

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 1

Código MP.GM.DDSS.101221

Versión: 01

2021

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.101221</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	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 1.
TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN
Y DEL ESPECTRO AUTISTA
CÓDIGO MP.GM.DDSS.101221
Versión 01

SAN JOSÉ, COSTA RICA
2021

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 3 de 121

Elaborado por			
Dra. Alexandra Chaves Ardón. Enfermera. Dra. Adelaida Mata Solano. Educadora y Psicóloga. Dra. Marlene Montoya Ortega. Nutricionista		AAIP-PNANN AAIP-PNANN AAIP-PNANN	
Aportan al diseño del documento			
Dra. Jasmín Jaramillo Borges. Psiquiatra Dra. Yolanda López Sáenz. Psiquiatra Dra. Roselyn Valerín Ramírez. Pediatra Neurodesarrollista.			
Validado por			
PRIMERA FASE			
1.	Ana Cecilia Vázquez Castro	Enfermería	Área de Salud de Limón
2.	Santiago Batalla Garrido	Pediatría	Área de Salud de Talamanca
3.	Karen Scoh Sotrell	Pediatría	Hospital Dr. Tony Facio Castro
4.	Raquel Duran Algarin	Enfermería	Hospital de Guápiles
5.	Ana Yessenia Alfaro Cruz	Medicina Familiar y Comunitaria	Área de Salud de Bagaces
6.	Carolina Barrantes Arguedas	Medicina General Encargada Consulta Riesgo Desarrollo	Área de Salud de Garabito
7.	Fabiola Alvarez Mora	Pediatría	Área de Salud de Santa Cruz
8.	Garybeth Solano Alvarado	Medicina Familiar y Comunitaria	Área de Salud de Tilarán
9.	Yorleny Hernandez Diaz	Medicina Familiar y Comunitaria Encargada de Consulta de Riesgo del Desarrollo	Área de Salud de Hojancha
10.	Ángel Coronado Pastrano	Medicina Familiar y Comunitaria	Área de Salud de La Cruz
11.	Jose Alfredo Tencio Araya	Pediatría	CAIS Cañas
12.	Lissy Cascante Cerdas	Psiquiatría	Hospital La Anexión
13.	Andrea Sánchez Orozco	Enfermería en Salud Mental	Hospital de La Anexión
14.	Patricia Montero Chacón	Medicina Familiar y Comunitaria. Asistente Médico de Dirección.	Hospital Enrique Baltodano Briceño
15.	Gloriana Malavassi Viales	Pediatría	Hospital Enrique Baltodano Briceño
16.	Alina Vargas Madrigal	Medicina General	Área de Salud Orotina San Mateo
17.	Selenia Gonzalez Ramirez	Pediatría	Hospital de Quepos
18.	Andrea Maria Heitman Zuñiga	Enfermería Obstétrica	Área de Salud Desamparados 1
19.	Alejandra Gutierrez Marin	Medicina Familiar y Comunitaria	Área de Salud Desamparados 3
20.	Carolina Yaeger Olmedo	Medicina General	Área de Salud Desamparados 3
21.	Grettel Rodriguez Cordero	Medicina General	Área de Salud de Carmen Montes de Oca

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 4 de 121

22.	Joyce Cabrera Sandoval	Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría	Área de Salud de Escazú
23.	Cristina Mora Alvarez	Pediatría	Área de Salud de Coronado
24.	Juan Antonio Murillo Oviedo	Pediatría	Área de Salud Mata Redonda-Hospital
25.	Katarina Ureña Castro	Pediatría	Hospital de Turrialba
26.	Rocío Leiva Lopez	Pediatría	Hospital de Turrialba
27.	Jeffrey Garita Arce	Medicina General Encargada de Consulta de Riesgo del Desarrollo	Área de Salud de Santo Domingo
28.	Gloriana Chacón Retana	Pediatría	Hospital de San Ramón
29.	Lucrecia Bermudez Quiros	Enfermería Obstétrica	Área de Salud de Pérez Zeledón
30.	Maria Yilena Cordero Badilla	Enfermería Obstétrica	Área de Salud de Golfito
31.	Shirley Cerdas Ruiz	Medicina General	Área de Salud de Golfito
32.	Lorena Blanco Gamboa	Enfermería Obstétrica	Área de Salud de Buenos Aires
33.	María Raquel Salazar Monge	Enfermera	Hospital de Golfito Manuel Mora Valverde
34.	Natalia Solano Gonzalez.	Pediatría	Hospital de Pérez Zeledón
35.	Ana Patricia Vargas Brenes	Enfermería Obstétrica	Área de Salud de Pital
SEGUNDA FASE			
36.	Sara Cubillo Escalante	Psicología	Coordinación de Psicología
37.	Gabriel Ugalde Rojas	Enfermero-Epidemiólogo	Coordinación de Enfermería
38.	Maritza Solis Oviedo	Enfermera	Coordinación de Enfermería
39.	Grace Murillo Loaiza	Nutrición	Coordinación de Nutrición
40.	Cecilia Vargas Hernández	Nutrición	Coordinación de Nutrición
41.	Diana Masis Aguilar	Nutrición	Coordinación de Nutrición
42.	Ruth Campos Masis	Trabajo Social	Coordinación de Trabajo Social
Revisado por:	Dr. Jose Miguel Angulo Castro. Jefe Área de Atención Integral a las Personas.		
Aprobado por:	Dr. Mario Mora Ulloa. Enlace Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud- Gerencia Médica.		
Aval:	Oficio GM-3360-2022		
Fecha de emisión:	2021		

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 5 de 121

Próxima revisión:	2025
Observaciones	
<ul style="list-style-type: none"> - 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	
<p>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. Cada colaborador llenó su respectivo formulario de declaración de intereses; los formularios serán custodiados por 5 años.</p>	

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.101221</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 6 de 121

TABLA DE CONTENIDO

Presentación	8
Introducción	9
1. Justificación	10
2. Definiciones y abreviaturas	11
3. Referencias normativas	15
4. Alcance y campo de aplicación	16
5. Objetivos del Manual	16
6. Responsables del cumplimiento	17
7. Responsables de la verificación	17
8. Metodología de construcción	18
Marco Conceptual	19
1. Visión de desarrollo	20
2. Alteraciones sensoriales	23
3. Abordaje del neurodesarrollo y comportamiento en salud	29
Trastornos del neurodesarrollo y el comportamiento: definición y abordaje	31
1. Trastornos o problemas pediátricos de alimentación	32
a. Trastorno de la Ingestión alimentaria en la Infancia y la niñez: picky eaters (comer melindroso)	34
a.1. Definición	34
a.2. Factores de riesgo	35
a.3. Manifestaciones clínicas (signos y síntomas)	36
a.4. Criterios generales de abordaje	37
b. Aversión alimentaria de origen sensorial	43
b.1 Definición	43
b.2. Factores de riesgo	45
b.3 Manifestaciones clínicas (signos y síntomas)	46

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 7 de 121

b.4. Criterios generales de abordaje	47
2. Trastorno del espectro autista	53
c.1 Definición	53
c.2. Factores de riesgo	58
c.3 Manifestaciones clínicas (signos y síntomas)	58
c.4. Criterios generales de abordaje	64
Contacto para consultas	72
Validación del Manual	72
Indicadores de evaluación de la aplicación del Manual	76
Anexos y referencias	78
Anexo 1. Oficio Aval Gerencia Médica	79
Anexo 2. Cuestionario M-CHAT Revisado para el Autismo en Niños Pequeños (M-CHAT-R) Niños y niñas menores de 4 años	80
Anexo 3. Cuestionario de Tamizaje para autismo. Niños y niñas mayores de 4 años	82
Anexo 4. Componentes de una Historia Clínica para Trastornos del Neurodesarrollo y del Comportamiento	85
Anexo 5. Entrevista de Seguimiento M-CHAT-R (M-CHAT-R/F)	89
Anexo 6. Lista de asesores regionales de Educación Especial MEP	112
Anexo 7. Recomendaciones para el diseño de un Plan de Intervención	114
Referencias	116

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 8 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 niña con sus contextos y grupos de pertenencia, generando una progresiva adquisición y perfeccionamiento de funciones que son tareas primordiales del SNC, por lo que una perturbación del mismo es el signo más trascendente de una disfunción. Es importante resaltar, que el SNC 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 los trastornos de alimentación, que afectan entre el 20% al 80% de los niños de todo el mundo. Hasta un 80% de los niños con inapetencia o cualquier otro problema de alimentación tendrán un retraso en su desarrollo y los diferentes estudios han sugerido que solo un 16-30% de esos casos tienen causas orgánicas. En este particular, la prevalencia de dificultades de alimentación es casi del 90%. Otro ejemplo, son los trastornos del espectro autista (TEA), que afectan a uno de cada 59² de los niños de todo el mundo.

Aunque hay factores propios del niño o la niña, tales como el temperamento, también hay otros como el medio ambiente y factores parentales que igualmente pueden interactuar para influir y mantener el problema³. Por lo tanto, en el ámbito institucional, se debe potenciar la detección temprana y 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.

El presente Manual, Modulo 1, 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 trastornos alimentarios pediátricos y del espectro autista, así como, fortaleciendo la derivación respectiva según manifestaciones, factores de riesgo y criterio diagnóstico. Los siguientes módulos abordan temas relacionados con otras alteraciones principalmente de comportamiento.

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 Hyman, S. et al. Council On Children With Disabilities, Section On Developmental And Behavioral Pediatrics. (January, 2020). Identification, Evaluation, and Management of Children with Autism Spectrum Disorder. Pediatrics, 145 (1) e20193447; DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3447>

³ Ortiz. R. (s.f.). Nueva Clasificación de los desórdenes alimentarios. CCAP, 10(4). En: https://issuu.com/precopscp/docs/5_jtw



INTRODUCCIÓN

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 10 de 121

1. JUSTIFICACION

La atención del neurodesarrollo y del comportamiento en niños y niñas implica la aplicación de tamizajes, baterías diagnósticas e intervenciones necesarias para garantizar la evaluación y el seguimiento de condiciones de riesgo orgánico identificadas desde el nacimiento como son: prematuridad, bajo peso al nacer, asfixia o hipoxia perinatal, patología cerebral grave, infecciones del sistema nervioso central, entre otras⁴ u otras que emerjan durante la infancia. Además, debe incluir la identificación de factores de riesgo psicosocial que comprometen la evolución normal del 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, en aras de identificar tempranamente la naturaleza de dichos problemas, tranquilizar a los padres y madres acerca de dudas del desarrollo de sus hijos e hijas y orientar la aplicación de nuevas pruebas diagnósticas, el tratamiento adecuado o 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 tiene el problema o está en riesgo de padecerlo utilizando las mejores herramientas disponibles, así como, 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, mayores índices de graduación, reducidos índices de embarazo en la adolescencia, mayor índice de empleo, reducida conducta criminal y violenta, reducida necesidad de educación especial y 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, para organizar a nivel institucional el proceso de atención a las alteraciones del neurodesarrollo y el comportamiento. La implementación del Manual forma parte de la línea estratégica

⁴ 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		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 11 de 121

institucional vinculada con la temática, que tiene como fin crear un escenario adecuado para el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y derivación oportunas de casos vinculados con los trastornos o problemas pediátricos de alimentación y del espectro autista. Con lo cual se generará un aumento en la capacidad resolutoria 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 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 preescolar⁵.

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 es el abordaje de los determinantes de la salud de las personas, procurando equidad en el acceso y uso de los servicios de salud⁶.

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

⁵ 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>

⁶ 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 GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 12 de 121

puede transformarse en transdisciplinario si entre ellos adquieren conocimientos de las otras disciplinas relacionadas y los incorporan a su práctica⁷.

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 afectiva⁸.

Bondad de ajuste. Adecuación del niño y la niña en respuesta a las exigencias y las restricciones medioambientales. Habilidad de los cuidadores 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 nuevas⁹.

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 estabilidad en los cuidados que recibe, la percepción de cuanto le rodea (personas, imágenes, sonidos, movimiento))¹⁰.

Factores de riesgo. Es cualquier rasgo, características o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión¹¹.

⁷ 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&tling=es.

⁸ 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.

⁹ Papalia, D., Duskin, R. y Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano*. (12 ed.). Mc Graw Hill Education. p. 17. ISBN 978-607-15-0933-8.

¹⁰ Papalia, D., Duskin, R. y Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano*. (12 ed.). Mc Graw Hill Education. p. 17. ISBN 978-607-15-0933-8.

¹¹ 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>

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 13 de 121

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

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 edad¹². 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 experiencias¹³.

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. 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 edad¹⁴.

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 diarios¹⁵.

¹² 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>

¹³ 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.

¹⁴ 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>

¹⁵ Hernández-Muela, S., Mulas, F. y Mattos, L. (2004). Plasticidad neuronal funcional. Revista Neurología; 38 (Supl 1); pp. S58-S68.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 14 de 121

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 niveles¹⁶.

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 edad¹⁷.

Trastornos del comportamiento. Incluyen problemas de salud mental, problemas emocionales que crean disfunción en alguna de las áreas contextuales del niño: escolar, social y familiar¹⁸. 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 ocupacional¹⁹. Estas alteraciones o retrasos en el desarrollo del sistema nervioso central impiden o limitan el desarrollo normal del niño.

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

¹⁶ 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.

¹⁷ Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Manual de Procedimientos para la Atención Integral del Niño y la Niña. I Nivel. San José, Costa Rica.

¹⁸ Rodríguez P. J. (2008). Trastornos del comportamiento. *Pediatr Integral*; 12: pp. 949- 958.

¹⁹ 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.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 15 de 121

proceso continuo y flexible, que entrega información a los profesionales, los padres, las madres y a otros miembros de la comunidad responsables de su cuidado²⁰.

- Abreviaturas

- **CCSS.** Caja Costarricense de Seguro Social.
- **CDC.** Centro de Control de las Enfermedades de Estados Unidos.
- **EBAIS.** Equipo Básico de Atención Integral en Salud.
- **HNN.** Hospital Nacional de Niños.
- **MEP.** Ministerio de Educación Pública.
- **OMS.** Organización Mundial de la Salud.
- **OPS.** Organización Panamericana de la Salud.
- **RISA.** Redes Integradas Intersectoriales de Servicios de Atención (CCSS-MEP-CEN/CINAI).
- **TEA.** Trastorno del espectro autista.
- **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		
	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

²⁰ 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.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 16 de 121

NA	Plan de Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia	2009-2021
NORMATIVA TECNICA INSTITUCIONAL		
NA	Manual de Procedimientos: atención integral a niños, niñas y adolescentes en situación de violencia. Red de Servicios de Salud	2021
NA	Informe de avance y plan de acción Iniciativa Hospitales Amigos del Niño, la Niña y la Madre (IHANNM) en la CCSS 2005-2020	2020
	Lineamiento Técnico LT.GM.DDSS.120919. Consulta riesgo del desarrollo para niñas y niños. Áreas de Salud, hospitales periféricos y regionales de la CCSS	2019
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
GM-MDA-9217-16	Lineamiento Técnico diagnóstico y manejo de anemia ferropénica en niños y niñas.	2016
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.	2015
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 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 de trastornos de alimentación pediátricos y del espectro autista 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

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 17 de 121

- Definir el proceso de atención a niños y niñas con trastornos de alimentación pediátricos y del espectro autista en la red de servicios de salud.

Objetivos específicos del Módulo

- Enumerar los criterios diagnósticos para la detección temprana y oportuna de trastornos de alimentación pediátricos y del espectro autista.
- Describir el proceso de captación y atención de los niños y niñas con trastornos de alimentación pediátricos y del espectro autista.
- Definir los criterios de referencia y contrarreferencia interniveles para niños y niñas con trastornos de alimentación pediátricos y del espectro autista.
- Especificar la conformación de equipos interdisciplinarios para la atención y seguimiento de los niños y niñas con trastornos de alimentación o del espectro autista en la red de servicios.
- Detallar el proceso de seguimiento de niños y niñas diagnosticados con alguna alteración del desarrollo 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.
- Profesionales de las Sedes de 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).

7. RESPONSABLES DE LA VERIFICACIÓN

- Directores de Dirección 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.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 18 de 121

- Representante o equipo de la Dirección de Red Integrada de prestación de Servicios de Salud asignado al tema.
- Programa de Normalización de la Atención del Niño y la Niña.
- Director(a) de Área de Salud u hospital, Jefaturas de Servicios o coordinadores.

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.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.101221</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 19 de 121

MARCO CONCEPTUAL

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 20 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 y la Dirección Nacional de CEN/CINAI han desarrollado múltiples acciones en este sentido, sin embargo, no se dispone de un marco conceptual compartido que permita la concreción de acciones conjuntas a partir de la confluencia de saberes.

El Programa Interamericano sobre Atención Integral a la Primera Infancia (2010) señala que investigaciones científicas y constataciones realizadas en los últimos 20 años, desde diversas perspectivas (culturales, psicológicas, económicas, educativas, políticas, neurocientíficas), confirman la relevancia del desarrollo, atención y educación temprana desde antes del nacimiento.

Desde diversas perspectivas, todos los 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. Destacan entre los estudios en mención los siguientes.

- Los estudios de la Carnegie Corporation²¹ 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. Mustard²² 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.

²¹ Carnegie, Informe. (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.

²² 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.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 21 de 121

- 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 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 School²³ 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. Heckman²⁴ 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. Goleman²⁵ 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

²³ Berrueta-Clement, L. et al. (1984-2004). The Perry Preschool Study. Estados Unidos.

²⁴ Heckman, J (2007). Testimonio frente al Comité Económico Conjunto del Congreso de EEUU. Washington, D.C.

²⁵ Goleman, D. (1998). Emotional Intelligence, traducido al español como La Inteligencia Emocional, Javier Vergara Editor, S.A., Buenos Aires, Argentina.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 22 de 121

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 Gardner²⁶ 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 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.²⁷ 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.

Así en su sentido más amplio, el desarrollo humano se refiere al proceso de expansión de las libertades reales de que disfrutan 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, Molerio et al. (2007) anotan una serie de características que se deben de tomar en cuenta en el momento de conceptualizar desarrollo humano.

- 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,

²⁶ Gardner, H. (1987). Estructuras de la mente. La teoría de las inteligencias múltiples, Fondo de Cultura, México.

²⁷ Black, M. M. et al. (October 4, 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)

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 23 de 121

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.

- 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: la valoración de la vida, 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.

2. ALTERACIONES SENSORIALES

La Integración Sensorial²⁸ 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, localiza, clasifica y ordena las sensaciones, cuando estas fluyen de forma organizada o integrada.

El cerebro las utiliza potencialmente 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 es 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 del gateo hasta ponerse de pie y caminar.

Respuestas adaptativas

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.

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.

²⁸Martínez-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.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 24 de 121

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 es una “*máquina de procesar sensaciones*”, 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.

El procesamiento de la información

Los impulsos neuronales deben atravesar dos o más neuronas para generar una experiencia sensorial, una respuesta motriz 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 auto organizarse. 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.

Las sensaciones

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.

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);

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 25 de 121

- ✓ 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 silabas 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.
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 propioceptivo²⁹	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,

²⁹ Propioceptivo: Proviene de la palabra del latín “proprius” que significa “referente a la misma persona que habla”.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 26 de 121

(posición y movimiento)	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)³⁰.

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 desarrollo³¹.

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.

³⁰ Ayres, J. (2008). La integración sensorial en los niños. Desafíos sensoriales ocultos. Tea Ediciones, Madrid.

³¹ 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		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 27 de 121

El niño o niña necesitan 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 satisfactorio³².

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 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 sobre-excitan 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.

³² 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		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 28 de 121

Disfunciones en la integración sensorial (DIS)³³

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 los padres de familia no se dan cuenta hasta que el niño o niña ingresa a la educación formal y tiene dificultades al aprender a leer, escribir, respetar las normas, 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 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.

³³ Palacios, A. C. (2010). Integración sensorial. En: <http://www.agapasm.com.br/Artigos/Integracion%20sensorial.pdf>.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 29 de 121

- 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 la alimentación y trastorno del espectro autista presentan muchas de las conductas citadas.

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 tres años la institución ha desarrollado diversas estrategias de capacitación, organización de servicios y normalización técnica que permitan progresivamente aumentar la capacidad resolutive 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 EBAS 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 paciente.
- Fortalecimiento del trabajo articulado entre Hospitales Nacionales, Regionales y Periféricos, las Áreas de Salud, los Centros Educativos y los 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.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 30 de 121

- Fortalecimiento de la atención pediátrica 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.
- Creación de Clínica de Neurodesarrollo en el CENARE y fortalecimiento de la intervención en el tema de la Red de Medicina en Rehabilitación en la red de servicios de salud.
- 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 todos los funcionarios involucrados en la atención del niño y la niña en la red de servicios de salud.

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 correspondiente, en aras de habilitar y/o rehabilitar las posibles alteraciones, con el fin de garantizar la verdadera atención del neurodesarrollo³⁴.

La segunda ventaja de esta organización, además de su alcance a toda la etapa de la niñez, es el aumento de accesibilidad para que la madre, padre o encargado 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

³⁴ 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.101221</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 31 de 121

respectivo impacto en los procesos de detección e intervención temprana, desarrollo profesional de los funcionarios participantes y aumento de satisfacción del personal interno y los usuarios por la respuesta

TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y EL COMPORTAMIENTO: DEFINICIÓN Y ABORDAJE

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 32 de 121

1. TRASTORNOS O PROBLEMAS PEDIÁTRICOS DE ALIMENTACIÓN

Los alimentos ingeridos no solo proporcionan nutrientes esenciales para el organismo, si no también estimulación olfativa, gustativa, táctil y otras formas, además, activan la compleja y elaborada secuencia de eventos relacionados con la digestión y absorción de nutrientes³⁵.

El desarrollo de la alimentación se inicia desde la etapa gestacional con el aprendizaje de sabores. Algunos componentes volátiles de los sabores de los alimentos que la madre ha ingerido permanecen en el líquido amniótico, lo que permite un aprendizaje prenatal a través de la exposición en el ambiente uterino, que lleva a que ciertos sabores de alimentos consumidos por la madre en el embarazo sean preferidos en comparación con otros³⁶. Lo cual implica, que la exposición temprana indirecta a los alimentos puede tener efectos a largo plazo. Al igual que en el embarazo, la lactancia es un momento adecuado para aprender sabores, dada la exposición sensorial que ella significa³⁷.

Este desarrollo de la alimentación continúa, no solo con la adecuada maduración de las funciones sensoriales y psicomotoras implicadas en el proceso, sino también, influenciada por los factores familiares, educativos, sociales y psicológicos. El acto de comer no es solo una necesidad básica para la supervivencia del niño o la niña, sino que contribuye de forma esencial a la relación del niño y niña con su entorno y familia³⁸.

Es importante resaltar, que la introducción de alimentos complementarios a partir de los 6 meses de edad, tiene una serie de objetivos, dirigidos a promover un adecuado neurodesarrollo, a enseñar al niño y la niña a distinguir sabores, colores, texturas y temperaturas diferentes, así como, a fomentar la aceptación de nuevos alimentos,

³⁵ Domjan, M. (2018). Introduction to Food Neophobia: Historical and Conceptual Foundations. **Food Neophobia**. Behavioral and Biological Influences Woodhead Publishing Series in Food Science, Technology and Nutrition, pp. xv-xxx.

³⁶Harris, G. y, Coulthard, H. (2016). Early Eating Behaviours and Food Acceptance Revisited: Breastfeeding and Introduction of Complementary Foods as Predictive of Food Acceptance. *Curr Obes Rep.*; 5: pp. 113-120.

³⁷ Aldalur, M. et al. (2014). Neofobia y otros trastornos restrictivos alimentarios en la infancia y consumo de frutas y verduras: Revisión. *Rev Esp Nutr Comunitaria*; 20(4): pp. 150-157.

³⁸ San José, M.A. y Moráis López A. (2020). Trastornos de la conducta alimentaria del niño pequeño. El niño que no come. En: *Nutrición en el niño con necesidades especiales 2020*. Continuum 2020. En: <http://continuum.aeped.es>

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 33 de 121

promover y desarrollar hábitos de alimentación saludables, favorecer el desarrollo psicosocial y la interacción correcta entre padres, cuidadores e hijos y conducir a la integración en la alimentación familiar³⁹.

Por lo tanto, la alimentación de la madre durante la etapa gestacional, la lactancia materna y la introducción adecuada y oportuna de alimentos complementarios favorecen la posterior aceptación de los alimentos en los niños y niñas⁴⁰. Para que el proceso de desarrollo de la alimentación sea adecuado, es necesario que todos los factores implicados (biológicos, psicológicos y sociales) funcionen coordinadamente, facilitando que el niño o niña adquiera las habilidades correctas, a la vez que, las asimila como un proceso normal y aprende a socializar mientras se alimenta.

Considerando la potencial relevancia de la alimentación en el crecimiento y desarrollo del niño y la niña, es importante resaltar la presencia de trastornos o problemas de alimentación (Figura 1). Estos carecen de una definición universalmente aceptada. Los paradigmas de diagnóstico anteriores han definido el “trastorno o problema” de la alimentación desde la perspectiva de una sola disciplina. Sin embargo, la propuesta de un término diagnóstico unificador “Trastorno o problema de la alimentación pediátrica”, ha sido utilizando en el marco de la Organización Mundial de la Salud y como parte de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Este término unifica la alimentación desde el punto de vista médico, nutricional, de habilidades y/o de preocupaciones psicosociales asociadas con trastornos de la alimentación. Los criterios de diagnóstico propuestos promueven el uso de terminología común, precisa y necesaria para avanzar en la práctica clínica, de investigación y política de atención a niños y niñas⁴¹.

Los trastornos o problemas de la alimentación se pueden presentar hasta en un 80% de los niños o las niñas menores de 6 años con trastornos del desarrollo y hasta un 35% con un desarrollo neurotípico. Entre un 14% y un 50% de **los padres perciben** que sus hijos o hijas tienen un “desorden” de alimentación, con tendencia a disminuir a los 6 años (13.2%) y en niños o niñas mayores de 6 años la prevalencia disminuye significativamente (4%)⁴².

Considerando, que hasta un 50% de los padres afirman que sus hijos no comen de manera óptima, es decir, que son demasiado selectivos o melindrosos, comen muy poco o no avanzan a alimentos más complejos o que prefieren los productos procesados o ultraprocesados⁴³, es importante señalar que estos trastornos o problemas de la alimentación pueden desarrollarse y persistir debido a factores anatómicos, del neurodesarrollo, orales-motores, factores médicos, ambientales y del comportamiento que ocurren de forma

³⁹ Cuadros, C.A. (2017). Actualidades en alimentación complementaria. Acta Pediátrica Mex., 38(3): pp. 182-201.

⁴⁰ Harris, G. y Coulthard, H. (2016). Early Eating Behaviours and Food Acceptance Revisited: Breastfeeding and Introduction of Complementary Foods as Predictive of Food Acceptance. Curr Obes Rep; 5: pp. 113-120.

⁴¹ Goday, P. S. (January, 2019). Pediatric Feeding Disorder—Consensus Definition and Conceptual Framework. J Pediatr Gastroenterol Nutr. Volume 68, Number 1. pp. 124-129.

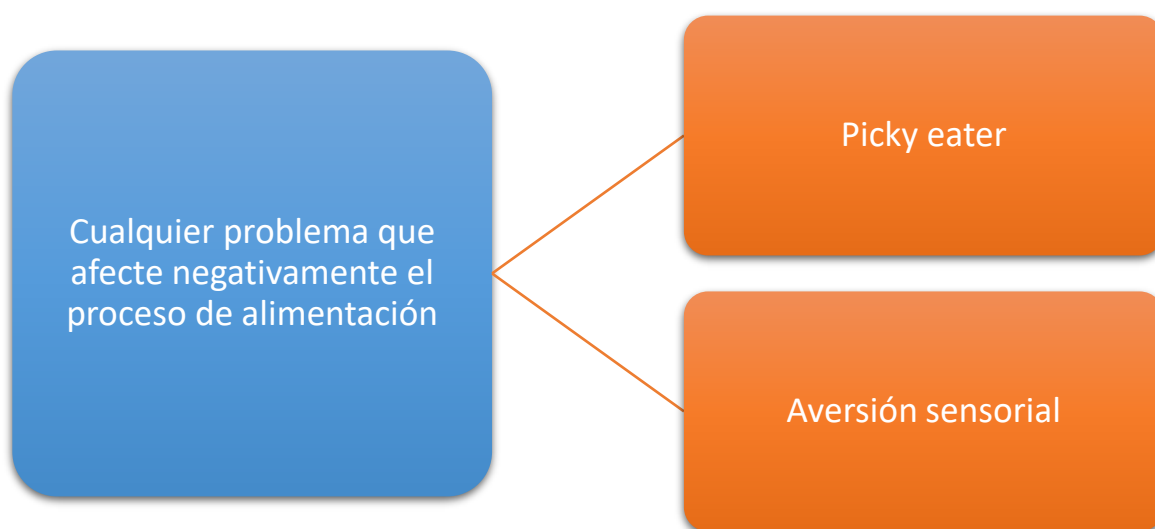
⁴² Rybertt, V. (2016). Aversión sensorial a los alimentos: un nuevo diagnóstico para un antiguo problema. Clínica Alemana de Santiago, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile. Pediatría del Siglo XXI. 6 (6).

⁴³ Kerzner, B. (2015). A practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties. Pediatrics: 135 (2).

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 34 de 121

aislada o en combinación⁴⁴. Por lo tanto, ante la posibilidad de una causa orgánica de base, se debe prestar atención a los síntomas o signos médicos que lo sugieran, pero se debe resaltar, que las causas más frecuentes son ambientales, ante lo cual, se deben establecer pautas de manejo conductual y nutricional, preferiblemente con el apoyo de un equipo interdisciplinario⁴⁵.

Figura 1. Trastornos o problemas de alimentación en niños y niñas



Fuente. Milano. K. (2019)

a. TRASTORNO DE LA INGESTIÓN ALIMENTARIA EN LA INFANCIA Y LA NIÑEZ: PICKY EATERS (SELECTIVIDAD LEVE/COMER MELINDROSO) (CIE-10/F98.2)

a.1 Definición

⁴⁴ Ibañez, V. et al. (2020) Pediatric Prevention: Feeding disorder. *Pediatr Clin N Am.* pp. 451-467.

⁴⁵ Rybertt, V. (2016). Aversión sensorial a los alimentos: un nuevo diagnóstico para un antiguo problema. *Clínica Alemana de Santiago, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile. Pediatría del Siglo XXI.* 6 (6).

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 35 de 121

Según el CIE-10 (F98.2) es el trastorno al ingerir alimentos, de variadas manifestaciones, habitualmente específico de la infancia y la niñez temprana. Por lo común, implica el rechazo del alimento y caprichosidad extrema, en presencia de un aporte adecuado de alimentos, competencia razonable del cuidador y ausencia de enfermedad orgánica.

Estos niños o niñas aceptan menos alimentos, pero disfrutan de una ingesta normal de calorías y crecen normalmente. El problema para estas familias es la confusión emocional en torno a la comida, porque los padres aplican la alimentación coercitiva, lo que resulta en problemas de conducta en el niño o niña y la familia⁴⁶.

El picky eaters (selectividad leve/comer melindroso) describe a aquellos niños y niñas que no aceptan probar alimentos nuevos (neofobia) o que rechazan algunos alimentos conocidos que no les son agradables, usualmente comen muy lento y consumen una variedad y cantidad limitada de alimentos⁴⁷. Situación que puede causar angustia en los padres y cuidadores, los cuales pueden usar estrategias equivocadas que dificultan el desarrollo de hábitos alimentarios saludables, generando, además, un impacto negativo en las relaciones familiares.

No hay una definición formal de picky eaters (comer melindroso), no obstante, la más aceptada, es la que señala que son aquellos niños o niñas “selectivos(as)”, que consumen una variedad inadecuada de alimentos a través del rechazo de una cantidad sustancial de alimentos. Se considera que la neofobia alimentaria (renuencia a comer o miedo a comer nuevos alimentos) es parte del picky eaters⁴⁸.

Por lo tanto, el niño o niña picky eaters puede extenderse más allá de la neofobia, ya que hay niños y niñas que rechazan las texturas de los alimentos y no solo un alimento en particular. Es decir, el comer melindroso puede extenderse al ámbito del sabor y la sensación de los alimentos, por ello, algunos autores consideran que esta alimentación selectiva, es consecuencia de un escaso apetito o de una forma leve de desórdenes de integración sensorial⁴⁹.

La alimentación selectiva, puede darse entre un 5% y hasta el 59% de los niños o niñas y representa aproximadamente 2/3 de los niños o niñas identificados con desórdenes de alimentación. Comienza usualmente entre el año y los dos años de edad, alcanzando su punto máximo alrededor de los 6 años. Para la mayoría de los niños o niñas es una conducta alimentaria transitoria que se manifiesta entre los 3 y los 6 años de edad⁵⁰.

⁴⁶ Edwards, S. et al. (Nov., 2015). Interdisciplinary Strategies for Treating Oral Aversions in Children. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition. Vol 39-(8). DOI: 10.1177/0148607115609311

⁴⁷ Vander-Horst, K. et al. (2016) Picky eating: Associations with child eating characteristics and food Intake. Appetite 103 (2016) 286e293.

⁴⁸ Taylor, C. y Emmett, P. (2018). Picky eating in children: causes and consequences. University of Ulster. Proceedings of the Nutrition Society.

⁴⁹ Kerzner, B. (2015). A practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties. Pediatrics: 135 (2).

⁵⁰ Milano, K., Chatoor, I. & Kerzner, B. A. (2019). Functional Approach to Feeding Difficulties in Children. Curr Gastroenterol Rep 21, 51. En: <https://doi.org/10.1007/s11894-019-0719-0>

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 36 de 121

a.2. Factores de riesgo

- Madre con antecedentes de dificultad o trastornos alimentarios.
- Introducción de la alimentación complementaria inadecuada (poca variedad de alimentos, ausencia de secuencia de introducción de texturas de los alimentos, uso de licuados, ausencia de rutinas de alimentación, introducción tardía de alimentos sólidos, entre otros).
- Estilos de alimentación autoritarios que evitan la experimentación sensorial con la comida, obligan a comer o implican ausencia de interacción positiva entre la persona adulta y el niño o niña durante los momentos de alimentación, ausencia de bondad de ajuste en la persona adulta, entre otros).
- Introducción en los primeros dos años de vida de productos procesados (productos comestibles a los que se les adiciona grasas, aceites, azúcares, sal y otros ingredientes culinarios para hacerlos más duraderos) y ultraprocesados (formulaciones industriales elaboradas a partir de sustancias derivadas de los alimentos o sintetizadas de otras fuentes orgánicas, contienen poco o ningún alimento enteros) como prácticas alimentarias rutinarias.

Existe evidencia, de que los factores de riesgo se pueden contrarrestar o prevenir consumiendo una amplia variedad de alimentos durante el embarazo, alimentando al niño o niña con leche materna y la introducción de alimentos complementarios organizada con base a la introducción progresiva de texturas y la exposición a un alimento de manera repetida en diversas presentaciones o preparaciones antes de asumir que al niño o niña no le gusta. Igualmente, es vital ofrecer variedad de texturas, sabores y colores en los alimentos durante los primeros dos años de vida⁵¹.

Se debe insistir en que las madres, padres o cuidadores proporcionen un modelo positivo de comportamiento en relación con la alimentación, por ejemplo, que en la familia se consuman frutas y vegetales y no presionar a sus hijos al momento de la alimentación, situaciones contrarias fortalecen la conducta de selectividad alimentaria⁵². La forma en que las madres, padres o cuidadores responden al comportamiento del niño o niña durante las comidas, juega un papel importante en la persistencia de un trastorno o problema de la alimentación⁵³.

a.3. Manifestaciones clínicas (signos y síntomas)⁵⁴

⁵¹ Branen, L. y Ramsay, S. (s.f.). Superando Alimentación Remilgosa. Feeding Young Children in Group Setting. University of Idaho. En: http://www.cals.uidaho.edu/feeding/fortrainers/handouts/pdf/FCTE17Spanish_picky_eating_handout.pdf

⁵² Taylor, C. y Emmett, P. (2018). Picky eating in children: causes and consequences. University of Ulster. Proceedings of the Nutrition Society.

⁵³ Ibañez, V. et al. (2020) Pediatric Prevention: Feeding disorder. *Pediatr Clin N Am*. pp. 451-467.

⁵⁴ Taylor, C. y Emmett, P. (2018). Picky eating in children: causes and consequences. University of Ulster. Proceedings of the Nutrition Society.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 37 de 121

De los siguientes signos y síntomas, la presencia de al menos uno de manera habitual, indica que el niño o la niña presenta la alteración y requiere una intervención para modificar sus comportamientos.

- Rechazo de todos o la mayoría de los alimentos con los que no ha tenido experiencia previa, en particular frutas, vegetales y carnes. Conducta presente por los menos por tres meses⁵⁵.
- Signos de angustia y ansiedad ante alimentos nuevos, texturas o sabores específicos (presencia de llanto permanente, enojo, no acepta comer, entre otros).
- Prefiere preparaciones diferentes de las de los cuidadores, acepta métodos especiales de preparación de alimentos.
- Alteración de las rutinas diarias que son problemáticas para la relación de la familia al momento de alimentación.
- Alimentación nocturna (tiempos de alimentación durante la noche).
- Lactancia materna exclusiva en niños o niñas mayores de 6 meses.
- Fracaso para avanzar en texturas (imposibilidad de pasar de alimentos en puré a grumos y a trozos).
- El niño o niña depende de la persona adulta para comer, no come sin ella presente.
- Tiempos de comida prolongados (más de 30 minutos).
- Nauseas al inicio de la alimentación.

a.4. Criterios generales de abordaje

Primer Nivel de Atención: EBAIS

DetECCIÓN

Cuando un padre, madre o cuidador reporta algún síntoma de “dificultad” alimentaria o selectividad leve en su hijo o hija de 2 a 6 años de edad se debe realizar lo siguiente:

- Valoración antropométrica (con el respectivo análisis de la tendencia de los diferentes indicadores).
- Antecedentes heredofamiliares: problemas emocionales activos en los cuidadores o bien antecedentes psiquiátricos
- Antecedente ambientales: violencia de algún tipo en hogar, disfunción familiar importante
- Antecedentes perinatales: prematuridad, anomalías congénitas
- Otros antecedentes haciendo énfasis en:
 - Evidencia de dificultades para masticar o deglutir.
 - Problemas digestivos, mala absorción, estreñimiento, vómitos o diarrea.

⁵⁵ Milano, K., Chatoor, I. & Kerzner, B. A. (2019). Functional Approach to Feeding Difficulties in Children. Curr Gastroenterol Rep 21, 51 En: <https://doi.org/10.1007/s11894-019-0719-0>

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 38 de 121

- Señales de alerta orgánicas⁵⁶: sospecha de disfagia, odinofagia, ingestión descoordinada seguida por tos o asfixia, neumonía recurrente, dolor aparente con la alimentación (alimentación interrumpida por llanto que sugiere dolor), síntomas cardio-respiratorios crónicos: tos al comer, crisis de cianosis, etc., prematuridad, anomalías congénitas, Trastorno del Espectro Autista (TEA).
- Presencia o ausencia de las siguientes prácticas:
 - Rechazo de todos o la mayoría de los alimentos con los que no ha tenido experiencia previa, en particular frutas, vegetales y carnes. Conducta presente por los menos por tres meses⁵⁷.
 - Signos de angustia y ansiedad ante alimentos nuevos, texturas o sabores específicos (presencia de llanto permanente, enojo, no acepta comer, entre otros).
 - Preferencia de preparaciones diferentes de las de los cuidadores, aceptación de métodos especiales de preparación de alimentos.
 - Alteración de las rutinas diarias que son problemáticas para la relación de la familia al momento de alimentación.
 - Alimentación nocturna (tiempos de alimentación durante la noche).
 - Lactancia materna exclusiva en niños y niñas mayores de 6 meses.
 - Fracaso para avanzar en texturas (imposibilidad de pasar de alimentos en puré a grumos y a trozos).
 - El niño o niña depende de la persona adulta para comer, no come sin ella presente.
 - Tiempos de comida prolongados (más de 30 minutos).
 - Nauseas al inicio de la alimentación.
- Aplicación de examen físico y neurológico completo.
- Indicación de exámenes de Laboratorio si se requiere.
- Aplicación de Pretest Denver II según edad.

Abordaje

- Valoración y manejo de comorbilidades asociadas según hallazgos.
- Con base en los resultados, **si únicamente se presenta rechazo a alimentos nuevos** brindar recomendaciones indicadas a la familia (Tabla 2).
- En caso de que el niño o niña presente manifestaciones de otras prácticas sugestivas de picky eaters (comer melindroso) entonces referir a Consulta Riesgo del Desarrollo del Área de Salud (no debe haber transcurrido más de 6 semanas entre la consulta en el EBAIS y la valoración en la Consulta de Riesgo).
- En ambos casos, es importante recomendar a la familia que integre al niño o niña a una Alternativa de cuidado y desarrollo o un Jardín de Niños que incluya en su rutina tiempos de alimentación.

⁵⁶ Kerzner, B. (2015). A practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties. Pediatrics: 135.

⁵⁷ Milano, K., Chatoor, I. & Kerzner, B. A. (2019). Functional Approach to Feeding Difficulties in Children. Curr Gastroenterol Rep 21, 51 En: <https://doi.org/10.1007/s11894-019-0719-0>

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 39 de 121

Tabla 2. Recomendaciones en relación con neofobia alimentaria⁵⁸

- Respetar la opinión de los niños o niñas acerca del alimento ofrecido, en lugar de presionarlo para que le guste.
- Invitar al niño o la niña a participar en la elaboración de recetas (si la edad lo permite) que involucren diferentes tipos de alimentos y texturas.
- Ofrecer cada alimento que genera rechazo, durante varios días, en días alternos, en diferentes presentaciones, texturas y tiempos de comida.
- Generar un ambiente de interacción positiva con el niño o niña en el momento de consumo de alimento, no presionarlo para que coma, permitirle que él decida cuanto comer.
- Tolerar la cantidad de alimentos que el niño o niña decide consumir.
- Se debe insistir en el ofrecimiento de cada alimento sin generar hostigamiento.
- Recuerde un mismo alimento puede ofrecerse hasta 8 a 15 veces en diferentes formas, presentaciones o preparaciones, antes de aceptar que no es del gusto del niño o niña⁵⁹, es importante la exposición repetida.
- La familia debe consumir alimentos al mismo tiempo que el niño o niña, debe participar activamente en el momento del consumo de alimentos familiar, recuerde que los niños o niñas aprenden a aceptar ciertos alimentos por observación directa de otras personas.
- Mantener un horario de alimentación: cinco tiempos de comida.
- Servir los alimentos en los diferentes tiempos de comida en un mismo lugar.
- No se debe interrumpir al niño o niña durante la comida.
- Permitirle al niño o niña tocar y explorar los alimentos ofrecidos.
- Ofrecerle texturas y porciones apropiadas de acuerdo con el estado de desarrollo del niño o niña.
- Analizar el volumen total de leche y bebidas ofrecidas al niño o niña según su edad.
- Ofrecer los líquidos al final de cada comida con el fin de no afectar el apetito.
- Mostrar al padre y la madre o persona cuidadora el patrón de crecimiento del niño o niña, explicando si es o no normal.
- Fortalecer la alimentación saludable en el niño o niña.
- Fomentar la alimentación en familia.

Fuente. Campuzano, M. (2020).

Referencia

- Referir al Servicio de Pediatría según la Red de Servicios, de acuerdo con los siguientes criterios:
 - Niños o niñas con manifestaciones de disfagia, aversión sensorial, pica o rumiación (Figura 2).
 - Niños o niñas con síntomas, signos orgánicos, según normativa vigente.

⁵⁸ Campuzano, M. (2020). Trastornos de la conducta alimentaria en el niño pequeño. *Pediatr Integral* 2020; XXIV (2): pp. 108 – 114 .

Silva, G. et al. (2016). Infant feeding: beyond the nutritional aspects. *Journal Pediatr* (Rio Janeiro).

⁵⁹ Sociedad Centroamericana de Gastroenterología, hepatología y Nutrición Pediátrica. (2018). Consenso Centroamericano Alimentación en el primer Año de Vida. Asociaciones de Pediatría de Centroamérica.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 40 de 121

- A Consulta de Riesgo del Desarrollo del Área de Salud si se identifica en la historia clínica cualquiera de las siguientes prácticas:
 - Rechazo de todos o la mayoría de los alimentos con los que no ha tenido experiencia previa, en particular frutas, vegetales y carnes. Conducta presente por los menos por tres meses⁶⁰.
 - Signos de angustia y ansiedad ante alimentos nuevos, texturas o sabores específicos (presencia de llanto permanente, enojo, no acepta comer, entre otros).
 - Alimentación nocturna (tiempos de alimentación durante la noche).
 - Preferencia de preparaciones diferentes de las de los cuidadores, aceptación de métodos especiales de preparación de alimentos.
 - Alteración de las rutinas diarias que son problemáticas para la relación de la familia al momento de alimentación.
 - Alimentación exclusiva con leche materna o fórmulas infantiles en niños o niñas mayores de 6 meses.
 - Fracaso para avanzar en texturas (imposibilidad de pasar de alimentos en puré a grumos y a trozos).
 - El niño o niña depende de la persona adulta para comer, no come sin ella presente.
 - Tiempos de comida prolongados (más de 30 minutos).
 - Nauseas al inicio de la alimentación.

Primer Nivel de Atención: Consulta de Riesgo del Desarrollo

Abordaje

- **Historia clínica con énfasis en:**
 - Historia familiar de dificultades de alimentación.
 - Estilos de alimentación y crianza (sensible o responsivo, controlador, indulgente, negligente) (Tabla 3).
 - Señales de alerta ambientales⁶¹: fijación alimentaria (limitación extrema de alimentos, selectividad), alimentación forzada y/o persecutoria, interrupción brusca de la alimentación después de un evento disparador, náuseas anticipatorias, retraso en el desarrollo.
 - Antecedentes gestacionales: estado nutricional durante el embarazo y alimentación. Prestar atención especial al uso de drogas lícitas e ilícitas durante el embarazo dado que alteran el patrón alimentario de la madre.

⁶⁰ Milano, K., Chatoor, I. & Kerzner, B. A. (2019). Functional Approach to Feeding Difficulties in Children. *Curr Gastroenterol Rep* 21, 51 En: <https://doi.org/10.1007/s11894-019-0719-0>

⁶¹ Kerzner, B. (2015). A practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties. *Pediatrics*: 135.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 41 de 121

- Historia de lactancia materna e introducción de alimentos.
- Dificultad específica de alimentación que muestra el niño o niña:
 - Número de tiempos de comida que realiza el niño o niña.
 - Escenarios de alimentación en la rutina del niño o niña: Jardín de Niños, abuela, casa familiar, otros.
 - ¿Existe evidencia de hambre?
 - El niño o la niña se distrae fácilmente.
 - El niño o la niña se retira sin respuesta al estímulo o alimento.
 - El tiempo de alimentación del niño o niña durante cada comida es muy extenso.

Figura 2. Manifestaciones clínicas de trastornos alimentarios que requieren referencia a pediatría

<p style="text-align: center;">Disfagia Manifestaciones Clínicas</p> <p>Babear excesivamente</p> <p>Dificultad respiratoria durante la alimentación: Cambios en patrones normales de respiración, respiración con esfuerzo, respiración ruidosa, signos de fatiga durante la alimentación (que puede sugerir aspiración o residuos en la faringe)</p> <p>Signos de broncoaspiración</p> <p>Bronconeumonías a repetición</p> <p>Arqueo o rigidez del cuerpo durante la alimentación.</p>	<p>Manifestaciones o síntomas de aversión sensorial:</p> <p>Rechazo permanente a ciertos grupos de alimentos o alimentos, por su sabor, textura, temperatura, olor, apariencia o color por más de 1 mes</p> <p>Presencia de reacciones adversas (arqueo, muecas, entre otros)</p> <p>Acepta entre 10 a menos de 15 alimentos</p> <p>Se pueden presentar otras manifestaciones sensoriales: respuestas adversas a ruidos fuertes, luces brillantes, texturas en la piel que no se modifican con la aplicación de recomendaciones por seis semanas</p>	<p style="text-align: center;">Pica Manifestaciones Clínicas</p> <p>Ingesta persistente de sustancias no nutritivas (piedras, pelo, tierra, entre otras) por un periodo mayor de un mes.</p>	<p style="text-align: center;">Rumiación Manifestaciones Clínicas</p> <p>Regurgitación persistente o recurrente de comida recientemente ingerida hacia la boca con la consiguiente remasticación, deglución o expulsión y no debe estar precedida de arcadas</p> <p>El inicio de los síntomas debe haber sido al menos seis meses antes del diagnóstico y debe cumplir los criterios durante los últimos tres meses</p>
---	---	--	---

Fuente. Asociación Americana de Psiquiatría, (2014)⁶²

- Hay miedo de consumir alimentos, por ejemplo, ante la presencia de los alimentos nuevos hay gestos de dolor o disgusto.
- ¿Cuál es la respuesta de los padres a la situación expresan miedo o enojo, extienden demasiado los tiempos de comida, permiten sustituir los alimentos rechazados?

⁶² Asociación Americana de Psiquiatría, (2014) Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington,VA: Asociación Americana de Psiquiatría.

García, J.I. (2014) Disfagia en la infancia. An Pediatr Contin; 12(5): pp. 221-30;

Rybertt, V. (2017). Aversión sensorial a los alimentos: un nuevo diagnóstico para un antiguo problema. Editorial: Pediatría del Siglo XXI.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 42 de 121

- ¿Cuál es el ambiente para la alimentación se alimenta con el televisor encendido o se permite el uso de pantallas u otros distractores?
 - ¿Cómo es la rutina de alimentación de los padres?
- Brindar educación a la madre en relación con factores de riesgo y manifestaciones clínicas del trastorno (Tabla 4).
 - Sesión de seguimiento a las 4 semanas para verificar cumplimiento de recomendaciones y evaluación y evolución.
 - En sesión de seguimiento valorar necesidad de referir a trabajo social o psicología para manejo de límites, análisis de riesgo, alteraciones, entre otros y a nutrición en casos de malnutrición.

Tabla 3. Estilos de alimentación y crianza⁶³

Estilo de alimentación y crianza	Definición y características
Sensible o responsivo	Los alimentadores sensibles determinan dónde, cuándo y lo que come el niño o niña; el niño o niña determina cuánto come. Los alimentadores sensibles guían al niño o niña a comer en lugar de controlarlo. Fijan límites y modelos apropiados para comer, hablan positivamente acerca de los alimentos y responden a las señales de alimentación del niño o niña. Organiza un esquema para inducir el apetito o recompensar el logro de los objetivos, pero no recurre a técnicas de coacción desagradables.
Controlador	Ignoran las señales de hambre del niño o niña y pueden usar la fuerza, el castigo o recompensas inapropiadas para coaccionar al niño o la niña a comer. Estas prácticas parecen inicialmente efectivas, pero se vuelven contraproducentes, resultando en un pobre ajuste de la ingesta de energía, en un menor consumo de frutas y vegetales y en un mayor riesgo de sobrepeso o bajo peso.
Indulgente	Satisfacen al niño o niña, tienden a alimentarlo cuando lo demanda, frecuentemente preparando comidas especiales o variadas. Los padres sienten que es imprescindible cumplir con todo lo que el niño o niña necesita, pero al hacerlo ignora las señales de hambre del mismo y no establece límites.
Negligente	Abandonan la responsabilidad de alimentar al niño o niña y pueden dejar de ofrecer alimentos o poner límites. Al alimentar al niño o niña pueden

⁶³ Kerzner, B. et al. (2015). A Practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties. Pediatrics 135.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 43 de 121

	<p>evitar el contacto visual y parecer desinteresados. Frecuentemente, dejan que los niños o niñas más grandes se valgan por sí mismos.</p> <p>Ignoran las señales de hambre del niño o niña y otras necesidades físicas y emocionales. Ellos pueden tener problemas emocionales, alteraciones del desarrollo, depresión u otras condiciones que hacen que sea difícil alimentar a sus hijos efectivamente.</p>
--	---

Fuente. Kerzner, B. et al. (2015).

Tabla 4. Recomendaciones en el niño o niña con picky eater/selectividad leve) ⁶⁴

-
- Mantenga una atmósfera cómoda durante las comidas.
 - Ofrezca alimentos menos preferidos junto con alimentos favoritos.
 - Hable acerca de aspectos sensoriales de los alimentos tales como el sabor y la textura.
 - Enseñe vocabulario relacionado a los alimentos, de modo que ellos puedan explicar por qué no les gusta un alimento.
 - Ayude a los niños y niñas a hacer categorías y a conectar alimentos nuevos con alimentos familiares.
 - Sea empático; recuerde que los niños y las niñas tienen más papilas gustativas.
 - Haga una fiesta de degustación (juego) para introducir nuevos alimentos.
 - Muestre los alimentos antes de la hora de la comida.
 - Involucre a los niños o niñas en la preparación.
 - Permita que los niños y niñas ensamblen su propia combinación de alimentos (por ejemplo: emparedados).
 - Ayude a los niños o niñas a ver como el nuevo alimento es similar a un alimento que ellos ya conocen.
 - Ofrezca el alimento muchas veces (número ilimitado de veces).
 - Recoja y expanda los comentarios de los niños y niñas acerca del alimento.
 - Recuerde que Ud. es un poderoso modelo de comportamiento.
 - Dígales “No te tiene que gustar si lo pruebas” (Hasta dele la opción de escupirlo si no les gusta).
 - Continúe ofreciendo alimentos que han sido rechazados.

Fuente. Branen y Ramsay (s.f.).

b. AVERSIÓN ALIMENTARIA DE ORIGEN SENSORIAL (CIE-10 F 50.8 / DSMV 307.59)

b.1. Definición

Según el CIE-10 (F98.2) se ubica igualmente como parte de los trastornos al ingerir alimentos, por sus variadas manifestaciones, que es habitualmente específico de la infancia y la niñez temprana. Por lo común, implica el rechazo consistente después de repetidas exposiciones de ciertos alimentos en relación con la textura, olor,

⁶⁴ Branen, L. y Ramsay, S. (s.f.). Superando Alimentación Remilgosa. Feeding Young Children in Group Setting. University of Idaho. En: [www. http://www.cals.uidaho.edu/feeding/forparents/handouts.html](http://www.cals.uidaho.edu/feeding/forparents/handouts.html)

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 44 de 121

color, sabor o temperatura, llegando en algunos casos a limitar su dieta a 10 o 15 alimentos⁶⁵, es decir, implica un proceso de selectividad alimentaria moderada o severa con ausencia de enfermedad orgánica, que puede influir en el desarrollo emocional, oromotor y del lenguaje, así como, en el funcionamiento familiar.

Se ha identificado que estos niños y niñas rechazan más alimentos de los que aceptan, en particular, tienden a rechazar frutas, vegetales y carnes, lo que ocasiona dietas con poca fibra y de variedad limitada⁶⁶.

Este trastorno o problema de alimentación implica una disfunción en el procesamiento sensorial ⁶⁷⁻⁶⁸. Esta disfunción causa desórdenes en la alimentación, ocasionando trastornos de modulación sensorial del tipo hiperresponsivo e hiporresponsivo. Los cuales se utilizan para clasificar la o las alteraciones sensoriales.

- a. **Trastorno de la modulación hiperresponsivo**⁶⁹: son respuestas más rápidas, intensas y de mayor duración frente a estímulos táctiles, visuales, auditivos, olfatorios y vestibulares. Es importante resaltar, que no todos los sistemas sensoriales se ven afectados, pueden tener algunas de las manifestaciones señaladas a continuación, con un nivel de severidad variable desde leve a severo, que pueden causar un nivel de estrés mayor en el niño o niña y la familia (Tabla 5).

Tabla 5. Manifestaciones del trastorno de modulación hiperresponsivo en relación con alimentación

Estímulo	Manifestaciones en relación con la alimentación
Texturas	<p>Trastorno de inicio temprano, durante la lactancia con dificultades en el acople al pecho materno, debido a la textura irregular del pezón, tienen un paladar hipersensible.</p> <p>Es más frecuente que comiencen a manifestarse en la transición de puré a grumos, donde se mezclan diferentes texturas y consistencias en una misma comida (líquida y sólida), tienen preferencia por el puré, lo que afecta el aprendizaje de la masticación por falta del desarrollo del sistema oromotor.</p> <p>Rechazan alimentos grumosos, cremosos y prefieren crujientes. Las carnes y vegetales son principalmente evitados.</p>

⁶⁵ Rybertt, V. (2016). Aversión sensorial a los alimentos: un nuevo diagnóstico para un antiguo problema. Clínica Alemana de Santiago, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile. *Pediatría del Siglo XXI*. 6 (6).

⁶⁶ Milano, K., Chatoor, I. & Kerzner, B. A. (2019). Functional Approach to Feeding Difficulties in Children. *Curr Gastroenterol Rep* 21, 51 En: <https://doi.org/10.1007/s11894-019-0719-0>

⁶⁷ Ayres, J. (2008). La integración sensorial en los niños. *Desafíos sensoriales ocultos*. Tea Ediciones, Madrid.

⁶⁸ Rybertt, V. (2016). Aversión sensorial a los alimentos: un nuevo diagnóstico para un antiguo problema. Clínica Alemana de Santiago, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile. *Pediatría del Siglo XXI*. 6 (6)

⁶⁹Rybertt, V. (2016). Aversión sensorial a los alimentos: un nuevo diagnóstico para un antiguo problema. Clínica Alemana de Santiago, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile. *Pediatría del Siglo XXI*. 6 (6)

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 45 de 121

	<p>Ante la presencia de alimentos pueden presentar reacciones como girar la cabeza, arcadas anticipatorias y vómitos al probar el alimento. Esto lleva al rechazo de otros alimentos de características similares.</p> <p>Evitan tocar los alimentos con las manos y manipular las comidas.</p> <p>Se limpian las manos de forma constante.</p>
Visual-apariencia	<p>No aceptan comidas mezcladas.</p> <p>Rechazan otros alimentos por color (por ejemplo, no comen nada verde) o la forma como se los ofrecen o sirven.</p> <p>Tienen fijación por determinadas marcas de alimentos.</p> <p>Genera stress, ansiedad o disgusto ante una mesa desordenada o llena de cosas.</p> <p>Presentan distracción al comer.</p>
Olfato-sabor	<p>No toleran algunos olores, al percibirlos pueden toser o arquearse.</p> <p>Pueden vomitar o necesitan oler otra cosa al momento de comer.</p> <p>Rechazan los alimentos por el sabor y pueden hacerlo extensivo a otros que nunca han probado.</p>

Fuente: Rybertt, V. (2016).

b. **Trastorno de la modulación hiporresponsivo:** son respuestas más lentas, transitorias frente a estímulos táctiles, visuales, auditivos, olfatorios y vestibulares. Algunas de sus manifestaciones son:

- Distracción y desatención en las comidas, falta de interés.
- Dificultad para diferenciar entre sabores, texturas, temperaturas, olores.
- Preferencia por comidas bien condimentadas o picantes.
- Dificultad para identificar la señal de saciedad, lo que los lleva a comer en grandes cantidades.

b.2. Factores de riesgo⁷⁰⁻⁷¹:

⁷⁰ Ayres, J. (2008). La integración sensorial en los niños. Desafíos sensoriales ocultos. Tea Ediciones, Madrid.

⁷¹ Gempeler, R et al (2008) Aversión a los alimentos en la infancia: ¿fobia, obsesión o trastornos del comportamiento alimentario no especificado? Revista Colombiana Psiquiatría: 37 (3).

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 46 de 121

- Predisposición genética.
- Privación de estimulación sensorial.
- Niños y niñas con hospitalizaciones prolongadas que fueron sometidos a estímulos sensoriales, táctiles, sonoros y de luz de manera no regulada (por ejemplo: niños o niñas pretérmino, con procedimientos quirúrgicos, traqueotomía).
- Niños y niñas que presentaron dificultades de acople durante el periodo de lactancia materna.
- Conductas y actitudes patológicas de los familiares frente a la alimentación.
- Niños y niñas con limitada exposición a una variedad típica de sabores y texturas durante la alimentación complementaria.
- Introducción de alimentación complementaria tardía (después de los 10 meses de edad).

b.3. Manifestaciones clínicas (signos y síntomas)

De los siguientes signos y síntomas, la presencia de **al menos uno de manera habitual**, indica que el niño o la niña presenta la alteración y requiere una intervención para modificar sus comportamientos^{72- 73}:

1. Rechazo permanente de ciertos grupos de alimentos por sus sabores, texturas, temperaturas, olores, apariencia o color, por más de 1 mes.
2. Presencia de reacciones aversivas que incluyen arquear, mueca, escupir, náuseas anticipatorias, vómitos, girar la cabeza frente a los alimentos. Frecuentemente se generaliza con alimentos de similares características, lo cual lo puede llevar a rechazar un grupo de alimentos completo (por ejemplo, vegetales).
3. Aceptación de 10 a 15 alimentos.
4. El rechazo inicia en las transiciones entre texturas de alimentos (por ejemplo: transición de puré a trozos).

Respecto a los trastornos o problemas de alimentación es fundamental hacer un diagnóstico diferencial adecuado, ya que hay una serie de diagnósticos clínicos que pueden afectar directamente la alimentación de los niños o niñas, por ejemplo: enfermedad con afectación del neurodesarrollo (retraso psicomotor), trastorno del déficit de atención e hiperactividad (TDHA), trastorno del espectro autista (TEA) u otros trastornos asociados con la disfunción del procesamiento sensorial⁷⁴⁻⁷⁵.

⁷² Rybertt, V. (2016). Aversión sensorial a los alimentos: un nuevo diagnóstico para un antiguo problema. Clínica Alemana de Santiago, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Santiago. Chile. *Pediatría del Siglo XXI*. 6 (6)

⁷³ Edwards, S. et al. (Nov., 2015). Interdisciplinary Strategies for Treating Oral Aversions in Children. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. Vol 39-(8). DOI: 10.1177/0148607115609311

⁷⁴ Milano, K., Chatoor, I. & Kerzner, B. A. (2019). Functional Approach to Feeding Difficulties in Children. *Curr Gastroenterol Rep* 21, 51 En: <https://doi.org/10.1007/s11894-019-0719-0>

⁷⁵ San José, M. A. y Moráis, A. (s.f.). Trastornos de la conducta alimentaria del niño pequeño. El niño que no come. Asociación Española de Pediatría. En: https://continuum.aeped.es/files/guias/Material_descarga_unidad_4_nutricion.pdf

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 47 de 121

b.4. Criterios generales de abordaje

Primer nivel de atención: EBAIS

DetECCIÓN

Ante la manifestación de los padres que indica que el niño o niña, presenta rechazo de ciertos alimentos por sus características físicas, manifestadas reacciones adversas y consumo de variedad muy limitada de alimentos (consumen de 10 a 15 alimentos) al menos durante un mes; se debe sospechar presencia de aversión alimentaria y realizar lo siguiente:

- Historia clínica completa, incluyendo antecedentes personales, quirúrgicos y heredofamiliares:
 - Presencia de estreñimiento, vómitos o diarrea.
 - Antecedentes relacionados con duración y éxito o no de la lactancia materna y edad de inicio de la alimentación complementaria.
 - Alimentos que consume y manera de prepararlos⁷⁶.
 - Alimentos que rechaza y duración del rechazo.
 - Conductas que utiliza el niño o niña para manifestar el rechazo a los alimentos.
 - Historia de acceso limitado o restricciones económicas de la familia para obtener los alimentos.
- Valoración antropométrica para descartar alteración nutricional.
- Examen físico y neurológico completo para descartar morbilidades y señales de alerta orgánicas⁷⁷.

ABORDAJE

- Valoración y manejo de comorbilidades asociadas según hallazgos.
- Ante la presencia de prácticas alimentarias inadecuadas al momento de la alimentación, brindar recomendaciones (Tabla 6).
- Ante la presencia de sospecha de aversión sensorial, brindar recomendaciones iniciales para aplicar en el hogar (Tabla 7).
- Recomendar a la familia integrar al niño a una Alternativa de cuidado y desarrollo o un Jardín de Niños que incluya en su rutina tiempos de alimentación.

⁷⁶ Mennella, J. A. and Trabulsi, J. C. (2012). Complementary Foods and Flavor Experiences: Setting the Foundation. *Ann Nutr Metab*;60(suppl 2): pp. 40–50.

⁷⁷ Kerzner, B. (2015). A practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties. *Pediatrics*: 135.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 48 de 121

- Coordinar con el responsable de la Consulta de Riesgo del Desarrollo del Área, la aplicación de la prueba completa de Denver II.
- Enviar los siguientes exámenes de laboratorio:
 - hemograma
 - bioquímica basal (glucosa, pruebas de función renal, pruebas de función hepática, pruebas de función tiroidea)
 - proteínas totales y fraccionadas (proteínas totales y albúmina)
 - perfil lipídico
 - examen de heces y orina.
- Programar seguimiento en 4 semanas, para revisión de laboratorios y análisis de evolución.
- Si persisten las manifestaciones clínicas por más de 3 meses o en caso de alteraciones de bioquímicos referir a Pediatría.

Referencia

- a. Referir al Servicio de Pediatría según Red de Servicios, de acuerdo con los siguientes criterios: niños o niñas con manifestaciones de disfagia, aversión sensorial, pica o rumiación (Figura 2).

Los niños y niñas referidos al Servicio de Pediatría deben tener una prueba Denver II aplicada y el plan de seguimiento respectivo.

- b. Referir a Psicología del Área de Salud o según red de servicios: en caso de necesidad de valoración y atención del comportamiento del niño o niña y para la respectiva atención psicológica a los padres.

Tabla 6. Recomendaciones para explicar a las familias para que apliquen al momento de la alimentación⁷⁸

-
- Los principales tiempos de comida y las meriendas serán en horarios programados regularmente.
 - No comer ni beber entre las comidas planificadas y las meriendas, excepto el agua.
 - Los sólidos deben ofrecerse antes que los líquidos.
 - Las comidas no deben durar más de 30 minutos.
 - Se debe motivar al niño o niña a que se alimente solo, tanto como sea posible.
 - No se debe limpiar al niño o niña durante las comidas. La limpieza de la boca, por ejemplo, se realiza hasta que haya terminado la comida.
-

⁷⁸ Edwards, S. et al. (Nov., 2015). Interdisciplinary Strategies for Treating Oral Aversions in Children. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition. Vol 39-(8). DOI: 101177/0148607115609311

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 49 de 121

- El cuidador debe permanecer neutral durante toda la alimentación (sin mostrar signos de aprobación o desaprobación).
- No obligar al niño o niña a comer, no introducir obligatoriamente comida o líquido en la boca del niño o niña o comentar sobre el consumo de alimentos del niño o niña.
- El niño o niña no debe recibir comida como recompensa. No se permite jugar a la hora de comer.
- Si el niño o niña no come en 10 a 15 minutos, se debe retirar la comida. Si el niño o niña bota la comida con ira, se dará por terminada la comida.
- No utilizar dispositivos electrónicos (tablets, celulares, televisores) durante los tiempos de alimentación.
- En la medida de lo posible que los tiempos de alimentación sean en familia.

Fuente. Suggested mealtime rules. Adapted from Chatoor, I, Dickson, L, Schaefer, S, Egan, J. A developmental classification of feeding disorders associated with failure to thrive: diagnosis and treatment. In: Drotar D, ed. *New Directions in Failure to Thrive: Implications for Research and Practice*. New York, NY: Plenum; 1985:235-238. With permission of Springer Science+Business Media.

Tabla 7. Recomendaciones generales que el profesional de salud puede brindar inicialmente en caso de aversión sensorial para que la familia lo aplique en el hogar ⁷⁹⁻⁸⁰

Se le debe explicar a los padres que:

1. El objetivo de la intervención en el hogar es aumentar habilidades y no la cantidad de comida que el niño o niña consume.
2. El proceso de aceptación de alimentos por parte del niño o niña es paulatino, por eso se deben servir cantidades mínimas (poquito) y la familia debe tener expectativas razonables.
3. Deben iniciar la actividad sensorial, siempre con “calma” porque se requiere un grado de alerta adecuado, para la intervención.
4. Deben iniciar el proceso de tolerancia con la preparación de la mesa, colocar platos, colocar servilletas, elegir el asiento, hacer el llamado a comer.
5. Los alimentos se deben ofrecer en el comedor.
6. El niño o niña debe usar utensilios adecuados para su edad y cultura familiar.
7. Los padres deben modelar las conductas de alimentación (Kerzner, 2009)
8. La preparación de los alimentos debe responder a las preferencias del niño o niña, en cuanto a textura, color, olor.
9. Para introducir un alimento nuevo, se debe ofrecer de 10 a 15 veces preparado de manera distinta en diferentes días, sin presionar para lograr su aceptación

⁷⁹ Kerzner, B. (2015) A practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties. *Pediatrics*: 135 (2).

⁸⁰ Kerzner, B. (2009). Clinical Investigation of Feeding Difficulties in Young Children: A Practical Approach. *Clinical Pediatrics*. 48 (9)

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 50 de 121

(exponer los alimentos al niño o la niña preferiblemente primero en el plato de los padres o cuidador significativo).

10. Se debe intentar dejar la comida al alcance de los niños y las niñas sin ofrecerla necesariamente. Los niños o niñas pequeños están más dispuestos a probar nuevos alimentos si tienen el control y son propensos a decir automáticamente que no, cuando se les pide que coman algo.
11. Se debe mezclar cantidades muy pequeñas del alimento nuevo con el alimento aceptado y aumentar gradualmente la cantidad.
12. Los padres deben eliminar por completo críticas negativas o la presión mientras el niño o la niña come.
13. Se debe ofrecer en un tiempo de comida, 3 a 4 alimentos al mismo tiempo, asegurándose de:
 - que exista **por lo menos un alimento** preferido del niño o niña.
 - tener verduras harinosas o arroz o macarrones, una carne o huevo, una fruta o vegetal, agua o una bebida natural.
14. Al comer la familia debe hablar de las propiedades de los alimentos incluyendo el sabor, color, forma, textura y temperatura, así como, señalar los alimentos por su nombre.
15. Involucrar al niño o niña en la preparación de los alimentos, porque la preparación de la comida es una buena forma de integrar los sentidos.
16. Presentar los alimentos con diseños atractivos.
17. Sustituir un alimento que el niño o niña acepte con otro similar.
18. Gradualmente alternar el sabor, color o textura de un alimento o comida según otros alimentos aceptados por el niño o niña.
19. Involucrar al niño o niña en el proceso de limpiar al terminar, como signo de que la comida ha terminado, ejemplo “es hora de limpiar o recoger”. Se debe permitir que el niño o niña descarte la comida que no consumió. Luego lavarse y secarse las manos, la boca y cepillarse los dientes.

Fuente. Kerzner, B. (2009).

Consulta de Pediatría del Neurodesarrollo⁸¹

Abordaje⁸²⁻⁸³

⁸¹ Este abordaje requiere hacer uso de consulta de 30 minutos. Aplique el LT. LT.GM.DDSS.120919. Consulta Riesgo del Desarrollo para Niñas y Niños. Áreas de Salud, Hospitales Periféricos y Regionales de la CCSS

⁸² Martínez, R., Santana, V. y Ros, A. (2016). Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Falta de apetito. AEPap. En algoritmos.aepap.org

⁸³ Kerzner, B. (2015). A practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties. Pediatrics: 135.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 51 de 121

En la Consulta de pediatría se debe confirmar el diagnóstico, evaluar alteraciones en el estado nutricional, descartar patologías orgánicas, identificar los comportamientos alimentarios problemáticos que han conllevado a la aversión sensorial y establecer un abordaje interdisciplinario según los hallazgos encontrados⁸⁴. El detalle de las acciones por realizar se describe seguidamente.

1. Realizar historia clínica con énfasis en:

- Antecedentes familiares: Historia de enfermedades hereditarias, hábitos de alimentación, composición familiar, nivel educativo,
- Antecedentes personales: embarazo y parto, enfermedades u hospitalizaciones previas, desarrollo psicomotor,
- Historia de alimentación: tiempo de evolución de los problemas manifestados por los padres, alimentación desde el nacimiento, introducción de la alimentación complementaria, vómitos asociados a la alimentación, patrón conductual del trastorno alimentario: tipo de rechazo, alimentos de preferencia, alimentos de rechazo, descripción del ambiente al momento de las comidas, actitud de los padres, expectativas y preocupaciones en relación con la alimentación.

2. Realizar examen físico y neurológico completo.

3. Revisar resultados de exámenes de laboratorio y completar según hallazgos o solicitar otros estudios de gabinete que se consideren necesarios.

4. Identificar signos de alerta conductuales⁸⁵: es importante resaltar, que algunos de estos niños y niñas pueden tener otras manifestaciones sensoriales tales como respuestas adversas a los ruidos fuertes, luces brillantes y texturas en la piel

- Fijación por algunos alimentos específicos (limitaciones extremas en el número de alimentos de preferencia o eliminación completa de otros)
- Alimentación forzada o persecutoria
- Nauseas anticipatorias al introducirse un alimento en la boca.

Con base en la información obtenida descartar patologías orgánicas,⁸⁶ según signos de alerta de tipo orgánico, que incluyen:

⁸⁴ Kerzner, B. (2009). Clinical Investigation of Feeding Difficulties in Young Children: A Practical Approach. Clinical Pediatrics. 48 (9)

⁸⁵ Martínez, R., Santana, V. y Ros, A. (2016). Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Falta de apetito. AEPap. 2016 (en línea). Disponible en algoritmos.aepap.org

⁸⁶ Martínez, R., Santana, V. y Ros, A. (2016). Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Falta de apetito. AEPap. 2016 (en línea). Disponible en algoritmos.aepap.org

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 52 de 121

- Disfagia, dolor aparente durante la alimentación, alimentación interrumpida por llanto.
- Problemas gastrointestinales: reflujo gastroesofágico.
- Alteraciones en la deglución: deglución descoordinada, con síntomas como tos, atragantamiento o neumonía recurrente.
- Vómito o diarrea.
- Alergias alimentarias no identificadas.
- Síntomas crónicos cardio-respiratorios.
- Falla de crecimiento: desnutrición, desnutrición severa, baja talla, baja talla severa.
- Trastorno del déficit de atención e hiperactividad (TDHA).
- Trastorno del espectro autista (TEA).

Análisis del problema

Clasificar los hallazgos para identificar si la causa principal del problema corresponde a patología orgánica, trastorno conductual o ambas.

Ante **patología orgánica**:

1. Confirmar diagnóstico.
2. Brindar tratamiento farmacológico, según corresponde
3. Referir a atención especializada según hallazgos.
4. Programar seguimiento dentro de 6 u 8 semanas.

Ante **trastorno conductual**:

1. Comentar el caso con el profesional de psicología según disponibilidad para priorizar consulta de abordaje terapéutico (evaluación de conducta, intervención psicoeducativa a padres)⁸⁷ y si no es posible realizar referencia a psicología para la respectiva atención.
2. Entregar y explicar recomendaciones a la madre, padre o cuidador (Tabla 7)
3. Programar seguimiento en 4 semanas para analizar evolución y dudas de los padres.
4. Referir a Terapeuta ocupacional, si se cuenta con este servicio.
5. Referir a una alternativa de cuidado o centro educativo para potenciar espacios de socialización con otros niños y niñas, si el niño o niña no asiste a ninguna.

Ante **alteración en el estado nutricional**:

⁸⁷ Si se cuenta con Clínica de Comportamiento, referir el caso para análisis interdisciplinario.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 53 de 121

1. Referir al profesional de Nutrición, para evaluación de la ingesta nutricional según requerimientos del niño y la niña y optimización del aporte de nutrientes según realidad contextual de la familia.

2. Trastorno del espectro autista (TEA) DSMV-299.00/CIE 10-F84.0⁸⁸

c.1. Definición

Según el CIE-10 (F84.0) es un tipo de trastorno generalizado del desarrollo que se define por la presencia de un desarrollo anormal o deteriorado que se manifiesta antes de los 3 años de edad y por el tipo característico de funcionamiento anormal en la tres áreas de la psicopatología (interacción social recíproca, comunicación y comportamiento restringido estereotipado y repetitivo). Además de esas características diagnósticas específicas, es frecuente una variedad de otros problemas no específicos tales como fobias, trastornos del sueño y de la ingestión de alimentos, rabietas, agresiones o autoagresiones⁸⁹. La severidad de sintomatología es variable⁹⁰.

Según la Organización Mundial de la Salud la prevalencia de este trastorno es 1 en cada 160 niños⁹¹. Por definición aparece en el periodo inicial de desarrollo, aunque usualmente se reconoce cuando el niño o la niña es mucho mayor, este periodo de retraso entre el inicio y el diagnóstico aumenta los índices de prevalencia con la edad. La distribución por sexos muestra una frecuencia de cuatro a cinco veces más en el sexo masculino que el femenino⁹².

Algunos niños y niñas con TEA parecen desarrollarse normalmente hasta los 18 o 24 meses de edad y después dejan de adquirir destrezas nuevas o pierden las que tenían antes. El segundo modo de aparición, llamado regresión en el desarrollo o regresión autística, se manifiesta por una pérdida en habilidades previamente adquiridas. La regresión, puede ser definida generalmente como una pérdida de habilidades sociales, de comunicación y/o motoras antes de los 36 meses. Puede afectar a una o varias áreas del desarrollo, las áreas donde normalmente se da la pérdida son la social, la del lenguaje y la motora. La pérdida cognitiva está todavía

⁸⁸ En relación con la definición del grado de gravedad del TEA y la organización de las intervenciones se considerará lo descrito en el DSM-V, mientras que para el registro del diagnóstico en el EDUS se debe anotar cuando no se dispone de una confirmación diagnóstica F84 (trastornos generalizados del desarrollo) y cuando ya se dispone del diagnóstico confirmado debe anotarse F84.0 (Autismo en la niñez)

⁸⁹ Organización Panamericana de la Salud. (1995). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. (10ª revisión). Washington, D.C.: OPS-(Publicación Científica; 554).

Carrascón. C. (2016). Señales de alerta de los trastornos del espectro autista. En AEPap (ed.) Curso de Actualización Pediatría. Madrid: Lúa Ediciones.

⁹⁰ Carrascón. C. (2016). Señales de alerta de los trastornos del espectro autista. En AEPap (ed.) Curso de Actualización Pediatría 2016. Madrid: Lúa Ediciones

⁹¹ Organización Mundial de la Salud. (2019). Trastornos del espectro autista. En: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders#:~:text=Los%20trastornos%20del%20espectro%20autista,actividades%20restringido%2C%20estereotipado%20y%20repetitivo>

⁹² Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2011). Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 54 de 121

en discusión. La regresión raramente ocurre antes de los 12 meses, normalmente sucede entre el primer y segundo año de vida y en menor proporción entre el segundo y tercer año de vida⁹³.

Los estudios realizados han mostrado que entre un tercio y la mitad de las personas cuidadoras principales de niños o niñas con TEA observaron un problema antes del primer año de vida de sus hijos o hijas y entre el 80% y 90% de los padres detectaron problemas antes de los 24 meses⁹⁴.

En términos generales diversas investigaciones describen la etiología del TEA considerando lo siguiente⁹⁵:

- Estudios familiares y de gemelos plantean una contribución hereditaria significativa pero no parece que sea de penetrancia completa. Se describe que el 15% de los casos se asocian a una mutación genética conocida, en la mayoría su expresión depende de múltiples genes.
- Los estudios realizados en familias han mostrado aumentos en los índices del trastorno en los hermanos de un niño o niña diagnosticado.
- Los hermanos de un niño o niña con TEA tienen un mayor riesgo a tener un déficit del desarrollo de las habilidades comunicativas y sociales, incluso cuando no cumplen criterios de trastorno de espectro autista.
- El índice de concordancia encontrado en estudios realizados en gemelos oscila entre 36% y 96% en los monocigotos pero solo entre 0% y 27% en gemelos dicigotos.
- En algunos casos, se encuentran hallazgos neuroanatómicos y de neuroimagen revelan un consistente aumento en el volumen cerebral que afecta la sustancia gris y la blanca, así como, los ventrículos asociados a anomalías en la química cerebral que incluye la síntesis de la serotonina y la electrofisiología cerebral.

⁹³ Carrascón. C. (2016). Señales de alerta de los trastornos del espectro autista. En: AEPap (ed.) Curso de Actualización Pediatría 2016. Madrid: Lúa Ediciones.

⁹⁴ CDC. (2020). Signos y síntomas de TEA. En: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/autism/signs.html>

⁹⁵ Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2011). Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 55 de 121

Según el DSM-V⁹⁶ se denomina “Trastorno del espectro del autismo”. El criterio diagnóstico implica considerar lo siguiente:

1. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos, pero no exhaustivos):
 - Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
 - Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
 - Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.

2. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos, pero no exhaustivos):
 - Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (por ejemplo: estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).
 - Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (por ejemplo: gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).

⁹⁶ Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 56 de 121

- Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (por ejemplo: fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
 - Hiper o hiporreactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (por ejemplo: indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).
3. Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del periodo de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).
 4. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.
 5. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.

Tabla 8. Niveles de funcionamiento y apoyos necesarios en el espectro del autismo

Nivel de apoyo requerido	Comunicación social	Comportamientos restringidos y repetitivos
Grado 1: Necesita ayuda	Sin ayuda <i>in situ</i> , las deficiencias en la comunicación social causan problemas importantes. Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social de otras personas. Puede parecer que tiene poco interés en las interacciones sociales. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar con frases completas y que establece comunicación, pero cuya conversación amplia con otras	La inflexibilidad de comportamiento causa una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Dificultad para alternar actividades. Los problemas de organización y de planificación dificultan la autonomía.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 57 de 121

	personas falla y cuyos intentos de hacer amigos son excéntricos y habitualmente sin éxito.	
Grado 2: Necesita ayuda notable	Deficiencias notables de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal; problemas sociales aparentes incluso con ayuda <i>in situ</i> ; inicio limitado de interacciones sociales; y reducción de respuesta o respuestas no normales a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona que emite frases sencillas, cuya interacción se limita a intereses especiales muy concretos y que tiene una comunicación no verbal muy excéntrica.	La inflexibilidad de comportamiento, la dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos aparecen con frecuencia claramente al observador casual e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos. Ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de acción.
Grado 3: Necesita ayuda muy notable	Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal causan alteraciones graves del funcionamiento, inicio muy limitado de las interacciones sociales y respuesta mínima a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona con pocas palabras inteligibles que raramente inicia interacción y que, cuando lo hace, realiza estrategias inhabituales sólo para cumplir con las necesidades y únicamente responde a aproximaciones sociales muy directas.	La inflexibilidad de comportamiento, la extrema dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad intensa/dificultad para cambiar el foco de acción.

Fuente. DSM-V. (2014). Adaptado para este Manual.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 58 de 121

c.2. Factores de riesgo⁹⁷

- Un hermano o hermana con autismo⁹⁸.
- Antecedentes parentales de esquizofrenia y/o psicosis.
- Antecedentes parentales de trastornos afectivos.
- Antecedentes paternos de trastorno mental o del comportamiento.
- Edad materna >40 años.
- Edad paterna entre 40 y 49 años.
- Peso al nacer < a 2500 grs.
- Nacimiento menor a 35 semanas gestacionales.

No hay evidencia de las vacunas o el nivel socioeconómico como factores de riesgo del TEA⁹⁹.

c.3. Manifestaciones clínicas de TEA según edad¹⁰⁰⁻¹⁰¹

Antes de los 12 meses:

- Poca frecuencia del uso de la mirada dirigida a las personas
- No muestran anticipación cuando va a ser alzado
- Falta de interés en juegos interactivos simples o de movimiento
- Falta de sonrisa social e interés en otras personas
- Falta de ansiedad ante los extraños alrededor de los 9 meses
- No reacción a sonidos a su alrededor

A los 12 meses:

- No balbuceo, no gestos (como por ejemplo señalar o decir adiós con la mano)

⁹⁷ Fuentes, J. et al. (2017). Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y profesionales afines.

Lord, C. et al. (Ausz., 2018). Autism spectrum disorder. 392 (10146).pp. 508-520.

⁹⁸ Schendel, D., Gronborg, T. y Parner, E. (May, 2014). The Genetic and Environmental Contributions to Autism Beyond Twins. Volum 311. N| 17. pp. 1738-1739

⁹⁹ Fuentes, J. et al. (2017). Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y profesionales afines.

Hviid, A. et al. (March, 2019). Measles, Mumps, Rubella Vaccination and Autism: a Nationwide Cohort Study. Ann Intern Med. doi:2.10.7326/M18-2101.

¹⁰⁰ Carrascón. C. (2016). Señales de alerta de los trastornos del espectro autista. En AEPap (ed.) Curso de Actualización Pediatría 2016. Madrid: Lúa Ediciones.

Asociación Española de Pediatría. (2014). Autismo señales de alerta para su detección. En: <https://enfamilia.aeped.es/temas-salud/senales-alerta-para-deteccion-autismo>

¹⁰¹ Síntomas presentes en las primeras fases del periodo del desarrollo, que pueden no manifestarse totalmente hasta que la exigencia social supere la limitada capacidad o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida (DSM-V, 2014, p. 29).

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 59 de 121

- No uso de palabras sencillas con intencionalidad
- No gateo.
- Pérdida de habilidades del lenguaje en ausencia de enfermedad que la justifique.

Entre los 12 y los 18 meses:

- Menor contacto visual
- No respuesta al nombre
- No señalar para “pedir algo” (protoimperativo)
- No muestra de objetos
- Respuesta inusual ante estímulos auditivos
- Falta de interés en juegos interactivos simples
- No mirada hacia donde otros señalan
- Ausencia de imitación espontánea
- Ausencia de balbuceo social/comunicativo (como si conversara con otra persona).

Entre los 18 -24 meses:

- No señalar con el dedo para “compartir un interés (protodeclarativo)
- Dificultades para seguir la mirada de otra persona
- No mirar hacia donde otros señalan
- Retraso en el desarrollo del lenguaje comprensivo y/o expresivo
- Falta de juego funcional con juguetes o presencia de formas repetitivas de juego con objetos (ejemplo: alinear, abrir, cerrar, encender y apagar, entre otros)
- Ausencia de juego simbólico
- Falta de interés en otros niños o hermanos
- No muestra objetos
- No respuesta cuando se le llama
- No imitación ni repetición de gestos o acciones que otros hacen (ejemplo: muecas, aplaudir)
- Pocas expresiones para compartir afecto positivo
- Regresión en el lenguaje (antes usaba palabras, pero ahora no)

A partir de los 36 meses

Comunicación

- Ausencia o retraso en el lenguaje o déficit en el desarrollo del lenguaje no compensado por otros modos de comunicación

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 60 de 121

- Uso estereotipado o repetitivo del lenguaje como ecolalia o referirse a sí mismo en segunda o tercera persona
- Entonación anormal (cualquier alteración en la prosodia, tono, volumen, ritmo, etc.)
- Pobre respuesta a su nombre
- Déficit en la comunicación no verbal (ejemplo: no señalar y dificultad para compartir un “foco de atención” con la mirada)
- Fracaso en la sonrisa social para compartir placer y responder a la sonrisa de los otros
- Autosuficiencia en algunas tareas (por ejemplo, consigue cosas por sí mismo, sin pedir las)
- Regresión en el lenguaje (antes usaba palabras, pero ahora no)
- Ausencia de juegos de representación o imitación social variados y apropiados al nivel de desarrollo
- Presencia de lenguaje desarrollado sin intencionalidad de comunicación (por ejemplo: un niño o niña que sólo habla de dinosaurios sin responder preguntas de forma adecuada ni teniendo en cuenta si el tema es de interés del otro y se molesta si se le cambia el tema).

Alteraciones sociales

- Dificultad para unirse al juego de los otros niños y niñas o intentos inapropiados de jugar conjuntamente
- Limitada habilidad para apreciar las normas culturales (en el vestir, dormir, ir al baño, estilo de habla, intereses, entre otros)
- Confusión o desagrado ante estímulos sociales (sonreírle, conversarle, entre otros)
- Relación inapropiada con adultos (demasiado intensa o inexistente)
- Muestra de reacciones extremas ante invasión de su espacio personal o mental (resistencia intensa cuando se le presiona con consignas distintas a su foco de interés).

Limitación de intereses, actividades y conductas

- Ausencia de flexibilidad y juego imaginativo cooperativo (aunque suela crear solo(a) ciertos escenarios imaginarios copiados de los videos o dibujos animados)
- Dificultad de organización en espacios poco estructurados
- Falta de habilidad para desenvolverse en los cambios o situaciones poco estructuradas, incluso en aquellas en las que los niños o las niñas disfrutaban, como excursiones, entre otras
- Acumulación de datos sobre ciertos temas de su interés de forma restrictiva y estereotipada

Otros rasgos

- Perfil inusual de habilidades y puntos débiles (por ejemplo: habilidades sociales y motoras escasamente desarrolladas, torpeza motora gruesa)
- El conocimiento general, la lectura o el vocabulario pueden estar por encima de la edad cronológica o mental

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 61 de 121

- Cualquier historia significativa de pérdida de habilidades en ausencia de causa que lo justifique
- Ciertas áreas de conocimientos pueden estar especialmente desarrolladas, mostrando habilidades sorprendentes en áreas como matemáticas, mecánica, música, pintura y escultura.

Las señales de alarma a partir de los 5 años de edad están más orientadas a aquellos casos que han podido pasar desapercibidos en evaluaciones anteriores por ser cuadros de TEA con menos afectación.

En suma, las manifestaciones del TEA se pueden agrupar en las siguientes categorías¹⁰²:

1. Déficits persistentes en la comunicación social y la interacción

El desarrollo social se caracteriza por una conducta de **apego atípica pero no ausente**, por lo que el niño o la niña puede no reconocer las personas importantes en su vida (padre, madre, hermano, hermana, docentes) y no reaccionar cuando se les deja a solas con extraños, se alteran o muestran ansiedad extrema cuando se perturba alguna de sus rutinas habituales (alimentación o cambio de casa, etc.).

En la edad escolar sus habilidades sociales pueden haber mejorado y el retraimiento social puede ser menos evidente (niños o niñas con funcionamiento más alto) es observable sin embargo en juegos espontáneos con los compañeros y las capacidades sutiles que fomentan la amistad. Muestran discapacidad para inferir en los sentimientos o el estado mental de las personas que los rodean, con dificultad para realizar atribuciones sobre motivaciones o intenciones de otros (conocido como la teoría de la mente) y esto dificulta el desarrollo de la empatía, esta falta de Teoría de la mente¹⁰³ les provoca dificultades para interpretar el comportamiento social de los demás y por lo tanto a una falta de reciprocidad social.

2. Patrones de conducta, intereses y actividades restrictivas y repetitivas (estereotipias)

El juego de acuerdo con la edad de desarrollo en los niños o niñas con TEA es restrictivo y silencioso, los juguetes y los objetos no siempre se utilizan como sería de esperar y se manipulan de forma ritual, sus juegos suelen ser rígidos, repetitivos y monótonos (con dificultades para las transiciones o los cambios no esperados), las conductas rituales y compulsivas son frecuentes en la primera y media infancia. Por ejemplo, les gusta dar vueltas, dar golpes y mirar como fluye el agua. No son infrecuentes las conductas compulsivas como alinear objetos y muestran un fuerte apego por algún objeto inanimado.

¹⁰² Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2011). Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins.

¹⁰³ La teoría de la mente refiere a la habilidad para predecir y explicar el comportamiento de los demás, haciendo referencia a su estado mental interno, se considera una de las capacidades cognitivas más importantes que se desarrollan durante la infancia (Padilla, M. et al. (2009). Teoría de la mente en niños preescolares: diferencias entre sexos y capacidad de memoria de trabajo. Actualidades Investigativas en Educación. Revista Electrónica. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica. ISSN 1409-4703).

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 62 de 121

3. Déficit sensoriales y de alimentación

El niño o niña con TEA presenta alta incidencia de desórdenes gastrointestinales, dificultades sensoriales en diferentes niveles, miedo a lo nuevo y dificultad con hábitos y códigos sociales. Ello en ocasiones genera alteraciones en el sentido de hambre y la saciedad, altas restricciones en la dieta derivadas de preferencia por un solo alimento, rechazo de las texturas y selectividad por el sabor. Experimentan entre 6 y 8 veces más malestares gastrointestinales comparados a los niños o niñas con desarrollo neurotípico¹⁰⁴.

4. Conductuales asociados con:

- **Alteraciones del lenguaje y de la comunicación**

- En los primeros años el típico patrón de balbuceo puede ser mínimo o ausente.
- Pueden emitir ruidos, chasquidos, gritos o sílabas sin sentido.
- Hay una mayor habilidad en el lenguaje receptivo que en el expresivo, es decir, pueden hablar más de lo que entienden.
- Suelen tener un discurso con ecolalias¹⁰⁵ inmediatas y retrasadas o el uso de frases estereotipadas que utiliza fuera de contexto, pueden desarrollar jerga o neologismos.
- Este patrón de lenguaje a menudo se asocia con el uso inverso del pronombre yo por tu.
- Se identifica la presencia de un discurso con dificultades en el tono y el ritmo y cerca del 50% no desarrolla un discurso útil.
- Algunos podrían leer muchas palabras, pero con una escasa comprensión de lo que leen.

- **Discapacidad intelectual**

- En aproximadamente el 30% de los niños y niñas con TEA se puede verificar discapacidad intelectual leve o moderada.
- De un 45% o 50% pueden tener una discapacidad profunda.
- El CI de los niños o niñas con TEA y discapacidad intelectual demuestra problemas graves en las habilidades de secuenciación verbal y abstracción, con fortalezas relativas en habilidades visoespaciales o de memoria.

- **Irritabilidad**

- Generalmente incluye agresividad, conductas autolesivas y rabietas intensas. Estas últimas suelen ser de difícil control. Aparecen con frecuencia en situaciones cotidianas en las que se

¹⁰⁴ Chaidez, V., Hansen, R. L. y Hertz-Picciotto, I. (May, 2014). Gastrointestinal problems in children with autism, developmental delays or typical development. J Autism Dev Disord.; 44(5). pp. 1117-1127.

¹⁰⁵ Perturbación del lenguaje que consiste en repetir involuntariamente una palabra o frase que acaba de oír o pronunciar él mismo.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 63 de 121

espera que pasen de una actividad a otra.

- En niños y niñas con funcionamiento menor y déficits intelectuales, la agresividad puede aparecer inesperadamente, sin ningún desencadenante o propósito evidente, pueden estar presentes conductas autolesivas como golpearse la cabeza, pellizcarse la piel o morderse.
- Algunos niños y niñas muestran cambios súbitos del estado de ánimo, como son risas o llanto sin motivo aparente.

- **Respuesta a estímulos sensoriales**

- Algunos niños y niñas con TEA responden de manera exagerada a determinados estímulos de tipo sensorial como el ruido o el dolor o asocian rechazo al contacto físico. En la adolescencia muestran perseveración en una sensación sensorial, algunos tararean una melodía o cantan una canción o la música de un anuncio, antes de llegar a decir palabras o hablar.
- Algunos disfrutan de la estimulación vestibular (girar sobre sí mismos, balancearse o realizar movimientos de arriba hacia abajo).

- **Hiperactividad y falta de atención**

- Son frecuentes en niños y niñas pequeños(as) la poca capacidad para prestar atención y concentrarse en una tarea también pueden interferir en el funcionamiento cotidiano.

- **Habilidades precoces**

- Es posible identificar en algunos individuos con TEA, habilidades fragmentadas de gran competencia como una memoria o capacidad de cálculo prodigiosa o superior al resto de compañeros, otra habilidad precoz que se puede identificar es la hiperlexia (una capacidad precoz para la lectura, aunque no pueden entender lo que leen), memorizar, recitar y aptitudes musicales.

- **Trastorno del sueño**

- Es un problema frecuente en niños y niñas con TEA, entre 50% y el 80%. Los problemas del sueño más frecuentes son: dificultad para conciliar el sueño, despertarse frecuentemente, despertar temprano por la mañana, reducción de la duración del sueño, falta de rutina para dormir, frecuentes terrores nocturnos y pesadillas¹⁰⁶.

¹⁰⁶ Cortece, S. et al. (2017). Trastornos del sueño en niñas y adolescentes. IACAPAP.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 64 de 121

- **Infecciones leves y síntomas digestivos**

- Los niños y niñas con TEA presentan una frecuencia mayor de infecciones respiratorias y otros procesos infecciosos leves. Los síntomas gastrointestinales son frecuentes, por ejemplo el estreñimiento.

c.4. Criterios generales de abordaje

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

Detección

En cada Consulta de Crecimiento y Desarrollo, establecidas según el Manual de Procedimientos Atención del Niño y la Niña en el I Nivel de Atención (2016), además del pretest Denver II se debe hacer búsqueda activa de señales de alerta que hagan sospechar presencia de TEA. Para ello se puede utilizar la información incluida en el Carné de Desarrollo Integral del Niño y la Niña (Figura 3) o la descripción de manifestaciones clínicas incluida en este documento.

Figura 3. Información relacionada con señales de alerta inmediata para la detección temprana de autismo que se encuentra en el Carné de Desarrollo Integral del Niño y la Niña (2016)

SEÑALES DE ALERTA INMEDIATA PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE AUTISMO	
Si su niño o niña no hace lo que se indica para cada edad, acuda al servicio de salud y solicite una evaluación del desarrollo de su hijo o hija.	
EDAD	A OBSERVAR
A cualquier edad	No sonríe ni mira a otras personas. No habla o juega la habilidad para hacerlo.
12 meses	No balbucea, no hace gestos como señalar o decir adiós con la mano.
18 meses	No dice palabras sencillas.
24 meses	No dice frases espontáneas de dos palabras.

Fuente: Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria; Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. 2009. España. Agencia Lari Entrega. Guía de Práctica Clínica en el SNS. UETS nº 200913-a.

Fuente. Carné (2016) p. 39¹⁰⁷.

¹⁰⁷ Caja Costarricense de Seguro Social. Ministerio de Salud. Ministerio de Educación Pública. (2016). Carné de Desarrollo Integral del Niño y la Niña. San José, Costa Rica.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 65 de 121

Referencia

Ante la identificación de alguno de los signos de alarma indicados referir a la Consulta de Riesgo del Desarrollo del Área de Salud con el diagnóstico: **F84: Autismo en la niñez (marcar sospechoso o anotar observación por patología).**

Consulta de Riesgo del Desarrollo (Áreas de Salud)¹⁰⁸

Abordaje

El profesional de salud a cargo de esta Consulta debe aplicar las siguientes actividades generales:

- Historia clínica que incluya: historia perinatal, del parto y el desarrollo del niño o la niña con énfasis en: lenguaje y desarrollo personal social.
- Historia familiar
- Aplicación de Denver II completo (si la condición del niño o niña lo permite).
- Aplicación de la Escala de Capute en caso de niños y niñas menores de 3 años.
- Aplicación del tamizaje M-CHAT-R si el niño o niña es menor de 4 años (Anexo 2) y El Cuestionario de Tamizaje para Autismo de Kazak et al., si el niño o niña es mayor 4 años (Anexo 3).

Con base en los resultados se organizan las consultas para realizar lo siguiente:

- Trabajo con la madre y la familia (puede ser en conjunto con trabajo social o psicología según recursos disponibles en el Área de Salud) para abordar las necesidades planteadas por las familias.
- Indicación de plan de estimulación del desarrollo de niño según áreas (según condición del niño o niña).
- Referencia a la Asesora Regional de Educación Especial que corresponde según área geográfica para que esta indique los servicios de apoyo que pueden ofrecer al niño o la niña y su familia.
- Explicación a las familias de redes que apoyan en el tema como:
 - Autismo Costa Rica
 - ASCOPA
 - El CDC “Aprende los signos: El sitio web de ACT EARLY”
 - AUTISM NAVIGATOR tiene un glosario de video de los primeros síntomas TEA en los niños pequeños.
 - Redea / MIRAME

¹⁰⁸ Lineamiento Técnico LT.GM.DDSS.120919. 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		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 66 de 121

- Cuadernillo de Fundación Brincar” ALERTAS DEL DESARROLLO”.
- Referir a las familias a grupos o asociaciones de la comunidad en el tema (explorar los recursos comunales disponibles).

Una vez ejecutadas las intervenciones citadas que constituyen el plan inicial de trabajo, se organizan los seguimientos necesarios para realizar lo siguiente:

- verificar si el niño o la niña fue incluido en un Servicio de Educación Especial; si se identifica en los seguimientos que la persona cuidadora no ha obtenido respuesta del Ministerio de Educación Pública se debe elaborar referencia a la RISA Local;
- verificar el proceso de implementación de las recomendaciones de estimulación del desarrollo según áreas;
- valorar la intervención de trabajo social si las condiciones socioeconómicas o vinculares de la familia inciden negativa y explícitamente en el avance o en la condición del niño o la niña;
- hacer referencia a pediatría para confirmación diagnóstica y manejo de comorbilidades.

Referencia

El profesional a cargo de esta Consulta debe considerar lo siguiente al momento de hacer las referencias:

- **Al Servicio de Pediatría**, según la Red de Servicios, con el diagnóstico: **Z032: Observación por sospecha del trastorno mental y del comportamiento**, de acuerdo con los siguientes criterios:
 - Todo niño o niña que según M-CHAT-R clasifique como riesgo medio o alto (puntaje mayor de 3).
 - Todo niño o niña que según Cuestionario de Kazak et al. alcance 15 puntos o más.
- **Al Servicio de Educación Especial del Ministerio de Educación Pública**, según lo siguiente:
 - Al Servicio Educativo de Niños con Discapacidad y Riesgo del Desarrollo a los niños y niñas menores de 4 años.
 - Al Servicio Educativo de Apoyo a los niños y niñas mayores de 4 años.

En ambos casos la referencia se dirige a la Asesora Regional de Educación Especial de la Dirección Regional del Ministerio de Educación Pública que corresponda según sector geográfico, indicando como motivo de referencia: **Niño con sospecha de TEA (según oficio del MEP DEE-0485-2016)**. Es la asesora del MEP la que ubica al niño o niña en un servicio, según residencia y disponibilidades en la oferta educativa. Es importante anotar así de específicos los datos de referencia para que no rebote en las estructuras MEP. El profesional que refiere debe considerar que en el EDUS solo aparece Ministerio de

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 67 de 121

Educación Pública como instancia a la que se refiere, por tanto, deberá asegurarse de agregar la información restante a mano o como parte del motivo de referencia.

Si el niño o la niña asiste a un Centro Educativo Privado se debe enviar referencia a dicho centro indicando el apoyo que requiere de educación especial anotando como motivo de referencia igualmente: **Niño con sospecha de TEA.**

Recordar que en la referencia emitida al MEP sólo debe indicarse el diagnóstico presuntivo por confirmar y la necesidad de apoyar al niño o niña con estimulación temprana. No se debe indicar ningún servicio en particular como, por ejemplo, terapia del lenguaje o física, porque ese análisis lo realiza el especialista del MEP.

Consulta de Pediatría (Neurodesarrollo)¹⁰⁹

Abordaje

El profesional de Pediatría debe aplicar las siguientes actividades generales:

- Revisar y completar historia clínica con énfasis en Trastornos del Comportamiento y Neurodesarrollo (Anexo 4), con énfasis en:
 - Déficit persistente en la comunicación social y la interacción
 - Patrones de conducta, intereses y actividades restrictivas y repetitivas
 - Déficits sensoriales y de alimentación.
- Examen físico y neurológico completo¹¹⁰: piel y enfermedades neurológicas, medición de perímetro cefálico, entre otros.
- Aplicar Entrevista de Seguimiento M-CHAT-R (M-CHAT-R/F). (Anexos 5).
- Si no se tiene tamizaje aplicar Cuestionario M-CHAT o Kazak según la edad (Anexos 2 y 3).
- Realizar diagnóstico diferencial.
- Valorar y manejar comorbilidades identificadas (problemas oculares y/o auditivos, estreñimiento, candidiasis, insomnio, convulsiones, meteorismo, déficit de atención, trastornos de ansiedad, trastornos de comportamiento, anemia, parasitosis, entre otros).
- Completar estudios de laboratorio y/o gabinete según hallazgos.

¹⁰⁹ Lineamiento Técnico LT.GM.DDSS.120919. Consulta riesgo del desarrollo para niñas y niños. Áreas de Salud, Hospitales Periféricos y Regionales de la CCSS.

¹¹⁰ Fiz, L., Pulido, I y Gomez, D. (2015). Exploración neurológica del pediatra de AP. Revista Pediatría Integral, Vol XIX(8): 572.e1 - 572.e7. En: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-10/exploracion-neurologica-por-el-pediatra-de-ap/>

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 68 de 121

- Estudios metabólicos están indicados frente a historial de letargia, vómitos cíclicos, crisis epilépticas temprana, grados dismórficos o toscos y/o retraso mental.
- Electroencefalograma se sugiere cuando hay evidencia de crisis clínicas, historia de regresión (pérdida clínicamente significativa de la función social o comunicativa).
- Estudios genéticos están indicados frente a alta sospecha de patología de origen genético.
- De acuerdo con el análisis clínico, puede establecer el diagnóstico o requerir apoyo de otros servicios de la Red de Atención para establecer diagnóstico definitivo.
- En caso de que se establezca un diagnóstico definitivo debe anotar en el expediente digital único en salud: **F84.0 Autismo en la niñez.**
- Apoyar el trámite de pensión según sea el caso.
- Educación a los padres o cuidadores según perfil del paciente.

Referencia

El profesional de pediatría realiza las referencias necesarias considerando lo siguiente:

- **Audiología:** En caso de sospecha de problema auditivo para aplicación de emisiones otacústicas.
- **Servicio Educativo del MEP:** En caso de que el niño o la niña no esté asistiendo al Servicio Educativo correspondiente para estimulación temprana, abordaje de trastornos del lenguaje, habilidades adaptativas de vida diaria y educación a la familia, según sea el caso.
- **Trabajo Social:** para iniciar abordaje familiar.
- **Unidad o Clínica de Neurodesarrollo y Comportamiento:** según red de servicios para confirmación diagnóstica **en caso de duda.**
- **Psiquiatría:** en caso de identificar necesidad de apoyo farmacológico para manejo conductual u otras comorbilidades psiquiátricas; confirmar diagnóstico o establecer otras posibilidades dentro del diagnóstico diferencial; valorar y manejar comorbilidades identificadas (déficit de atención, trastornos de ansiedad, trastornos de comportamiento, etc.).
- **Psicología:** en caso de definir otras condiciones patológicas como parte del diagnóstico diferencial para recibir la atención psicológica respectiva.
- **Nutrición:** en caso de niños o niñas con problemas nutricionales detectados.
- **Fisiatría:** en caso de definir alteraciones de la coordinación o el tono muscular, como parte del diagnóstico diferencial.
- **Odontología:** para el manejo de problemas dentales no tratados.
- **Genética:** en caso de niños que presenten signos o síntomas morfológicos que impliquen necesidad de estudio genético para descartar otras patología como Síndrome de Angelman, Síndrome de Williams, Síndrome de Rett, entre otros.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 69 de 121

CLÍNICA DE NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO (Hospitales Regionales)¹¹¹

Según el Catálogo Institucional de Definiciones de las Modalidades de Consulta Externa: para efectos de organización de la gestión y reporte estadístico¹¹², una Clínica es una modalidad de atención hospitalaria que se vincula funcionalmente con un servicio, en general -pero no de manera exclusiva- con Consulta Externa. Esta modalidad se organiza para la atención de un perfil específico de pacientes agrupados según un diagnóstico, problema o situación de salud que requiere de la intervención de varios profesionales de salud (médicos y no médicos). Dada su complejidad, en la Clínica se pueden aplicar diferentes tipos de consultas y sesiones educativas, a saber:

- Consulta individual unidisciplinaria
- Consulta Individual multidisciplinaria
- Consulta grupal unidisciplinaria
- Consulta grupal multidisciplinaria
- Sesión educativa unidisciplinaria
- Sesión educativa multidisciplinaria
- Sesión clínica.

El funcionamiento y organización de una Clínica es oficial cuando se dispone de un Protocolo de Atención Clínica, Manual de Procedimientos, Lineamiento Técnico u otra figura normativa institucional avalada por la autoridad correspondiente que describe su funcionamiento. Según su alcance dicha normativa puede tener aval local, regional o nacional. Son ejemplos Clínicas avaladas institucionalmente la Clínica de Atención a la Persona Anticoagulada⁹ y la Clínica de Lactancia Materna y Desarrollo¹¹³ y a partir de la publicación de este documento la Clínica de Neurodesarrollo y Comportamiento.

La Clínica de Neurodesarrollo y Comportamiento es un servicio funcional hospitalario que supone el trabajo articulado e interdisciplinario de un equipo de profesionales en aras de brindar a niños y niñas con riesgo neurológico moderado o severo y otras alteraciones del desarrollo, las intervenciones necesarias para enfrentar o disminuir secuelas que estos generan, para trabajar con las familias y realizar las derivaciones oportunas, así como, para realizar las capacitaciones necesarias a los demás servicios de la red involucrados.

¹¹¹ Lineamiento Técnico LT.GM.DDSS.120919. Consulta riesgo del desarrollo para niñas y niños. Áreas de Salud, Hospitales Periféricos y Regionales de la CCSS.

¹¹² Área de Atención Integral a las Personas y Área de Estadística en Salud. Caja Costarricense de Seguro Social. (2017). Catálogo Institucional de Definiciones de las Modalidades de Consulta Externa: para efectos de organización de la gestión y reporte estadístico. San José, Costa Rica.

¹¹³ Oficio GM-MDD-24450-12 del 16 de julio de 2012.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 70 de 121

Debe contar con representantes de las siguientes disciplinas: pediatría, enfermería, fisiatría, psiquiatría, nutrición, psicología, trabajo social, terapia ocupacional, física y del lenguaje. Funciona en hospitales regionales. Estos profesionales realizan intervenciones grupales e individuales según su ámbito de competencia y los protocolos vigentes para acompañar al niño, niña y su familia en el proceso de adaptabilidad a los diferentes escenarios sociales.

Abordaje

El profesional de salud responsable de la consulta de riesgo en el Desarrollo de Primer Nivel, el pediatra o médico de familia del Área de Salud u Hospital Periférico cuando las causas orgánicas por su complejidad requieren la intervención de otro nivel, proceden a referir a Pediatría del Hospital Regional donde funciona la Clínica de Neurodesarrollo y Comportamiento según Red de Servicios, quien en coordinación con el equipo interdisciplinario de este nivel aborda el caso.

En la Clínica de Neurodesarrollo y Comportamiento, el médico pediatra o profesional designado realiza o revisa valoración clínica del niño y niña, según protocolo establecido organiza sesión interdisciplinaria para análisis del caso, definición de plan de intervención y seguimiento que incluye las siguientes acciones macro:

- Confirmación del diagnóstico mediante criterios clínicos o a partir de la aplicación de Escalas de Observación o pruebas diagnósticas.
- Referencias a consulta individual en el hospital con los miembros del equipo interdisciplinario¹¹⁴ según corresponda: Psiquiatría, Nutrición, Psicología, Trabajo Social, Enfermería (masaje infantil, lactancia materna u otro servicio disponible), Terapia Física, Terapia de Lenguaje, Terapia Ocupacional, entre otros.
- Referencia a la Asesoría Regional de Educación Especial que corresponda (Anexo 6).
- Referencia de la familia a grupos o asociaciones específicas en cada tema que brindan acompañamiento y educación a padres y madres.
- Referencia a tercer nivel de atención cuando se ha agotado la capacidad resolutoria y el niño o niña cumple con los criterios establecidos según cada diagnóstico.

En este marco, ya de manera puntual en relación con el niño o niña con TEA las actividades básicas de la Clínica son:

- Revisar y completar historia clínica con énfasis en las categorías vinculadas con las manifestaciones del TEA.

¹¹⁴ Este equipo interdisciplinario es el responsable de las Clínicas de Neurodesarrollo y Comportamiento, mismas que enfocan su atención en la detección e intervenciones tempranas de niñas y niños de riesgo, considerando como punto de partida al recién nacido que egresa de los Servicios de Neonatología posterior a estancias hospitalarias de mediana y larga duración, por riesgos biológicos o neurológicos detectados desde el nacimiento. Igualmente, este equipo, recibe referencias de los profesionales responsables de la Consulta de Riesgo del Desarrollo, pediatría y psiquiatría de Áreas de Salud y Hospitales Periféricos.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 71 de 121

- Realizar examen físico y neurológico completo.
- Confirmar el diagnóstico dudoso con la Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo (ADOS-2) y de ser necesario la Entrevista para el Diagnóstico de Autismo (edición revisada) (ADI-R).
- Evaluar el desarrollo del niño o niña con prueba estandarizada definida.
- Realizar evaluación psicológica y psicopatológica del niño o la niña (que incluye la exploración de la función mental, la interacción social, el juego, el lenguaje y la función comunicativa).
- Realizar estudio sociofamiliar.
- Apoyar trámites de pensión según sea el caso.
- Definir de plan de intervención (Anexo 7).

Criterios de referencia a la Unidad de Desarrollo del HNN

- Referidos de la Consulta de Riesgo del Desarrollo del II Nivel ante la duda diagnóstica de TEA, anotando resultado de pruebas realizadas o escalas aplicadas.
- Referidos por el pediatra del II nivel donde no se tenga Consulta de Riesgo del Desarrollo cuando hay duda diagnóstica de TEA, cumpliendo las condiciones establecidas de acuerdo con el grupo de edad al que pertenece y anotando el resultado de las pruebas realizadas o escalas aplicadas.
- Pacientes con Diagnóstico de TEA que requieran medicación (del área metropolitana excepto Pavas) para valoración y prescripción inicial del medicamento. Debe seguir en control por el pediatra del área de adscripción y apoyo educativo del MEP¹¹⁵.

Criterios de referencia al CENARE consulta especializada en neurodesarrollo¹¹⁶

- Pacientes con riesgo neurológico menores de 12 meses.
- Trastorno del desarrollo de coordinación motora.
- Marcha de puntillas sin causa aparente
- Alteraciones del desarrollo en pacientes con trastorno motor de fondo.
- Pacientes del programa RISA con trastorno motor asociado. A éstos se les realizarán las pruebas pertinentes y serán contrareferidos a los servicios correspondientes.

¹¹⁵ Oficio GM-DDSS-1091-2021 Criterios de referencia a la consulta de neurodesarrollo del Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera en lo relativo al trastorno del espectro autista y trastorno específico del desarrollo del habla y el lenguaje. 4 de junio, 2021.

¹¹⁶ Criterios de referencia al Centro Nacional de Rehabilitación. WebMaster 17 de agosto de 2021.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 72 de 121

CONTACTO PARA CONSULTAS

Área de Atención Integral a las Personas. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.

- Tel. 2539-0000 Ext. 6000
- Tel. 22223-8948

Programa de Normalización de la Atención del Niño y la Niña correos: amatas@ccss.sa.cr; mmontort@ccss.sa.cr o achavear@ccss.sa.cr

VALIDACIÓN DEL MANUAL

El proceso de validación del Manual supuso dos fases. La primera implementada a través de dos sesiones virtuales con representantes de la Red de Pediatría, Áreas de Salud, responsables de Consulta de Riesgo del Desarrollo de Primer y Segundo Nivel incluyendo funcionarios con formación en: Enfermería, Pediatría, Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina General, Psiquiatría, Enfermería en Salud Mental y Enfermería Obstétrica.

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 es por criterio de experto, en la cual se emplea una encuesta de validación estructurada en línea. Cada funcionario(a) 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 cuenta con un total de 11 preguntas, respecto a cada una se aplica 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		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 74 de 121

5. Para Usted el contenido de los Objetivos del Manual es:										
6. Para Usted el contenido del Marco Conceptual, subapartado “Visión del desarrollo” es:										
7. Para Usted el contenido del Marco Conceptual, subapartado “Alteraciones sensoriales: definición y características” es:										
8. Para usted el contenido de capítulo Trastornos del desarrollo y el comportamiento: definición y abordaje, subapartado “Trastornos o problemas pediátricos en alimentación” es:										
9. Para usted el contenido del subapartado “Trastorno de la ingestión alimentaria en la infancia y la niñez: picky eaters (selectividad leve/comer melindroso) (CIE-10/F98.2)” es:										
10. Para usted el contenido del subapartado “Aversión alimentaria de origen sensorial (CIE-10 F 50.8 / DSMV 307.59)” es:										
11. Para usted el contenido del subapartado “Trastorno del espectro autista (TEA) DSMV-299.00/F84.0 ¹¹⁷ ” es:										

Los resultados obtenidos en ambas fases 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.

¹¹⁷ En relación con la definición del grado de gravedad del TEA y la organización de las intervenciones se considerará lo descrito en el DSM-V, mientras que para el registro del diagnóstico en el EDUS se debe anotar cuando no se dispone de una confirmación diagnóstica F84 (trastornos generalizados del desarrollo) y cuando ya se dispone del diagnóstico confirmado debe anotarse F84.0 (Autismo en la niñez)

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.101221</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 75 de 121

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 8.11 y 8.54 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.

Por su parte, los resultados de la segunda fase de validación indican que se obtiene el consenso. Se reciben calificaciones para todos los apartados que se ubican entre 8.0 y 8.20 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		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 76 de 121

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 internacional¹¹⁸ 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.

Nombre	Descripción	Tipo (qué indica)	Fórmula	Fuente de información (evidencia)	Periodicidad sugerida
1. Número de establecimientos de salud con Consulta de Riesgo del	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

¹¹⁸ 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.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 77 de 121

Desarrollo agendada					
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.101221</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 79 de 121

Anexo 1. Oficio Aval Gerencia Médica

FALTA INCLUIR EL OFICIO DE AVAL

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 80 de 121

Anexo 2.
Cuestionario M-CHAT Revisado para el Autismo en Niños Pequeños (M-CHAT-R)
Niños y niñas menores de 4 años¹¹⁹

Nombre		Edad	
Examinador		Fecha	
Instrucciones			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Por favor responda a estas preguntas sobre el niño o la niña. Tenga en cuenta cómo se comporta habitualmente. 2. Si el niño se comporta de la manera descrita algunas veces, pero no es un comportamiento habitual, se responde NO. Seleccione, rodeando con un círculo. 3. Se deben contestar todas las preguntas. 			
Ítem	Pregunta	SI	NO
1	Si usted señala algo al otro lado de la habitación, ¿el niño(a) lo mira? (POR EJEMPLO, Si usted señala a un juguete, un peluche o un animal, ¿el niño(a) lo mira?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	¿Alguna vez se ha preguntado si el niño(a) es sordo/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	¿El niño(a) juega juegos de fantasía o imaginación? (POR EJEMPLO, "hace como que" bebe de una taza vacía, habla por teléfono o da de comer a una muñeca o peluche,)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	¿Al niño(a) le gusta subirse a cosas? (POR EJEMPLO, a una silla, escaleras, o tobogán,)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	¿Hace el niño(a) movimientos inusuales con sus dedos cerca de sus ojos? (¿POR EJEMPLO, mueve sus dedos cerca de sus ojos de manera inusual?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	¿El niño(a) señala con un dedo cuando quiere pedir algo o pedir ayuda? (¿POR EJEMPLO, señala un juguete o algo de comer que está fuera de su alcance?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	¿El niño(a) señala con un dedo cuando quiere mostrarle algo que le llama la atención? (POR EJEMPLO, señala un avión en el cielo o un camión muy grande en la calle)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	¿El niño(a) se interesa en otros niños? (¿POR EJEMPLO, mira con atención a otros niños, les sonrío o se les acerca?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	¿El niño(a) le muestra cosas acercándolas o levantándolas para que usted las vea – no para pedir ayuda sino solamente para compartirlas con usted? (POR EJEMPLO, le muestra una flor o un peluche o un carro de juguete)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	¿El niño(a) responde cuando usted le llama por su nombre? (¿POR EJEMPLO, se vuelve, habla o balbucea, o deja de hacer lo que estaba haciendo para mirarle?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	¿Cuándo usted sonrío a el niño(a), él o ella también le sonrío?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	¿Le molestan a el niño(a) ruidos cotidianos? (¿POR EJEMPLO, la aspiradora o la música, incluso cuando está no está excesivamente alta?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	¿El niño(a) camina solo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	¿El niño(a) le mira a los ojos cuando usted le habla, juega con él o ella o lo viste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¹¹⁹2009. Diana Robins, Deborah Fein, & Marianne Barton. Traducción y adaptación en España: Grupo Estudio MCHAT España. www.mchatscreen.com

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 81 de 121

15	¿El niño(a) imita sus movimientos? (POR EJEMPLO , decir adiós con la mano, aplaudir o algún ruido gracioso que usted haga?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Si usted se gira a ver algo, ¿el niño(a) trata de mirar hacia lo que usted está mirando?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	¿El niño(a) intenta que usted le mire/preste atención? (POR EJEMPLO , busca que usted le haga un cumplido, o le dice "mira" ó "mírame")	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	¿El niño(a) le entiende cuando usted le dice que haga algo? (POR EJEMPLO , si usted no hace gestos, ¿el niño(a) entiende "pon el libro encima de la silla" o "tráeme la manta"?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Si algo nuevo pasa ¿el niño(a) le mira para ver como usted reacciona al respecto? (POR EJEMPLO , si oye un ruido extraño o ve un juguete nuevo, ¿se gira a ver su cara?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	¿Le gustan a el niño(a) los juegos de movimiento? (POR EJEMPLO , le gusta que le balancee, o que le haga "el caballito" sentándole en sus rodillas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Interpretación

1. No todos los niños detectados con riesgos serán diagnosticados con TEA. Aun así, es claro que toda alteración detectada es un riesgo de presentar otros trastornos del desarrollo, por tanto, son resultados que deben considerarse también.
2. El cuestionario consta de 20 ítems.
3. No todos los casos en los que se fallen ítems tienen porque cumplir los criterios para un diagnóstico del espectro autista. Sin embargo, existe dicha posibilidad y se justifica que se realice una valoración diagnóstica.

Algoritmo de puntuación

Para todos los ítems excepto 2, 5 y 12 la respuesta "**NO**" indica riesgo de TEA. Para los ítems 2, 5 y 12 "**SI**" indica riesgo de TEA.

- **BAJO RIESGO:** puntuación total entre 0-2. Si el niño es menor de 24 meses, se debe realizar-**CHAT-R** a los 24 meses. Ninguna otra medida es necesaria a menos que la vigilancia del desarrollo indique riesgo de TEA.
- **RIESGO MEDIO:** Puntuación entre 3-7. Se debe administrar entrevista de seguimiento (segunda etapa= M-CHAT-R/F Entrevista de Seguimiento) para obtener información adicional acerca de las respuestas de riesgo.
- Si la puntuación M-CHAT-R/F se mantiene en 2 o superior el niño ha resultado positivo. La medida necesaria es remitir al niño para evaluación diagnóstica para determinar necesidad de atención temprana. Si la puntuación es 0-1, el niño ha resultado negativo. Ninguna otra medida es necesaria a menos que la vigilancia del desarrollo indique riesgo de TEA. El niño debe tener seguimiento rutinario en Consulta de Crecimiento y Desarrollo.
- **RIESGO ALTO:** Puntuación total entre 8 y 20. Es aceptable prescindir de la entrevista de seguimiento y se debe referir a evaluación diagnóstica para determinar necesidad de intervención temprana.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 82 de 121

Anexo 3.

Cuestionario de Tamizaje para autismo. Niños y niñas mayores de 4 años
(Sibell Kazak Berument, Michael Rutter, Catherine Lord, Andrew Pickes y Anthony Baiñey. British Journal of Psychiatry (1999), 175, pp. 4-451

Nombre: _____	Examinador: _____		
Edad: _____	Fecha: _____		
Instrucciones			
1. Seleccionar la respuesta que parece que refleja mejor cómo el niño o niña actúa NORMALMENTE . 2. Si el comportamiento no es el habitual (solo se lo ha visto una o dos veces) se contesta que el niño o niña NO lo hace. 3. Se deben contestar todas las preguntas.			
Cuestionario	SI	NO	NR/NA¹²⁰
1. Es capaz de hablar utilizando frases u oraciones cortas (si marca NO, pase a la pregunta 10).	0	1	
2. Le ha hablado alguna vez solo para ser amistoso y no para obtener algo	0	1	
3. Puede usted tener conversaciones tú a tú con él o ella, que requiera hablar por turnos o construir oraciones a partir de lo que usted ya dijo.	0	1	
4. Ha usado alguna vez, frases extrañas o inapropiadas o ha dicho algo una y otra vez caso exactamente igual? (ya sean frases que haya escuchado de otra persona o que haya inventado).	1	0	
5. Ha formulado alguna vez frases o afirmaciones inapropiadas. Por ejemplo, hace con regularidad preguntas o comentarios personales en momentos inapropiados.	1	0	
6. Ha utilizado los pronombres de manera equivocada, por ejemplo diciendo "usted" o "el" en lugar de "yo"	1	0	
7. Ha utilizado palabras que parezca que ha inventado o presenta los conceptos de manera equivocada o extraña, o utiliza maneras metafóricas de decir cosas, por ejemplo lluvia caliente en lugar de vapor?	1	0	
8. Ha dicho la misma cosa una y otra vez exactamente de la misma manera o insiste en que usted diga lo mismo una y otra vez.	1	0	
9. En alguna ocasión, ha habido tareas o actividades que parece que tiene que hacer de una forma particular u orden específico o rituales que le exija a usted.	1	0	
10. Parece su expresión facial apropiada para una situación particular, de acuerdo a lo que usted haya notado.	0	1	
11. En alguna ocasión ha utilizado su mano como una herramienta, o como si su mano fuera parte de su propio cuerpo, por ejemplo, apuntando con su dedo.	1	0	
12. Ha tenido algún interés que lo preocupe y parezca extraño a otras personas.	1	0	
13. Alguna vez le ha parecido que está más interesado en una parte particular de un juguete (por ejemplo en girar las ruedas de un carro) o en un objeto, más que en utilizarlo para lo que está diseñado o dispuesto.	1	0	
14. Alguna vez ha tenido un interés especial que fuera inusual en intensidad para su edad o grupo de pares.	1	0	

¹²⁰NR/NA= no responde o no aplica.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221	
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 83 de 121	

15. En alguna ocasión, le ha parecido inusualmente interesado en la vista, sensación, sonido, sabor u olor de objetos o personas.	1	0	
16. En alguna ocasión, ha tenido manierismos o formas extrañas de mover sus manos o dedos, como mover los dedos frente a su car.	1	0	
17. Alguna vez ha hecho movimientos complicados con su cuerpo entero tales como girar o balancearse.	1	0	
18. En alguna ocasión se ha hecho daño o se ha herido a sí mismo deliberadamente, como morderse un brazo o golpearse en la cabeza.	1	0	
19. Alguna vez ha tenido un objeto que no sea un juguete suave o una sábana, que TENGA que llevar siempre consigo.	1	0	
20. Tiene algún amigo en particular o un mejor amigo.	0	1	
21. Alguna vez lo ha imitado a usted (o a otras personas) o lo que está haciendo (como aspirar, arreglar el jardín, planchar) espontáneamente.	0	1	
22. En ocasiones, señala espontáneamente cosas a su alrededor solo para mostrárselas y no porque las quiera.	0	1	
23. Alguna vez usa gestos diferentes a señalar o halar su mano, para hacerle saber lo que quiere.	0	1	
24. Asiente con la cabeza cuando quiere decir sí.	0	1	
25. Sacude la cabeza para decir no.	0	1	
26. Usualmente le mira directo a la cara cuando hace cosas con usted o le está hablando.	0	1	
27. Sonríe de vuelta si alguien le sonríe.	0	1	
28. Alguna vez le muestra cosas que le interesan a él o ella para llamar su atención.	0	1	
29. Alguna vez se ofrece a compartir cosas con usted que no sea comida.	0	1	
30. En ocasiones parece que desea que usted disfrute con él o ella algo.	0	1	
31. Algunas veces parece que trata de consolarla cuando usted está triste o lastimada.	0	1	
32. Cuando él o ella quiere algo o desea ayuda, lo mira a usted y usa gestos con sonidos o palabras para llamar su atención.	0	1	
33. Muestra un rango normal de expresiones faciales.	0	1	
34. Alguna vez se une a otras personas o a usted y trata de imitar acciones en juegos sociales.	0	1	
35. Juega de imitar juegos.	0	1	
36. Parece interesado en otros niños de aproximadamente su misma edad.	0	1	
37. Responde positivamente cuando se le acerca otro niño.	0	1	
38. Si usted entra a su cuarto y empieza a hablarle sin llamarlo por su nombre, usualmente lo mira y le pone atención.	0	1	
39. Alguna vez ha participado en juegos imaginativos con otro niño de manera que usted pueda decir que él o ella está entendiendo el rol que juega cada uno.	0	1	

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 84 de 121

40. Cooperera en juegos que necesitan alguna forma de participación en grupos con otros niños, tales como: escondido o juegos de bola.	0	1	
SubTotal			
Total final			

Interpretación

1. El cuestionario consta de 40 ítems, cada uno con un valor numérico asignado de uno o cero.
2. Al finalizar el cuestionario sume los puntos alcanzados en la columna de SI y en la columna de NO. Luego sume ambas para obtener el total final.
3. Más de 15 puntos es sugestivo de autismo y amerita continuar con estudios para valoración diagnóstica.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 85 de 121

Anexo 4. Componentes de una Historia Clínica para Trastornos del Neurodesarrollo y del Comportamiento

Antecedentes Familiares Patológicos:

Historia de cardiopatías o muerte súbita en la familia:

Historia de enfermedades psiquiátricas:

Antecedentes perinatales:

Complicaciones durante el embarazo o parto:

Edad Gestacional:

Peso al Nacer:

Antecedentes Personales Patológicos:

Antecedentes Quirúrgicos:

Antecedentes Traumáticos:

Evolución del Neurodesarrollo:

- Motora gruesa:
- Motora fina:
- Lenguaje:
- Personal social:

Nivel educativo (si aplica):

Padecimiento Actual (motivo por el cual consulta o es referido):

Regulación sensorial:

¿Cómo reacciona a los diferentes estímulos sensoriales como los sonidos, texturas, contacto físico, contacto visual? (Aversiones sensitivas):

La respuesta puede ser de hiper o hiposensibilidad (aislamiento, temor, excitación, agresividad, búsqueda excesiva de un estímulo sensorial particular):

Conductas inusuales:

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 86 de 121

¿Tiene su hijo o hija alguna conducta que usted considere rara o inusual? Por ejemplo, llevarse frecuentemente cosas a la boca después del año, hablar exagerando los movimientos de la boca, oler objetos, dar vueltas, aleteos, andar de puntillas, girar objetos, balanceos, verbalizaciones repetitivas, mirar fijamente a la luz, entre otras):

Lenguaje y comunicación:

Vocalización y producción del habla: calidad, articulación, ritmo, entonación, volumen.

Lenguaje receptivo: comprensión del habla que se muestra en la respuesta verbal o conductual.

Lenguaje expresivo: observar el nivel de complejidad en relación con la edad.

¿Cómo es el lenguaje del niño o niña?

¿Presenta atención conjunta al hablar o interactuar con otra persona?

Juego simbólico de acuerdo con la edad ¿Presenta juego simbólico?

Nivel de actividad y conducta motora:

¿Cómo es el **grado de actividad** hipo o hiperactivo?

¿Cómo es su **capacidad de control de impulsos**, puede esperar turnos, tiene la capacidad de esperar, mide el peligro o es propenso a accidentes?

¿Cumple los **hitos del desarrollo** en motora gruesa y fina para la edad?

¿Presenta **movimientos estereotipados**?

La organización y estructuración espacial y temporal:

De acuerdo a su edad ¿Tiene **organización espacial**: arriba, abajo, adelante, atrás, cerca, lejos?

¿Tiene **organización temporal**: mañana, hoy, ayer, antes, después?

Grado de atención: Alude a la capacidad de mantener la atención en una actividad o en una interacción. Se pregunta su grado dependiendo de la edad del niño o la niña.

Comportamiento: Se refiere a la conducta en general y ante determinados estímulos externos. Hay que valorar si existe aceptación de límites y normas, tolerancia a la frustración, control de impulsos, etc., si se va ajustando a las exigencias de las distintas etapas del desarrollo.

¿Cómo es el comportamiento ante frustraciones?

¿Es agresivo: en que momentos?

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 87 de 121

Afecto y estado de ánimo:

¿Presenta síntomas de ansiedad? Tomar en cuenta la edad del niño o la niña.

¿Presenta síntomas o signos de depresión?

¿Presenta miedo a algo de manera anormal? Tomar en cuenta la edad del niño o la niña.

Pensamiento: El pensamiento se explora hablando con el niño o niña. Otras vías de acceso son el juego, el dibujo y la observación de la conducta. La persistencia predominante del pensamiento mágico omnipotente más allá del periodo preescolar se considera patológica, así como, la confusión entre fantasía/sueños y realidad. Por tanto, para explorar los trastornos del pensamiento hay que tener en cuenta las características del desarrollo cognitivo.

Patrones de lenguaje: La aparición de ideas extrañas o perseverancia implica que el niño o niña durante su discurso **repite** palabras, ideas o temas; además se percibe una **aparente pérdida de las asociaciones** (patrón del lenguaje en el que las ideas de una persona se separan entre sí de modo que no guardan relación, inversión pronominal que es lenguaje propio sin utilizar el pronombre yo y referir todo en tercera persona y ecolalia (repetición involuntaria e inconsistente de palabras, frases, canciones, entre otros). Estos pueden presentarse en gran variedad de trastornos psiquiátricos (esquizofrenia, depresión psicótica), incluido el trastorno generalizado del desarrollo. Los fenómenos psicóticos en la infancia también pueden aparecer como consecuencia de varias enfermedades médicas, trastornos metabólicos, estados carenciales y en intoxicaciones por drogas y diversos fármacos.

De acuerdo con la edad preguntar: ¿Ha presentado su hijo o hija ideas extrañas, patrones de lenguaje no comprensibles?

Sensopercepción: De acuerdo con la edad, ¿Ha tenido alucinaciones?

Nivel Cognitivo: Se evalúa con precisión con test específicos, pero en la entrevista se puede tener una idea aproximada global tanto a través de: el comportamiento (habilidad para seguir instrucciones, resolución de problemas, capacidad de anticipación de las consecuencias del comportamiento, exploración, curiosidad), las respuestas verbales, el lenguaje (vocabulario y comprensión), la expresión de intereses, la capacidad de expresión simbólica, el diseño de dibujos (habilidad grafomotora) y del juego.

Según la edad ¿Sigue ordenes sencillas? ¿Sigue instrucciones complejas?

Adaptación familiar y social:

¿Cómo se relaciona con usted, otros miembros de la familia y pares?

¿Existe alguna situación social compleja en la familia?

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 88 de 121

Preguntar por las **relaciones del niño o niña** (con padres, hermanos, pares, figuras adultas representativas, examinador) y su capacidad de ajustar su conducta a la situación en relación con su etapa de desarrollo (aceptación de normas, autocontrol, resolución de situaciones de compromiso).

Observar la relación con sus cuidadores principales incluye el contacto afectivo que se establece en la consulta.

Control de Esfínteres:

Preguntar si aplica ¿Presenta control de esfínteres, según la edad?

¿Presenta estreñimiento? Clasificar según escala de Bristol.

Alimentación:

¿Presenta algún problema para comer? ¿Es selectivo? ¿Acepta todas las texturas?

Sueño: identificar problemas de insomnio, despertares nocturnos, hipersomnias, pesadillas, terrores nocturnos y sonambulismo.

Tomando en cuenta la edad del niño ¿Cómo es el sueño? ¿Presenta algún problema al dormir?

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 89 de 121

Anexo 5. Entrevista de Seguimiento M-CHAT-R (M-CHAT-R/F)^{TM121}

El M-CHAT-R/F es un instrumento con registro de autor y su uso debe seguir las siguientes pautas:

1. Las reimpressiones/reproducciones del M-CHAT-R deben incluir los derechos de autor en la parte inferior (2009 Robins, Fein y Barton). No se pueden hacer modificaciones a los ítems, a las instrucciones o al orden de los ítems sin el permiso de los autores.
2. El M-CHAT-R debe ser utilizado en su totalidad. La evidencia indica que ningún subconjunto de ítems tiene las propiedades psicométricas adecuadas.
3. Quienes estén interesados en la reproducción de M-CHAT-R/F impreso (por ejemplo, en un libro o artículo de revista) o por vía electrónica para su uso por otros (por ejemplo, como parte de la historia clínica digital u otros paquetes de software) deben ponerse en contacto con Diana Robins para solicitar permiso (DianaLRobins@gmail.com).

Instrucciones de Uso

- El M-CHAT-R (cuestionario de tamizaje) puede administrarse como parte de la Consulta de Riesgo del Desarrollo, la Consulta Pediátrica y también de otros especialistas u otros profesionales lo pueden utilizar para evaluar el riesgo de TEA. El objetivo principal del MCHAT-R es lograr la máxima sensibilidad, es decir, detectar el mayor número de casos de TEA que sea posible. Por lo tanto, existe una alta tasa de falsos positivos, lo que significa que no todos los niños y las niñas que obtengan una calificación en riesgo serán diagnosticados de TEA. Los usuarios deben ser conscientes de que incluso con el seguimiento, un número significativo de niños o niñas que dan positivo en el M-CHAT-R no serán diagnosticados de TEA, sin embargo, esos niños o niñas están en alto riesgo de tener otros trastornos del desarrollo o retraso y, por lo tanto, se está garantizando la evaluación para cualquier niño o niña con resultado positivo. El MCHAT-R se puede revisar y obtener un resultado en menos de dos minutos. Las instrucciones de puntuación se pueden descargar desde <http://www.mchatscreen.com> donde también están disponibles para su descarga los documentos asociados.
- El M-CHAT-R/F está diseñado para ser usado con el M-CHAT-R; el M-CHAT-R es válido para cribar niños o niñas de entre **16 y 48 meses de edad**, para evaluar el riesgo de Trastornos del Espectro Autista (TEA). Los usuarios deben ser conscientes de que incluso con la entrevista, un número significativo de niños o niñas que no pasen el M-CHAT-R no serán diagnosticados de TEA. No obstante, estos niños o niñas siguen en **riesgo de padecer otros trastornos o retrasos en el desarrollo** y, por lo tanto, se está garantizando la evaluación para cualquier niño o niña cuyo resultado sea positivo.

¹²¹ **Permiso de Uso.** El Cuestionario M-CHAT revisado con entrevista de seguimiento M-CHA-R/F para la detección del Autismo en Niños Pequeños; son instrumentos de propiedad intelectual de Robins, Fein, y Barton, 2009. El uso de ambos instrumentos está limitado por sus autores y a quienes poseen derechos de autor. Ambos instrumentos se pueden usar para propósitos clínicos, de investigación y formativos. La CCSS tiene el permiso de las autoras para utilizarlos como tamizaje con fines clínicos.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 90 de 121

- Una vez completado el Tamizaje con el M-CHAT-R, puntúe el cuestionario de acuerdo con las instrucciones. Si los resultados del niño o niña son positivos, seleccione los ítems de la Entrevista de seguimiento basándose en aquellos que el niño o niña **no pasó** en el M-CHAT-R. Será necesario realizar una entrevista completa **sólo para aquellos ítems que el niño o niña no pasó**.
- Cada página de la entrevista corresponde a un ítem en el Cuestionario M-CHAT-R. Siga el formato del organigrama haciendo preguntas hasta que puntúe como "PASA" o "NO PASA". Por favor, tenga en cuenta que los padres pueden responder "tal vez" a algunas preguntas en la entrevista. Cuando un padre responde "tal vez", pregúntele si la mayoría de las veces la respuesta sería "sí" o "no" y continúe la entrevista de acuerdo con esa respuesta. En las partes donde la respuesta podría ser "otro", el entrevistador debe juzgar si es una respuesta que pasa o no pasa.
- Puntúe las respuestas a cada ítem en la Hoja de Puntuación M-CHAT-R/F (que contiene los mismos ítems que el M-CHAT-R, pero donde Sí/No han sido reemplazados por Pasa/No Pasa). Se considera que la **entrevista tiene un resultado positivo** si el niño o niña falla en dos ítems en el seguimiento. Si un niño o niña resulta positivo en el M-CHAT-R/F, se recomienda encarecidamente que el niño o niña sea remitido a intervención temprana y para realizar pruebas de diagnóstico tan pronto como sea posible. Tenga en cuenta que, si el profesional sanitario o los padres tienen alguna preocupación acerca de un posible TEA, el niño o niña debe ser remitido a evaluación, independientemente de la puntuación en el M-CHAT-R o M-CHAT-R/F.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 91 de 121

Entrevista de Seguimiento al M-CHAT-R/F™ Hoja de Puntuación

Por favor tenga en cuenta: Sí/No han sido sustituidos por Pasa/No Pasa

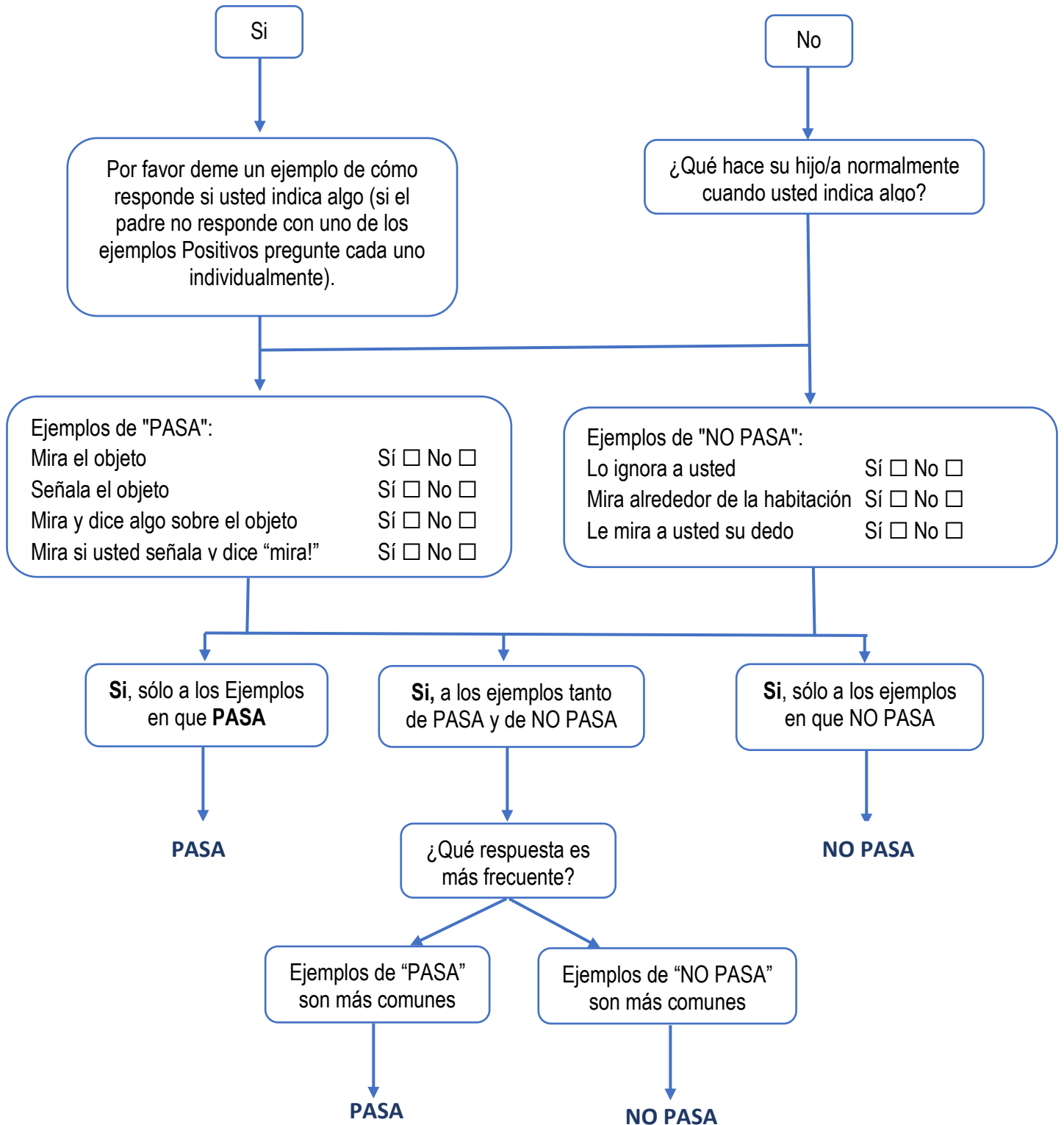
1.	Si usted indica algo al otro lado de la pieza, ¿su hijo/a mira al objeto? (Por ejemplo: si usted señala un juguete, un peluche o un animal, ¿su hijo lo mira?)	PASA	NO PASA
2.	¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo/a es sordo?	PASA	NO PASA
3.	¿Su hijo/a realiza juegos de fantasía o imaginación? (Por ejemplo: ¿hace como si bebiera de una taza vacía, habla por teléfono o da de comer a una muñeca o peluche?)	PASA	NO PASA
4.	¿A su hijo/a le gusta subirse a cosas? (Por ejemplo: a una silla, a una escalera o a un resbalín)	PASA	NO PASA
5.	¿Su hijo/a hace movimientos raros con sus dedos frente a sus propios ojos?	PASA	NO PASA
6.	¿Su hijo/a indica o apunta con el dedo cuando quiere pedir algo o pedir ayuda? (Por ejemplo: señala un juguete o algo para comer que no puede alcanzar o tomar)	PASA	NO PASA
7.	¿Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere mostrarle algo que le llama la atención? (Por ejemplo: señala un avión en el cielo o un camión muy grande en la calle)	PASA	NO PASA
8.	¿Su hijo/a muestra interés en otros niños? (Por ejemplo: mira con atención a otros niños, les sonríe o se les acerca)	PASA	NO PASA
9.	¿Su hijo le muestra o acerca cosas para que usted las vea - no para pedir ayuda sino solamente para compartirlas con usted? (Por ejemplo: le muestra una flor, un peluche o un coche de juguete)	PASA	NO PASA
10.	¿Su hijo/a responde cuando usted lo llama por su nombre? (Por ejemplo: se vuelve, habla o balbucea, o deja de hacer lo que está haciendo para mirarle)	PASA	NO PASA
11.	¿Cuándo usted le sonríe a su hijo/a, él/ella también le sonríe?	PASA	NO PASA
12.	¿Le molestan a su hijo/a los ruidos comunes? (Por ejemplo: el ruido de la aspiradora o de la música, incluso cuando no está excesivamente alta)	PASA	NO PASA
13.	¿Su hijo/a camina solo?	PASA	NO PASA
14.	¿Su hijo/a lo mira a los ojos cuando usted le habla, lo viste o juega con él/ella?	PASA	NO PASA
15.	¿Su hijo/a imita sus movimientos? (Por ejemplo: decir adiós con la mano, aplaudir o algún ruido gracioso que usted haga)	PASA	NO PASA
16.	Si usted se da vuelta a ver algo, ¿su hijo/a trata de mirar hacia lo que usted está mirando?	PASA	NO PASA
17.	¿Su hijo/a intenta que usted lo mire o le preste atención? (Por ejemplo: le dice a usted "mira" o "mírame" o busca que usted lo felicite)	PASA	NO PASA
18.	¿Su hijo/a le entiende cuando usted le pide que haga algo sin hacerle ningún gesto? (Por ejemplo: su hijo/a entiende "pon el libro encima de la silla" o "tráeme la manta")	PASA	NO PASA
19.	Si ocurre algo que llame la atención de su hijo/a, ¿él/ella lo mira a usted para ver su reacción? (Por ejemplo: si escucha un ruido extraño o ve un juguete nuevo, ¿se da vuelta para ver su cara?)	PASA	NO PASA
20.	¿Le gustan a su hijo/a los juegos con movimiento? (Por ejemplo: le gusta que lo balancee en el columpio o que juegue al "caballito" sentándolo en sus rodillas)	PASA	NO PASA

Puntuación Total _____

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 92 de 121

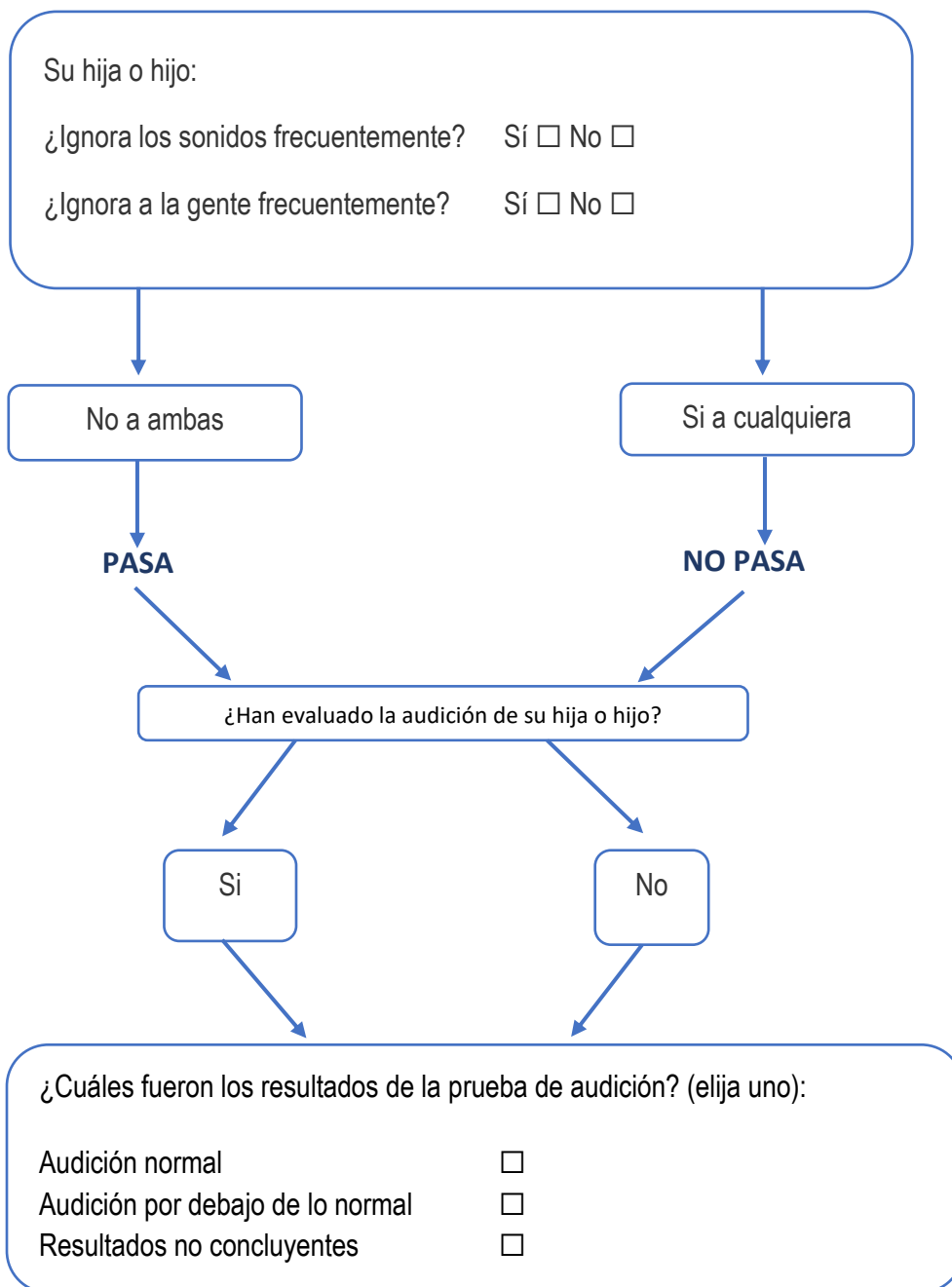
ALGORITMOS DE RESPUESTA A CONSIDERAR EN LA ENTREVISTA

1. Si usted indica algo al otro lado de la habitación, ¿(nombre del niño o niña) mira hacia lo que usted señala?



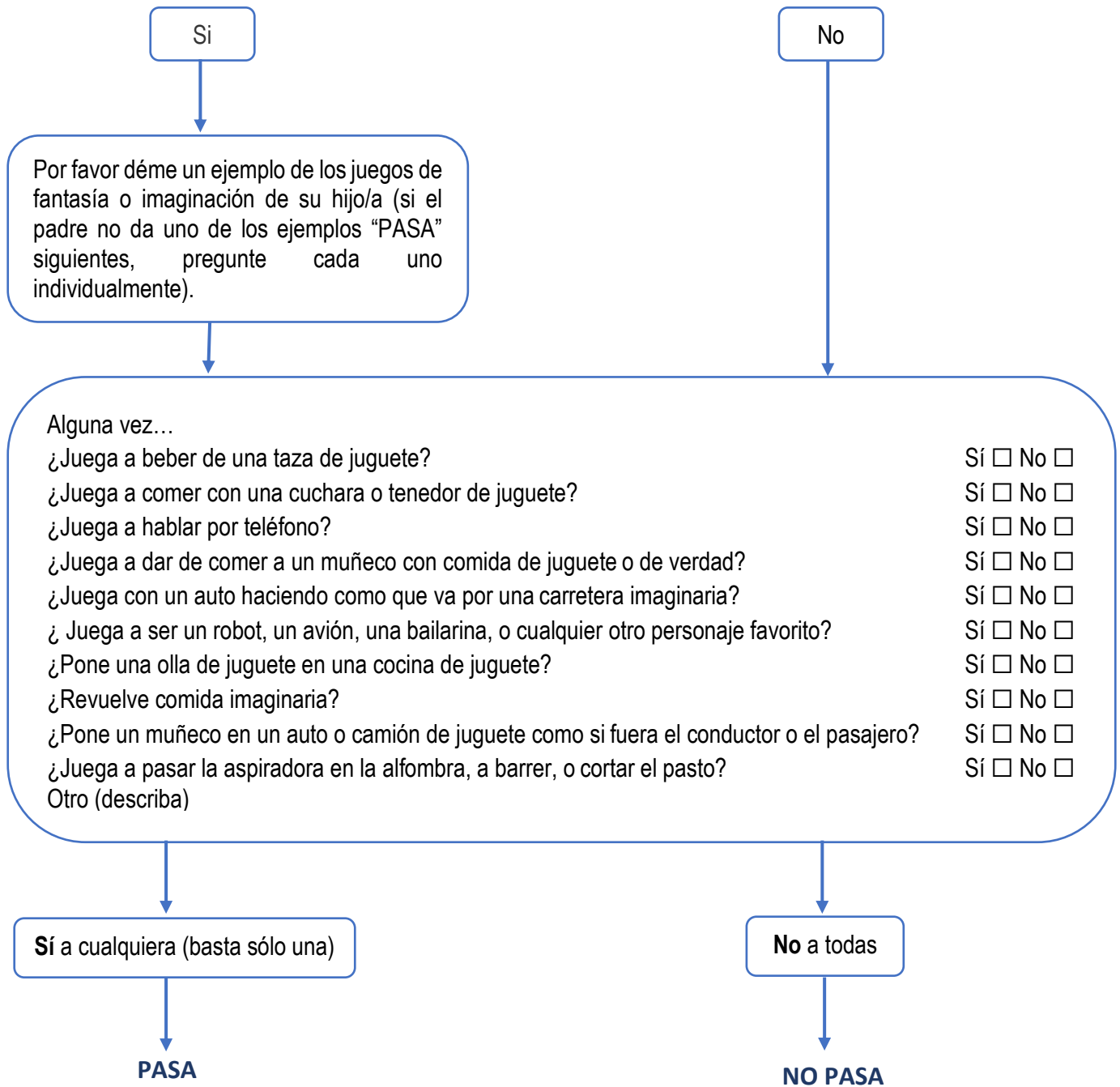
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 93 de 121

2. ¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo es sordo/a?



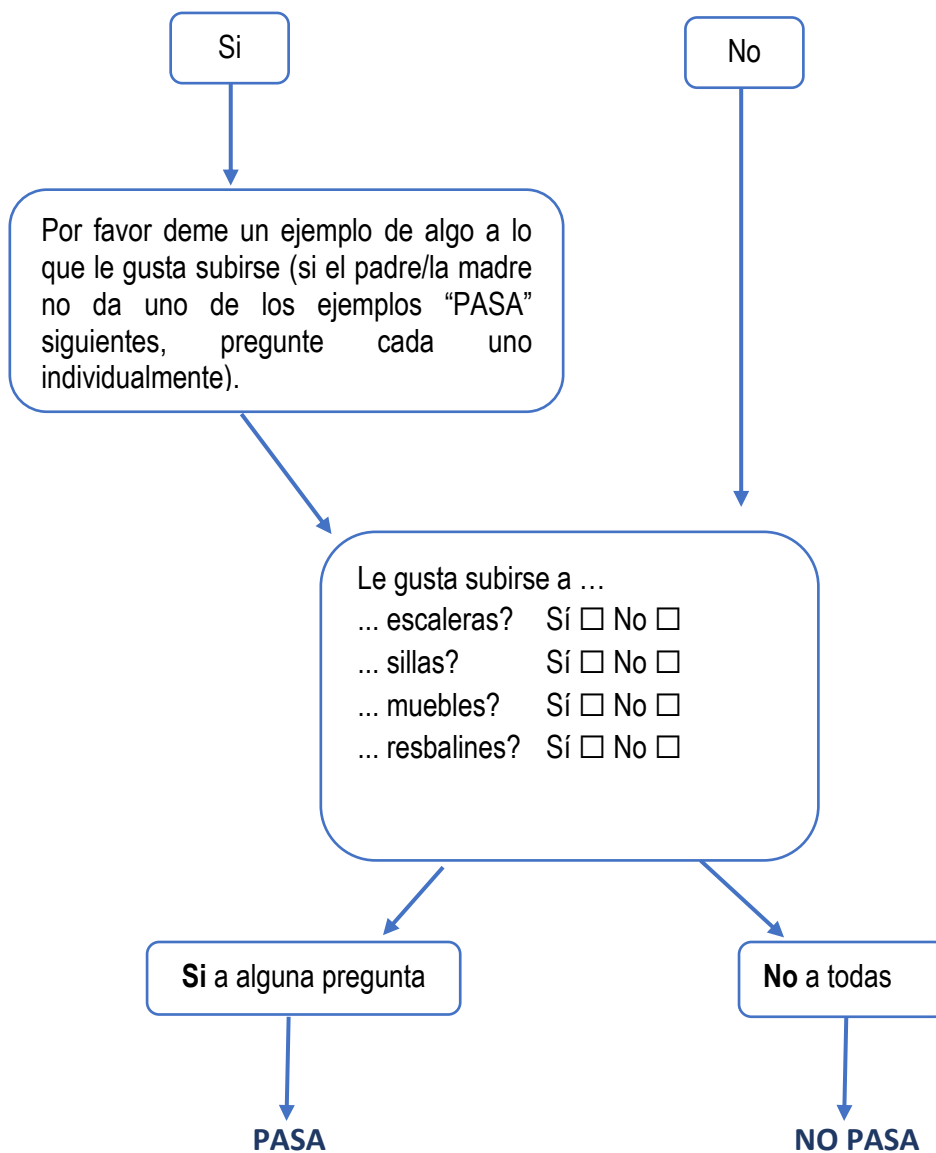
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 94 de 121

3. ¿ _____ realiza juegos de fantasía o imaginación?



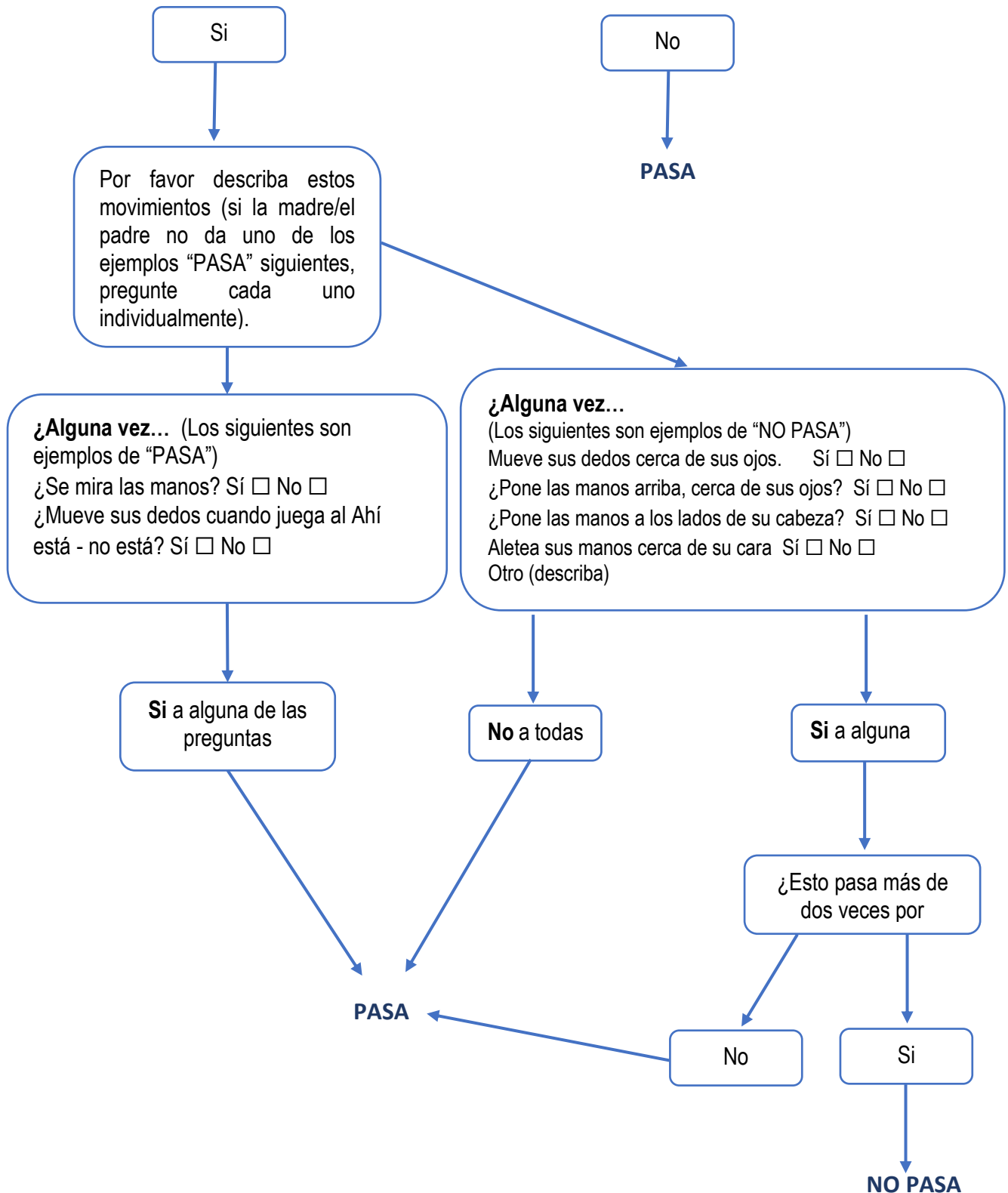
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 95 de 121

4.¿A _____ le gusta subirse a cosas (como una silla, escalera o resbalín)?



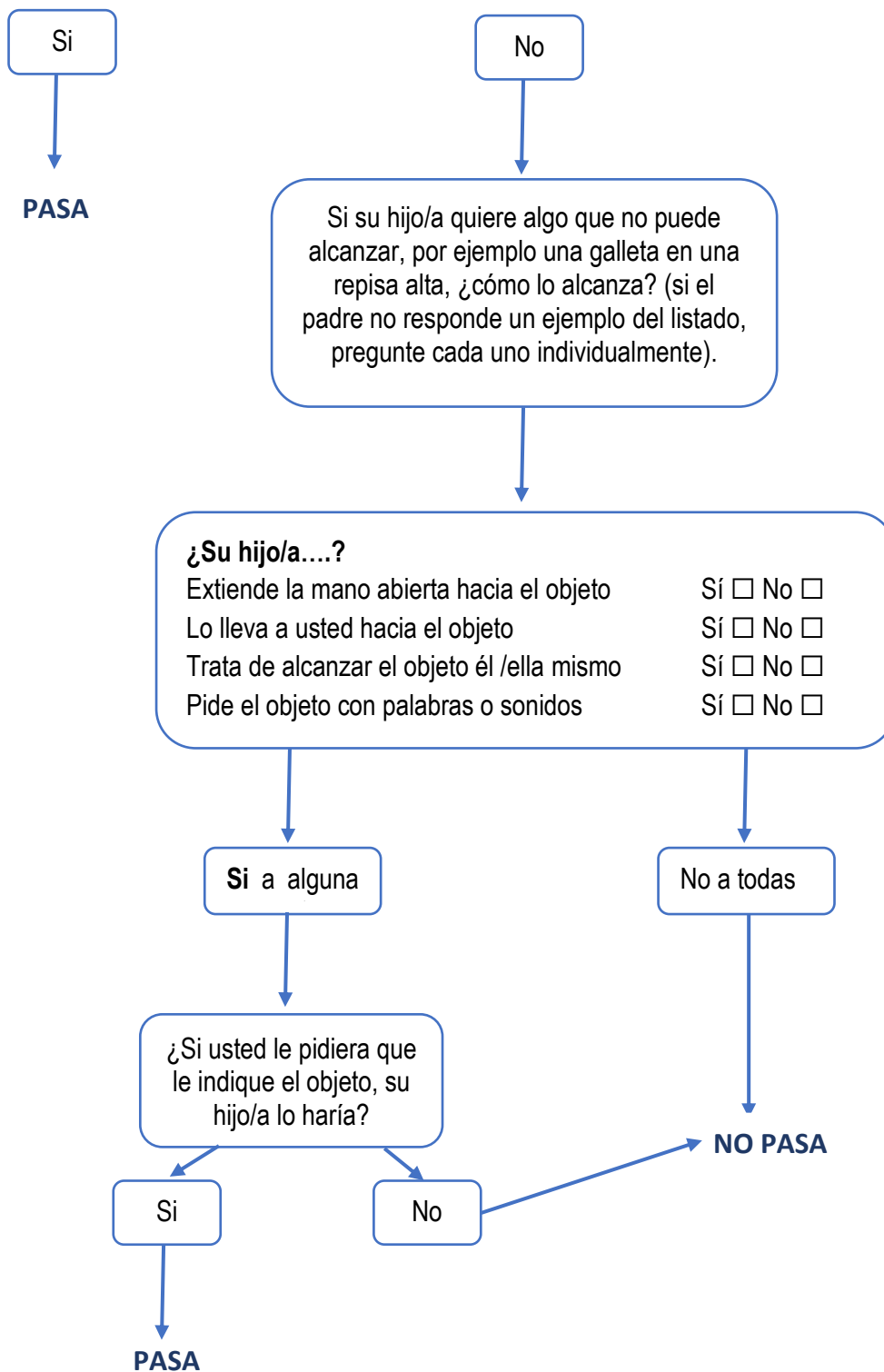
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 96 de 121

5. ¿ _____ hace movimientos raros con sus dedos frente a sus propios ojos?



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 97 de 121

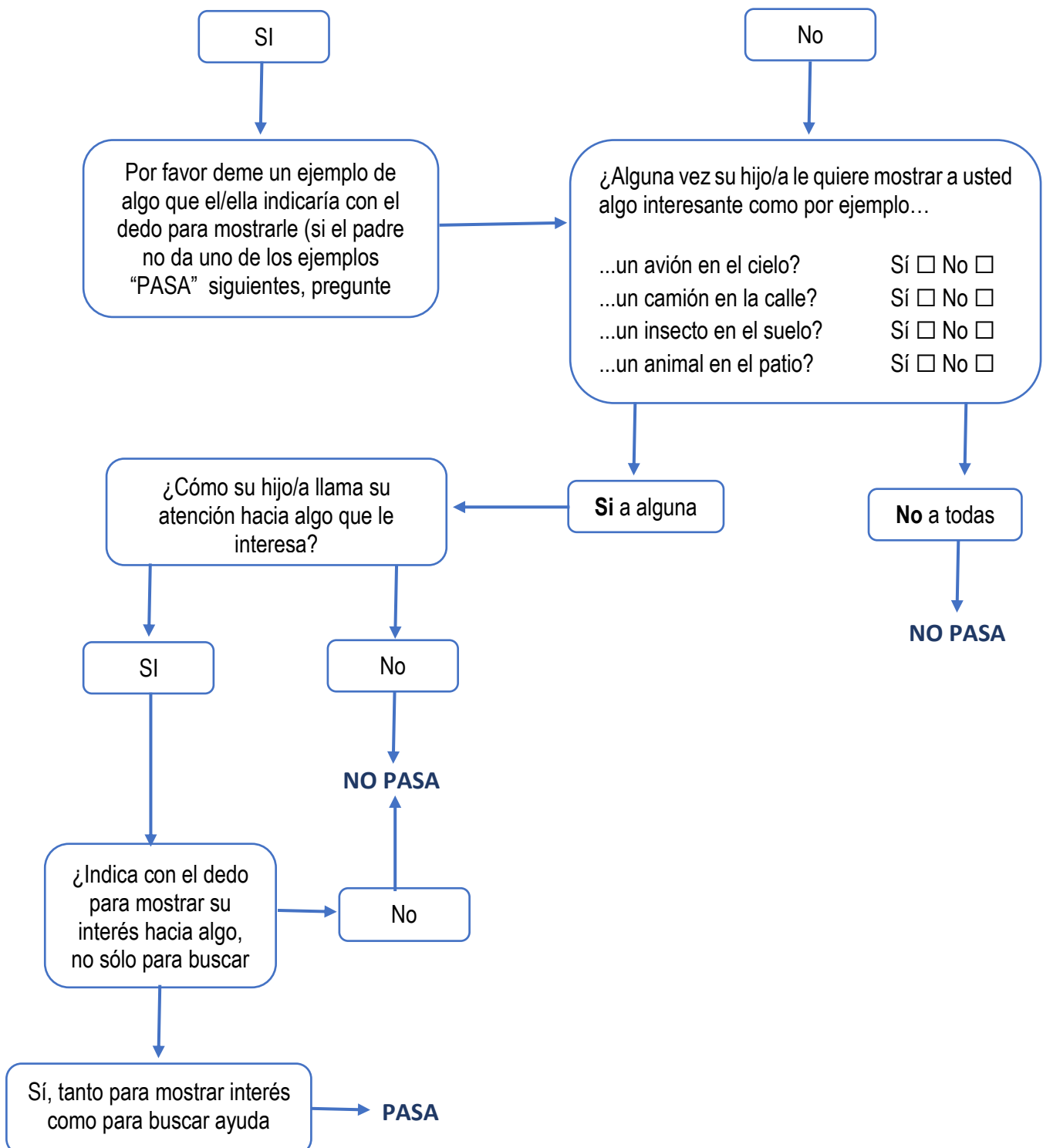
6. ¿Su hijo/a indica o apunta con el dedo para pedir algo o pedir ayuda?



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 98 de 121

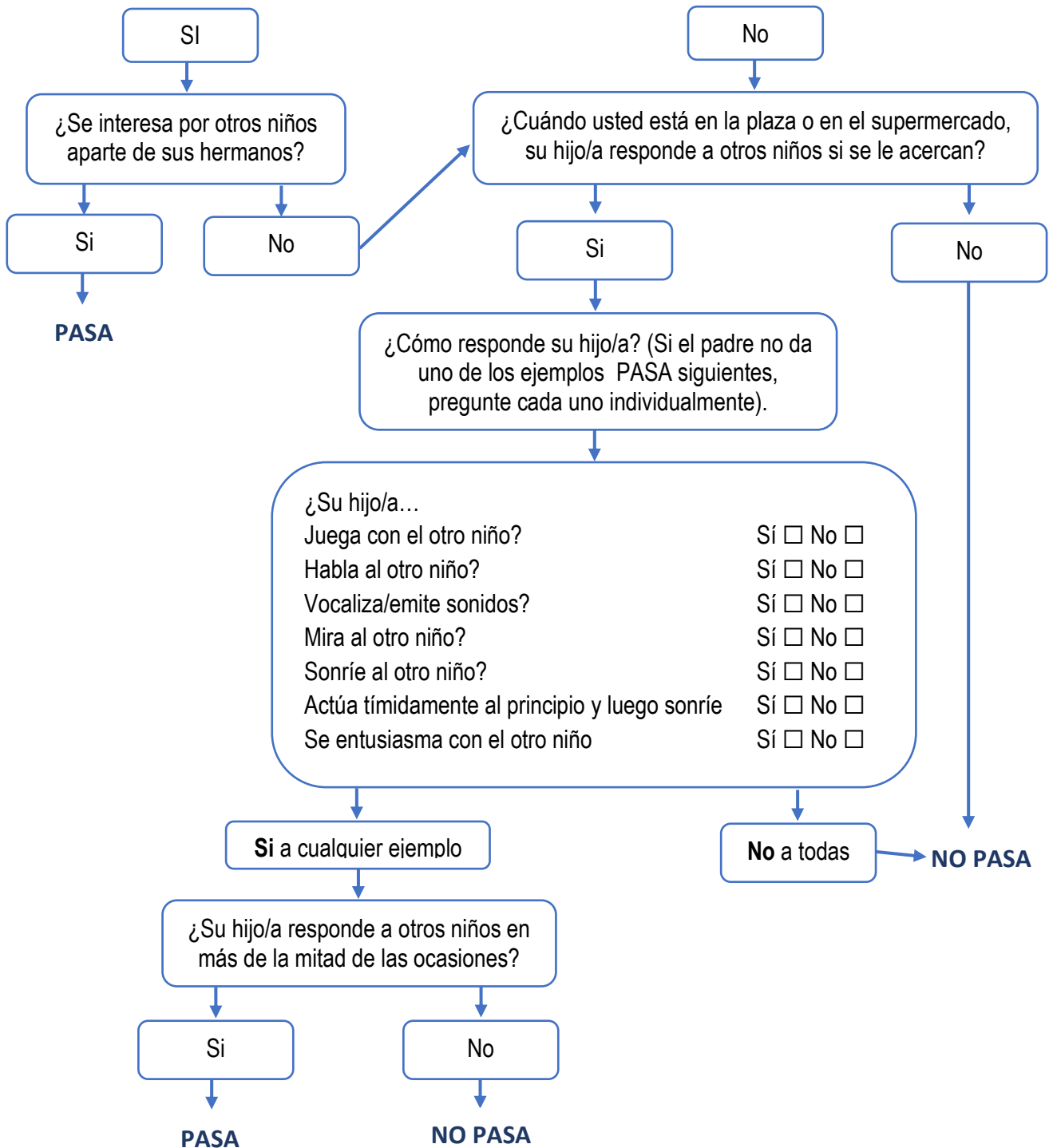
7. Si el entrevistador acaba de preguntar el ítem 6, empiece aquí: Acabamos de hablar de indicar o apuntar con un dedo para pedir algo.

Preguntar a todos: ¿Su hijo/a señala con un dedo para mostrarle algo interesante?



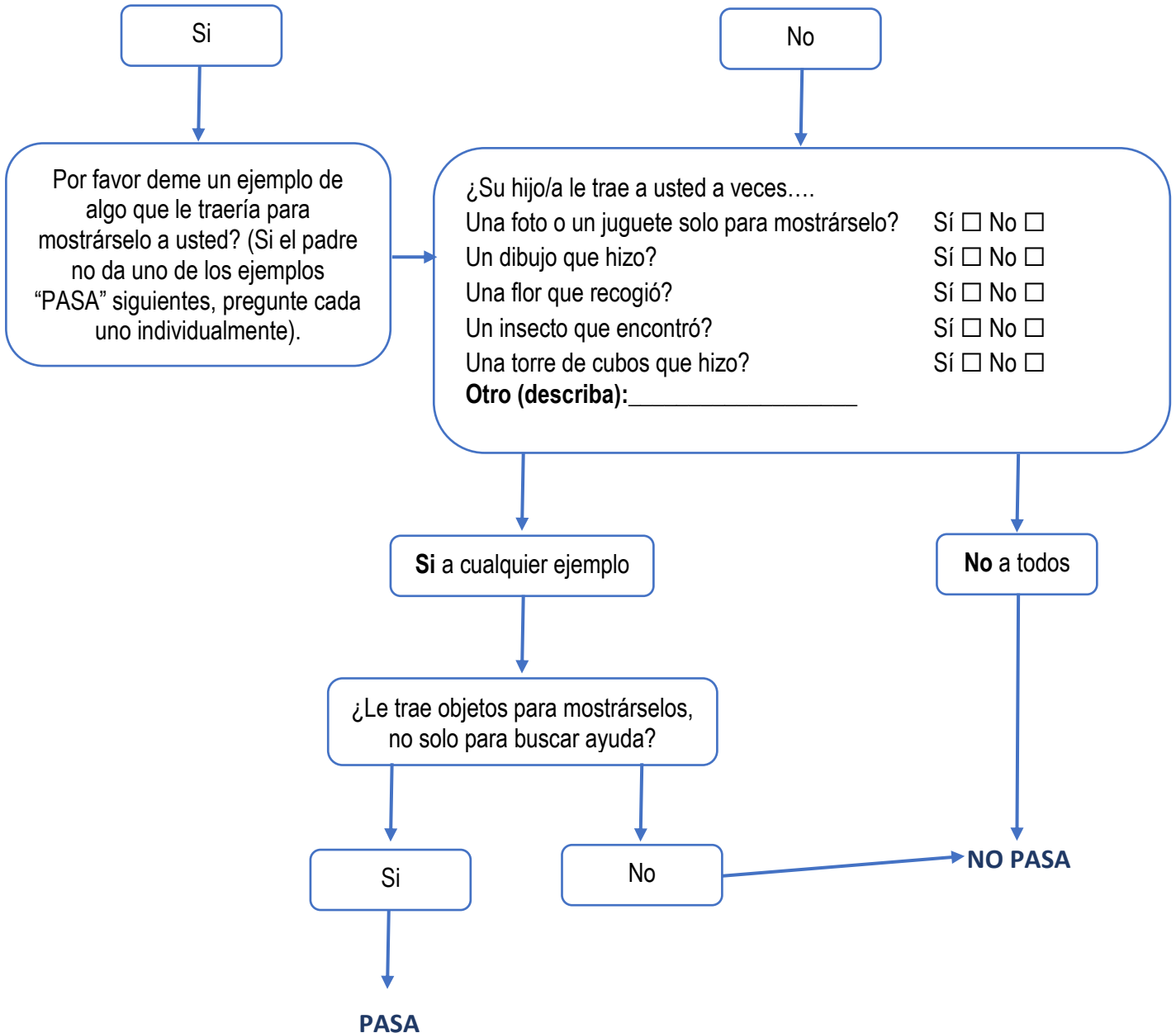
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 99 de 121

8. ¿ _____ muestra interés en otros niños?



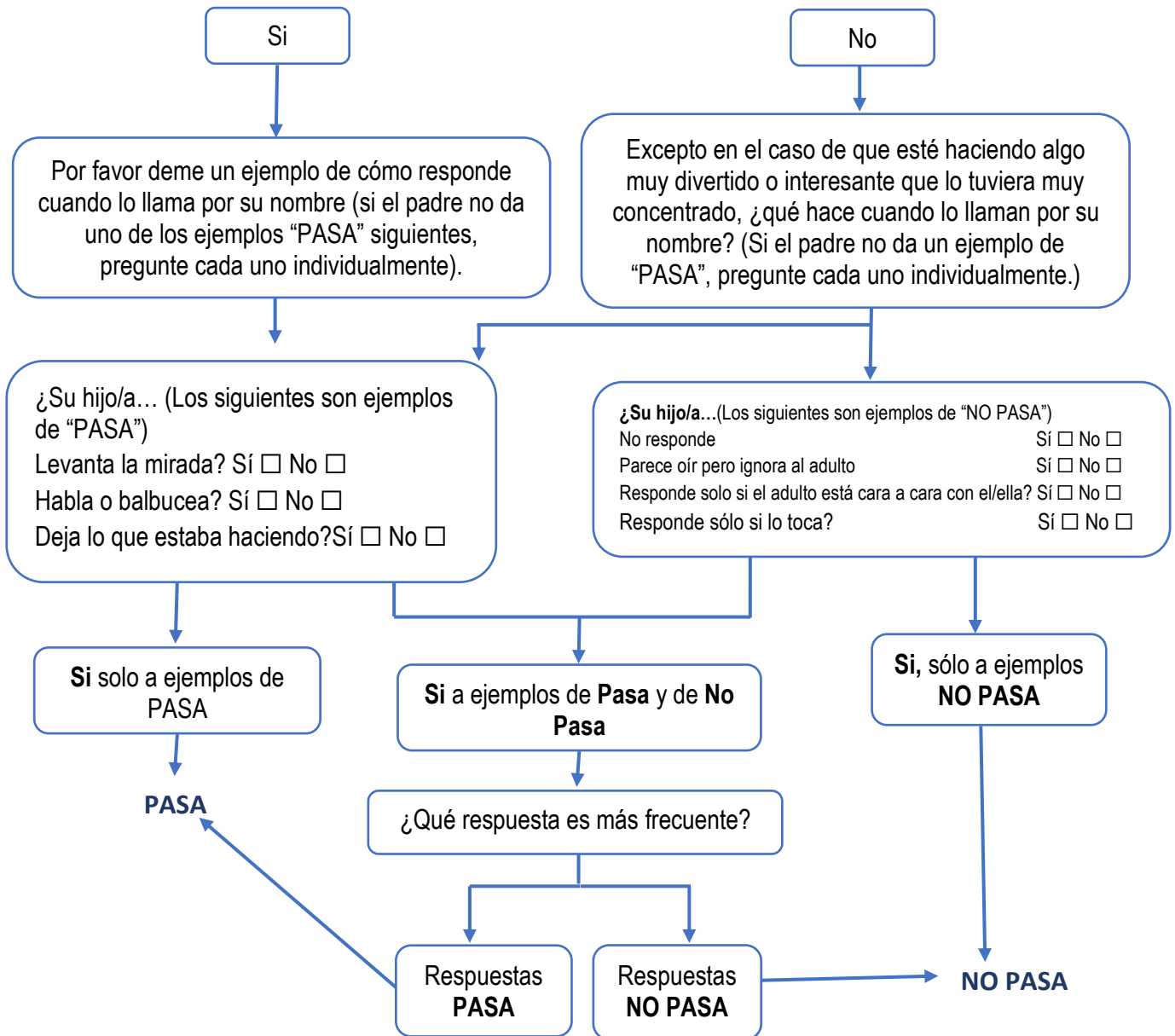
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 100 de 121

9. ¿ _____ le muestra o acerca cosas para que usted las vea, no para pedir ayuda, si no solamente para compartirlas con usted?



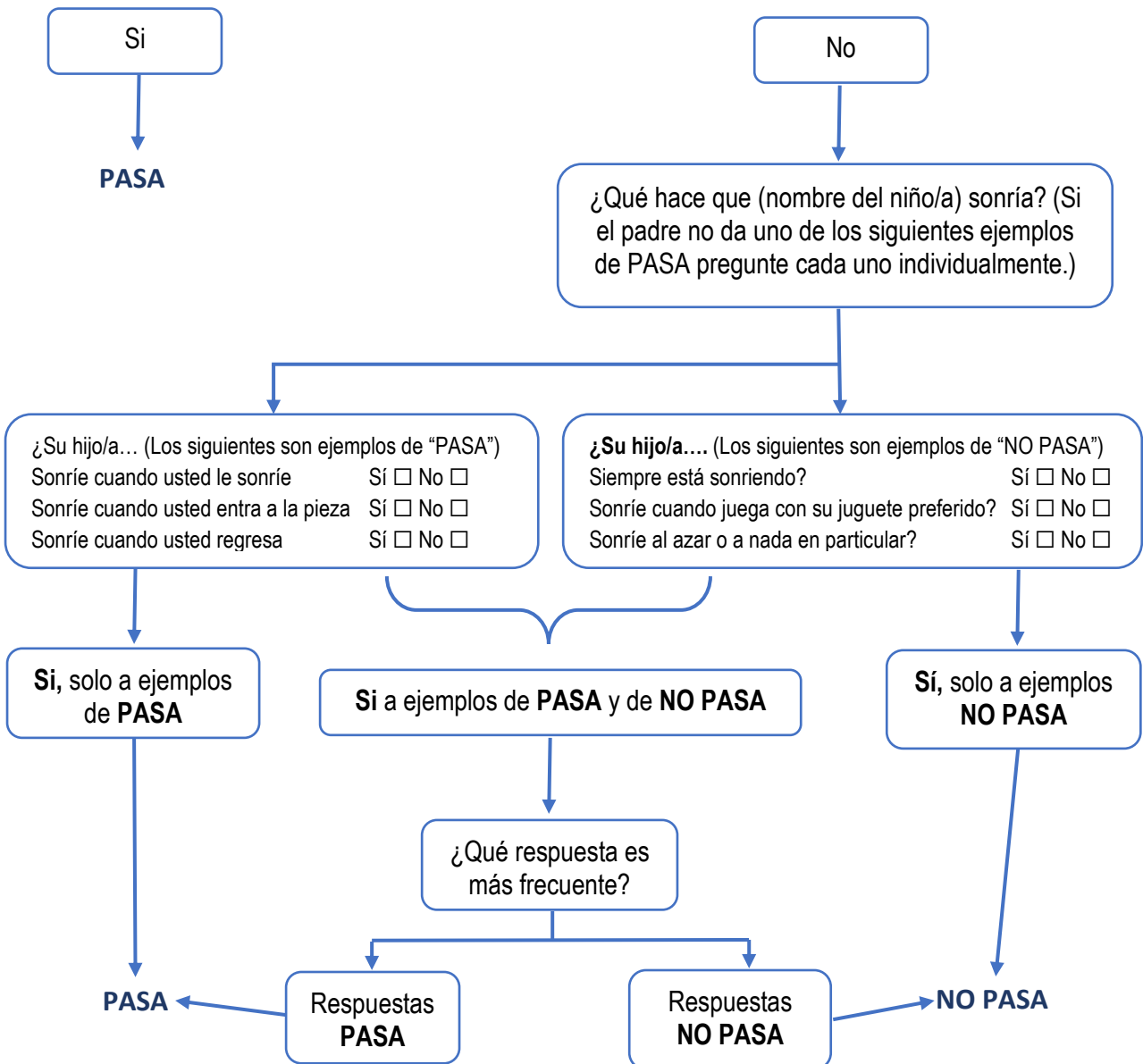
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 101 de 121

10.¿ _____ responde cuando usted le llama por su nombre?

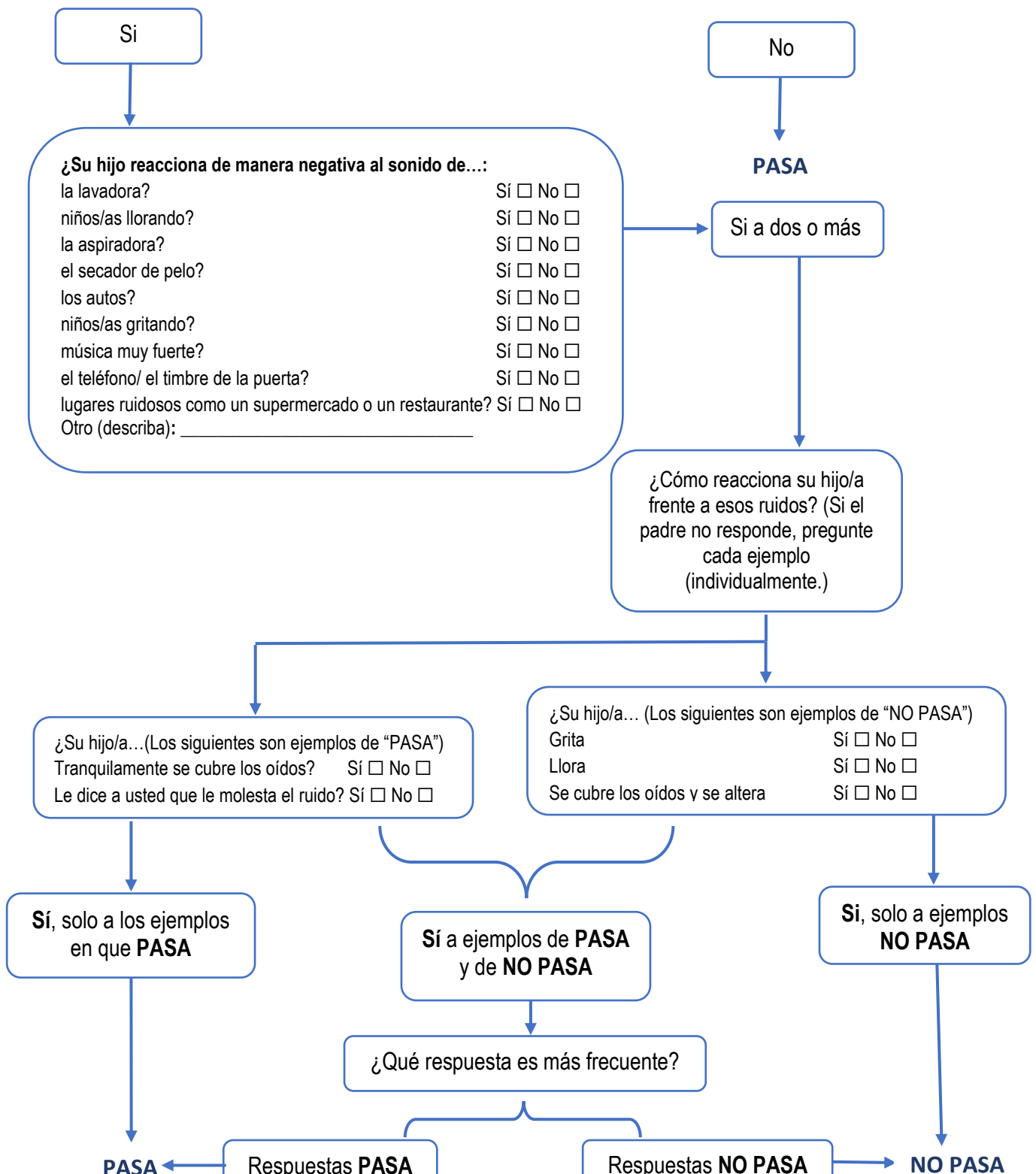


CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 102 de 121

11. Cuando usted sonría a _____, ¿él/ella también le sonría?

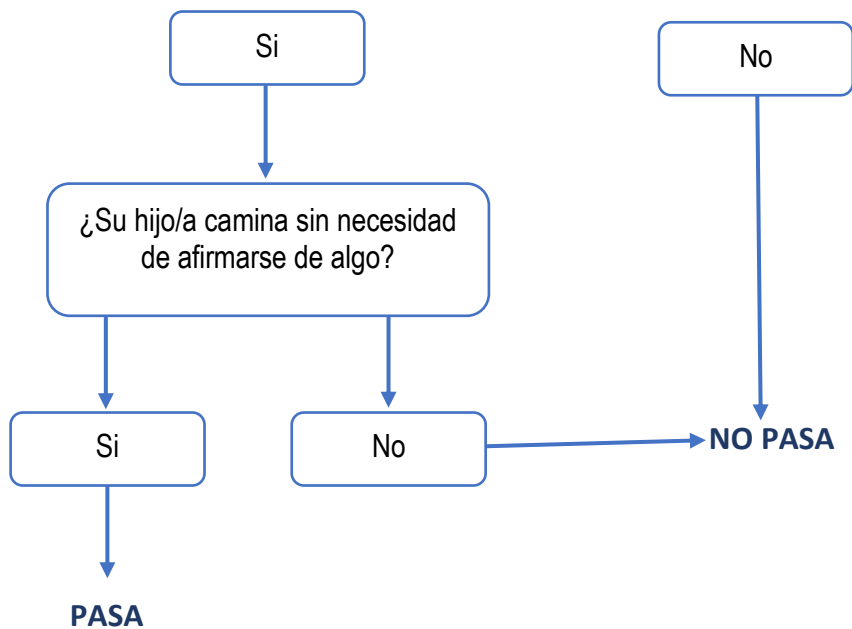


12. ¿ Le molestan a _____ los ruidos comunes?



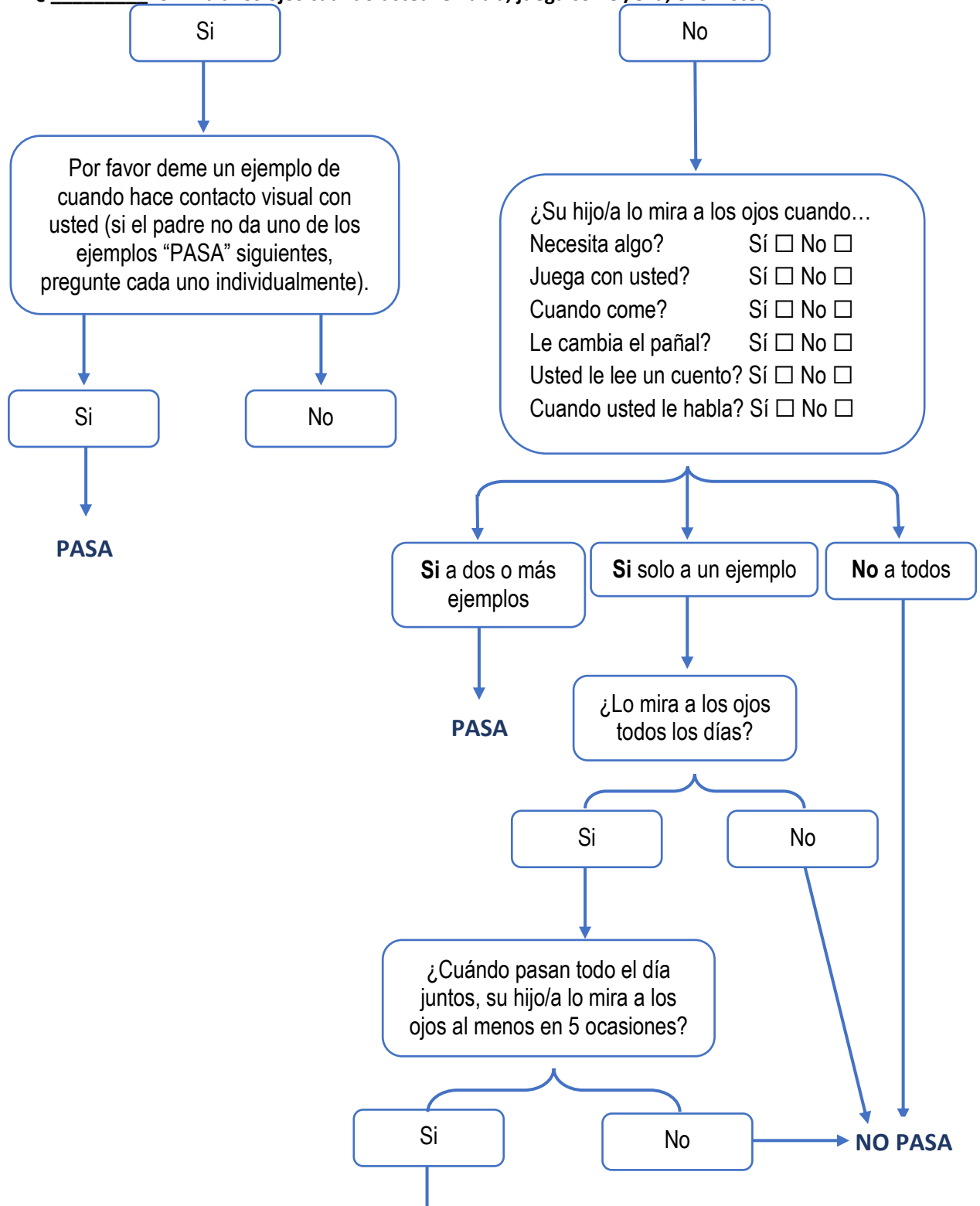
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.101221</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 104 de 121

13. ¿ _____ camina?



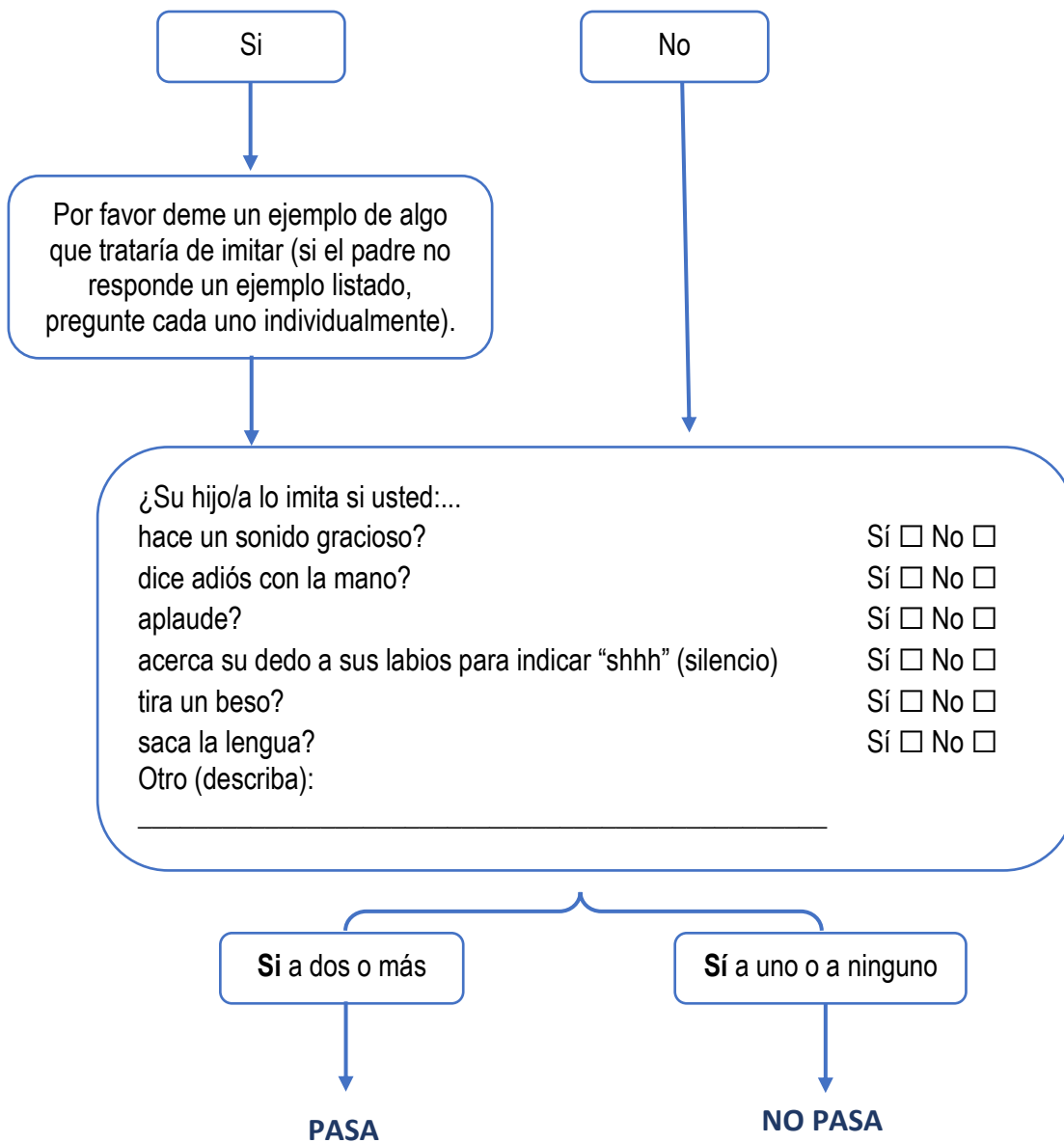
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 105 de 121

14. ¿ _____ lo mira a los ojos cuando usted le habla, juega con él/ella, o lo viste?



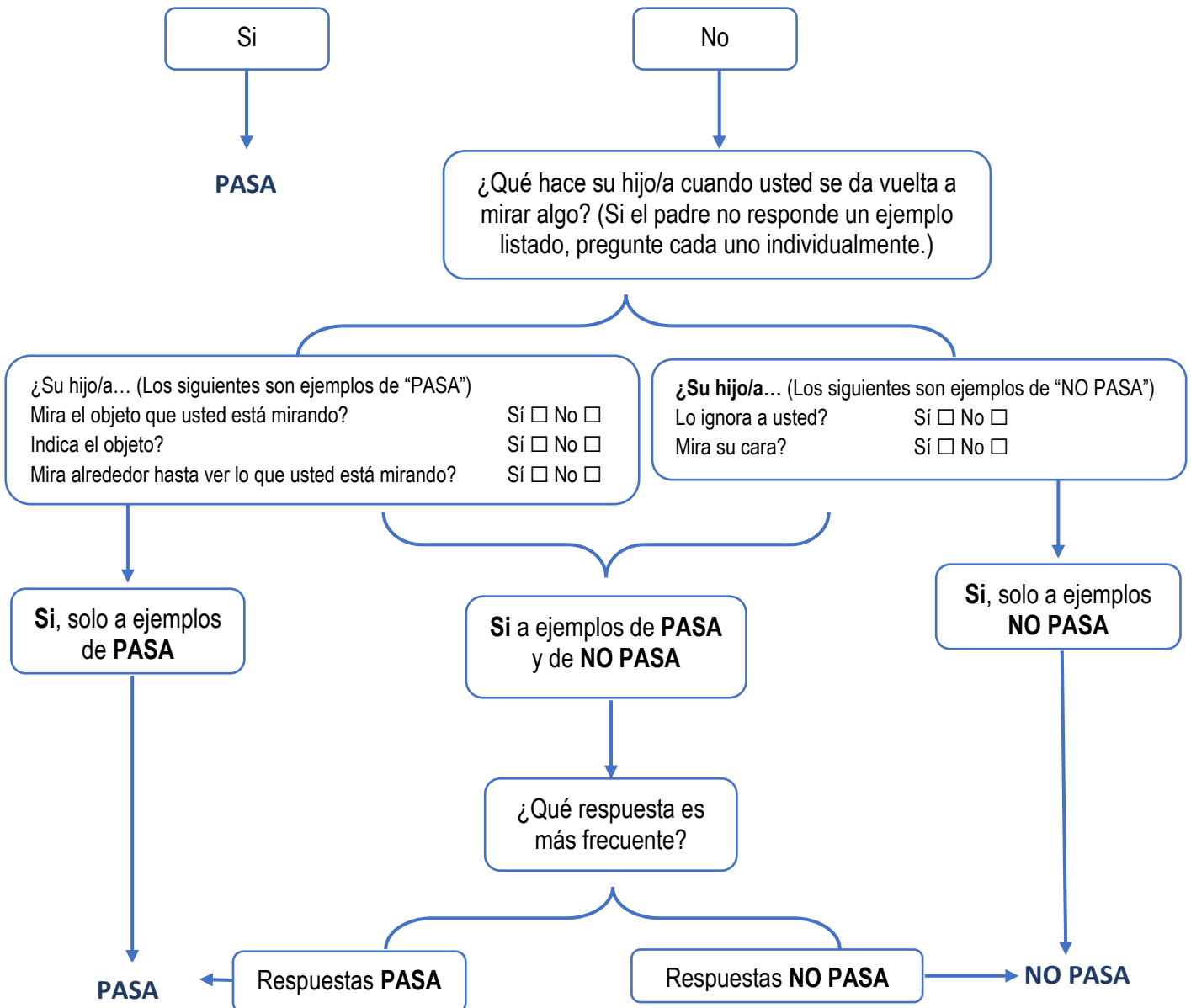
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 106 de 121

15. ¿ _____ imita sus movimientos?



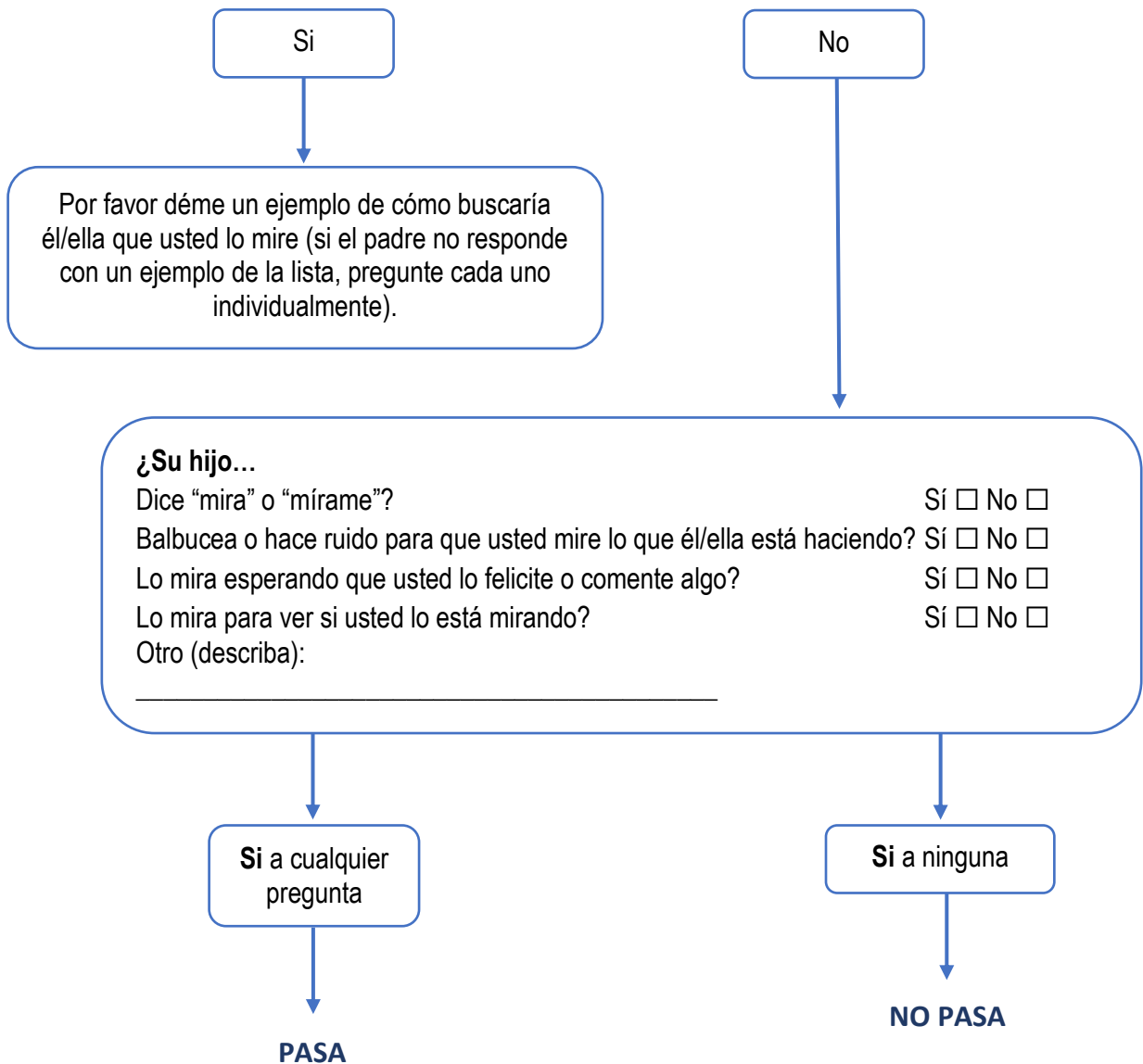
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 107 de 121

16. Si usted se da vuelta a ver algo, ¿_____ trata de mirar hacia lo que usted está mirando?



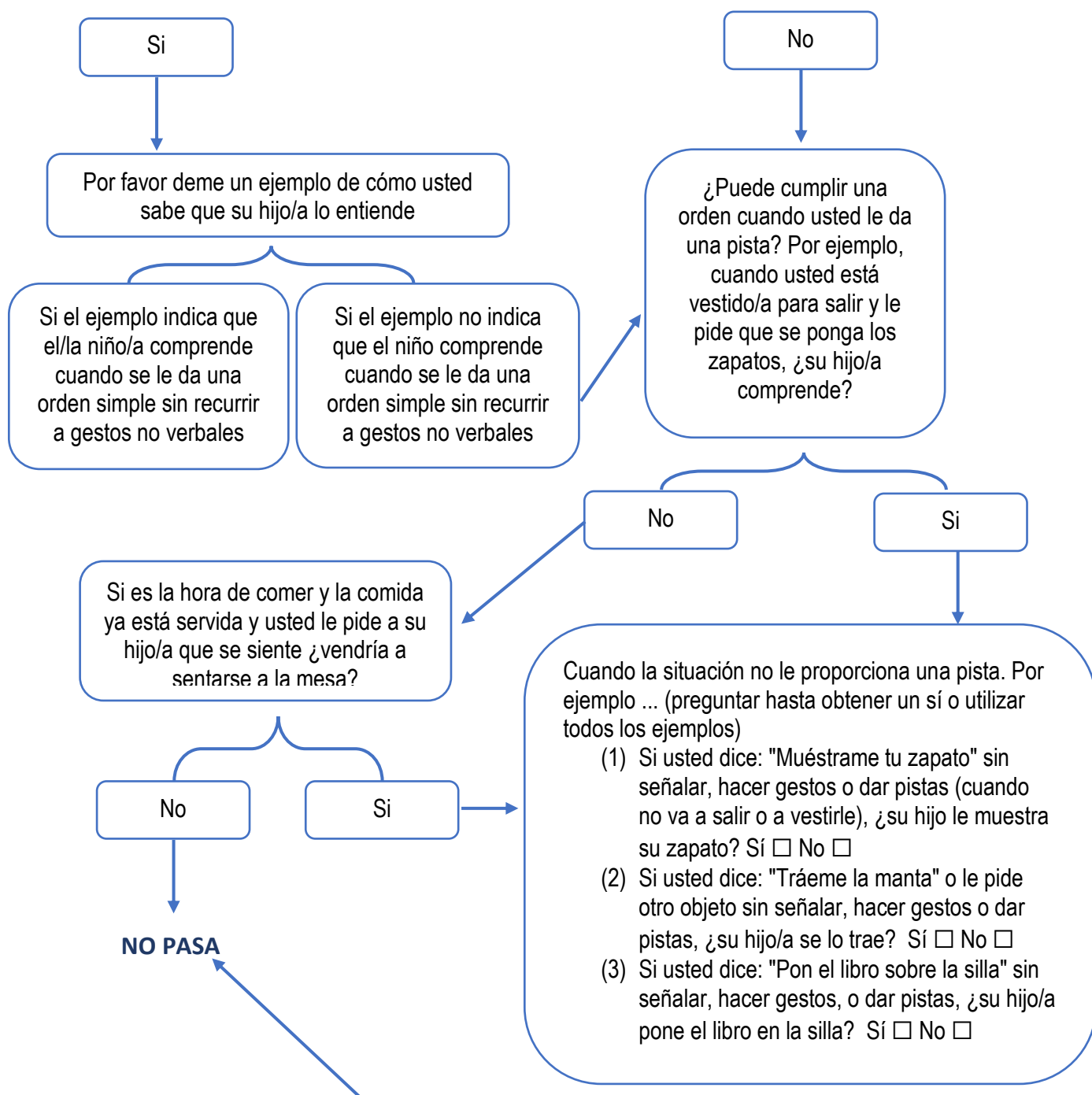
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 108 de 121

17. ¿Su hijo/a intenta que usted lo mire o le preste atención?



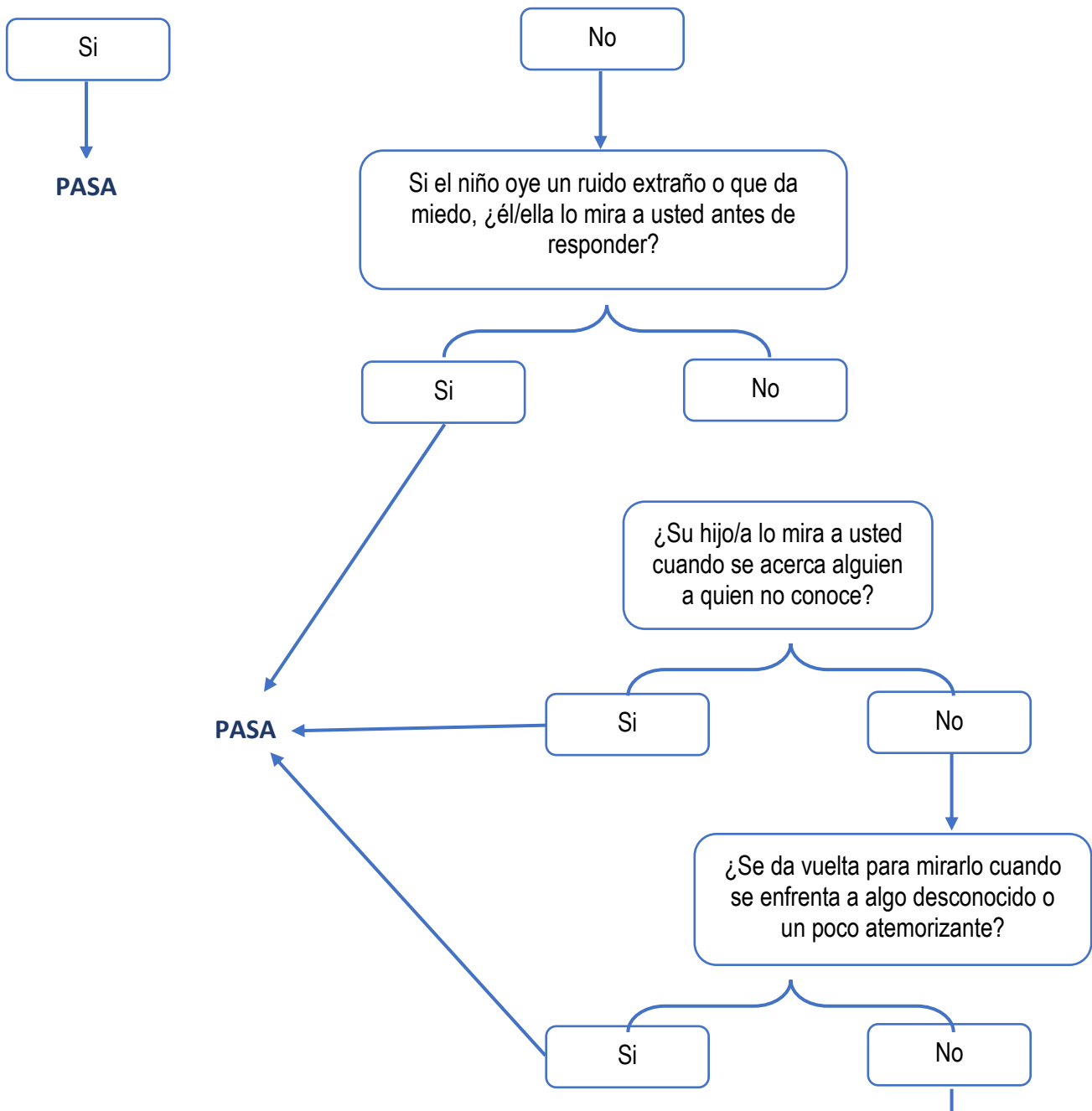
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 109 de 121

18. ¿ _____ le entiende cuando usted le pide que haga algo sin hacerle ningún gesto?



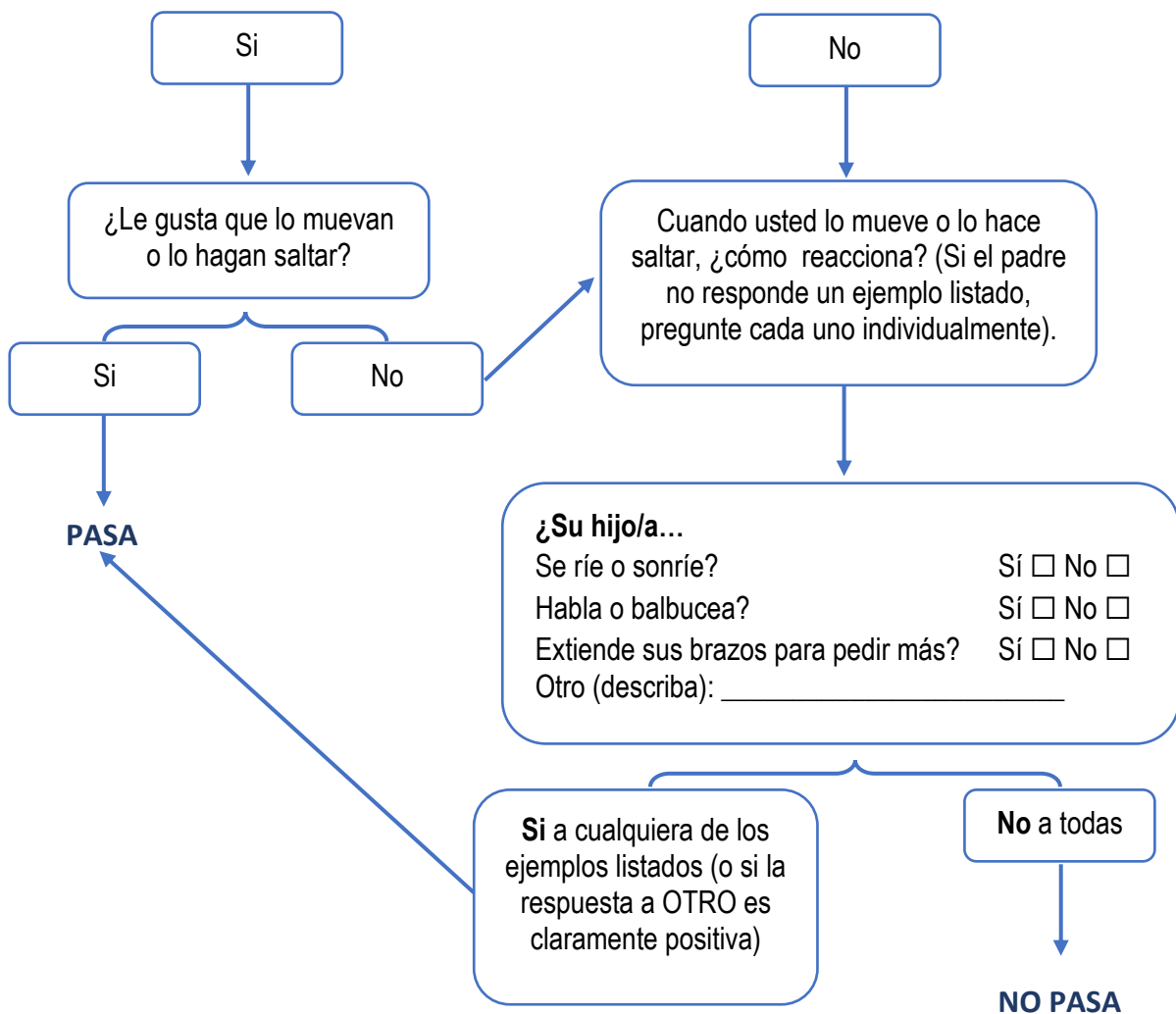
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 110 de 121

19. Si ocurre algo que llama la atención de su hijo ¿ _____ lo mira a usted para ver su reacción?



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 111 de 121

20. ¿Le gustan a _____ los juegos con movimiento?



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 112 de 121

Anexo 6. Lista de asesores regionales de Educación Especial MEP

Dirección Regional	Nombre de la persona asesora	Teléfono de trabajo	Correo electrónico	Ubicación de la Dirección Regional
Aguirre	Yamy Arce Garita	2777 5090 ext 206	jamy.arce.garita@mep.go.cr	Del Pali de Quepos 1K al Este
Alajuela	Laura Jiménez González	2443 3095 ext 4	laura.jimenez.gonzalez@mep.go.cr	Frente al ICE o 200 NE del Hospital
	Sandra Giral Arias		sandra.giral.arias@mep.go.cr	
Cañas	Ania Maricel Brenes Quesada	2669 2932 ext. 220	ana.brenes.quesada@mep.go.cr	Frente distribuidora Elizabeth, 2° piso edif. Farmacia Siglo XXI
Cartago	Edwin Elizondo Arias	2592 4212	edwin.elizondo.arias@mep.go.cr	600 Sur del costado este de la parroquia M ^a Auxiliadora
	Marcela Romero González		marcela.romero.gonzalez@mep.go.cr	
Coto	Ana Lorena Solano Núñez	2783 3726 ext. 212	lorena.solano.nunez@mep.go.cr	Ciudad Neilly Diagonal a AYA
Desamparados	Cyra Mc Nally Meléndez	2219 1752 ext 211	cyra.mcnally.melendez@mep.go.cr	75m. oeste del Lic. Rubén Odio
Grande De Térraba	Sonia Venegas Muñoz	2730 5072 ext 211	sonia.venegas.munoz@mep.go.cr	50 Oeste de Almacenes Artelec Buenos Aires, Centro
Guápiles	Karla Ramírez Rojas	2710 6756 ext 212	karla.ramirez.rojas@mep.go.cr	50N del CTP Pococí
Heredia	Yensel Quirós Arce	2261 3978	yensel.quiros.arce@mep.go.cr	Edif. Silver, frente entrada principal Estadio Rosabal Cordero
Liberia	Leidy Rivera Abarca	2665 3119 ext 220	leidy.rivera.abarca@mep.go.cr	50 Oeste de UCR barrio el Capulín
Limón	Licci Spence Patterson	2758 2005 ext. 217	leidy.rivera.abarca@mep.go.cr	Limon Centro, Frente a U. Castro Carazo
Los Santos	Dania Suárez Navarro	2546 2635	dania.suarez.navarro@mep.go.cr	Tarrazú , antigua Escuela
Nicoya	Rosaura González Herrera	2685 5904 ext 208	rosaura.gonzalez.herrera@mep.go.cr	Costado Oeste de la Iglesia Colonial
Occidente	Vanesa Solís Camacho	24455146	vanessa.solis.camacho@mep.go.cr	Del Instituto Julio Acosta, 150 Oeste, San Ramón
Peninsular	Maureen Mondol Cerdas	2641 0339 ext 205	maureen.mondol.cerdas@mep.go.cr	Frente al Campo Ferial de Paquera
Pérez Zeledón	Fabian Barrantes Agüero	2771 3397 / 2771 3417 ext. 4277	fabian.barrantes.aguero@mep.go.cr	De las oficinas del IMAS 200 E
Puntarenas	Maria Teresa Sandi Naranjo	2663 8228 ext 211	maria1.sandi.naranjo@mep.go.cr	Roble, costado este del CTP

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 113 de 121

Dirección Regional	Nombre de la persona asesora	Teléfono de trabajo	Correo electrónico	Ubicación de la Dirección Regional
	Haydee Quirós Sánchez		haydee.quirós.sánchez@mep.go.cr	
Puriscal	Mariana Díaz Vega	2416 5218 ext 219	mariana.diaz.vega@mep.go.cr	Santiago de Puriscal, contiguo al plantel del MOPT
San Carlos	Keisy Solís Rodríguez	2460 8969 ext 214	keisy.solis.rodriguez@mep.go.cr	Contiguo a la sede UNED de C. Quesada
San José Central	Ericka Campos Vargas	2223 1897 ext 120	ericka.campos.vargas@mep.go.cr	De Antigua Emb. USA 400 N, contiguo joyas, y valores B. Popular
San José Norte	Andrea Medrano Valverde	2253 3875 ext 220	andrea.medrano.valverde@mep.go.cr	De la entrada principal de Novacentro 100 Noroeste y 50 norte
San José Oeste	Ana Marcela Arias Rodríguez	2290-2731 2290-2713 y 2290-2857	marcela.arias.rodriguez@mep.go.cr	de Contraloría G. de la República, 200 OE y 150 S, Sabana Sur, calle 58
Sarapiquí	Hazel Sosa Monge	2766 5821	hazel.sosa.monge@mep.go.cr	Puerto Viejo, frente al Banco Nacional.
Sta. Cruz	Karla Sandstad Castro	2680 0655	karla.sandstad.castro@mep.go.cr	Frente a oficinas Transito St. Cruz
Sula	Marta Rocío Matamoros Taylor	2751 1175	marta.matamoros.taylor@mep.go.cr	A un costado oeste del B. Nacional Bribri
Turrialba	Odette Loaiza Sánchez	2556 5092	odette.loaiza.sanchez@mep.go.cr	a un costado de COOPENAE, casa blanca
Zona N. Norte	Julio Días Ortiz	24700067/247 00051/247005 34 ext.120	julio.diaz.ortiz@mep.go.cr	De la UNED 300 Norte, junto a INA

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 114 de 121

Anexo 7. Recomendaciones para el diseño de un Plan de Intervención¹²²

El plan y todas las intervenciones que se realicen deben estar coordinadas interdisciplinariamente y tomar en cuenta la singularidad de este trastorno, el grado de alteración del niño y sus dificultades para comprender y/o interactuar con el entorno.

Las dificultades emocionales de comunicación e interacción de los niños y niñas con TEA pueden suponer para el padre y la madre frustración, tensión emocional y sufrimiento añadido. El apoyo emocional y la elaboración conjunta en la comprensión del funcionamiento de sus hijos o hijas posibilitan su acercamiento y comunicación, por lo que se debe contemplar en cualquier intervención.

Considerando lo anterior, en el diseño del plan definido como un plan de tratamiento interdisciplinar con objetivos e intervenciones basadas en la “mayor evidencia posible” coordinado por un **gestor de caso**¹²³, consensuado entre los profesionales involucrados y las familias se puede considerar lo siguiente:

Estar basado en:

- La edad y características del niño o niña
- El nivel de funcionamiento/nivel de gravedad
- Discapacidades asociadas
- Situación familiar
- Posibilidades del entorno.

Diseñarse como un documento en el que se especifica:

- Datos personales
- Diagnóstico (provisional/ definitivo)
- Resumen de la evaluación: necesidades, puntos fuertes/débiles, nivel cognitivo y funcional de la conducta, situación familiar, comorbilidades, y plan de abordaje

¹²² Generalitat Valenciana. Coselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. (2017). Proceso de atención integral de las personas con trastorno del espectro autista TEA. Valencia, España: Generalitat Valenciana. Coselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

¹²³ El gestor de caso se define como la persona responsable de valorar, planificar, aplicar, coordinar, monitorizar y evaluar las opciones y servicios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y recursos disponibles que promuevan resultados de calidad y costo-efectivos. En el nivel hospitalario puede un médico de familia, paliativista, internista u otro profesional de medicina. En el primer nivel de atención puede ser médico general o médico de familia, capacitado para que se potencie el nivel resolutivo de la gestión clínica del caso. Debe haber un gestor de caso en el Nivel Hospitalario y uno en cada establecimiento del Primer Nivel, los cuales constituirían los puntos de enlace para referencia y seguimiento de casos entre niveles. Como proceso de organización, la gestión de caso es un proceso de seguimiento personalizado de la persona consiste en el análisis de las necesidades del mismo y la gestión para su respectiva resolución durante la estancia hospitalaria o durante el manejo ambulatorio en el establecimiento de salud. Incluye además, la coordinación para una derivación adecuada a través de la gestión de red.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.101221</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 115 de 121

- Objetivos globales y específicos por áreas (niño o niña, familia, entorno) y servicios (salud, educación, sociales).
- Intervenciones previstas: tipo, profesionales, lugar.
- Procedimiento de seguimiento y evaluación (periodicidad del seguimiento de acuerdo con el área más débil identificada).
- Instituciones u organizaciones que pueden darle apoyo a la familia o al niño cerca de su lugar de residencia.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 116 de 121

REFERENCIAS

- Aldalur, M. et al. (2014). Neofobia y otros trastornos restrictivos alimentarios en la infancia y consumo de frutas y verduras: Revisión. *Rev Esp Nutr Comunitaria*; 20(4): pp. 150-157.
- Área de Atención Integral a las Personas y Área de Estadística en Salud. Caja Costarricense de Seguro Social. (2017). Catálogo Institucional de Definiciones de las Modalidades de Consulta Externa: para efectos de organización de la gestión y reporte estadístico. San José, Costa Rica.
- 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, (2014) Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington,VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Asociación Española de Pediatría. (2014). Autismo señales de alerta para su detección. En: <https://enfamilia.aeped.es/temas-salud/senales-alerta-para-deteccion-autismo>
- Ayres, J. (2008). La integración sensorial en los niños. Desafíos sensoriales ocultos. Tea Ediciones, Madrid.
- Berrueta-Clement, L. et al. (1984-2004). The Perry Preschool Study. Estados Unidos.
- Black, M. M. et al. (October 4, 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)
- Branen, L. y Ramsay. S. (s.f.). Superando Alimentación Remilgosa. Feeding Young Children in Group Setting. University of Idaho. En: http://www.cals.uidaho.edu/feeding/fortrainers/handouts/pdf/FCTE17Spanish_picky_eating_handout.pdf
- 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		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 117 de 121

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. (2019). LT. LT.GM.DDSS.120919. Consulta Riesgo del Desarrollo para Niñas y Niños. Areas de Salud, Hospitales Periféricos y Regionales de la CCSS. 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. Ministerio de Salud. Ministerio de Educación Pública. (2016). Carné de Desarrollo Integral del Niño y la Niña. San José, Costa Rica.

Campuzano, M. (2020). Trastornos de la conducta alimentaria en el niño pequeño. *Pediatr Integral* 2020; XXIV (2): pp. 108 – 114.

Carnegie, Informe. (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.

Carrascón. C. (2016). Señales de alerta de los trastornos del espectro autista. En AEPap (ed.) *Curso de Actualización Pediatría*. Madrid: Lúa Ediciones.

CDC. (2020). Signos y síntomas de TEA. En: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/autism/signs.html>

Chaidez, V., Hansen, R. L. y Hertz-Picciotto, I. (May, 2014). Gastrointestinal problems in children with autism, developmental delays or typical development. *J Autism Dev Disord.*; 44(5). pp. 1117-1127.

Cuadros, C.A. (2017). Actualidades en alimentación complementaria. *Acta Pediátrica Mex.*, 38(3): pp. 182-201.

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>

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 118 de 121

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.

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.

Domjan, M. (2018). Introduction to Food Neophobia: Historical and Conceptual Foundations. **Food Neophobia**. Behavioral and Biological Influences Woodhead Publishing Series in Food Science, Technology and Nutrition, pp. xv-xxx.

Edwards, S. et al. (Nov., 2015). Interdisciplinary Strategies for Treating Oral Aversions in Children. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. Vol 39-(8). DOI: 101177/0148607115609311

Fiz, L., Pulido, I y Gomez, D. (2015). Exploración neurológica del pediatra de AP. *Revista Pediatría Integral*, Vol XIX(8): 572.e1 - 572.e7. En: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-10/exploracion-neurologica-por-el-pediatra-de-ap/>

Fuentes, J. et al. (2017). Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y profesionales afines.

García, J.I. (2014) Disfagia en la infancia. *An Pediatr Contin*; 12(5): pp. 221-230.

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

Gempeler, R et al (2008) Aversión a los alimentos en la infancia: ¿fobia, obsesión o trastornos del comportamiento alimentario no especificado? *Revista Colombiana Psiquiatría*: 37 (3).

Goday. P. S. (January, 2019). Pediatric Feeding Disorder—Consensus Definition and Conceptual Framework. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. Volume 68, Number 1. pp. 124-129.

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&tIng=es.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 119 de 121

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>

Harris, G. y, Coulthard, H. (2016). Early Eating Behaviours and Food Acceptance Revisited: Breastfeeding and Introduction of Complementary Foods as Predictive of Food Acceptance. *Curr Obes Rep.*; 5: pp. 113-120.

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

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

Hviid, A. et al. (March, 2019). Measles, Mumps, Rubella Vaccination and Autism: a Nationwide Cohort Study. *Ann Intern Med.* doi.2.10.7326/M18-2101.

Hyman, S. et al. Council On Children With Disabilities, Section On Developmental And Behavioral Pediatrics. (January, 2020). Identification, Evaluation, and Management of Children with Autism Spectrum Disorder. *Pediatrics*, 145 (1) e20193447; DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3447>

Ibañez, V. et al. (2020) Pediatric Prevention: Feeding disorder. *Pediatr Clin N Am.* pp. 451-467.

Kerzner, B. (2009). Clinical Investigation of Feeding Difficulties in Young Children: A Practical Approach. *Clinical Pediatrics*. 48 (9)

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

Lord, C. et al. (Aug., 2018). Autism spectrum disorder. 392 (10146).pp. 508-520.

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

Martínez, R., Santana, V. y Ros, A. (2016). Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Falta de apetito. AEPap. En algoritmos.aepap.org

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 120 de 121

Mennella, J. A. and Trabulsi, J. C. (2012). Complementary Foods and Flavor Experiences: Setting the Foundation. *Ann Nutr Metab*;60(suppl 2): pp. 40–50.

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>

Milano, K., Chatoor, I. & Kerzner, B. A. (2019). Functional Approach to Feeding Difficulties in Children. *Curr Gastroenterol Rep* 21, 51. En: <https://doi.org/10.1007/s11894-019-0719-0>

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.

Organización Mundial de la Salud. (2019). Trastornos del espectro autista. En: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders#:~:text=Los%20trastornos%20del%20espectro%20autista,actividades%20restringido%2C%20estereotipado%20y%20repetitivo.>

Organización Panamericana de la Salud. (1995). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. (10ª revisión). Washington, D.C.: OPS-(Publicación Científica; 554).

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

Padilla, M. et al. (2009). Teoría de la mente en niños preescolares: diferencias entre sexos y capacidad de memoria de trabajo. *Actualidades Investigativas en Educación. Revista Electrónica*. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica. ISSN 1409-4703

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. ISBN 978-607-15-0933-8.

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

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.101221
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y COMPORTAMIENTO MODULO 1	Página N° 121 de 121

- Rybertt, V. (2016). Aversión sensorial a los alimentos: un nuevo diagnóstico para un antiguo problema. Clínica Alemana de Santiago, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile. *Pediatría del Siglo XXI*. 6 (6).
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2011). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins.
- San José, M.A. y Moráis López A. (2020). Trastornos de la conducta alimentaria del niño pequeño. El niño que no come. En: *Nutrición en el niño con necesidades especiales 2020*. Continuum 2020. En: <http://continuum.aeped.es>
- 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*.
- Schendel, D., Gronborg, T. y Parner, E. (May, 2014). The Genetic and Environmental Contributions to Autism Beyond Twins. *Volum 311. N| 17*. pp. 1738-1739
- Silva, G. et al. (2016). Infant feeding: beyond the nutritional aspects. *Journal Pediatr (Rio Janeiro)*.
- Sociedad Centroamericana de Gastroenterología, hepatología y Nutrición Pediátrica. (2018). *Consenso Centroamericano Alimentación en el primer Año de Vida*. Asociaciones de Pediatría de Centroamérica.
- Taylor. C. y Emmett, P. (2018). Picky eating in children: causes and consequences. University of Ulster. *Proceedings of the Nutrition Society*.
- Vander-Horst, K. et al. (2016) Picky eating: Associations with child eating characteristics and food Intake. *Appetite 103 (2016) 286e293*.