del déficit de atención con o sin hiperactividad.
- **Referir a Centros Educativos (Comité y Servicios de Apoyo respectivos)** solicitando valoración para recibir Apoyos Educativos en la educación regular (ellos deciden su ubicación). Para efecto de diseño de la referencia hay que considerar que se debe:
 - **Describir claramente el diagnóstico o impresión diagnóstica.** De manera que el persona del sector educativo tenga la información necesaria para identificar en cuáles áreas del desarrollo o el comportamiento el niño o niña presenta dificultades.
 - **Indicar qué se solicita al sector educativo.** Se recomienda escribir en la referencia a Servicios de Apoyo o a Comités de Apoyo únicamente la siguiente frase *“se solicita brindar al niño o niña los Apoyos Educativos disponibles considerando la descripción diagnóstica indicada, los comportamientos observados y las necesidades del niño o niña y su familia”*.
 - **En ningún caso** se debe anotar en la referencia el nombre del servicio del MEP (tipo de apoyo) que se presume recibirá, por ejemplo, terapia física, terapia del lenguaje u terapia ocupacional. Tampoco anotar el perfil del profesional que se sugiere brinde el servicio, por ejemplo, terapeuta o docente de educación especial. Este tipo de indicación interfiere negativamente en la asignación de apoyos a la persona estudiante y genera expectativas -en ocasiones falsas- en las personas cuidadoras. Por ello, es vital que las referencias emitidas por las personas profesionales de salud no incluyan este tipo de indicación.

¹²⁸ En estos casos aplicar lo establecido en la normativa institucional vigente en el tema.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 72 de 121

Si el estudiante asiste a un Centro Educativo Privado, se debe enviar referencia con recomendaciones a seguir considerando igualmente la descripción del diagnóstico o impresión diagnóstica y anotar recomendaciones o apoyos sugeridos.

Es posible que los niveles de ansiedad de la familia, niño y niña requieran que las actividades descritas deban de ser ampliadas de acuerdo con el criterio del profesional y que no necesariamente se completen en una sola sesión de trabajo.

2. OTROS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO

2.1. SOSPECHA DE TRASTORNO DE COMPORTAMIENTO (CIE-10 Z032)

b.1. Definición

Las conductas disruptivas son definidas como aquellas que dificultan los aprendizajes y distorsionan la relación individual y la dinámica de grupo. Una conducta problemática puede evolucionar hacia un modelo de desarrollo adaptativo o hacia un trastorno de conducta, de ahí la importancia de promover la intervención temprana. No deben confundirse con los problemas transitorios de comportamiento propios de la niñez como por ejemplo “las rabietas” que son actos comunicativos que sirven para transmitir estados emocionales (ira, frustración) a las personas cuidadoras. Las “rabietas” aparecen hacia el final del primer año, alcanzando su punto máximo en el tercer año y disminuyen sustancialmente entre los 4 y los 5 años¹²⁹. Un **trastorno del comportamiento es aquel que compromete el desarrollo y la salud mental a lo largo de su vida provocando un deterioro funcional progresivo**¹³⁰. En los últimos años el incremento en la prevalencia de comportamientos disruptivos, del control de impulsos y de los trastornos en las personas menores de edad ha generado una alta demanda en la atención de dichas manifestaciones¹³¹.

¹²⁹ Augustyn, M., Zuckerman, B. S. & Caronna, E. B. (Eds.). (2019). The Zuckerman Parker handbook of developmental and behavioral pediatrics for primary care. Lippincott Williams & Wilkins.

¹³⁰ Vasileva, M. et al. (2021). Research review: A meta-analysis of the international prevalence and comorbidity of mental disorders in children between 1 and 7 years. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 62(4), pp. 372-381.

¹³¹ Pascual, P. C. (s.f.). Trastornos disruptivos de control de impulsos y trastornos de conducta. Francisco Santolaya Ochando Presidente Consejo General de la Psicología de España, 54.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 73 de 121

b.2. Factores de riesgo

Factores de personales

- **Genéticos.** Uno o ambos con trastornos de comportamiento, principalmente si comenzó en la infancia.
- **Enfermedades crónicas / recurrentes que aumentan el estrés** y/ o generan cambios en el estado de ánimo y comportamiento tales como eczema, asma, alergias, otitis serosa recurrente, estreñimiento, intestino irritable, trastornos del sueño como insomnio y apnea del sueño, hipertiroidismo, cafeinismo, migraña, diabetes, dolor/enfermedad crónica, intoxicación por plomo, episodios de hipoglucemia, hipoxia, feocromocitoma, trastornos del sistema nervioso, arritmias cardíacas, enfermedad valvular, lupus eritematoso sistémico, dismenorrea; medicamentos como por ejemplo los anticonvulsivantes, antihistamínicos, esteroides, entre otros¹³².
- **Discapacidad.** Trastornos del espectro autista (TEA); discapacidad cognitiva; trastorno por déficit de atención/hiperactividad; lesión cerebral traumática (especialmente lóbulo frontal) y deficiencias auditivas o visuales no reconocidas.
- **Temperamento.** Los rasgos predisponentes incluyen alta intensidad y actividad; estado de ánimo predominantemente negativo; umbral sensorial bajo y alta sensibilidad a estímulos novedosos; patrones irregulares de sueño y hambre.
- **Bioquímicos.** Múltiples sistemas de neurotransmisores (serotoninérgicos, dopaminérgicos, adrenérgicos y opioninérgicos) parecen estar implicados en la fisiopatología de los problemas de comportamiento. Los estudios de neuroimagen han implicado a la corteza prefrontal ventromedial y el estriado ventral en la fisiopatología de éstos¹³³.

Factores Ambientales

- Hacinamiento, marginación, acceso limitado al juego al aire libre, el estrés, violencia intrafamiliar, abuso de drogas y/o alcohol a nivel intrafamiliar y perinatal.

b.3. Manifestaciones clínicas (signos y síntomas)

La mayoría de niños y niñas presentan una combinación de síntomas relacionados con cuatro áreas o dominios (comportamiento, retraso en habilidades del desarrollo, habilidades sociales y estrés emocional). No existe una única lista completa de manifestaciones, sino que cada persona debe analizarse de manera individual¹³⁴. Para

¹³² Walter, H. J. et al. (2020). Clinical practice guideline for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(10), pp. 1107-1124.

¹³³ Silva, B., Canas-Simião, H. & Cavanna, A. E. (2020). Neuropsychiatric Aspects of Impulse Control Disorders. *Psychiatric Clinics*, 43(2), pp. 249-262.

¹³⁴ Oh, Y., Greenberg, M. T. & Willoughby, M. T. (2020). Examining longitudinal associations between externalizing and internalizing behavior problems at within-and between-child levels. *Journal of abnormal child psychology*, 48(4), pp. 467-480.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 74 de 121

efectos de este manual se propone para consideración la siguiente lista de manifestaciones asociada a los dominios citados¹³⁵:

- **Comportamiento**
 - Pierde la calma habitualmente
 - Dificultad para controlar sus impulsos que puede manifestarse con daño a objetos o personas
 - Culpa a otros de sus errores
 - Episodios de explosividad que no van acorde con la magnitud del detonante
 - Discute a menudo con la autoridad o con los adultos
 - Evidencia de actitud rencorosa
 - Autoagresión
 - Inatención.

- **Retraso en la adquisición de uno o más de las siguientes habilidades del desarrollo y el aprendizaje**
 - Atención
 - Regulación
 - Comunicación
 - Juego simbólico y colectivo
 - Habilidades motoras (gruesas y finas)
 - Habilidades para la lectura
 - Habilidades para la escritura
 - Habilidades lógico-matemáticas.

- **Habilidades sociales**
 - Dificultad para iniciar y mantener la relación con sus pares
 - Dificultad para comprender y aplicar las diferentes normas sociales de su grupo de pertenencia.

- **Estrés emocional**
 - Miedos excesivos (Trastorno de pánico)
 - Mutismo selectivo (CEI-10 F94.0)
 - Ansiedad (generalizada (CIE-10 F41.1); de separación en la niñez (CIE-10 F93.0); social en la niñez (CIE-10 F93.2) o no especificada)
 - Fobias (CIE-10 F93.1)
 - Síntomas conversivos o disociativos (ej. Dolor de cabeza, dolor de estómago, fatiga, somnolencia entre otros sin causa orgánica).

¹³⁵ Oh, Y., Greenberg, M. T. & Willoughby, M. T. (2020). Examining longitudinal associations between externalizing and internalizing behavior problems at within-and between-child levels. *Journal of abnormal child psychology*, 48(4), pp. 467-480.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 75 de 121

b.4. Criterios generales de abordaje

EBAIS: Consulta de Crecimiento y Desarrollo o Consultas de atención a la morbilidad

Detección

Ante consulta de la persona cuidadora o referencia del personal docente¹³⁶ la persona profesional de medicina debe:

- **Realizar historia clínica con énfasis en:**
 - Descartar patología médica que incremente el estrés en el niño o niña y/o generen alteraciones en el estado de ánimo y/o comportamiento (ver factores de riesgo).
 - Verificar que el niño o niña no esté recibiendo algún fármaco precipitante del incremento de conductas disruptivas (ejemplo, esteroides, anticonvulsivantes, antialérgicos, entre otros).
 - Entrevista a la persona cuidadora en relación con la “inquietud” o problema de conducta identificado en el niño o niña. Se pueden efectuar algunas preguntas abiertas para identificar la situación del niño o niña (Tabla 8).

Tabla 8. Preguntas sugeridas para la entrevista de la persona cuidadora acerca de la “inquietud” o problema de comportamiento del niño o niña

<p>La presencia de respuestas de riesgo a una o dos de las siguientes preguntas, implica sospecha de trastorno del comportamiento.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo describe el comportamiento de su niño o niña? Ejemplos de respuesta de riesgo: irritable, hiperactivo, impulsivo, inatento, ansioso, temeroso, se enoja con facilidad, opositor, agresivo física o verbalmente hacia otras personas, autoagresión. 2. ¿El comportamiento de su niño o niña afecta la relación con miembros de la familia, amigos, compañeros y docentes? Ejemplos de respuesta de riesgo: se aísla, no tiene amigos, discute a menudo con la autoridad o con los adultos, el comportamiento limita la participación en actividades familiares y sociales, reportes frecuentes de docentes a cargo (boletas, “quejas”). 3. ¿Tiene dificultades para aprender? Ejemplos de respuesta de riesgo: dificultad para escribir, leer, realizar tareas, ejercicios matemáticos, dificultad con la atención, regulación
--

¹³⁶ Cuando la referencia viene del personal docente debe cumplir con lo establecido en el oficio DDSS-AAIP-0264-2022. Asunto: Solicitud de divulgación de criterios de referencia a los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social de niños o niñas (personas menores de 13 años) con sospecha de trastorno de déficit de atención con hiperactividad u otro trastorno de conducta.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 76 de 121

y/o comunicación, habilidades motoras deficientes (se cae con frecuencia, deja caer objetos, pobre equilibrio, choca con objetos o personas en la ruta de su desplazamiento, escribe con demasiada fuerza o debilidad, habilidades manipulativas deficientes para la edad como abotonarse, abrocharse, uso de utensilios para comer o herramientas finas como lápiz o pinceles, tijeras, entre otros).

Fuente. Adaptado de Augustyn, Zuckerman & Caronna (Eds.). (2019)¹³⁷.

- **Hacer examen físico completo.**
- **Hacer valoración del estado mental del niño o niña** buscando signos de ansiedad y/o de trastornos del comportamiento tales como:
 - Comportamiento inhibido
 - Falta de cooperación
 - Apego excesivo a la persona cuidadora
 - Temblor corporal
 - Inquietud, hiperactividad
 - Dificultad en la expresividad verbal
 - Pensamientos de mucha preocupación.
- **Aplicar Pretest Denver II.**

Recuerde descartar violencia en perjuicio del niño o la niña como causa del problema de comportamiento para ello puede plantear a la persona cuidadora preguntas como las siguientes:
¿De qué manera corrigen el mal comportamiento en el hogar?, ¿Considera que el niño o niña está enfrentando alguna situación de violencia?

Abordaje

- **Si se identifican respuestas de riesgo en la historia clínica, considerar los siguiente:**
 - a. **Si se confirma la presencia de conductas disruptivas únicamente en el hogar sin afectación en otros ambientes:**
 - Brindar a la persona cuidadora recomendaciones para la crianza positiva (Anexo 5).
 - Ante sospecha de situación de violencia aplicar lo establecido en el Manual de Procedimientos: Atención integral a niños, niñas y adolescentes en situación de violencia vigente.
 - Referir a trabajo social si se evidencia sospecha de situaciones de violencia en cualquiera de sus manifestaciones, familia o red de apoyo débil o inexistente, vínculos parentales débiles, dificultades para procesos de reorganización familiar ante el diagnóstico del niño o la niña.

¹³⁷ Adaptado de: Augustyn, M., Zuckerman, B. S. & Caronna, E. B. (Eds.). (2019). The Zuckerman Parker handbook of developmental and behavioral pediatrics for primary care. Lippincott Williams & Wilkins.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 77 de 121

- b. Si se confirma la presencia de conductas disruptivas en el hogar y en el centro educativo:**
- Brindar a la persona cuidadora recomendaciones para la crianza positiva (Anexo 5).
 - Verificar si el niño o niña recibe algún tipo de intervención conductual en su centro educativo. Si no cuenta con dicha intervención hacer referencia a la persona Directora del Centro Educativo solicitando valorar la inclusión en un servicio de apoyo educativo.
 - Referir a **Intervención grupal para familias** con niños y niñas con trastornos de comportamiento en el Área de Salud o según red de servicios.
 - Referir a **Consulta de Riesgo del Area de Salud** (a cargo de personal profesional de medicina o enfermería) para completar tamizajes y establecer plan de intervención.
- c. Si se confirma ingesta de algún medicamento como posible precipitante de cambio en el comportamiento considerar:**
- Si el medicamento es de uso agudo (esteroides, antihistamínicos):
 - Explicar a la persona cuidadora el efecto del fármaco sobre el comportamiento.
 - Brindar a la persona cuidadora recomendaciones para la crianza positiva (Anexo 5).
 - Indicar a la persona cuidadora que consulte nuevamente si luego de un mes de finalizado el tratamiento persiste el problema de comportamiento del niño o niña.
 - Si el medicamento es de uso crónico:
 - Explicar a la persona cuidadora el efecto del fármaco sobre el comportamiento
 - Brindar a la persona cuidadora recomendaciones para la crianza positiva (Anexo 5).
 - De ser necesario establecer interconsulta o referencia hacia el médico tratante que prescribió el medicamento.
- **Si se evidencia examen físico revela indicios de comorbilidades de origen orgánico** abórdalo según normativa vigente.
 - **Si el Pretest Denver II es normal** explicar a la persona cuidadora el resultado y brindar recomendaciones para la estimulación siguiendo los hitos del desarrollo incluidos en el Carné del Desarrollo Integral del Niño y la Niña.
 - **Si el pretest de Denver II evidencia fallo** entregar y explicar Plan de estimulación básico o intermedio (Tabla 5) incluyendo recomendaciones para las fallas identificadas.

AREA DE SALUD: Consulta de Riesgo del Desarrollo

Abordaje

En seguimiento a la referencia emitida por el EBASIS la persona profesional a cargo debe:

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 78 de 121

- Escuchar las inquietudes del padre, madre o persona cuidadora acerca de la conducta del niño o niña.
- Confirmar historia clínica, resultados del examen físico y del Pretest de Denver II.
- Confirmar con la persona cuidadora los resultados de la aplicación de las recomendaciones para la crianza positiva (Anexo 5).
- Completar la Lista de Verificación de Síntomas Pediátricos (Anexo 6).
- Aplicar otros tamizajes según las manifestaciones presentadas por el niño o niña.

Con base en los hallazgos proceder de la siguiente manera:

- Si la historia clínica está incompleta, completarla.
- Si el examen físico es anormal o revela indicios de comorbilidades de origen orgánico abórdalo según normativa vigente.
- Si pretest Denver II estuvo alterado aplicar Prueba Denver II completa e indicar plan de estimulación según corresponda.
- Con base en los resultados de aplicación de las recomendaciones para la crianza positiva (Anexo 5), fortalecer la educación de la familia para continuar con la ejecución de estas.
- Si la Lista de Verificación de Síntomas Pediátricos evidencia elevación clínicamente significativa en una o más de las columnas proceder de la siguiente manera:

a. Elevación clínicamente significativa de la columna I (manifestaciones internalizantes)

- Descartar alguna situación en el escenario domiciliar o educativo que estén repercutiendo en el estado de ánimo del niño o la niña como: acoso escolar, problemas de aprendizaje, conflictos familiares, situaciones de abuso, entre otros.
- Indagar con la familia y con el centro educativo alguna situación posible detonante de dichas manifestaciones.
- Si se determinan las posibles causas de los síntomas internalizantes referir según sea el caso a trabajo social, centro educativo, PANI, psicología, entre otros.
- Si no determinan las posibles causas de los síntomas internalizantes, brindar recomendaciones para reducir la ansiedad en niños y niñas (Anexo 7) y referir a Consulta de Riesgo del desarrollo de Pediatría o a Pediatría general.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 79 de 121

b. Elevación clínicamente significativa de la columna A (manifestaciones de inatención) o de la de la columna E (manifestaciones externalizantes)

- Entregar a los encargados el cuestionario SNAP IV para padres y docentes en caso de contar con dichos formularios completados.
- Brindar a la persona cuidadora recomendaciones para la crianza positiva (Anexo 5).
- Referir a Consulta de Riesgo del Desarrollo de Pediatría o a Pediatría General según red de servicios.

c. Elevación clínicamente significativa de las columnas I-A-E

- Descartar alguna situación en el escenario domiciliar o educativo que estén repercutiendo en el estado de ánimo del niño o la niña como: acoso escolar, problemas de aprendizaje, conflictos familiares, entre otros.
 - Indagar con la familia y con el centro educativo alguna situación posible detonante de dichas manifestaciones.
 - Si se determinan las posibles causas de los síntomas referir según sea el caso a trabajo social, centro educativo, PANI, psicología, entre otros.
 - Entregar a la persona cuidadora un formulario de SNAP IV para que lo llene y otro para que le pida a la docente a cargo que lo llene.
 - Brindar a la persona cuidadora recomendaciones para la crianza positiva y (Anexo 5).
 - Referir a Consulta de Riesgo del Desarrollo de Pediatría o a Pediatría General según red de servicios.
- Si se identifica alteración en cualquiera de los tamizajes específicos, proceder según lo establecido en normativa vigente.

Referencia

- **Referir a pediatría:**
 - Si no se logra determinar la causa de los síntomas internalizantes.
 - Si las conductas externalizantes son clínicamente significativas.
 - Cuando el niño o niña presenta elevación clínicamente significativa de las tres categorías valoradas en Lista de Verificación de Síntomas Pediátricos (conductas internalizantes, de atención y externalizantes).
- **Referir a Psicología (la referencia debe ser elaborada por una persona profesional de medicina o según protocolo de referencia interno definido en el Área de Salud):**
 - Dificultades en la adherencia al tratamiento.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 80 de 121

- Necesidad de apoyo para la comprensión del diagnóstico.
- Necesidad de apoyo conductual al niño o la niña (abordaje terapéutico).
- **Referir a Psiquiatría:**
 - Sospecha de trastornos psiquiátricos.
 - Duda diagnóstica asociada a trastorno psiquiátricos.
 - Necesidad de valoración de inicio o ajuste de tratamiento farmacológico.
- **Referir a Trabajo Social si se evidencia:**
 - Sospecha de situaciones de violencia en cualquiera de sus manifestaciones
 - Familia o red de apoyo débil o inexistente.
 - Vínculos parentales débiles.
 - Dificultades para procesos de reorganización familiar ante el diagnóstico del niño o la niña.

Consulta de Riesgo del Desarrollo de Pediatría o Pediatría General

Abordaje

En seguimiento a la referencia emitida por la Consulta de Riesgo del Área de Salud la persona profesional de pediatría debe:

- Revisar historia clínica incluyendo las preocupaciones actuales de la persona cuidadora respecto a las manifestaciones clínicas conductuales del niño o niña.
- Revisar intervenciones realizadas hasta el momento.
- De ser necesario tamizar según sospecha (M-CHAT y Kazak ante sospecha de TEA, SNAP-IV ante sospecha de TDAH, lista de verificación de síntomas pediátricos para determinar la presencia de manifestaciones externalizantes y/o externalizantes, así como, Tamizaje Ansiedad en el niño y niña mayor de 8 años (Anexo 8)).
- Revisar el apartado “Lista de Trastornos Específicos del Comportamiento” con el fin de realizar aproximación diagnóstica y de esa manera orientar las intervenciones.
- Brindar recomendaciones según cada caso (Anexos 4 y 6).
- Verificar si el niño o niña cuenta con apoyo educativo, de lo contrario referirlo.
- Indicar tratamiento farmacológico según el caso (Tabla 9) y programar seguimiento en Telesalud para ajuste de medicamento. En este punto siempre indicar a la familiar que el resultado positivo de la medición se relaciona con las estrategias de abordaje conductual que se apliquen en la escuela y en el hogar, por lo cual es determinante trabajar las rutinas de apoyo conductual al niño o niña, además de la medicación.
- Programar consulta de seguimiento con base en criterio clínico en torno al caso.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 81 de 121

Tabla 9. Recomendaciones farmacológicas para los trastornos del comportamiento

Medicamento	Indicación	Dosis	Autorizados para prescripción inicial y continuidad	Requisitos para la prescripción
Metilfenidato ¹³⁸ Hidrocloruro 10mg, Código 17-1160 ¹³⁹	Manifestaciones de TDAH	Niños >5 años: 0.3 mg/kg/día. 30-45 minutos, separado de las comidas (desayuno y almuerzo). Dosis de inicio:5 mg dos veces al día (diurnas, antes de las 4 pm) y ajustar a intervalo semanales. Dosis máxima en mayores de 6 años: 2 mg/kg/día Niños(as) no es recomendable más de 60 mg/día.	Para su inicio y continuidad: <ul style="list-style-type: none"> ○ Psiquiatras ○ Pediatras especialistas en Neurodesarrollo ○ Pediatras y médicos de medicina familiar que hayan aprobado el curso sobre “Problemas de Comportamiento en Niños y Adolescentes.” Para dar continuidad: Todos los anteriores y médicos generales que aprueban la pasantía sobre “Problemas de Comportamiento en Niños y Adolescentes”	<ul style="list-style-type: none"> ○ Examen físico ○ Toma de signos vitales
<ul style="list-style-type: none"> ○ Risperidona 1 mg tableta o tableta recubierta Código:30-1568 ○ Risperidona 1 mg/ml. Solución oral. Envase con 30 ml o con 60 ml código:30-6950¹⁴⁰. 	En pacientes mayores de 5 (cinco) años para tratamiento de: 1. Crisis de agresividad severa asociada al Autismo o a los Trastornos del Espectro Autista	Dosis inicial: 0.2mg/k/día Incrementos según el caso:0.25mg/semana. Dosis de mantenimiento: <30k: 0.5-1mg/día 30-50k: 1-1.5mg/día >50k: 2-3mg/día	SEGÚN PROTOCOLO INSTITUCIONAL CCF-3747-09-14: <ul style="list-style-type: none"> ○ Médicos psiquiatras ○ Pediatras especialistas en Neurodesarrollo 	Requisitos de Prescripción: Deben realizarse los siguientes exámenes antes de iniciar la terapia crónica (más de 6 semanas) con anti-psicóticos, luego a los 6 meses y control anual: -Signos Vitales. -Peso y Talla.

¹³⁸ Requiere receta de estupefacientes según normativa vigente.

¹³⁹ Caja Costarricense de Seguro Social. (2021). Circular DFE-AMTC-0729-2021. Protocolo terapéutico para uso institucional del metilfenidato (MFD) en el manejo del trastorno por déficit atencional con o sin hiperactividad en población pediátrica y adolescentes. San José, Costa Rica, CCSS.

¹⁴⁰ Caja Costarricense de Seguro Social. (2022). Circular DFE-AMTC0-0441-2022. Comunicación: Ampliación de uso de Risperidona 1 mg/mL solución oral (código 1-10-30-6950-Z). San José, Costa Rica, CCSS.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 82 de 121

	2. Trastorno Psicótico Agudo.			-Perfil de Lípidos en ayunas. -Glicemia en ayunas.
	3. Trastornos de conducta con Agresividad Severa.			
<i>Fluoxetina (como hidrocloreuro) 20 mg. Cápsulas. Código 29-0765¹⁴¹</i>	Comportamientos ansiosos y depresivos: Tomar en cuenta la disfunción que estas condiciones le generan al niño o niña	Dosis inicial: 20mg/ día vía oral	Psiquiatría	

Fuente. LOM¹⁴².

Referencia

- **Referir a Consulta de Psicología** del Área de Salud o según red de servicios en caso de necesidad aplicación de técnicas de modificación de conducta, la comprensión del diagnóstico, la aplicación de rutinas y la adherencia general al tratamiento no farmacológico y farmacológico, así como, si se identifica alguna psicopatología parental.
- **Referir a Servicio de Psiquiatría según red de servicios** a niños o niñas con enfermedades psiquiátricas además del déficit de atención con o sin hiperactividad que requiere medicamento en caso de no estar certificado para indicar el metilfenidato.
- **Referir a Trabajo Social si se evidencia:**
 - Sospecha de situaciones de violencia en cualquiera de sus manifestaciones
 - Familia o red de apoyo débil o inexistente.
 - Vínculos parentales débiles.
 - Dificultades para procesos de reorganización familiar ante el diagnóstico del niño o la niña.

2.2. TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL COMPORTAMIENTO

¹⁴¹ Lista oficial de medicamentos. CCSS.

¹⁴² Lista oficial de Medicamentos de la Caja Costarricense de Seguro Social.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 83 de 121

La información descrita en este apartado apoya el proceso de diagnóstico diferencial requerido como parte del proceso de atención a toda sospecha o confirmación de alteraciones de comportamiento de las niñas y los niños.

2.2.1. TRASTORNO OPOSITOR DESAFIANTE (CIE-10 F91.3)

c.1. Definición

Según el CIE-10 este trastorno se caracteriza por un comportamiento notablemente desafiante, desobediente y perjudicial que no incluye acciones delictivas ni formas extremas de comportamiento agresivo o antisocial. Implica dificultades para respetar las normas y las figuras de autoridad como las personas cuidadoras, docentes, entre otros. El comportamiento de oposición se convierte en una preocupación cuando es intenso, persistente y generalizado y cuando afecta el funcionamiento familiar, social y / o académico de un niño o niña en grado significativo¹⁴³. Este trastorno se presenta con mayor frecuencia alrededor de los 8 años¹⁴⁴. La comorbilidad frecuente en este trastorno es el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), los trastornos del estado de ánimo (caracterizados por irritabilidad y depresión), los trastornos de ansiedad y trastornos de aprendizaje.

c.2. Factores de riesgo¹⁴⁵

Factores genéticos

- Se estima la presencia de factores genéticos en más del 50% de los casos. Es más frecuente en familias donde al menos uno de los padres presenta historia de trastorno del estado de ánimo, negativista desafiante, antisocial de la personalidad, TDAH o trastorno por consumo de sustancias.

Factores ambientales

- Maltrato infantil
- Formas parentales educativas inadecuadas (padres permisivos o punitivos)
- Desventaja social y económica
- Violencia social

c.3. Manifestaciones clínicas (signos y síntomas)

¹⁴³ Augustyn, M., Zuckerman, B. S. & Caronna, E. B. (Eds.). (2019). The Zuckerman Parker handbook of developmental and behavioral pediatrics for primary care. Lippincott Williams & Wilkins.

¹⁴⁴ Vásquez, J. et al. (2010). Guía clínica para el trastorno negativista desafiante. México: Secretaría de Salud. © Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

¹⁴⁵ Quay, K. y Stringaris, A. (2017). Trastorno negativista desafiante. Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines. En: <https://iacapap.org/Resources/Persistent/a3c8fa46bcd60a91dd44b5927f15e8faa90b40cc/D.2-Oppositional-Defiant-Dis-Spanish-2017.pdf>

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 84 de 121

El niño o niña presenta al menos cuatro manifestaciones de cualquiera de las siguientes tres categorías¹⁴⁶:

- **Estado de ánimo enojado e irritabilidad que se manifiesta con:**
 - Frecuentemente pierde la calma.
 - Se molesta con facilidad o es muy susceptible
 - Frecuentemente está enfadado y resentido.

- **Comportamiento argumentativo y actitud desafiante**
 - Discute a menudo con la autoridad o con las personas adultas
 - Molesta a los demás deliberadamente
 - Culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento.
 - Desafía activamente o rechaza satisfacer la petición establecida por las figuras de autoridad y/o en las normas de convivencia.

- **Comportamiento vengativo**
 - Muestra una actitud rencorosa o vengativa en situaciones de relación social.

Además es importante considerar lo siguiente¹⁴⁷:

En niños y niñas menores de cinco años se debe valorar la definición diagnóstica cuando: se presentan 4 o más de las manifestaciones clínicas citadas, casi todos los días durante un periodo al menos seis meses, afectando el funcionamiento familiar, social y/o académico en grado significativo.

En los niños y niñas mayores de cinco años se debe valorar la definición diagnóstica cuando: se presentan 4 o más de las manifestaciones clínicas citadas, por lo menos una vez por semana durante al menos seis meses afectando el funcionamiento familiar, social y/o académico en grado significativo.

Es importante reiterar, que este trastorno se presenta con mayor frecuencia alrededor de los 8 años¹⁴⁸.

2.2.2. TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE (CIE-10 F63.81)

¹⁴⁶ Americana, A. P. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA.

¹⁴⁷ Americana, A. P. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA.

¹⁴⁸ Vásquez, J. et al. (2010). Guía clínica para el trastorno negativista desafiante. México: Secretaría de Salud. © Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 85 de 121

d.1. Definición

El trastorno explosivo intermitente (TEI) se caracteriza por episodios recurrentes de comportamientos agresivos, impulsivos, no premeditados y que son desproporcionados respecto al factor o factores causantes que afectan individual y colectivamente¹⁴⁹.

d.2. Factores de riesgo¹⁵⁰

- Antecedentes de trastorno explosivo intermitente en familiares en primer grado de consanguinidad.
- Maltrato infantil
- Exposición a traumas como accidentes y desastres naturales
- Vínculo afectivo entre cuidadores- niño o niña débil o ausente.

d.3. Manifestaciones clínicas (signos y síntomas)

Se identifica en niños y niñas mayores de 6 años mediante:

- A. Arrebatos recurrentes que se manifiestan por la presencia de al menos uno de los siguientes comportamientos:
 - Agresión verbal (berrinches, diatribas, disputas verbales o peleas) o agresión física contra la propiedad, animales u otros individuos, en promedio dos veces por semana, durante un periodo de tres meses. La agresión física no provoca daños ni destrucción de la propiedad
 - Tres arrebatos en el comportamiento que provoquen daños o destrucción de la propiedad o agresión física a animales u otras personas en los últimos doce meses.
- B. La magnitud de la agresividad expresada durante los arrebatos recurrentes es intensa.
- C. Los arrebatos agresivos recurrentes no son premeditados (es decir, son impulsivos o provocados por la ira) ni persiguen ningún objetivo tangible (dinero, poder, intimidación).
- D. Los arrebatos agresivos recurrentes provocan un marcado malestar en el individuo, alteran su rendimiento o sus relaciones interpersonales.

3. TRASTORNOS DEL SUEÑO

¹⁴⁹ Zapata, J. P. & Palacio, J. D. (2016). Trastorno explosivo intermitente: un diagnóstico controversial. Revista Colombiana de psiquiatría, 45(3), pp. 214-223.

¹⁵⁰ Zapata, J. P. & Palacio, J. D. (2016). Trastorno explosivo intermitente: un diagnóstico controversial. Revista Colombiana de psiquiatría, 45(3), pp. 214-223.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 86 de 121

e.1. Definición

La identificación de los problemas del sueño en los niños y adolescentes es importante ya que existe evidencia del impacto que estos tienen en el desarrollo físico, cognitivo, emocional y social. Conllevan a una afectación no solo del niño o niña que lo presenta sino de su entorno familiar y social¹⁵¹. Los trastornos del sueño se presentan en el 25% de niños y niñas. Generalmente se pueden resolver en el primer nivel de atención mediante la intervención conductual y resolver de manera pronta antes de los 3 años sin embargo en algunos casos el problema del sueño pueden prolongarse después de esa edad.

A pesar de las muchas formas en que los niños y niñas pueden experimentar problemas para dormir, la mayoría presentarán una o más alteraciones dentro de las siguientes categorías:

- Dificultad para iniciar o mantener el sueño
- Somnolencia diurna excesiva
- Ronquidos u otros problemas respiratorios durante el sueño
- Movimientos o comportamientos anormales antes o durante el sueño.

Debido a que existe una clasificación extensa de estos trastornos, se pretende, en este apartado establecer un abordaje general y posteriormente revisar los trastornos del sueño más comunes en la población pediátrica con el fin de que la persona profesional de salud pueda orientar a las familias en la prevención y abordaje de estos trastornos. Dichos trastornos son:

- **Trastorno de sueño no orgánico.** Según la CIE-10 los trastornos del sueño no orgánicos se caracterizan por una cantidad o calidad insatisfactoria del sueño que persiste por un periodo considerable. Comprende dificultades para la conciliación del sueño, dificultades para mantenerse dormido o dormida y despertar precoz en la fase final del sueño. Incluyen:
 - Insomnio no orgánico (CIE-10 F51.0)
 - Parasomnias dentro de las que se incluyen:
 - Sonambulismo (CIE-10 F51.3)
 - Terrores del sueño (CIE-10 F51.4)
 - Pesadillas (CIE-10 F51.5).
- **Trastorno del sueño orgánico que incluye en otros:**
 - Apnea e hipopnea obstructiva del sueño (CIE-10 G47.33)
 - Apnea central de tipo idiopática (CIE-10 G47.31)

¹⁵¹ Valderrama, E. B. & Herrero, C. M. (2014). Trastornos del sueño en la infancia. Clasificación, diagnóstico y tratamiento. Anales de Pediatría Continuada, 12(4), pp. 175-182.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 87 de 121

- Síndrome de las piernas inquietas (CIE-10 G25.81).

e.2. Factores de riesgo

Intrínsecos

- Temperamento.
- Problemas médicos crónicos.
- Preferencias circadianas por dormir (niños que se levantan muy temprano o los que requieren siesta diurnas y se duermen tarde en la noche).
- Discapacidades del neurodesarrollo o trastornos de ansiedad.
- Hiperexcitación.
- Factores genéticos.

Extrínsecos

- Dificultad de los padres o cuidadores para establecer límites claros tanto durante el día como a la hora de acostarse.
- Alojamiento que requieren que un niño comparta una habitación con un hermano, padre o miembros adicionales de la familia que residen en el hogar.
- Violencia doméstica.
- Problemas de salud mental de los padres o de la persona cuidadora.

e.3. Manifestaciones clínicas (signos y síntomas)

Los síntomas ocurren al menos 3 veces por semana, con persistencia de manifestaciones por 3 meses o más y se produce deterioro significativo del funcionamiento en el niño o niña, el padre, la madre o las personas cuidadoras.

Trastorno del sueño no orgánico¹⁵²

- **Insomnio no orgánico (CIE-10 F51.0).** Dificultad reiterada de iniciar y/o mantener el sueño y/o la alteración en la calidad del sueño que ocurre a pesar de aplicar las condiciones óptimas para el sueño y que presenta consecuencias en el funcionamiento diario del niño y/o de la familia.
- **Parasomnias.** Se pueden manifestar como sonambulismo y terrores del sueño (terrores nocturnos):

¹⁵² Valderrama, E. B. & Herrero, C. M. (2014). Trastornos del sueño en la infancia. Clasificación, diagnóstico y tratamiento. Anales de Pediatría Continuada, 12(4), pp. 175-182.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 88 de 121

- **Sonambulismo (CIE-10 F51.3):** episodio en el que, sin ser completamente consciente, el niño o niña puede sentarse en la cama, caminar, correr, además de otras conductas aprendidas en vigilia, como abrir puertas. El niño o niña se encuentra dormido siendo difícil despertarlo. Si se le despierta presentan amnesia del episodio y confusión.
- **Terrores del sueño (CIE-10 F51.4):** episodios de llanto o grito con expresión de miedo o pánico, acompañado de taquicardia y sudoración, estando el niño o niña profundamente dormido. Al despertarse no recuerda lo sucedido.
- **Pesadillas (CIE-10 F51.5):** ensoñaciones desagradables que producen miedo, llegando a despertar al niño o niña. Al despertarse suelen recordar lo sucedido.

Trastorno del sueño orgánicos

- **Trastornos de la respiración como la apnea del sueño (CIE-10 G47.3)** principalmente la de tipo obstructiva asociada a hipertrofia de amígdalas y adenoides en la que, el niño o niña puede presentar ronquidos de intensidad variable, respiración oral, sueño inquieto, episodios de “suspiros” o respiración profunda hasta las pausas de la respiración durante el sueño. Como consecuencia de la dificultad respiratoria, el niño o niña puede asociar hiperactividad, impulsividad, agresividad, inatención, compromiso de funciones ejecutivas y bajo rendimiento académico¹⁵³.
- **Apnea central del sueño idiopática (CIE-10 G47.31).** Se caracteriza por la presencia de episodios repetidos de apnea e hypopnea durante el sueño causada por la variabilidad del esfuerzo respiratorio pero sin signos de obstrucción de las vías respiratorias.
- **Síndrome de piernas inquietas (CIE-10 G25.81).** Es un trastorno sensoriomotor caracterizado por una necesidad irresistible de mover las piernas durante el sueño, a menudo asociada a sensaciones molestas en las piernas o, con menor frecuencia, otras partes del cuerpo.

e.4. Criterios generales de abordaje

EBAIS: Consulta de Crecimiento y Desarrollo o Consultas de atención a la morbilidad

Detección

Ante consulta de la persona cuidadora respecto al patrón y hábitos de sueño del niño y la niña, la persona profesional en salud debe:

- **Realizar historia clínica con énfasis en:**

¹⁵³ Cortese, S. et al. (2017). Trastornos del sueño en niños y adolescentes: Una guía práctica. Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 89 de 121

- Identificación de la preocupación o preocupaciones manifestadas por la madre, padre o persona cuidadora respecto al sueño del niño o niña.
- Adquisición de habilidades del desarrollo.
- Identificación de condiciones médicas que pueden estar contribuyendo al problema del sueño, por ejemplo:
 - reflujo gastroesofágico
 - alteraciones dermatológicas, asma y alergias
 - obstrucción de la vía aérea
 - alteraciones del neurodesarrollo (ejemplo TDAH, TEA)
 - uso concomitante de medicamentos como Metilfenidato.
- Identificación de hábitos y patrones del sueño:
 - **Hábitos de sueño.** Presencia de rutinas a la hora de acostarse, ingesta diaria de cafeína, características del entorno para dormir (temperatura, nivel de ruido, etc.), uso de tecnología durante el día y previo a dormir.
 - **Patrones de sueño.** Duración habitual del sueño y el horario de sueño-vigilia. En caso de dudas por parte de las personas cuidadores respecto a este aspecto, se puede solicitar un **registro** del patrón y hábitos de sueño del niño o niña y completarlo durante un período 2 semanas (Anexo 10). Es importante además preguntar aspectos como:
 - Dificultad para iniciar o mantener el sueño.
 - Presencia de: somnolencia diurna excesiva, ronquidos u otros problemas respiratorios durante el sueño y/o movimientos o comportamientos anormales antes o durante el sueño.
- **Hacer examen físico completo.**
 - Observación del nivel de alerta del niño o niña, presencia de hiperactividad y/o irritabilidad, bostezos repetitivos, párpados caídos y respiración persistente por la boca o la respiración ruidosa sugestivo de obstrucción nasal.
 - Valoración de aumento excesivo de peso que asocian con un mayor riesgo de apnea obstructiva del sueño (AOS). La falta de crecimiento también puede ser una consecuencia de la AOS o de un trastorno médico crónico subyacente.
 - Rasgos dismórficos
 - Orofaringe:
 - micrognatia
 - retrognatia
 - paladar duro alto
 - anormalidades en la mordida
 - fascie adenoidea caracterizada por boca abierta, labio inferior agrandado, paladar duro alto, cara alargada, líneas de Dennie Morgan en párpado inferior, hundimiento en pómulos, mal oclusión dental (Figura 1).

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 90 de 121

Figura 1. Rasgos en hipertrofia adenoidea



Fuente. <https://www.cerya.com.mx/otorrinolaringologia/pediatras-en-monterrey.html>

- Cianosis o edema pueden sugerir insuficiencia cardíaca. El examen pulmonar puede sugerir enfermedad pulmonar crónica o enfermedad reactiva de las vías respiratorias.
- Descartar alteraciones neuromusculares como escoliosis, debilidad muscular.

Con base en los hallazgos proceder de la siguiente manera:

- Si por historia clínica y hallazgos en el examen físico se considera alta probabilidad de causa orgánica, por ejemplo: reflujo gastroesofágico, apnea obstructiva del sueño, alteración neurológica, dermatológica entre otros, referir a pediatría.
- Si al analizar el horario brindado por la persona cuidadora se sospecha:
 - Causa orgánica del problema del sueño referir a pediatría.
 - Causa no orgánica:
 - Brindar recomendaciones generales para la higiene del sueño (Anexo 9).
 - Programa consulta de seguimiento a los 2 meses.

Consulta de Seguimiento

- Niño o niña con mejoría: continuar intervención y continuar seguimiento rutinario.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 91 de 121

- Niño o niña sin mejoría:
 - Verificar implementación de las recomendaciones generales para la higiene del sueño. Si no hubo implementación, proceder nuevamente con la explicación. Si hubo implementación, sin mejoría, referir a Pediatría. Incluir la interpretación del “registro de hábitos y patrón de sueño” reportado por la persona cuidadora.

Consulta de Riesgo del Desarrollo de Pediatría o Pediatría General¹⁵⁴

Abordaje

En seguimiento a la referencia emitida por la persona profesional de medicina del EBAIS la persona profesional de pediatría debe:

- Revisar la historia clínica completa y completar de ser necesario (valore aspectos como con quién duerme, cuántas personas en la misma cama y cuántas en el mismo cuarto, entre otros).
- Determinar posibles causas orgánicas como reflujo gastroesofágico alteraciones dermatológicas, asma y alergias, obstrucción de la vía aérea y/o alteraciones del neurodesarrollo (ejemplo TDAH, espectro autista, ansiedad, uso concomitante de medicamentos como Metilfenidato).
- Realizar entrevista estructurada:
 - Para niños y niñas menores de 2 años aplique el Cuestionario breve Sueño en los niños y las niñas menores de 30 meses (Anexo 11).
 - Para niños y niñas mayores de 2 años aplique Entrevista estructurada BEARS para detección de los trastornos del sueño en niños y niñas mayores de 2 años (Anexo 12).

Con base en los hallazgos proceder de la siguiente manera:

Niño o niña menor de 2 años

¹⁵⁴ Este abordaje requiere hacer uso de consulta de 30 minutos. Aplique el Lineamiento Técnico LT.GM.DDSS.231021. Consulta riesgo del desarrollo para niñas y niños. Áreas de Salud, hospitales Periféricos y Regionales de la CCSS.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 92 de 121

- Si por historia clínica, hallazgos en el examen físico y resultados de las escalas, se considera alta probabilidad de causa orgánica, por ejemplo: reflujo gastroesofágico, apnea obstructiva del sueño, alteración neurológica, dermatológica entre otros, intervenir según protocolos vigentes.
- Si al analizar el horario brindado y/o mediante los resultados del Cuestionario breve Sueño en los niños y las niñas menores de 30 meses se sospecha causa no orgánica:
 - Brindar recomendaciones generales para la higiene del sueño (Anexo 9) y ofrecer recomendaciones específicas según trastorno del sueño identificado.
 - Programar consulta de seguimiento a los 2 meses.

Niño o niña mayor de 2 años

- Si por historia clínica, hallazgos en el examen físico y resultados de las escalas, se considera alta probabilidad de causa orgánica, por ejemplo: reflujo gastroesofágico, apnea obstructiva del sueño, alteración neurológica, dermatológica entre otros, intervenir según protocolos vigentes.
- Si en la Entrevista estructurada BEARS para detección de los trastornos del sueño en niños y niñas mayores de 2 años se presentan una o más respuestas afirmativas para un problema del sueño, completar entrevista con Escala de Bruni de Trastornos del sueño en niños y niñas (Anexo 13).
- Si se evidencia uno más trastornos del sueño de tipo no orgánico:
 - Brindar recomendaciones generales para la higiene del sueño (Anexo 9) e y ofrecer recomendaciones específicas según trastorno del sueño identificado.
 - Programar consulta de seguimiento a los 2 meses.

Recomendaciones específicas según trastorno del sueño

- a. **Presencia de insomnio.** Explicar a la persona cuidadora las intervenciones (Tabla 10).

Tabla 10. Técnicas conductuales sugeridas para el abordaje del insomnio

Técnica	Descripción
---------	-------------

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 93 de 121

Extinción con presencia de la persona cuidadora	El niño se coloca en la cama mientras está despierto, se acompaña hasta que se duerma. La persona cuidadora permanece en la habitación ejerciendo un efecto tranquilizador en el niño, pero proporcionando poca interacción.
“Fading” o “desvanecimiento de la hora de dormir	Esta técnica consiste en retrasar la hora de irse a dormir del niño cada vez más cerca de la hora objetivo de irse a dormir. La meta es que el niño desarrolle una asociación positiva entre estar en la cama y quedarse dormido rápidamente. Después la hora de irse a dormir puede ser adelantada gradualmente.
Horario de sueño	Establecer horarios regulares y adecuados para dormir y despertar, que proporcionen oportunidades adecuadas para el sueño.
Estrategias de relajación	Incluyen actividades de relajación como la respiración abdominal y masaje infantil.

Fuente. Cortese, S. et al. (2017)¹⁵⁵.

- b. **Presencia de parasomnias.** Explicar a la persona cuidadora las medidas de seguridad que se pueden aplicar en el hogar según sea necesario (Tablas 11 y 12).

Tabla 11. Medidas de seguridad para niños y niñas con parasomnia

<ul style="list-style-type: none"> • Eliminar objetos del dormitorio del niño o niña que puedan obstruir el paso. • Asegurar puertas y ventanas. • Colocar el colchón del niño en el suelo. • Si el niño duerme en los niveles superiores de la casa, considere hacer que el niño duerma en el primer piso de la casa para evitar caerse por las escaleras. • Considere instalar cerraduras y / o alarmas en ventanas y puertas. • Considere cubrir las ventanas con cortinas pesadas para reducir la luz que puede causar despertares.

Fuente. Cortese, S. et al. (2017)¹⁵⁶.

Tabla 12. Implementación de los despertares programados

<ul style="list-style-type: none"> • Solicitarle a la madre, padre o persona cuidadora que realice trate de identificar la o las horas en las que el niño o niña presenta la parasomnia. • Despertar al niño o niña 30 minutos antes del momento en que generalmente experimenta el terror, la pesadilla o el sonambulismo. • Si los episodios son frecuentes, recomiende despertarlo 30 minutos antes del primer episodio. • La manera de despertarlo debe ser suave con unas palmaditas y hablarle hasta que abra los ojos. • Después de que despierte, permítale dormir nuevamente.

¹⁵⁵ Cortese, S. et al. (2017). Trastornos del sueño en niños y adolescentes: Una guía práctica. Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines.

¹⁵⁶ Cortese, S. et al. (2017). Trastornos del sueño en niños y adolescentes: Una guía práctica. Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 94 de 121

- Repita la misma rutina cada noche hasta que el niño o niña logre dormir 7 noches consecutivas sin presentar los episodios de parasomnias.
- Luego de 7 días libres de parasomnias, proceda a repetir la rutina día por medio durante al menos un mes.
- Si en el transcurso de ese periodo, el niño o niña presenta nuevamente la parasomnia, repetir la rutina desde el inicio (puntos 1 al 7)
- Si luego de un mes el niño o niña no ha presentado episodios de parasomnias, se pueden suspender los despertares

Fuente. Cortese, S. et al. (2017)¹⁵⁷.

Consulta de Seguimiento

- Valorar la evolución clínica del niño o niña.
- Realizar examen físico completo.
- Verificar el cumplimiento de las recomendaciones.
- Si la causa probable es orgánica, verifique que esté recibiendo atención de la misma.
- **Si el niño o niña presenta resolución del problema de sueño:** continuar su seguimiento en consulta de crecimiento y desarrollo según normativa.
- **Si a pesar de las medidas implementadas, el niño o niña persiste con problemas del sueño:**
 - Revalorar con escala de sueño según edad (BISQ en menores de 2 años, SDSC en mayores de 2 años).
 - Según resultados brindar recomendaciones pertinentes.
 - Considerar indicación de medicación (Tabla 13).

En el caso de síndrome de piernas inquietas, algunos estudios indican una probable relación con niveles bajos de ferritina por lo que es importante revisar que el niño o niña cuente con un hemograma normal, de lo contrario indicarlo y en caso de documentar reducción en los niveles de hemoglobina proceder según normativa¹⁵⁸.

Tabla 13. Recomendaciones para indicación farmacológica en caso de trastorno del sueño

¹⁵⁷ Cortese, S. et al. (2017). Trastornos del sueño en niños y adolescentes: Una guía práctica. Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines.

¹⁵⁸ Chhangani, B. (2011). Pharmacology of sleep disorders in children and adolescents. *Pediatric Clinics*, 58(1), pp. 273-291.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 95 de 121

Se indicará el tratamiento en caso de que el niño o niña persista con dificultades del sueño a pesar de las medidas implementadas respecto a higiene del sueño. Las opciones disponibles a nivel institucional son las siguientes:

Medicamentos	Dosis
<p>Primera línea</p> <p>Hidroxizina Hidrocloruro 10 Mg/5 MI. Jarabe. Frasco con 180 MI o 200 MI o Hidroxizina Pamoato 10 Mg/ 5 MI** (**corresponde al clorhidrato de hidroxizina). Suspensión Oral. Frasco con 180 MI o 200 MI (sinónimo: hidroxizina biclorhidrato). (Código 25-7060).</p> <p>Hidroxizina Hidrocloruro 25 mg ó Hidroxizina Pamoato 25 mg, (sinónimo: hidroxizina biclorhidrato)</p> <p>Tableta con o sin ranura, con ó sin recubrimiento (25-0875).</p>	<p>HIDROXICINA¹⁵⁹⁻¹⁶⁰</p> <p>Dosis: Mayores de 2 años: 0.6mg/kg/dosis, una única dosis en la noche</p> <p>Dosis máxima: 2 a < 6 años: 12.5mg hora sueño. 6 a 12 años: 25mg hora sueño Mayores de 12 años: 100mg hora sueño</p>
<p>Segunda línea</p> <p>Difenhidramina Hidrocloruro 12.5 mg/ 5 mL, jarabe frasco con 100 mL A 120 mL, (Código 25-6680).</p> <p>Difenhidramina Hidrocloruro 50 mg tabletas ó cápsulas (Código 25-0525).</p>	<p>De 2 a 12 años: 1 mg/kg/dosis vía oral antes de acostarse, máximo 50 mg/dosis.</p> <p>En >12 años: 50 mg/dosis, antes de acostarse.</p>

Fuente. LOM¹⁶¹.

¹⁵⁹ Rivera Brenes, R. (2023). *Terapéutica pediátrica*.

¹⁶⁰ Kleinman, K., McDaniel, L., & Molloy, M. (2021). *Manual Harriet Lane de Pediatría: Manual para residentes de pediatría*. Elsevier Health Sciences.

¹⁶¹ Lista oficial de Medicamentos de la Caja Costarricense de Seguro Social.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>	
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 96 de 121

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 97 de 121

CONTACTO PARA CONSULTAS

Área de Atención Integral a las Personas. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. Programa de Normalización de la Atención del Niño y la Niña correo: amatas@ccss.sa.cr

VALIDACIÓN DEL MANUAL

El proceso de validación del Manual (Módulo 2) supuso dos fases. La primera implementada a través de dos sesiones virtuales con representantes de la Red de Servicios institucional con formación en: Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina General, Enfermería Obstétrica, Psicología, Enfermería en Salud Mental, Pediatría, Enfermería General.

La segunda fase, implementada a través de solicitud escrita de validación, se realiza con representantes de las Coordinaciones Nacionales de Disciplinas de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. La lista de participantes de ambas fases se incluye en la contraportada de este documento.

La metodología aplicada para la primera fase fue por criterio de experto, en la cual se emplea una encuesta de validación estructurada en línea. Cada persona funcionaria lee el documento que se le entrega, valora numéricamente cada apartado según su juicio, anota sobre el documento cualquier observación. Si hace una sugerencia de modificación de fondo y, le es posible, sugiere fuentes que pueden consultarse al respecto.

La encuesta contó con un total de 40 preguntas, respecto a cada una se aplicó una escala que se organiza del 1 al 9. Una puntuación de 1 significa que el componente es extremadamente inapropiado, un 9 significa que el componente es extremadamente apropiado, y una puntuación de 5 indica que los riesgos y beneficios son aproximadamente iguales. La escala de valoración propuesta es la siguiente.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 98 de 121



Cuando el experto asigna una calificación de 6 o menos debe agregar una propuesta de cambio sobre el documento o en el espacio de comentario y aportar sustento bibliográfico para que sea más fácil para el grupo que analiza los resultados del consenso poder realizar los cambios pertinentes. Para hacer la valoración cuantitativa de cada apartado se sugiere a cada experto considerar los siguientes factores:

- **Balance entre beneficios y riesgos:** se tomó en cuenta el riesgo basal de la población a la que va dirigida el documento y el efecto tanto en términos relativos como absolutos de las intervenciones que se sugieren.
- **Calidad de la evidencia científica:** el contenido del documento es coherente con la evidencia científica, económica, social e institucional disponible por Usted hasta el momento.
- **Valores y preferencias:** la incertidumbre sobre los valores y preferencias de la población a la cual va dirigido el documento es otro de los factores que ha tenido en cuenta.
- **Costos:** las intervenciones que se sugieren según su experiencia y conocimiento mantienen un equilibrio costo-beneficio.

Los resultados obtenidos en la primera fase de validación se analizan y se promedia la valoración del panel de expertos para definir si se llega o no al consenso. Se alcanza consenso cuando el promedio de las validaciones para cada apartado alcanza una puntuación entre 7 y 9 puntos. Los apartados que no alcanzan esta puntuación requieren de una segunda validación.

Con base en lo anterior, los resultados de la primera fase validación indican que se obtiene el consenso. Se reciben calificaciones para todos los apartados que se ubican entre 8.31 y 8.65 del total de nueve puntos, lo cual alude a que según la perspectiva del grupo de validadores el contenido de todos los apartados del documento es muy apropiado.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 99 de 121

Por su parte, la metodología aplicada para la segunda fase de validación consiste en someter el documento con los ajustes derivados de la primera fase, a la revisión de los representantes de las coronaciones nacionales por disciplina. Las observaciones que estos indican son integradas al documento.

INDICADORES DE EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL MANUAL

Dado que el Manual describe intervenciones que la institución debe fortalecer e impulsar, la definición de indicadores para valorar su avance es de suma importancia. En este sentido, vale mencionar que la propuesta de indicadores siguiente más que monitorear el manual como documento normativo permite valorar el avance de las intervenciones en la práctica institucional. Para el diseño de los indicadores vinculados con la atención de niños y niñas con alteraciones del neurodesarrollo y comportamiento se utiliza la clasificación con mayor uso internacional¹⁶² que los agrupa en:

- Estructurales o de habilitación que refieren a las condiciones macro necesarias para que el proceso a evaluar funcione (estructura de la oferta, estructura de la demanda, entre otros).
- De proceso. Que refieren a la evaluación del encuentro ente la oferta y la demanda, incluyendo la calidad, eficiencia, eficacia, entre otras. Estos indicadores pueden ser tanto de cantidad, calidad como de costos.
- De resultado. Vinculados con la producción cuantitativa, los resultados intermedios y los resultados de impacto. Tienen como condición que los procesos se encuentren organizados y en marcha, sin esta condición no es posible aplicar indicadores de impacto.

Considerando lo anterior, indicadores que pueden tomarse en cuenta durante la fase de desarrollo y consolidación de las intervenciones vinculadas con la atención de niños y niñas con alteraciones del neurodesarrollo y comportamiento a nivel institucional son los de proceso, entre los cuales destacan los siguientes.

¹⁶² Chacón, H. (2017). Conferencia. Indicadores en salud: concepto y metodología para su definición. Sesión de trabajo. Manuscrito no publicado.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 100 de 121

Nombre	Descripción	Tipo (qué indica)	Fórmula	Fuente de información (evidencia)	Periodicidad sugerida
1. Número de establecimientos de salud con Consulta de Riesgo del Desarrollo agendada	Nº total de establecimientos de salud con Consulta de Riesgo del Desarrollo agendada	Indicador de proceso (números absolutos)	Sumatoria de establecimientos con consulta de riesgo del desarrollo agendada	Cubos AES-CCSS	Anual
2. Total de niños y niñas en consulta al año según diagnóstico y establecimiento de salud	Nº total de niños y niñas en consulta al año según diagnóstico y establecimiento de salud	Indicador de proceso (números absolutos)	Sumatoria de personas en consulta	Cubos AES-CCSS	Anual

La lista de indicadores presentada no es exhaustiva, sin embargo, permite generar una línea base institucional para el seguimiento de la evolución de las intervenciones. Como pasos siguientes, cada equipo debe generar nuevos indicadores que permitan visibilizar el impacto tanto de la gestión del trabajo en equipo como de las intervenciones articuladas en red con la participación de la persona, la familia y la comunidad, en aras de disponer de más información respecto a la puesta en marcha del enfoque centrado en la persona, el trabajo en red, la atención integral e integrada y la atención compartida entre niveles y equipos de salud.

ANEXOS Y REFERENCIAS

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 102 de 121

ANEXOS

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 103 de 121

Anexo 1. Oficio Aval Gerencia Médica



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Gerencia Médica
Teléfono: Directo 2539-0921 - 25390000 ext. 7600 / 8253
Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

GM-18374-2023
14 de diciembre de 2023

Señores (as)
Directores de Sede
Directores (a) de Redes Integradas Prestación de Servicios de Salud
Directores (as) Generales de Hospitales Nacionales y Especializados
Directores (as) Generales de Hospitales Regionales y Periféricos
Dirección (as) Médicos de Área de Salud
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

ASUNTO: MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y EL COMPORTAMIENTO. RED DE SERVICIOS C.C.S.S. MÓDULO 2. CÓDIGO MP.GM.DDSS.121223. VERSIÓN 01.

Estimado(a) doctor(a):

Saludos cordiales. Se informa para su conocimiento de aval al "Manual de Procedimientos Atención al Niño y Niña con Trastornos del Neurodesarrollo y el Comportamiento. Red de Servicios C.C.S.S. Módulo 2. Código MP.GM.DDSS.121223. Versión 01". El cual tiene como propósito:

- Definir el proceso de atención a niños y niñas con **Trastorno por Déficit de Atención, Sospecha de Trastorno de Comportamiento, Trastorno Opositor Desafiante, Trastorno Explosivo Intermitente y Trastornos del Sueño.**

El proceso de diseño implicó la revisión de la evidencia científica en cada tema, la consulta a expertos y la validación por parte de las personas funcionarias de la institución responsables de la atención a niños y niñas.

Se agradece la socialización del mismo a todas las personas que participan en los procesos de atención a niñas y niños en la red de servicios institucional.

Sin otro particular, suscribe.
Atentamente,

GERENCIA MÉDICA

WILBURG ALONSO DIAZ CRUZ
(FIRMA).
Fecha: 18/12/2023 08:51:12 AM

Dr. Wilburg Díaz Cruz
Gerente a.i.

WDC/AJNR/JBC/Rosamelia
Estudio y redacción: Dra. Jeanina Balma Castillo, Revisión Técnica: Dra. Ana Jessica Navarro Ramírez

C: Archivo

Referencia: (2901-47686-23)

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 104 de 121

Anexo 2. Recomendaciones para potenciar las funciones ejecutivas

Las siguientes son recomendaciones que se pueden aplicar en el escenario educativo y el hogar:

- Hacer tareas contratiempo, por ejemplo: “vamos a jugar al juego del tiempo: en 10 minutos tienes que vestirme y lavarte los dientes” o “En 7 minutos vamos a dibujar dos animales”.
- Realizar juegos de emparejar y organizar: colores, tamaños, figuras geométricas.
- Jugar de armar rompecabezas.
- Contar historias imaginadas o que se recuerdan de un libro leído.
- Ver una película o leer un cuento y pensar en finales alternativos “¿Qué hubiera pasado si...?”
- Jugar a realizar dramatizaciones o simulaciones de personajes de cuentos, por ejemplo “voy a ser un pirata”.
- Aplicar técnicas de relajación como: respiración profunda, ejercicios de yoga o movimientos repetitivos. Ver otros ejemplos en el siguiente enlace: <https://psicologiamente.com/desarrollo/tecnicas-autocontrol-emocional-ninos>).
- Jugar a organizar la habitación: acomodar los libros, ordenar la mesita o escritorio, ordenar la mochila, acomodar el estuche o cartuchera, acomodar la ropa.
- Jugar a aprender algo nuevo, por ejemplo, a pintar, a tocar un instrumento, a cantar una canción, a recitar una poesía o trabalenguas, a decir una adivinanza, entre otros.
- Jugar en compañía de la persona cuidadora de cocinar repasando los pasos a seguir y la cantidad de ingredientes).



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 105 de 121

Anexo 3. ESCALA DE PUNTUACION DE SWANSON, NOLAN AND PELHAM (SNAP) – IV¹⁶³ PARA NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 5 AÑOS

Swanson, J.M., Kraemer, H.C., Hinshaw, S.P., Arnold, L.E., Connors, C.K., Abikoff, H.B., et al.

Para ser llenada por la madre, padre o persona cuidadora principal y la docente a cargo.

Nombre del niño(a) _____ Sexo: F () M ()

Nivel educativo _____

Persona que completa el cuestionario: Docente a cargo del grupo () Familiar responsable ()

Parentesco con el niño(a) _____ (solo se anota en el instrumento que llena el familiar responsable).

Período de observación considerado en la aplicación: Último mes () Último año () Desde los 5 años hasta ahora ()

Este cuestionario incluye preguntas acerca del comportamiento habitual del niño o niña en el centro educativo y en la casa. Las habilidades de atención de un niño(a) pueden cambiar a medida que crece y se desarrolla. Por ello, responda considerando lo que usted observa en el niño o niña, con el fin de identificar las áreas en que debe apoyársele.

Para cada ítem marque una equis (X) en la respuesta que usted considera describe mejor el comportamiento habitual del niño o niña. Si tiene dudas o no comprende alguna de las preguntas o tiene dudas acerca de la manera de responder por favor consulte al personal docente o al profesional de salud que le pidió llenar el cuestionario.

CONDUCTA POR OBSERVAR EN EL NIÑO O NIÑA		ESCALA DE RESPUESTA			
		No se presenta	Se presenta poco	Se presenta bastante	Se presenta mucho
BLOQUE 1					
1	Frecuentemente no presta atención suficiente a los detalles o tiene descuidos en los trabajos escolares o en otras tareas.				
2	Frecuentemente tiene dificultad para permanecer atento en juegos o tareas.				
3	Frecuentemente parece que no escucha cuando le hablan.				
4	Frecuentemente no sigue bien las instrucciones para poder finalizar una actividad o tarea escolar o tareas que se le encomiendan.				
5	Frecuentemente tiene dificultad para ordenar las cosas.				
6	Frecuentemente evita o no le gusta o se niega a aceptar tareas que exigen un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo, deberes o tareas en casa).				
7	Frecuentemente pierde materiales necesarios para hacer sus tareas (por ejemplo, libro de deberes, juguetes, lápices, cartuchera u otros).				
8	Frecuentemente se distrae por cualquier ruido o cosas que ocurren a su alrededor.				
9	Frecuentemente es olvidadizo con las tareas diarias.				
TOTAL DEL PRIMER BLOQUE (suma)					
PROMEDIO DEL PRIMER BLOQUE					
BLOQUE 2					

¹⁶³ En todas las ocasiones para cada niño o niña se llenan dos escalas, una debe ser llenada por el docente a cargo del grupo (responsable de grado) y, la otra, por el cuidador responsable, que es la persona que pasa la mayor parte del tiempo con el niño o niña cuando está en la casa, quien este con él o ella en la rutina diaria.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 106 de 121

10	Frecuentemente mueve los dedos o los pies o se mueve en la silla cuando está sentado.				
11	Frecuentemente se levanta de su asiento o se mueve en la silla cuando está sentado.				
12	Frecuentemente da vueltas o se columpia en exceso en situaciones en las que esta actitud no es apropiada.				
13	Frecuentemente tiene dificultades para jugar o hacer actividades en silencio.				
14	Frecuentemente se mueve muy rápidamente, "como si tuviera un motor".				
15	Con frecuencia habla en exceso.				
16	Frecuentemente responde antes de que haya terminado la pregunta.				
17	Frecuentemente tiene dificultad para esperar el turno.				
18	Frecuentemente interrumpe o se inmiscuye en las cosas de los demás (por ejemplo, se entromete en una conversación o en un juego).				
TOTAL DEL SEGUNDO BLOQUE (suma)					
PROMEDIO DEL SEGUNDO BLOQUE					
PROMEDIO FINAL DE LA ESCALA					

Nota. El personal docente o la persona cuidadora que llenan la escala no deben llenar los espacios donde se indica TOTAL o PROMEDIO. Estos espacios serán completados por el personal de salud.

RECOMENDACIONES BASADAS EN LOS RESULTADOS DE LA ESCALA

- Si al llenar este formulario la conducta del niño se ubica en las columnas de “*Se presenta bastante*” y/o “*Se presenta mucho*” puede ser indicativo de que le niño presenta una alteración en su neurodesarrollo y comportamiento por lo cual, se la persona docente a cargo debe iniciar un proceso de intervención pedagógica que implica:
 - Un periodo de observación de la conducta del niño o la niña **no menor a las 10 semanas**.
 - Constatar que los problemas de *falta de atención, impulsividad y/o hiperactividad* no se asocian con: **aspectos ambientales** (particularmente situaciones de violencia o riesgo en los entornos domiciliario o educativo, en cuyo caso se deben aplicar los procedimientos y/o protocolos establecidos para este fin) o **del proceso de enseñanza** que se resuelven con la implementación del diseño universal para el aprendizaje (DUA) y la aplicación de apoyos educativos (personales, organizativos, materiales/tecnológicos y curriculares).
 - Aplicar plan del apoyo en el área conductual según se establezca en los protocolos internos del centro educativo.
 - Elaborar referencia al personal de salud (EBAIS o Consulta de Riesgo del Desarrollo del Área de Salud) en aquellos casos que luego de las 10 semanas de observación se concluya que el comportamiento del niño o niña es sugestivo de inatención, hiperactividad o impulsividad frecuente; se evidencie que este comportamiento se presenta de manera consistente en el escenario educativo y familiar y, que el plan de apoyo en el área conductual aplicado por al menos 8 semanas arroja resultados de **no evolución positiva** en la conducta de la persona estudiante.
 - La referencia debe contener la siguiente información básica: nombre completo de la persona estudiante, número de identificación, dirección exacta de su domicilio, nombre completo del centro educativo donde está matriculada la persona estudiante, números de teléfonos de padre y madre o persona encargada, nombre completo de padre y madre o persona encargada, motivo de referencia (descripción de la situación conductual que está presentando la persona estudiante y herramientas utilizadas para identificarla), indicar brevemente en qué consistió el Plan conductual y los resultados obtenidos, finalmente, anotar el nombre completo del profesional que hace la referencia, cargo y lugar de trabajo.
 - El documento de referencia debe ser conciso, claro y no exceder las dos páginas de extensión. En la medida de lo posible que su extensión sea de una página.
 - Al documento de referencia se le debe adjuntar el formulario de la Escala de puntuación de Swanson, Nolan y Pelham (SNAP) – IV para niños y niñas mayores de 5 años, debidamente llena, uno hecho por la madre, padre o persona encargada y otro por el docente a cargo de la persona estudiante.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 107 de 121

Anexo 4. Modificaciones en la alimentación en caso de efectos adversos de la medicación en los casos de niños y niñas con trastorno por déficit de atención¹⁶⁴⁻¹⁶⁵⁻¹⁶⁶

Previo al inicio del tratamiento se debe realizar medición de peso, talla, presión arterial y frecuencia cardiaca del niño o niña.

Efectos adversos	Estrategias sugeridas
Disminución del apetito	<ul style="list-style-type: none"> Ofrecer el medicamento durante o después de las comidas, en lugar de antes de las comidas. Nunca antes de las comidas. Si la pérdida de apetito se presenta más en el escenario educativo, incrementar el consumo de alimentos durante los tiempos de comida que realiza en el hogar.
Crecimiento deficiente (ganancia deficiente en peso y talla)	<ul style="list-style-type: none"> Si la pérdida de peso es motivo de preocupación clínica: recomendar que el metilfenidato se ingiera durante o después de las comidas, en lugar de antes de las comidas. Si el niño o niña presenta baja talla o baja talla severa, considerar una interrupción planificada en el tratamiento, por ejemplo, durante las vacaciones de la escuela. Es importante realizar mediciones de control: <ul style="list-style-type: none"> Medir la talla cada 6 meses Medir el peso cada 3 meses en ≤ de 10 años y cada 6 meses en > de 10 años.
Alteraciones en el sueño ¹⁶⁷	<ul style="list-style-type: none"> Promover que los niños y niñas de 6 a 13 años duerman de 9 a 11 horas diarias. Crear una rutina que se aplica todas las noches antes de acostarse. La misma puede incluir actividades como: <ul style="list-style-type: none"> Comida en familia Aseo y limpieza del cuerpo Ponerse la ropa para dormir Lavado de los dientes Acostarse siempre a horas similares Leer una historia o cuento corto Masaje Infantil Dormirse Limitar la utilización de dispositivos como: tabletas, televisión, celulares, entre otros al menos una hora antes de dormir. No colocar televisores en el dormitorio del niño o niña. No usar pantallas (televisor, tabletas, entre otros) horas antes de acostarse¹⁶⁸

¹⁶⁴ Krull, K. & Chan, E. (2023). Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents treatment with medications. Form: https://www-uptodate-com.binasss.idm.oclc.org/contents/attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-children-and-adolescents-treatment-with-medications?sectionName=Managing%20stimulant%20adverse%20effects&search=trastorno%20de%20deficit%20de%20atencion&topicRef=623&anchor=H2166605&source=see_link#H2166605

¹⁶⁵ National Institute for Health and Care Excellence (NICE) guidelines.

¹⁶⁶ Krull, K. & Chan, E. (2023). Pharmacology of drugs used to treat attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents - UpToDate (oclc.org)

¹⁶⁷ Asociación Española de Pediatría. (2021). Manual de Nutrición. (1ª ed.). España.

¹⁶⁸ Asociación Española de Pediatría. (2021). Manual de Nutrición. (1ª ed.). España.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 108 de 121

Dolor de estomago	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer el medicamento durante o después de las comidas, en lugar de antes de las comidas. Nunca antes de las comidas. • Ofrecer el medicamento después de las comidas o meriendas • Realizar cinco tiempos de comida al día (desayuno, almuerzo, cena y dos meriendas) en horario regular.
Dolor de cabeza	<ul style="list-style-type: none"> • Limitar el uso de pantallas con fines recreativos a no más de dos horas al día. • Promover higiene del sueño y consumo de agua. • Si el dolor de cabeza es recurrente y afecta el funcionamiento del niño o niña debe consultar al médico

Recomendaciones alimentarias relacionadas con efectos adversos durante el tratamiento farmacológico en casos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad¹⁶⁹⁻¹⁷⁰⁻¹⁷¹

- Ofrecer alimentos naturales, frescos, sin preservantes, ni colorantes.
- Recomendar meriendas saludables en la mañana y la tarde o la noche, preparadas en casa y presentadas de manera atractiva para el niño o niña.
- Limitar la utilización de dispositivos como: tabletas, televisión, celulares, entre otros, durante los tiempos de comida.
- Realizar cinco tiempos de comida al día (desayuno, almuerzo, cena y dos meriendas) en horario regular.
- Evitar el consumo de productos procesados o ultra procesados, por ejemplo: bebidas carbonatadas (regulares o light), jugos, embutidos, confites o productos procesados con colorantes, azúcar, sal o grasas.
- Ofrecer los alimentos que más le gusten al niño o niña a la hora del almuerzo.
- No forzar el consumo de alimentos.
- No usar los alimentos como premio o castigo.
- Promover que todos los tiempos de comida ocurran en un ambiente tranquilo. Recordar que deben evitarse al máximo las discusiones o altercados vinculados con el apetito del niño o niña durante los momentos de comida.
- Promover el consumo diario de frutas de temporada en trozos o enteras.
- Ofrecer diversas preparaciones que incluyen vegetales (ayote tierno, zanahoria, espinacas, brócoli, entre otras) de temporada en forma diaria.
- Promover el consumo de arroz con leguminosas (frijoles, garbanzos, lentejas, alverjas), pastas, fideos o macarrones, de ser posible diariamente.
- Consumir carne (res, pollo, pescado) o huevo.
- Promover el consumo de agua.
- Limitar el consumo de café, té y bebidas carbonatadas.

¹⁶⁹ Gonzalez, O. & Expósito, H. (2020). Alimentación del niño preescolar, escolar y del adolescente. *Pediatr Integral*; XXIV (2): pp. 98 – 107.

¹⁷⁰ Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Manual de Procedimientos para la Atención Integral del Niño y la Niña. Primer Nivel de Atención. MP.GM.DDSS.220216 Versión 01. San José, Costa Rica.

¹⁷¹ Asociación Española de Pediatría. (2021). Manual de Nutrición. (1ª ed.). España.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 109 de 121

Anexo 5. Recomendaciones para la crianza positiva

A. Proporcione calidez (amor, afecto, respeto, empatía con lo que está sintiendo el niño o niña). Para ello:

- Busque espacios para la diversión juntos
- Dígalos con frecuencia “te quiero”
- Demuestre que usted confía en él o ella
- Reconozca sus esfuerzos y logros
- Muéstrela que es amado o amada, aunque algo salga mal
- Use expresiones de cariño como abrazos, palmaditas, besos, entre otros
- Escúchelos con paciencia y amor
- Use palabras positivas cuando le da instrucciones o cuando le corrige.



B. Proporcione estructura

- Proporcione instrucciones claras.
- Aplique reglas de convivencia consensuadas entre las personas cuidadoras.
- Apóyelo a alcanzar sus metas.
- Favorezca el pensamiento independiente.
- Asigne deberes según edad del niño o niña.
- Ejemplos:



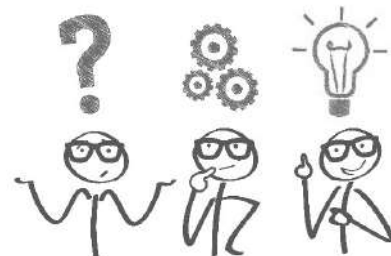
- Prepare a su hijo o hija a situaciones nuevas o difíciles conversando que podríamos esperar
- Explique siempre la razón de las reglas y el motivo de por qué hay que cumplirlas (sin amenazas).
- Explique las consecuencias de sus actos
- Controlando la ira, enojo
- Bríndeles información para la toma de buenas decisiones
- Fomente el diálogo
- No use el castigo físico, amenazas de privarlos de su amor, no asustarlos con monstruos, inyecciones, entre otros.

¡Siempre debemos ser modelos positivos para nuestros niños y niñas!

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 110 de 121

C. Enséñele a solucionar un problema

- Identifique los pensamientos negativos del niño o niña: trate de que los sustituya por pensamientos positivos.
- Ayúdele a expresar lo que está sintiendo en ese momento.
- Cuando dice "¡no!" Podría estar tratando de decir:
 - "No me gusta eso"
 - "No quiero dejarlo"
 - "Yo quiero eso"
 - "Yo quiero elegir mi propia ropa"
 - "Estoy frustrado(a)".



Trate de comprender qué le quiere decir en cada ocasión.

- Dígale a su hijo o hija que usted está dispuesto o dispuesta a escucharle.
- Respete los sentimientos de su hijo o hija:
 - Ayúdele a traducir sus sentimientos a palabras.
 - Exprésele que usted también a veces se siente de esa manera.
 - No le castigue o grite por estar enojado, triste o con miedo. Sea paciente.



- Enséñele a aceptar las cosas que no se pueden cambiar.
- Ante el enojo dígale que tome un tiempo para tranquilizarse. También puede enseñarle técnicas de relajación y de respiración.
- Cuando su hijo o hija esté tranquilo, ayúdele a buscar soluciones a la situación que lo enojó o frustró.
- Enséñele a pedir perdón cuando sea necesario y a corregir sus faltas.

¡Siempre debemos ser modelos positivos para nuestros niños y niñas!

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 111 de 121

D. Promoviendo la flexibilidad cognitiva

¿Qué es ser flexible?



Flexi: muñeco hecho de plastilina suave
Imagen de Mabel Freixes

Ser flexible como "Flexi" es que:

- Me adapto a los cambios sin enojarme
- Comprendo que hay situaciones inesperadas
- Acepto los imprevistos sin enojarme
- Analizo las alternativas y posibilidades
- Sé perder, aunque me enfade un poquito
- Me puedo equivocar y cometer errores.

¿Qué es no ser flexible?



Kokorroca: muñeco hecho de piedra
Imagen de Mabel Freixes

No ser flexible como "Kokorroca" es que:

- No me adapto a los cambios y me enojo
- No comprendo que hay situaciones inesperadas
- No acepto los imprevistos y me enojo
- No analizo alternativas
- No sé perder
- Me enojo al equivocarme

¿Cómo podemos aprender qué es ser flexible?

Actividad 1. Tocando texturas flexibles y rígidas y contestando las preguntas: ¿cómo son y en que son diferentes? Por ejemplo los siguientes objetos:

Flexible. Plastilina



Rígido. La piedras.



Flexible. Tiras moldeables



Rígido. Un tubo de metal.



Actividad 2. Muestrele al niño o niña las formas en las que el agua puede cambiar (líquida, sólida, gaseosa).

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 112 de 121

Actividad 3. Ser flexible es saber perder: Explíquelo al niño o niña que no importa que se enoje un poquito, unas veces se gana otras se pierde.

Dígale al niño o niña que escriba o dibuje una situación cuando perdió y otra cuando ganó. Cuando tenga los dibujos listos conversen de que a pesar de que vivió ambas cosas “sigue siendo él o ella misma y no le pasó nada”. Enfatice que lo importante es participar y compartir.



Ser como Flexi

He ganado:

He perdido:

Actividad 4. Ser flexible es cometer errores, equivocarnos.

Repase con su hija o hijo errores que usted como persona adulta ha cometido, por ejemplo: -Yo le eché sal al café en lugar de azúcar, se me quemó el arroz cuando cocinaba, se me olvidó echarle aceite al carro. Luego pregúntele si el o ella ha cometido algún error. Conversen de que todas las personas nos equivocamos y que poco a poco vamos aprendiendo a hacer las cosas.

Actividad 5. Practique con su hijo o hija mejorar la flexibilidad.

Diga: Voy a decir nombres de animales que vuelan a ver si están bien o mal, dentro de la lista diga animales que **NO vuelan** para que el niño o niña lo descubra y el corrija. Descubran juntos el error y conversen de que todas las personas nos equivocamos y que poco a poco vamos aprendiendo.

¡Siempre debemos ser modelos positivos para nuestros niños y niñas!

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 113 de 121

Anexo 6. Lista de Verificación de Síntomas Pediátricos¹⁷²

La Lista de verificación de síntomas pediátricos (PSC por sus siglas en inglés) es cuestionario de 17 preguntas que se aplica para la detección y el tratamiento de problemas psicosociales en niños y niñas a partir de los 4 años. Se aplica a la persona cuidadora y según las respuestas de esta se marca con una X la respuesta ofrecida.

Ítems	Indique cual síntoma describe mejor al niño o niña (Marque con una equis (X))			Para uso del profesional		
	Nunca (0)	Algunas veces (1)	Frecuentemente (2)	I	A	E
1. Se siente infeliz						
2. Se siente sin esperanzas						
3. Se siente mal de sí mismo o misma						
4. Se preocupa mucho						
5. Parece divertirse menos						
6. Es inquieto o inquieta y es incapaz de sentarse tranquilo o tranquila						
7. Parece soñar despierto o despierta						
8. Se distrae fácilmente						
9. Tiene problemas para concentrarse						
10. Es muy activo o activa, tiene mucha energía						
11. Pelea con otros niños y niñas						
12. No obedece reglas						
13. No comprende los sentimientos de otros						
14. Molesta o se burla de otros u otras						
15. Culpa a otros u otras de sus problemas						
16. Se niega a compartir						
17. Toma cosas que no le pertenecen						
Sumatoria por columna						
Sumatoria total						

¹⁷² Adaptado de Lista de Síntomas Pediátricos (Pediatric Symptom Check List- PSC-17. M.S. Jellinek and J.M. Murphy, Massachusetts General Hospital. Spanish PSC Gouverneur Revision 2-7-03.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 114 de 121

Instrucciones para la calificación de la lista

Una vez aplicada la escala proceda a llenar las columnas I (internalizantes), A (atención), E (externalizantes):

- Anote en la columna I (internalizantes) el puntaje obtenido en las preguntas de la 1 a 5.
- Anote en la columna A (atención) el puntaje obtenido en las preguntas de la 6 a 10.
- Anote en la columna E (externalizantes) el puntaje obtenido en las preguntas de la 11 a 17.
- Anote el puntaje total obtenido para cada columna.
- Anote la sumatoria total final (sumar los puntajes de las 3 columnas).

Para claridad de la interpretación se define seguidamente que se entiende por manifestaciones internalizantes y externalizantes:

Manifestaciones internalizantes o alteraciones de las emociones¹⁷³⁻¹⁷⁴

Se relacionan con inestabilidad del estado de ánimo, obsesiones, problemas somáticos, nerviosismo, inseguridad, miedos, fobias, tristeza, apatía, disforia, inquietud, tensión, preocupación y culpabilidad entre otros síntomas. Las manifestaciones internalizantes han sido clasificadas en tres grupos: Problemas afectivos, Problemas de ansiedad y Problemas psico somáticos (Tabla 1).

Tabla 1. Manifestaciones internalizantes según su clasificación

Manifestaciones internalizantes	
Problemas afectivos	<ul style="list-style-type: none"> • Hay muy pocas cosas que le hacen disfrutar • Llora mucho • Se hace daño a si mismo • No come bien • Se cansa demasiado • Duerme menos que la mayoría de los niños/as • Duerme más que la mayoría de los niños/as de día o de noche • Habla de querer matarse • No duerme bien • Infeliz, triste y deprimido

¹⁷³ Quay, H.C., Routh, D.K. & Shapiro, S.K. (1987). Psychopathology of childhood: from description to validation. Annual review of psychology, 2(38), pp. 491-532

¹⁷⁴ Achenbach, T.M. et al. (2004). Manual for the ASEBA older adult forms & profiles. Burlington, VT, University of Vermont. Research Center for Children, Youth and Families.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 115 de 121

	<ul style="list-style-type: none"> • Cree que tiene que ser perfecto • Poco activo/a, lento/a o le falta la energía • Se siente inferior o cree que no vale nada
Problemas de ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> • Es demasiado dependiente o apegado a los adultos • Tiene miedo frecuente y recurrente a situaciones, animales o lugares (escuela, lugares con aglomeración de personas, casas de familiares) • Ansiedad • Se preocupa mucho
Problemas psicosomáticos	<ul style="list-style-type: none"> • Manifestaciones SIN causa médica: <ul style="list-style-type: none"> ○ Dolores de cabeza ○ Dolor de estómago ○ Náuseas ○ Problemas en los ojos ○ Erupciones o problemas en la piel.

Fuente. Soler et al. (2010)¹⁷⁵.

Manifestaciones externalizantes¹⁷⁶

Las manifestaciones externalizantes son más visibles en el contexto familiar y educativo al manifestarse mediante conductas disruptivas que interfieren en el funcionamiento del niño o niña, poniendo a prueba la tolerancia y habilidad para regular ese comportamiento.

Tabla 2. Manifestaciones externalizantes

Manifestaciones Externalizantes	
<ul style="list-style-type: none"> • Robo • Mentir • Gritar • Hiperactividad • Impulsividad • Discusiones 	<ul style="list-style-type: none"> • Inatención • Agresividad • No acata reglas • Agresión a animales • Peleas, golpea • Se frustra con mucha facilidad y frecuencia

Fuente. Achenbach (1999)¹⁷⁷.

¹⁷⁵ Soler, C. L. et al. (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/Annals of Psychology*, 26(2), pp. 325-334.

¹⁷⁶ Achenbach, T. M. (1999). The Child Behavior Checklist and related instruments. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (pp. 429-466). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

¹⁷⁷ Achenbach, T. M. (1999). The Child Behavior Checklist and related instruments. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (pp. 429-466). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 116 de 121

Puntuación e interpretación

Manifestaciones	Puntuación que evidencia elevación clínicamente significativa (alteración)
Manifestaciones internalizantes (Puntuación de columna I)	≥ 5
Manifestaciones de inatención (Puntuación de columna A)	≥ 7
Manifestaciones externalizantes (Puntuación de columna E)	≥ 7
Suma de columna I-A-E	≥ 15

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 117 de 121

Anexo 7. Recomendaciones para reducir la ansiedad en niños y niñas¹⁷⁸

“La ansiedad que no es tratada tiende a empeorar con el tiempo. Con mucha frecuencia el niño o niña aprende que la evitación le funciona para reducir la ansiedad, al menos a corto plazo. Sin embargo, a medida que el niño (y de hecho toda la familia) se esfuerza por evitar esos desencadenantes, sus miedos solo se fortalecen más”.



¿Cómo ayudar a enfrentar miedos, pánicos, fobias?

1. Comprender persona cuidadora - niño o niña que la ansiedad es algo que está presente pero que podemos “ganarle” para que no nos moleste.
2. Establezca en conjunto con el niño o la niña una lista de las “causas de sus miedos”, ordenen la lista: del que menos le produce miedo al que le da más miedo.
3. **Propóngale sustituir “No puedo” por “Es difícil”.** Por ejemplo si expresa “No puedo estar lejos de mi mamá” sustituirlo por es difícil estar lejos de mi mamá” o “No puedo estar sin mi perrito” por “Es difícil estar sin mi perrito”.
4. **Ayúdele a exponerse a la causa del miedo de una manera paulatina.** Por ejemplo si el niño tiene miedo a tocar un perrito de su casa: iniciar mostrándole el perrito en fotos, luego acercarse a alguien que está jugando con el perrito. Y a medida que el niño va perdiendo el miedo, se puede que en compañía de otra persona asista en el momento de bañarlo o cepillarlo sin tocarlo con sus manos, hasta que finalmente logre acariciarlo con sus manos.
5. **Ayúdele a sustituir pensamientos negativos por pensamientos positivos.**
6. **Realice junto con el niño o la niña ejercicios para controlar la respiración y relajarse.** Se trata enseñarle a respirar de forma consciente. Explíquelo cómo deben notar de que el aire entra por la nariz, llega a los pulmones y sale por la boca lentamente. Puede comenzar con diez respiraciones lentas y profundas e ir aumentando con el paso de los días, así como, combinar este con otros ejercicios de relajación.
7. **Hágale masajes.** Elija un ambiente tranquilo y con una temperatura agradable. Masajeé suavemente los pies, piernas, brazos, manos, el pecho y la espalda con un poquito de aceite o crema sin olor.
8. **Si al niño o niña le gusta, juegue de pintar.** Promueva que pinte dibujos con detalles lo cual le permitirá concentrarse, controlar su cuerpo, tener paciencia y, a la vez, reducir el estrés.
9. **Juegue de cantar.** Cantar una canción por ejemplo “Estrellita”, Wincy araña, Las ruedas del autobús (que son fáciles y repetitivas, ayuda a relajarse. Debe elegirse una canción sencilla y corta. El tono de voz debe ser suave. Primero

¹⁷⁸ Programa Nacional de Normalización de la Atención del Niño y la Niña, Área de Atención Integral a las Personas, CCSS. Adaptado de: <https://childmind.org/es/articulo/tratamiento-del-comportamiento-para-ninos-con-ansiedad/>

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 118 de 121

quien cada es la persona cuidadora, poco a poco cuando el niño o niña se aprenda la canción, se sugiere cantarlas juntos.

10. **Juego de tensar y destensar músculos.** Cuando los niños y niñas son más pequeños puede decirles que abracen fuerte a un peluche y luego lo suelten gradualmente, acompañando el abrazo con la respiración. Si el niño o niña es mayor, le pueden decir que simule ser un muñeco duro de madera o hierro y que no puede moverse durante un ratito. Luego, pedirle que se convierta en muñeco suave y flojo como de gelatina que se derrite o desmaya.
11. **Jugar de bailar, escuchar música, correr, saltar.** Los juegos de movimiento son otra manera de liberar tensiones. Permiten al niño o niña expresar sentimientos y emociones, siendo una vía de escape de la energía.
12. **Practiquen deportes propios para cada edad individuales o grupales.**

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 119 de 121

Anexo 8. Tamizaje Ansiedad en el niño y niña mayor de 8 años

A. Para ser llenado por la persona cuidadora¹⁷⁹

Nombre del niño o niña _____

Fecha de llenado _____

Instrucciones. La siguiente es una lista de manifestaciones que el niño o la niña puede estar presentando, proceda a leer y marque en la casilla la frecuencia con la cual aparece. Los numerales en las casillas significan lo siguiente:

- 0 = Nunca o raramente ocurre
- 1= Ocurre a veces
- 2= Ocurre muy seguido o siempre

ítems	0	1	2
1. Cuando siente miedo, no puede respirar bien.			
2. Cuando está en la escuela, se queja de dolor de cabeza.			
3. No le gusta estar con personas que no conoce bien.			
4. Le da miedo dormir en otras casas.			
5. Se preocupa de lo que piensan de él o ella.			
6. Cuando tiene miedo, siente que se va a desmayar.			
7. Es muy nervioso o nerviosa.			
8. Le sigue a usted a todas partes donde va (es "como su sombra").			
9. La gente dice que mi hijo o hija es nervioso o nerviosa.			
10. Se pone nervioso o nerviosa frente a personas que no conoce bien.			
11. Cuando está en la escuela dice que le duele el estómago.			
12. Cuando tiene mucho miedo, se siente como si fuera a "enloquecer", se siente muy mal.			
13. Se preocupa si tiene que dormir solo o sola.			
14. Se preocupa por no ser tan bueno o buena como los otros niños o niñas.			
15. Cuando tiene mucho miedo se siente como si las cosas no fueran reales.			
16. Sueña que algo malo le va a pasar a su mamá o a su papá.			
17. Se preocupa por tener que ir a la escuela.			
18. Cuando tiene miedo, el corazón le late muy rápido.			
19. Cuando tiene miedo, se pone tembloroso.			
20. Sueña que algo malo le va a pasar a él o ella.			
21. Le preocupa como le van a salir las cosas.			
22. Cuando tiene miedo suda mucho.			

¹⁷⁹ Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J., & Neer, S. M. (1997). The screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(4), pp. 545-553.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 120 de 121

23. Se preocupa demasiado.			
24. Le da miedo sin tener ningún motivo.			
25. Le da miedo estar solo o sola en casa.			
26. Le cuesta trabajo hablar con personas que no conoce bien.			
27. Cuando tiene miedo, siente que atraganta.			
28. Las personas dicen que se preocupa demasiado.			
29. No le gusta estar lejos de la familia.			
30. Le da miedo que le den ataques de nervios o ataques de pánico.			
31. Le preocupa que algo malo les pueda pasar a sus padres.			
32. Le da vergüenza cuando está con personas que no conoce.			
33. Le preocupa que es lo que va a pasar en el futuro.			
34. Cuando tiene miedo siente como si fuera vomitar.			
35. Le preocupa saber si está haciendo las cosas bien.			
36. Tiene miedo de ir a la escuela.			
37. Le preocupan las cosas que ya han pasado.			
38. Cuando tiene miedo, se siente mareado o mareada.			
39. Se siente nervioso o nerviosa cuando tiene que hacer algo delante de otros niños, niñas o adultos, por ejemplo leer en voz alta, hablar, jugar, practicar un deporte, entre otros.			
40. Se siente nervioso o nerviosa cuando va a ir a fiestas, bailes o algún lugar en donde hay gente que no conoce bien.			
41. Mi hijo o hija es muy tímido.			

Fuente. Sitio web <https://www.pediatricbipolar.pitt.edu/resources/instruments>

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 121 de 121

B. Para ser llenado con el niño o la niña¹⁸⁰

Tamizaje Ansiedad en el niño y niña mayor de 8 años

Nombre del niño o niña _____

Fecha de llenado _____

Instrucciones: Léale al niño o niña las siguientes afirmaciones y pídale que le indique la frecuencia con la cual aparece, considerando la siguiente escala:

Nunca o raramente ocurre= 0

Ocurre a veces = 1

Ocurre muy seguido o siempre= 2

ítems	0	1	2
1. Cuando me siento asustado o asustada, me es difícil respirar.			
2. Me dan dolores de cabeza cuando estoy en la escuela.			
3. No me gusta estar con gente que no conozco bien.			
4. Me asusto si duermo lejos de mi casa.			
5. Me preocupo por caerle bien (agradarle) a otras personas.			
6. Cuando estoy asustado o asustada siento como que "me desmayo".			
7. Soy nervioso.			
8. Sigo a mi madre o padre donde sea que vayan.			
9. La gente me dice que parezco nervioso.			
10. Me siento nervioso con gente a la que no conozco bien.			
11. Me dan dolores de estómago en la escuela.			
12. Cuando estoy asustado o asustada siento como si me estuviera "volviendo loco o loca".			
13. Me preocupa dormir solo o sola.			
14. Me preocupa ser tan bueno como los otros niños.			
15. Cuando estoy asustado o asustada siento como si las cosas no fueran reales.			
16. Tengo pesadillas acerca que algo malo pueda sucederles a mis padres.			
17. Me preocupa ir a la escuela.			
18. Cuando estoy asustado o asustada mi corazón late rápido.			
19. Me dan temblores en el cuerpo.			
20. Tengo pesadillas acerca de que algo malo me pueda suceder.			
21. Me preocupa que las cosas me salgan bien.			
22. Cuando estoy asustado o asustada, sudo mucho.			
23. Me preocupo demasiado.			
24. Me asusto demasiado sin ninguna razón.			

¹⁸⁰ Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J., & Neer, S. M. (1997). The screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(4), pp. 545-553.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 122 de 121

25. Me da miedo estar solo o sola en la casa.			
26. Es difícil para mí hablar con gente que no conozco bien.			
27. Cuando estoy asustado o asustada siento como si me atragantara.			
28. La gente me dice que me preocupo demasiado.			
29. No me gusta estar lejos de mi familia.			
30. Tengo miedo de ponerme ansioso o tener ataques de pánico.			
31. Me preocupa que algo malo podría sucederles a mis padres.			
32. Me pongo tímido con la gente a la que no conozco bien.			
33. Me preocupo acerca de lo que pueda pasar en el futuro.			
34. Cuando me asusto siento como si fuera a vomitar.			
35. Me preocupa que tan bien hago las cosas.			
36. Tengo miedo de ir a la escuela.			
37. Me preocupo por cosas que ya pasaron.			
38. Cuando me asusto, me siento mareado.			
39. Me siento nervioso cuando estoy con otros niños o adultos, y tengo que hacer algo mientras ellos me observan. (por ejemplo: leer en voz alta, hablar, jugar, hacer un deporte)			
40. Me siento nervioso cuando voy a fiestas, bailes o algún lugar en donde habrá gente que no conozco bien.			
41. Soy tímido.			

Fuente. Sitio web <https://www.pediatricbipolar.pitt.edu/resources/instruments>

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 123 de 121

Interpretación de resultados Tamizaje Ansiedad en el niño y niña mayor de 8 años (para ser llenado por la persona cuidadora)

Puntaje	Diagnóstico
Puntaje total ≥ 25	Desorden de ansiedad
Sumatoria de ≥ 7 en los ítems 1,6,9,12,15,18,19,22,24,27,30,34,38	Sospecha Desorden de pánico o síntomas somáticos significativos
Sumatoria ≥ 9 en los ítems 5,7,14,21,23,28,33,35,37	Sospecha Desorden de Ansiedad Generalizada
Sumatoria de ≥ 5 en los ítems 4,8,13,16,20,25,29,31	Sospecha Desorden por Ansiedad de Separación
Sumatoria de ≥ 8 en los ítems 3,10,26,32,39,40,41	Sospecha Desorden de Ansiedad Social
Sumatoria de $3 \geq$ en los ítems 2,11,17,36	Sospecha Evitación Significativa para asistir al Centro Educativo

Interpretación de resultados Tamizaje Ansiedad en el niño y niña mayor de 8 años (para ser llenado con el niño o la niña)

Puntaje	interpretación
Puntaje total ≥ 25	Desorden de ansiedad
Sumatoria de ≥ 7 en los ítems 1,6,9,12,15,18,19,22,24,27,30,34,38	Puede indicar Desorden de Pánico o síntomas somáticos significativos
Sumatoria de $9 \geq$ en los ítems 5,7,14,21,23,28,33,35,37	Puede indicar Desorden de Ansiedad Generalizada
Sumatoria de $5 \geq$ en los ítems 4,8,13,16,20,25,29,31	Puede indicar Desorden por Ansiedad de Separación
Sumatoria de $8 \geq$ en los ítems 3,10,26,32,39,40,41	Puede indicar Desorden de Ansiedad Social
Sumatoria de $3 \geq$ en los ítems 2,11,17,36	Puede indicar Evitación Significativa para asistir al Centro Educativo

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 124 de 121

Anexo 9. Recomendaciones generales para la higiene del sueño¹⁸¹

- Realice una rutina antes de dormir con actividades tranquilas que pueden incluir lectura de un cuento y masajes. No permita que el niño o niña vea televisión antes de acostarse, al menos por una hora, para que pueda estar más tranquilo.
- Establezca un horario para dormir: trate de mantener una hora constante para acostar a su niño o niña y para levantarlo o levantarla. No debe haber más de una hora de diferencia de un día a otro.
- Evite siestas prolongadas después de las 3 de la tarde.
- Evite actividades de alta energía, como juego brusco y actividades estimulantes como mirar televisión o videojuegos justo antes de ir a la cama.
- No acueste a su hijo o hija con hambre. Brinde una merienda liviana antes de acostarse. Evite comidas pesadas al menos dos horas antes de dormir.
- Evite el consumo de café, bebidas carbonatadas, chocolate y té.
- Asegúrese que el niño o niña realice actividades al aire libre de ser posible todos los días.
- Si las noches son muy frías o calientes asegúrese de crear las condiciones para ayudarle al niño o niña a regular la temperatura de la habitación y contar con la ropa de dormir adecuada.
- No use la habitación donde el niño o niña duerme como un lugar “castigo”.
- Mantenga el televisor y la computadora fuera del dormitorio.
- Para iniciar el sueño es recomendable que el niño o la niña esté en la cama, no en los brazos.
- La forma más segura de dormir para niños y niñas menores de 6 meses es una cuna, boca arriba, cerca de la cama de los padres.



¹⁸¹ Adaptado de Behavioral and sleep problems in children- UpToDate. Actualizado en agosto 2020.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 125 de 121

**Anexo 10.
REGISTRO DEL PATRÓN Y HÁBITOS DE SUEÑO**

Complete este horario durante dos semanas lo más cercano posible al patrón y hábitos de sueño del niño o niña.

SEMANA 1							
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Hora en la que el niño o niña se duerme							
Hora en la que el niño o niña se despierta							
Hora de la siesta y duración							
Presencia de ronquidos	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __
Despertares por la noche	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __
Tipo de despertares	Sonambulismo	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __
	Pesadillas	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __
	Terrores nocturnos	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __
Despertares por la noche	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __
Somnolencia durante el día	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __
Conductas anormales durante el sueño (sudoración, inquietud, interrupción del sueño)	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __
Actividades que realiza 1 hora antes de dormir							

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 126 de 121

REGISTRO DEL PATRÓN Y HABITOS DE SUEÑO DE MI HIJA O HIJO

Complete este horario durante dos semanas lo más cercano posible al patrón y hábitos de sueño del niño o niña

SEMANA 2							
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Hora en la que el niño o niña se duerme							
Hora en la que el niño o niña se despierta							
Hora de la siesta y duración							
Presencia de ronquidos	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __
Despertares por la noche	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __
Tipo de despertares	Sonambulismo	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __
	Pesadillas	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __
	Terrores nocturnos	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __
Despertares por la noche	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __
Somnolencia durante el día	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __
Conductas anormales durante el sueño (sudoración, inquietud, interrupción del sueño)	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __	SI __ NO __
Actividades que realiza 1 hora antes de dormir							

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 127 de 121

**Anexo 11. Cuestionario breve Sueño en los niños y las niñas menores de 30 meses
(Adaptado de A. Sadeh. BISQ. Brief Infant Sleep Questionnaire)¹⁸²**

Nombre del niño o niña: _____

Fecha de nacimiento: _____

Persona que responde el cuestionario: _____

Marque en cada pregunta la respuesta que considere más apropiada en relación con los hábitos al dormir del niño o niña. Responda considerando lo que ha sucedido en las últimas 2 semanas.

1. ¿Dónde duerme el niño o la niña?

- () En cuna en su habitación () En cuna en la habitación de la madre, padre o persona cuidadora.
 () En la cama con la madre, padre o persona cuidadora () En cuna en la habitación de los hermanos
 () Otra (especifique)_____

2. ¿En qué posición suele dormir el niño o la niña? () Boca arriba () Boca abajo () De lado

3. ¿Cuánto tiempo duerme el niño o la niña durante la NOCHE? ____ horas ____ minutos

4. 4- ¿Cuánto tiempo duerme el niño o la niña durante el DÍA? ____ horas ____ minutos

5. ¿Cuántas veces se despierta el niño o la niña durante la NOCHE? (en promedio): _____

6. ¿Cuánto tiempo pasa despierto durante la NOCHE? ____ horas ____ minutos

7. ¿Cuánto tiempo dura el niño o la niña en dormirse desde que se acuesta? ____ horas ____ minutos

8. ¿A qué hora el niño o la niña suele dormirse durante la NOCHE? (primer sueño) ____ horas ____ min.

9. ¿Cómo consiguen que se duerma?

- () Mientras come () Meciéndole en los brazos () Meciéndole en su cuna
 () Sosteniéndole en brazos sin mecer () En su cama o cuna solo o sola () En su cama o cuna en presencia de madre, padre o persona cuidadora
 () En la cama de la madre, padre, persona cuidadora () Otros (especifique)_____.

10 ¿Considera que los hábitos de sueño del niño o niña son un problema?

- () Sí, es un problema serio () Sí, es un problema menor () No es un problema

¹⁸² Cassanello, P. et al. (Octubre, (2018). Adaptación y estudio de propiedades métricas de un cuestionario de valoración del sueño para lactantes y preescolares. In Anales de pediatría (Vol. 89, No. 4, pp. 230-237). Elsevier Doyma.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 128 de 121

Anexo 12. Entrevista estructurada BEARS para detección de los trastornos del sueño en niños y niñas mayores de 2 años¹⁸³

La entrevista "BEARS", está dividida en las cinco áreas del sueño:

B= Problemas para acostarse (*bedtime problems*)

E= Excesiva somnolencia diurna (*excessive daytime sleepiness*)

A= Despertares durante la noche (*awakenings during the night*)

R= Regularidad y duración del sueño (*regularity and duration of sleep*)

S= Ronquidos (*snoring*)

Cada Área tiene una pregunta para cada grupo de edad. Algunas preguntas se dirigen a la madre, padre o persona cuidadora (P) y otras se le pueden realizar directamente al niño o niña (N).

Area	2- 5 años	6-12 años
B- Problemas para acostarse	¿Su hijo o hija tiene algún problema a la hora de irse a la cama o para quedarse dormido?	¿Su hijo o hija tiene algún problema a la hora de acostarse? (P).
		¿Tienes algún problema a la hora acostarte? (N)
E. Excesiva somnolencia diurna	¿Su hijo o hija parece cansado o somnoliento durante el día? ¿Todavía duerme siestas?	¿A su hijo o hija le cuesta despertarse por las mañanas, parece somnoliento durante el día o duerme siestas? (P)
		¿Te sientes muy cansado o cansada durante el día? (N).
A. Despertares durante la noche	¿Su hijo o hija se despierta mucho durante la noche?	¿Parece que su hijo o hija se despierta mucho durante la noche?
		¿Presenta su hijo o hija sonambulismo o pesadillas? (P)
		¿Te despiertas mucho por la noche? (N) ¿Tienes problemas para volverte a dormir, cuando te despiertas? (N)
R. Regularidad y duración del sueño	¿Su hijo o hija se va a la cama y se despierta más o menos a la misma hora? ¿A qué hora se despierta?	¿A qué hora se acuesta su hijo o hija y a qué hora se despierta los días que va al centro educativo? ¿Hay diferencia los fines de semana?
		¿Piensas que duermes lo suficiente? (P)
S. Ronquidos	¿Su hijo o hija ronca mucho por las noches o tiene dificultad para respirar?	¿Su hijo o hija ronca fuerte por las noches o tiene dificultad para respirar? (P)

¹⁸³ Bastida-Pozuelo, M. F. & Sánchez-Ortuño, M. M. (2016). Preliminary analysis of the concurrent validity of the Spanish translation of the BEARS sleep screening tool for children. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(8), pp. 513-520.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 129 de 121

Anexo 13. Escala de Bruni de Trastornos del sueño en niños y niñas¹⁸⁴⁻¹⁸⁵

PREGUNTAS		PUNTAJE				
		1	2	3	4	5
1.	¿Cuántas horas duerme la mayoría de las noches?	9 a 11 horas ()	8 a 9 horas ()	7 a 8 horas ()	5 a 7 horas ()	< 5 horas ()
2.	¿Cuánto tarda en dormirse?	Menos de 15 minutos ()	De 15 a 30 minutos ()	De 30 a 45 minutos ()	De 45 a 60 minutos ()	Más de 60 minutos ()
PREGUNTAS		NUNCA (0)	OCASIONAL MENTE (1)	ALGUNAS VECES (2)	A MENUDO (3)	SIEMPRE (4)
3.	Se va a la cama de mal humor	0	1	2	3	4
4.	Tiene dificultad para dormirse en la noche	0	1	2	3	4
5.	Se pone nervioso o ansioso cuando va a dormir	0	1	2	3	4
6.	Sacude o agita partes del cuerpo mientras duerme	0	1	2	3	4
7.	Realiza acciones repetitivas mientras se está durmiendo como girar la cabeza	0	1	2	3	4
8.	Presenta escenas de "sueño" al dormirse	0	1	2	3	4
9.	Suda excesivamente al dormirse	0	1	2	3	4
10.	Se despierta más de 2 veces en la noche	0	1	2	3	4
11.	Le cuesta volverse a dormir después de despertarse en la noche	0	1	2	3	4
12.+ 12+	Presenta tirones o sacudidas de las piernas mientras duerme, cambia a menudo de posición o de "patadas" en la cama	0	1	2	3	4
13.	Tiene dificultades para respirar en la noche	0	1	2	3	4
14.	Da "boqueadas" para respirar en la noche	0	1	2	3	4

¹⁸⁴ Adaptado de Sanz, I. C. N. M. M. & Urda, N. P. (2013). Trastornos del sueño infantil. Herramientas de valoración para el pediatra de Atención Primaria.

¹⁸⁵ Bruni, O. et al. (1996). The sleep disturbance scale for children (SDSC): Construction and validation of an instrument to evaluate sleep disturbances in childhood and adolescence. *Journal of Sleep Research*, 5, pp. 251–261.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223				
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 130 de 121				

15.	Ronca	0	1	2	3	4
16.	Suda excesivamente mientras duerme	0	1	2	3	4
17.	Camina dormido o dormida	0	1	2	3	4
18.	Habla dormido o dormida	0	1	2	3	4
19.	Rechina los dientes mientras duerme	0	1	2	3	4
20.	Se despierta gritando o como "perdido o perdida". Al despertar no recuerda lo sucedido	0	1	2	3	4
21.	Parece tener pesadillas que no recuerda en la mañana	0	1	2	3	4
22.	Cuesta despertarlo o despertarla en la mañana	0	1	2	3	4
23.	Al despertar en la mañana se le observa cansado o cansada	0	1	2	3	4
24.	Parece como si no pudiera moverse al despertar en la mañana	0	1	2	3	4
25.	Tiene somnolencia diurna	0	1	2	3	4
26.	Se duerme de repente en determinadas situaciones	0	1	2	3	4
Puntaje total						

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 131 de 121

Interpretación

- El puntaje de corte es de 39.
- Si el puntaje es inferior a 39 es menos probable la presencia de un trastorno del sueño.
- Si el puntaje es de 39 ó superior es indicativo de la presencia de un trastorno de sueño, proceda con el análisis de puntuaciones por grupo de trastornos.

Preguntas	Puntuación	Interpretación
1,2,3,4,5,10-11	9,9 \pm 3,11	Problemas con inicio y mantenimiento del sueño
12*	3	Síndrome de piernas inquietas
13,14,15	3,77 \pm 1,45	Trastornos respiratorios del sueño
17,20,21	3,29 \pm 0,84	Desórdenes de excitación (parasomnias)
6,7,8,12*,18,29	9,11 \pm 2,57	Alteraciones del tránsito sueño/vigilia
22,23,24,25,25	7,11 \pm 2,57	Excesiva somnolencia
9,16	2,87 \pm 1,69	Hiperhidrosis

*La pregunta 12, se ubica en dos grupos de trastornos (Síndrome de piernas inquietas y alteraciones del tránsito sueño/vigilia).

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 133 de 121

Americana, A. P. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA.

Armus, M. et al. (2012). Desarrollo emocional. Clave para la primera infancia. UNICEF. En: http://files.unicef.org/ecuador/Desarrollo_emocional_0a3_simple.pdf

Artigas, P. (2007). Atención precoz de los trastornos del neurodesarrollo. A favor de la intervención precoz de los trastornos del neurodesarrollo. Revista de Neurología, 44, (Supl 3). pp. S31-S34.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (5ª ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Augustyn, M., Zuckerman, B. S. & Caronna, E. B. (Eds.). (2019). The Zuckerman Parker handbook of developmental and behavioral pediatrics for primary care. Lippincott Williams & Wilkins.

Ayça, S. (2021). Las intervenciones nutricionales mejoran la calidad de vida de los cuidadores de niños con trastornos del neurodesarrollo. Nutr Neurosci. Agosto de 2021; 24(8):644-649. doi: 10.1080/1028415X.2019.1665853. PMID: 31524098. En: [Las intervenciones nutricionales mejoran la calidad de vida de los cuidadores de niños con trastornos del neurodesarrollo: Neurociencia Nutricional: Vol 24, No 8 \(tandfonline.com\)](https://doi.org/10.1080/1028415X.2019.1665853)

Aymerich de Franchesci, C. M. et al. (2019). Patrones de sueño de los niños sanos a los cuatro años: factores sociales y estilos de crianza. Pediatría Atención Primaria, 21(84), pp. 343-356. Epub. En: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000400002&lng=es&tlng=es.

Ayres, J. (2008). La integración sensorial en los niños. Desafíos sensoriales ocultos. TEA Ediciones, Madrid.

Babcock, D. A. (2011). Evaluating sleep and sleep disorders in the pediatric primary care setting. Pediatric Clinics, 58(3), pp. 543-554.

Babcock, D. A. (2011). Evaluating sleep and sleep disorders in the pediatric primary care setting. Pediatric Clinics, 58(3), pp. 543-554.

Baddeley, A. (2012). Working memory: Theories, models, and controversies. Annual review of psychology, 63, pp. 1-29. En: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-psych-120710-100422>

Bagur-Pons, S. y Verger-Gelabert, S. (2020). Evidencias y retos de la Atención Temprana: el modelo centrado en la familia [Evidence and challenges of early intervention: The family-centered model]. Siglo Cero, vol. 51, N°4, pp. 69-92. ISSN: 0210-1696 DOI: <https://doi.org/10.14201/scero20205146992>

Barredo-Valderrama, E. y Miranda-Herrero, C. (Julio-Agosto, 2014). Trastornos del sueño en la infancia. Clasificación, diagnóstico y tratamiento. Anales de Pediatría Continuada, Vol. 12. Núm. 4. ELSEVIER.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 134 de 121

pp. 175-182. DOI: [10.1016/S1696-2818\(14\)70188-X](https://doi.org/10.1016/S1696-2818(14)70188-X) En: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-trastornos-del-sueno-infancia-clasificacion-S169628181470188X#:~:text=Los%20trastornos%20del%20sue%C3%B1o%20son%20importantes%20porque%20pueden%20ocasionar%20una,escolares%20y%20en%20el%20aprendizaje>.

Bauermeister, J. J. et al. (2006). Development of adaptable and flexible treatment manuals for externalizing and internalizing disorders in children and adolescents. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 28, pp. 67-71.

Bausela Herreras, E. (2014). Funciones ejecutivas: nociones del desarrollo desde una perspectiva neuropsicológica. *Acción psicológica*, 11(1), 21-34. Disponible en https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2014000100003

Berrueta-Clement, L. et al. (1984-2004). *The Perry Preschool Study*. Estados Unidos.

Besoain-Saldaña, A. et al. (2020). Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) en centros de atención primaria en Chile. *Revista de Saúde Pública*, 54:38. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001999> En: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/fct9bVSqFKkx6qW4FMZVYQD/?format=pdf&lang=es>

Black, M. M. et al. (2016). Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale 1. Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet*. Published Online. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7)

Cabrera-Guillén, V. et al. (2017). Funciones ejecutivas centrales: fundamentos para el desarrollo en la primera infancia. INIE: Universidad de Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud: Propuesta Ajustada a la prueba de campo. San José, Costa Rica: CCSS. pp. 27-30.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Manual de Instrucciones para la aplicación del Prueba de Valoración del desarrollo del niño y la niña de 0 a 6 años: Denver II. San José, Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Manual de Procedimientos para la Atención Integral del Niño y la Niña en el Primer Nivel de Atención. San José, Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social, Ministerio de Educación Pública, Dirección Nacional de CEN-CINAI. (2016). Protocolo Intersectorial de Atención al Desarrollo de Niñas y Niños Preescolares y Escolares. San José, Costa Rica.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 135 de 121

Caja Costarricense de Seguro Social. (2021). Circular DFE-AMTC-0729-2021. Protocolo terapéutico para uso institucional del metilfenidato (MFD) en el manejo del trastorno por déficit atencional con o sin hiperactividad en población pediátrica y adolescentes. San José, Costa Rica, CCSS.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2021). Manual de procedimientos de atención integral a niños, niñas y adolescentes en situación de violencia. Versión 01. Código MP-GM-DDSS-062921. San José, Costa Rica: CCSS.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2022). Circular DFE-AMTC0-0441-2022. Comunicación: Ampliación de uso de Risperidona 1 mg/mL solución oral (código 1-10-30-6950-Z). San José, Costa Rica, CCSS.

Carballal-Mariño, M. (September, 2018). Prevalence of neurodevelopmental, behavioural and learning disorders in paediatric primary care. *Anales de Pediatría (English Edition)*, Volume 89, Issue 3, pp. 153-161. En: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403317304174?via%3Dihub>

Catalá-López, F. y Hutton, B. (2018). El tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes: epidemiología, multimorbilidad y servicios de salud integrados. *Anales de Pediatría*; 88 (4): pp. 181-182.

Chacón, H. (2017). Conferencia. Indicadores en salud: concepto y metodología para su definición. Sesión de trabajo. Manuscrito no publicado.

Chhangani, B. (2011). Pharmacology of sleep disorders in children and adolescents. *Pediatric Clinics*, 58(1), pp. 273-291.

Cortese, S. et al. (2017). Trastornos del sueño en niños y adolescentes: Una guía práctica. Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines.

Cusminsky, M. et al. (1993). Manual de Crecimiento de Desarrollo del Niño. (2ª. ed.). Organización Panamericana de la Salud. En: <https://epifesz.files.wordpress.com/2016/08/5manual-de-crecimiento-y-desarrollo-del-ninio1.pdf>

Del Moral-Orro, G., Montañó, M. Á. P. y Valer, P. S. (2013). Del marco teórico de integración sensorial al modelo clínico de intervención. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*, (17), p. 18.

Departamento de Educación, Cultura y Deporte. Gobierno de Aragón. (s.f.). Trastornos de la conducta. Una guía de intervención en la escuela. En: <https://www.psie.cop.es/uploads/aragon/Arag%C3%B3n-trastornos-de-conducta-una-guia-de-intervencion-en-la-escuela.pdf>

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 136 de 121

Diamond, A. (2016). Why improving and assessing executive functions early in life is critical. En: <https://psycnet.apa.org/record/2015-31283-002>

Dirección de Proyección de Servicios de Salud. (2019). Memorias de Áreas de Salud, sectores, EBAIS, sedes de Área, sedes de EBAIS y puestos de visita periódica en el ámbito nacional. Caja Costarricense de Seguro Social.

DynaMed. Oppositional Defiant Disorder. EBSCO Information Services. Accessed October 31, 2022. <https://www.dynamed.com/condition/oppositional-defiant-disorder>

Espinoza-Tocto, A. (2022). Selectividad alimentaria y su relación con el procesamiento sensorial en niños de 4 a 6 años-Lima. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Tecnología Médica en el área de Terapia Ocupacional. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Peru. En: [Selectividad alimentaria y su relación con el procesamiento sensorial en niños de 4 a 6 años – Lima, 2021 \(unmsm.edu.pe\)](https://unmsm.edu.pe)

Fabiano, G. A. et al. (2009). A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical psychology review*, 29(2), pp. 129-140.

Fernández-Hermida, J.R. & Villamarín-Fernández, S. (Eds.) (2021) Libro Blanco de la Salud Mental Infanto-Juvenil. Volumen 1. Consejo General de la Psicología de España.

Garaigordobil, M. & Maganto, C. (2016). Conducta antisocial en adolescentes y jóvenes: prevalencia en el País Vasco y diferencias en función de variables socio-demográficas. *Acción Psicológica*, 13(2), pp. 57-68. <https://dx.doi.org/10.5944/ap.13.2.17826>

García-Contreras, A. V. (2018). Los problemas de conducta en la infancia: exploración a través del estudio de un caso. Trabajo de grado. Facultad de Psicología. Universidad de Almería.

Gardner, H. (1987). Estructuras de la mente. La teoría de las inteligencias múltiples, Fondo de Cultura, México.

Goleman, D. (1998). Emotional Intelligence, traducido al español como La Inteligencia Emocional, Javier Vergara Editor, S.A., Buenos Aires, Argentina.

Gómez-López, L. M. et al. (2015). Enfoque interdisciplinar en el análisis de los problemas de salud pública en la atención primaria. *Medicentro Electrónica*, 19(3), pp. 203-205. En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432015000300017&lng=es&tling=es.

Grindal, T. A., Hinton, C., & Shonkoff, J. P. (2012). the science of early Childhood Development. *Defending childhood: Keeping the promise of early education*, 13.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 137 de 121

- Guerra-Domínguez, E. (Enero, 2022). Trastornos del sueño en niños y adolescentes durante la pandemia covid-19. *Multimed vol.26 no.1 Granma ene.-feb. 2022 Epub 04. Versión On-line ISSN 1028-4818. En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182022000100002*
- Guerra-Ulloa, M. J. (Junio, 2021). Trastornos del neurodesarrollo en pacientes de 3 a 12 años de edad asociados a síntomas respiratorios en trastornos obstructivos del sueño que acudieron a la consulta del Hospital San Francisco de Quito durante el periodo enero – diciembre 2019. Universidad Central del Ecuador. En: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/24084/1/UCE-FCM-CPO-GUERRA%20MARIA%20JOSE.pdf>
- Heckman, J. (2007). Testimonio frente al Comité Económico Conjunto del Congreso de EEUU. Washington, D.C.
- Hernández-Muela, S., Mulas, F. y Mattos, L. (2004). Plasticidad neuronal funcional. *Revista Neurología*; 38 (Supl 1); pp. S58-S68.
- Hurtado, M. et al. (2022). Competencias parentales para facilitar el desarrollo de funciones ejecutivas en la niñez temprana. *Indagare*, 10, 1-11. <https://doi.org/10.35707/indagare/1011> En: <https://revistas.unibague.edu.co/indagare/article/view/363/307> Informe Carnegie. (1994) The report of the Carnegie Task Force. "Starting Points. Meeting the Needs of our Youngest Children" (El informe del Comité de la Carnegie sobre las necesidades de los niños menores. Puntos de inicio.
- Instituto Interamericano de Derechos Humanos. (2014). *Prevención del acoso escolar: Bullying y cyberbullying*. San José, C.R.: IIDH. ISBN 978-9968-611-98-5.
- Jasso-López, L. C. (2015). ¿Por qué la gente se siente insegura en el espacio público? Centro de Investigación y Docencia Económica. México.
- Jasso-López, L. C. (2015). ¿Por qué la gente se siente insegura en el espacio público? Centro de Investigación y Docencia Económica. México.
- Jiménez-Flores, J., Flores-Herrera, L. M. y Merino-Soto, C. (2019). Factores de riesgo familiares y prácticas de disciplina severa que predicen la conducta agresiva infantil. *Liberabit. Revista Peruana de Psicología*, vol. 25, núm. 2, pp. 195-212. En: <https://www.redalyc.org/journal/686/68662589005/html/>
- Kaplan, B. J. & Sadock, V. A. (2019). *Sinopsis de Psiquiatría (11ª ed.)*. Wolters Kluwer.
- Kerzner, B. (2015) A practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties. *Pediatrics*: 135 (2).

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 138 de 121

- Le Roy, C. et al. (2010). Nutrición del niño con Enfermedades Neurológicas Prevalentes. *Rev.child.pediatr.* 81:(2); pp. 103-113. En: [ped 2-2010.indd \(conicyt.cl\)](#)
- Lizondo-Valencia et al. (2021). Pandemia y niñez: efectos en el desarrollo de niños y niñas por la pandemia Covid-19. *Veritas & Research*, 3(1), pp. 16-25. En: https://www.researchgate.net/profile/Romina-Lizondo/publication/352881869_Pandemia_y_ninez_efectos_en_el_desarrollo_de_ninos_y_ninas_por_la_pandemia_Covid-19/links/6241bce88068956f3c54db87/Pandemia-y-ninez-efectos-en-el-desarrollo-de-ninos-y-ninas-por-la-pandemia-Covid-19.pdf
- López Roa, L. M. (2012). Neuroplasticidad y sus implicaciones en la rehabilitación. *Universidad y salud*, 14(2), pp. 197-204.
- Martínez-Guillín, B. (2019). Publicaciones científicas sobre la teoría de la integración sensorial de Jean Ayres: Scoping Review.
- Merchan, A y Duarte, D. (2019). Revisión de literatura: neuropsicología escolar. Bogotá, Colombia. En: <https://alejandro.poligran.edu.co/bitstream/handle/10823/1428/NEURODESARROLLO%20Y%20SUS%20PERIODOS%20SENSIBLES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ortiz, R. (s.f.). Nueva Clasificación de los desórdenes alimentarios. *CCAP*, 10(4). En: https://issuu.com/precopscp/docs/5_jtw
- Miner, S., Ehrlich, A. & Fedorowich, Z. (2022). Attention déficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *DynaMed* En: <https://www.dynamed.com/condition/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd-in-children-and-adolescents>
- Morasch, K. C., Raj, V. & Bell, M. A. (2013). The development of cognitive control from infancy through childhood. En: <https://academic.oup.com/edited-volume/34404/chapter-abstract/291775195?redirectedFrom=fulltext&login=false>
- Moriyama, T.S. et al. citado por Rey, J. M. (Ed). (2017). Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines.
- Mulas, F., Rojas, M. & Gandía, R. (2019). Sueño en los trastornos del neurodesarrollo, déficit de atención e hiperactividad y en el espectro autista. *Medicina (Buenos Aires)*, 79(Supl. 3), PP. 33-36. En: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802019000700009&lng=es&tlng=es.
- Mustard, F. (2006). ECD AND. Experience-based brain development. The scientific underpinnings of the importance of Early Child Development in a Globalized World. Washington: Brookings Institution.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 139 de 121

Navarro, A. y Gonzalez, G. (2022). Trastornos del sueño y su impacto en el neurodesarrollo. Buenos Aires: Medicina; Vol. 82 (Supl. III): pp. 30-34. En: <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v82s3/1669-9106-medba-82-s3-30.pdf>

Ochoa-Brezmes, J. et al. (2023). Uso de móviles, problemas de sueño y obesidad en una zona de exclusión social Mobile phone use, sleep disorders and obesity in a social exclusion zone. Asociación Española de Pediatría. Elsevier España, S.L.U. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.12.008> En: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403323000048>

Oh, Y., Greenberg, M. T. & Willoughby, M. T. (2020). Examining longitudinal associations between externalizing and internalizing behavior problems at within-and between-child levels. Journal of abnormal child psychology, 48(4), pp. 467-480.

Ortega-Cerda, J. J. et al. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta médica Grupo Ángeles*, 16(3), pp. 226-232. En: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es&tlng=es.

Palacios, A. C. (2010). Integración sensorial. En: <http://www.agapasm.com.br/Artigos/Integracion%20sensorial.pdf>.

Papalia, D., Duskin, R. y Martorell, G. (2012). Desarrollo Humano. (12 ed.). Mc Graw Hill Education. p. 17. ISBN 978-607-15-0933-8.

Pascual, P. C. (s.f.). Trastornos disruptivos de control de impulsos y trastornos de conducta. Francisco Santolaya Ochando Presidente Consejo General de la Psicología de España, 54.

Pascual-Jimeno, A. y Conejero-López, S. (2019). Regulación emocional y afrontamiento: Aproximación conceptual y estrategias. Revista Mexicana de Psicología, vol. 36, núm. 1, pp. 74-83. Sociedad Mexicana de Psicología A.C. En: <https://www.redalyc.org/journal/2430/243058940007/html/>

Pérez, O. M., Ramos, I. O. & Achón, Z. N. (2007). Aprendizaje y desarrollo humano. Buenos Aires: Editorial Universitaria. En: https://www.researchgate.net/publication/28184457_Aprendizaje_y_desarrollo_humano/link/0fff03e50cf2b20ef0755c8e/download

Quy, K. y Stringaris, A. (2017). Trastorno negativista desafiante. Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines. En: <https://iacapap.org/Resources/Persistent/a3c8fa46bcd60a91dd44b5927f15e8faa90b40cc/D.2-Oppositional-Defiant-Dis-Spanish-2017.pdf>

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 140 de 121

- Ramos-Galarza, C. & Lozada-Montero, J. (2015). ¿Los estudiantes universitarios tienen dificultades neuropsicológicas en el control de impulsos o en su monitorización? *CienciAmérica*, 4(1), pp. 28-34. En: <http://201.159.222.118/openjournal/index.php/uti/article/view/36>
- Rapee, R.M. (2016). Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes: Naturaleza, Desarrollo, Tratamiento y Prevención. Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines.
- Restrepo-Rubio, M. et al. (). Prácticas educativas y aprendizaje significativo como factores de desarrollo humano e integración social en el programa de atención integral a la primera infancia del Centro de Servicios de Salud del Sena. Maestría de Educación y Desarrollo Humano. Universidad de Manizales.
- Ríos-Flórez, J. A. et al. (2018). Influencia del nacimiento pretérmino en procesos conductuales y emocionales de niños en etapa escolar primaria. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 16(1), 177-197. doi:10.11600/1692715x.16110.
- Robertson, M.M. (Jan, 2015). A personal 35 year perspective on Gilles de la Tourette syndrome: prevalence, phenomenology, comorbidities, and coexistent psychopathologies. *Lancet Psychiatry*; 2(1): pp. 68-87. doi: 10.1016/S2215-0366(14)00132-1. Erratum in: *Lancet Psychiatry*. 2015 Apr;2(4): 291. PMID: 26359614.
- Rodríguez P. J. (2008). Trastornos del comportamiento. *Pediatr Integral*; 12: pp. 949- 958.
- Rodríguez-Hernández, P. J., Santamaría-Ramiro, M. T. y Figueroa-Quintana, A. (2010). Guía Didáctica: Trastornos del comportamiento. Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública y Servicio Canario de la Salud. Gobierno de Canarias.
- Romero, E. et al. (2013). EmPeCemos: Programa para la intervención en problemas de conducta infantiles. Manual para el entrenamiento de padres y madres. Madrid: TEA Ediciones.
- Romero-López, M. (2016). Problemas de conducta y funciones ejecutivas en niños y niñas de 5 años. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. INFAD. Revista de Psicología, N°1-Vol.1. ISSN: 0214-9877. pp:57-66 <http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v1.214>
- Rusca-Jordán, F. & Cortez-Vergara, C. (2020). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(3), pp. 148-156. <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i3.3794> En: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972020000300148

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.AAIP.121223
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 2	Página N° 141 de 121

- Silva, B., Canas-Simião, H. & Cavanna, A. E. (2020). Neuropsychiatric Aspects of Impulse Control Disorders. *Psychiatric Clinics*, 43(2), pp. 249-262.
- Schapira, I. y Cravedi, V. (2004). Programa Universitario: Impacto de la Prematurez en el Crecimiento y Desarrollo. Unidad temática: Neurodesarrollo 1. *Revista Hospital Materno Infantil Ramon Sardá*.
- Swanson, J. M. et al. (February, 2001). Clinical Relevance of the Primary Findings of the MTA: Success Rates Based on Severity of ADHD and ODD Symptoms at the End of Treatment. Special Section: ADHD Comorbidity and Treatment Outcomes in the MTA. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Volume 40, Issue 2, pp. 168-179. En: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S089085670960366X>
- Tayeh, P., Agámez, P. & Chaskel, R. (2016). Trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia. *Precop SCP*, 15(1), pp. 6-18.
- Valderrama, E. B. & Herrero, C. M. (2014). Trastornos del sueño en la infancia. Clasificación, diagnóstico y tratamiento. *Anales de Pediatría Continuada*, 12(4), pp. 175-182.
- Vasileva, M. et al. (2021). Research review: A meta-analysis of the international prevalence and comorbidity of mental disorders in children between 1 and 7 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(4), pp. 372-381.
- Vásquez, J. et al. (2010). Guía clínica para el trastorno negativista desafiante. México: Secretaría de Salud. © Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Walter, H. J. et al. (2020). Clinical practice guideline for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(10), 1107-1124.
- Yusta-Izquierdo, A., Higes-Pascual, F. y Carvahlo-Monteiro, G. (Febrero, 2019). Trastornos del sueño. Elsevier B.V. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, Volume 12, Issue 72, pp. 4205-4214. En: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541219300290>
- Zapata, J. P. & Palacio, J. D. (2016). Trastorno explosivo intermitente: un diagnóstico controversial. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 45(3), pp. 214-223.