

Guía para el abordaje de aspectos emocionales, conductuales, cognitivos y sociales para el desarrollo integral en la niñez

Recomendaciones para los equipos
de salud del primer nivel de atención



Ministerio
de Salud
Pública

unicef 
para cada infancia

GUÍA PARA EL ABORDAJE DE ASPECTOS EMOCIONALES, CONDUCTUALES, COGNITIVOS Y SOCIALES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL EN LA NIÑEZ

Recomendaciones para los equipos de salud del primer nivel de atención

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, MSP

FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA, UNICEF

REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Ministra

Dra. Karina Rando

Subsecretario

Lic. José Luis Satdjian

Dirección General de la Salud

Dra. Adriana Alfonso

Subdirección General de la Salud

Dra. Jaqueline Coronato

Programa de Salud de la Niñez

Dra. María Victoria Lafluf

FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA

Representante

Francisco Benavides Martínez

Se agradece a los entrevistados y entrevistadas que fueron consultados para la elaboración de esta guía: Dr. Gabriel González, Dr. Alfredo Cerisola, Dr. Gustavo Giachetto, Dra. Catalina Pérez, Dra. Clara Niz, Dra. Silvia Texeira, Dra. Claudia Conde, Lic. Enf. Helenne Delgue, Dra. Sonia Lencina, Dra. Dorcas Rolón, Dr. Sergio Venturino, Dr. Walter Pérez, Lic. Psic. Ana Monza, Lic. Psic. Alejandra Akar, Lic. Psicom. Mariana Diez, Lic. Fga. Silvia Palermo, Dra. Gabriela Garrido, Dra. Laura Canessa, Dra. Cecilia Amigo. Se agradece la valoración de la Dra. Alejandra Moreira, del Programa de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública.

Nota

Como forma de promover la equidad de género, en el presente texto se intentó evitar el uso excesivo del genérico masculino. No obstante, en ocasiones se utilizó la mención a uno de los géneros con el objetivo de facilitar la lectura. Atendiendo también a las múltiples configuraciones familiares y a situaciones vitales de niños y niñas que no conviven con su familia o están en situación de amparo, se optó por utilizar los términos figuras de apego, referentes y cuidadores, según corresponda.

Corrección de estilo: Leticia Ogues Carusso

Diseño gráfico: Manosanta Desarrollo Editorial

Impresión: Gráfica Mosca

Montevideo, octubre de 2024

CONSULTORÍA TÉCNICA POR UNICEF Y REDACCIÓN

Lic. Psic. Julieta Potrié

REVISIÓN UNICEF:

Soc. Fernanda Ferrari

Psic. Nora D'Oliveira

Michel Guinand

EQUIPO TÉCNICO

POR EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Programa de Salud de la Niñez

Dr. Matías Martínez

Lic. Psic. Carolina Fernández Crosa

Dra. Adriana Sosa

Mag. Lic. Nut. Laura Fazio

Dra. Victoria Lafluf

Revisado y corregido por el Grupo Técnico Asesor en Neurodesarrollo (ordenanza ministerial n.º 2817)

Dr. Gustavo Giachetto, Dra. Anabella Santoro, Dra. Silvia Kozziol (Unidad Académica de Pediatría C, Udelar)

Dra. Gabriela Garrido, Dra. Laura Canessa, Dr. Juan Irigoyen (Unidad Académica de Psiquiatría Pediátrica, Udelar)

Lic. Fga. Silvia Palermo, Lic. Fga. Dima Rodríguez (Unidad Académica de Fonoaudiología, Udelar)

Lic. Psicom. Mariana Diez (Unidad Académica de Psicomotricidad, Udelar)

Psic. Marcía Press, Lic. Psic. Andrea Viera (Facultad de Psicología, Udelar)

Dra. Mercedes Pérez-Roca, Lic. Psic. Adriana Degasperí (Dirección de Salud de Niñez y Adolescencia, ASSE)

Dra. Ma. Cecilia Sanguinetti, Dra. Daiana Alonso (Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas)

Dra. Gabriela Bazán (Médica Uruguaya)

Dra. Paula Gandaro (Sociedad Uruguaya de Neuropediatría)

Dra. Rosa Díaz (Unidad Académica de Neuropediatría, Udelar)

Dra. Verónica Tambucho, Dra. Nieves Acosta (Unidad Académica de Medicina Familiar y Comunitaria, Udelar)

Lic. Enf. Helenne Delgue (Sociedad de Medicina Rural del Uruguay)

Lic. Denise Curtoisíe (Ministerio de Educación y Cultura, Consejo Coordinador de la Educación en la Primera Infancia)

Uruguay, Ministerio de Salud Pública y UNICEF (2024).

Guía para el abordaje de aspectos emocionales, conductuales, cognitivos y sociales para el desarrollo integral en la niñez.

Recomendaciones para los equipos de salud del primer nivel de atención. Montevideo: MSP y UNICEF.

Guía para el abordaje de aspectos emocionales, conductuales, cognitivos y sociales para el desarrollo integral en la niñez

Recomendaciones para los equipos
de salud del primer nivel de atención



Ministerio
de Salud
Pública

unicef 

para cada infancia

CONTENIDO

Introducción	7
------------------------	---

SECCIÓN 1

RECOMENDACIONES GENERALES

PARA EL ABORDAJE EN LA CONSULTA

Recomendaciones para la anamnesis y la pesquisa	13
Recomendaciones para el registro y la sistematización	17
Recomendaciones para la derivación	19
Recomendaciones para el seguimiento	23
Recomendaciones para el trabajo con otros equipos e instituciones	25

SECCIÓN 2

RECOMENDACIONES GENERALES

PARA BRINDAR A NIÑOS, NIÑAS Y REFERENTES

Vínculo	31
Juego	33
Comunicación y lenguaje	39
Alimentación	45
Pautas de crianza no violentas	49
Pantallas	55
<i>Bullying</i> (acoso u hostigamiento escolar)	59

SECCIÓN 3

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

POR ÁREAS DE PREOCUPACIÓN O ALTERACIONES

Áreas afectadas de mayor prevalencia en la primera infancia.	69
Lenguaje	71

Interacción social	81
Regulación y comportamiento	87
Sueño	95
Trastornos del espectro autista (TEA)	111
Áreas afectadas de mayor prevalencia hacia la edad escolar	119
Atención y nivel de actividad	121
Rendimiento académico	127
Control de impulsos y agresividad	133
Estado de ánimo	139
Ansiedad	151
Lesiones autoinfligidas (LAI)	161
Intentos de autoeliminación (IAE)	167
Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)	177

SECCIÓN 4

RECURSOS DE INTERÉS

Recursos de consulta para los profesionales	185
Materiales educativos para referentes, niños, niñas y profesionales	189
Prestaciones y recursos disponibles para la atención.	195

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	209
--	------------

Introducción

El desarrollo integral de niños y niñas es un tema prioritario que excede al sistema de salud. Tiene suma importancia para los usuarios, sus familias y las comunidades en el corto, mediano y largo plazo. Es un tema crítico, multicausal y complejo, que requiere necesariamente de un abordaje interinstitucional e intersectorial con una perspectiva de derechos.

Los Objetivos Sanitarios Nacionales 2030 enumeran como parte de los principales problemas críticos las alteraciones en el desarrollo en la primera infancia, así como las violencias en las diferentes etapas de la vida. En este sentido, se ha definido como una de las prioridades elaborar protocolos de abordaje integral para la prevención, el tratamiento, la rehabilitación, el seguimiento y la evaluación de las alteraciones del desarrollo. Para ello, se propuso elaborar, en conjunto con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el presente material: una *Guía para el abordaje de aspectos emocionales, conductuales, cognitivos y sociales para el desarrollo integral en la niñez. Recomendaciones para los equipos de salud del primer nivel de atención.*

UNICEF¹ tiene como meta, en el marco del Componente de Políticas Sociales de su Programa de Cooperación 2021-2025, que más niños, niñas

¹ La Asamblea General de las Naciones Unidas ha confiado a UNICEF el mandato de promover la protección de los derechos de los niños, ayudar a satisfacer sus necesidades básicas y aumentar las oportunidades que se les ofrecen para que alcancen plenamente sus potencialidades. UNICEF se guía por lo dispuesto en la Convención sobre los Derechos del Niño y se esfuerza por conseguir que esos derechos se conviertan en principios éticos perdurables y normas internacionales de conducta hacia los niños. UNICEF reitera que la supervivencia, la protección y el desarrollo de niños y niñas son imperativos de desarrollo de carácter universal y forman parte integrante del progreso de la humanidad. Moviliza la voluntad política y los recursos materiales para ayudar a los países, en particular a los países en desarrollo, a garantizar que los niños tengan derechos prioritarios sobre los

y adolescentes, especialmente los más excluidos y vulnerables, sean alcanzados por políticas coordinadas intersectorialmente sobre educación, salud y protección social a lo largo de sus dos primeros decenios de vida. La salud mental de niños, niñas y adolescentes es un tema de creciente interés y preocupación, y durante los últimos años ha adquirido nueva visibilidad y complejidad como consecuencia de la pandemia de COVID-19.

En este marco, UNICEF asiste técnicamente y apoya un conjunto de proyectos y políticas, junto con múltiples organismos públicos del área de la salud, la educación y la protección social. UNICEF impulsó la campaña Ni Silencio Ni Tabú: Hablemos de Salud Mental, que, con el con el Instituto Nacional de la Juventud del Ministerio de Desarrollo Social (INJU-MIDES), el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el apoyo de varias de las instituciones que llevan adelante políticas y programas con adolescentes y jóvenes, permitió generar mayor visibilidad y trabajo en torno a la temática. Para la elaboración de esta guía en particular, UNICEF apoyó la iniciativa mediante la financiación de una consultoría de asistencia técnica al Programa de Salud de la Niñez del MSP.

Específicamente, este material fue elaborado a partir de un proceso participativo en el cual se realizaron entrevistas² a especialistas y referentes académicos de nuestro país, se llevó a cabo una encuesta a equipos del primer nivel de atención (PNA) en el ámbito nacional y se trataron los hallazgos con el Grupo Técnico Asesor en Neurodesarrollo establecido por la ordenanza ministerial n.º 2817/2023. En el proceso se confirmó la necesidad de fortalecer al PNA para el abordaje de los aspectos vinculados al desarrollo integral de niños y niñas hasta los 12 años y para optimizar las prácticas dentro de la estructura actual.

recursos y a crear la capacidad de establecer políticas apropiadas y ofrecer servicios para los niños y sus familias. UNICEF se empeña en garantizar que se dé protección especial a los niños más desfavorecidos: víctimas de guerra, desastres, extrema pobreza, todas las formas de violencia y explotación y los niños con discapacidades, y responde en las emergencias protegiendo los derechos de niños y niñas.

- 2 Se realizaron 16 entrevistas que abarcaron las siguientes disciplinas: medicina familiar y comunitaria, medicina rural, pediatría, psiquiatría infantil, neuropediatría, psicología, fonoaudiología, psicomotricidad y enfermería.

También se constató que los y las profesionales encargados de los controles y las consultas pediátricas del PNA en Uruguay identifican una alta prevalencia de preocupaciones y consultas relacionadas con el desarrollo integral de niños y niñas, que va en aumento tanto en el sector público como en el privado, siguiendo la tendencia mundial.

A su vez, se identificó que actualmente en los controles pediátricos se indagan diversos factores vinculados a estos aspectos y se intenta llevar a cabo acciones destinadas a la prevención, la detección oportuna y el abordaje de las alteraciones en estas áreas. Para poder actuar de forma temprana y adecuada desde el sistema de salud, se debe saber reconocer qué es lo que le está pasando a ese niño o niña e identificar si es necesario derivar a otros especialistas o servicios.

Nuestro país ya cuenta para ello con un instrumento muy valioso para la pesquisa de las alteraciones de desarrollo. La *Guía nacional de vigilancia para el desarrollo del niño y la niña menores de 5 años* (GNVD-V2) es considerada una fortaleza en la pediatría de nuestro país. Fue validada y se recomienda como instrumento nacional de pesquisa. Los equipos de salud han sido capacitados para su uso y su aplicación en determinadas edades ha sido incluida dentro de las metas asistenciales. La presente guía pretende complementar los aportes de la GNVD-V2, sin sustituirla.

Se subraya, entonces, la necesidad de la elaboración de un documento (esta guía) con un conjunto de **recomendaciones** desarrolladas de manera sistemática para el abordaje de los aspectos emocionales, comportamentales, cognitivos y sociales del desarrollo de niños y niñas, destinado a equipos de salud del PNA, que los apoye en los **procesos de toma de decisiones**. A su vez, se destaca el potencial de los equipos del PNA para intervenir en distintas áreas mientras se mantiene un proceso de derivación a otros especialistas o procesos de tratamientos específicos.

Se pretende que esta guía sea una **herramienta práctica** para el abordaje de las alteraciones del desarrollo integral más prevalentes asistidas en el PNA, contemplando la **promoción**, la **prevención** y los lineamientos para la **detección oportuna**, así como **recomendaciones a las familias** para fomentar el desarrollo de vínculos saludables.

A partir de lo analizado, junto a los y las especialistas consultados se llegó a la conclusión de que, en nuestro país, las áreas del desarrollo con mayor prevalencia de alteraciones en la infancia son las siguientes:

- En la primera infancia es frecuente encontrar alteraciones en el área del lenguaje, la interacción social, el comportamiento, la regulación y el sueño. En esta etapa también se percibe un aumento en la prevalencia de los trastornos del espectro autista.
- Hacia la edad escolar es frecuente encontrar dificultades en el control de impulsos y agresividad, bajo rendimiento académico, alteraciones en el área de la atención y nivel de actividad, y también en el estado de ánimo, así como elementos de ansiedad. Se comienza a percibir una mayor prevalencia de intentos de autoeliminación, lesiones autoinfligidas y trastornos de la conducta alimentaria en niños y niñas de edad escolar, presentaciones que antes solían manifestarse más tardíamente.

Esta guía se posiciona desde un enfoque de riesgo, considerando la importancia de identificar factores de riesgo y factores protectores que pueden incidir en las trayectorias de desarrollo. Se apunta a optimizar desde el PNA las intervenciones en aquellos niños, niñas y familias que presenten mayor presencia de factores de riesgo, así como favorecer y promover los factores protectores de cada familia y cada entorno.

A su vez, la guía pretende ser una herramienta para el cuidado de los profesionales del PNA. En este sentido, se considera que contar con insumos que orienten la tarea y la toma de decisiones disminuye el riesgo de desarrollar síndrome de *burnout* en los equipos asistenciales.

En la primera sección se brindan recomendaciones generales para la consulta en el PNA, la coordinación con otros niveles asistenciales y otros actores del territorio. En la segunda sección se incluyen recomendaciones para brindar a las familias con relación a varios temas de interés vinculados al desarrollo saludable y las pautas de crianza para un cuidado cariñoso y sensible. En la tercera sección se aportan recomendaciones específicas para el abordaje de las áreas de mayor prevalencia. En la última sección se encuentran recursos para consultar y recomendar.

SECCIÓN 1

RECOMENDACIONES GENERALES PARA EL ABORDAJE EN LA CONSULTA

Para poder prevenir, detectar precozmente y abordar de forma oportuna las alteraciones en el desarrollo de niños y niñas, es necesario integrar en la práctica cotidiana algunos aspectos y actitudes que facilitan la vigilancia del desarrollo, complementarios a los incluidos en la **GNVD-V2**. Se plantean a continuación, como **herramientas para los y las profesionales**, algunas recomendaciones y ejemplos de preguntas para favorecer el vínculo con niños y niñas y sus referentes, y para el abordaje de estos aspectos, así como para la adecuada continuidad en la atención. Se pretende fomentar una actitud abierta y respetuosa, atenta al contexto y a la perspectiva de derechos.

Recomendaciones para la anamnesis y la pesquisa

El desarrollo de niños y niñas está estrechamente ligado a factores de su entorno, vínculos primarios, experiencias tempranas, oportunidades de estimulación y espacios de socialización. Por lo tanto, en esta área los cuidados centrados en la familia cobran especial importancia y deben ser tenidos en cuenta para la pesquisa y la anamnesis. Considerando esto, se brindan algunas recomendaciones para tener presentes e ir profundizando a lo largo de los sucesivos controles:

- **Dirigirse al niño o la niña** desde el comienzo de la consulta, aun desde las edades más tempranas, para darle la oportunidad de generar un vínculo y brindarle un lugar de sujeto de derechos ante sus referentes.
- Escuchar a las familias con sus **preocupaciones**, dado que suelen ser altamente sensibles a las alteraciones en el desarrollo. Si la familia no plantea inquietudes, mayor jerarquía se le deberá dar a la anamnesis.
- Buscar que la familia sea **aliada fundamental** en la consulta, para lograr conocer los problemas, llegar a las mejores indicaciones posibles con mejor adherencia a ellas y sostener los tratamientos de niños y niñas cuando los necesiten.
- Prestar especial atención a hijos únicos de padres **primerizos**, que pueden desconocer qué es lo esperado para cada niño en cada edad. Indagar si tienen otros pequeños cercanos a la familia con los que pasen tiempo y qué **red socioafectiva** tienen disponible (familia ampliada, amistades, etc.).

- Tener en cuenta la perspectiva de otros integrantes del **equipo de salud** que puedan conocer a la familia y aportar al conocimiento del desarrollo.
- Incorporar el comportamiento de ese niño o niña y su acompañante en **sala de espera** como un dato adicional. Se puede aprovechar el tiempo de espera para solicitar al niño o la niña que dibuje y usar el dibujo como dato o como apoyo para entablar vínculo con él o ella.
- Indagar con **preguntas abiertas** sobre algunos aspectos del contexto y la vida cotidiana de niños y niñas para no sesgar las respuestas y mostrar una actitud que no sea enjuiciadora: (por ejemplo, en vez de preguntar «¿Duerme en su cama?», preguntar «¿Dónde duerme?»).
- Indagar sobre rutinas (hábitos, horarios, tiempo al aire libre, autonomía en lo cotidiano) y quiénes son los cuidadores principales.
- Indagar sobre aspectos tempranos de temperamento, agresividad, frustración y autorregulación, por ejemplo: *¿En qué momentos le notan más irritable? ¿Logra calmarse? ¿Cómo? ¿Cómo reacciona cuando le dicen que no a algo? ¿Qué hacen los referentes ante esa reacción? ¿Cómo se expresa cuando se enoja?*
- Indagar sobre aspectos del juego, por ejemplo: *¿En qué momentos juega? ¿Cómo es su juego? ¿Qué cosas le llaman la atención? ¿Tiene oportunidad de jugar libremente?*
- Indagar sobre cambios en el perfil de desarrollo: *¿Han notado algún cambio de actitud o comportamiento que les llame la atención? ¿Ha habido algo que les haya hecho pensar «ella no era así»?*
- Indagar sobre la escolarización, la actitud hacia el aprendizaje y la socialización con pares y adultos, incluyendo actividades extracurriculares, por ejemplo: *¿Qué tal la escuela? ¿Qué es lo que más te gusta? ¿Qué es lo que menos te gusta? ¿Con quiénes pasás tiempo en la escuela?*
- Indagar sobre la presencia de elementos de hostigamiento escolar (*bullying*) en el ámbito educativo: *¿Hay muchas peleas o burlas en la escuela?*

- Indagar sobre cambios en el ámbito familiar, incluyendo factores estresantes y situaciones violentas, cómo fueron comunicados y cómo está transitando la adaptación a esos cambios: *¿Cómo está todo en casa? ¿Cómo es vivir en tu casa? ¿Ha habido algún cambio reciente? ¿Cómo están ustedes (referentes)?*
- Indagar sobre antecedentes de salud mental familiar, sin miedo a preguntar, por ejemplo: *¿Cómo se están sintiendo en la maternidad/paternidad? ¿Buscan tener algún rato propio para despejarse? ¿Qué hacen si se sienten agobiados por la crianza? ¿Alguien en casa va a terapia? ¿Alguien en casa precisa tomar medicación para dormir o algún otro tipo de medicación para el estado de ánimo o la ansiedad?*
- Valorar las necesidades asistenciales de otros miembros del núcleo familiar y brindar la orientación correspondiente. Prestar especial atención al control puerperal en el control de recién nacidos.

Recomendaciones para el registro y la sistematización

La historia clínica (HC)³ completa es un derecho de los usuarios del sistema de salud. A su vez, la historia clínica electrónica (HCE) y la historia clínica electrónica nacional (HCEN) son herramientas que favorecen la continuidad del proceso asistencial. **El registro adecuado es fundamental** para los otros profesionales que toman contacto con ese niño o niña. Se brindan a continuación recomendaciones para el registro de elementos vinculados al desarrollo:

- Preguntar al niño o la niña a quién identifica como **adulto referente** y consignarlo en la HC, incluyendo número telefónico de contacto.
- Actualizar los **datos de contacto** al cerrar la HC.
- Registrar los datos obtenidos en la **anamnesis** de los aspectos del desarrollo detallados en el apartado anterior, a medida que se van explorando en los sucesivos controles. Destacar los **factores de riesgo** para facilitar el seguimiento.
- Registrar las **primeras preocupaciones** en la HC, aún si no se pueden comprobar, por ejemplo: «La familia plantea que lo notan menos activo que su hermana», «El padre dice que cuando se enoja por algo empieza a romper cosas», «Enfermería plantea que el niño impresiona más retraído y tímido que en consultas anteriores». De esta manera se puede mantener un seguimiento evolutivo de esos aspectos y se permite que otros profesionales puedan prestarles atención.

3 En esta guía se utiliza la sigla HC para referirse de manera genérica a todos los formatos de historia clínica.

- Registrar qué **relevancia** le otorga la familia a las preocupaciones por el desarrollo, por ejemplo: «La madre impresiona preocupada», «La niña no emite palabra en la consulta, la familia minimiza cuando se indaga la conducta verbal».
- Registrar las **hipótesis** que las familias se hacen de cada aspecto que se destaca: «Lo que pasa es que la abuela le da muchas mañas», «Es que extraña al padre, que ahora vive más lejos», «Lo que pasa es que la maestra nueva no les da mucho corte», «Para mí que está celosa porque nació la hermanita».
- Registrar la **impresión clínica** para poder valorar la cronicidad y la evolutividad del caso.
- Registrar el **contexto familiar actual** que pueda estar vinculado con la presentación del niño o la niña (separación, mudanzas, nuevas parejas, cambios laborales de los adultos que afecten la dinámica familiar, situación del barrio, situaciones de violencia).
- Registrar las **verbalizaciones** de del niño o la niña en la consulta que puedan ser relevantes, así como su **comportamiento no verbal**.
- Incluir los principales elementos de los **informes** recibidos de otros actores (CAIF, escuela, técnicos de clínicas) y de unidades de emergencia móvil en la HC.
- Registrar las **sugerencias** que se hacen a los niños, niñas y sus familias, así como otras **acciones** de abordaje, por ejemplo: «Se recomienda inscripción a educación inicial para el año próximo», «Se propone disminuir uso de pantallas», «Se solicita informe de CAIF».

Recomendaciones para la derivación

En muchas oportunidades habrá indicación de derivación a otros servicios para valoración diagnóstica o abordaje. Desde el PNA y los controles periódicos en salud de niños y niñas se tiene un rol de facilitador del proceso asistencial. Las y los pediatras, médicos de familia o médicos rurales son quienes deciden cuándo es necesario derivar y qué derivaciones priorizar para cada momento. La derivación puede generar resistencias en los niños y niñas y sus referentes en algunos casos. También puede haber dificultad en el acceso a los servicios. A continuación se presentan algunas recomendaciones para que se apoye a niños, niñas y referentes en el proceso de derivación para así lograr efectivizarlas y optimizarlas:

- Seguir las pautas de la **GNVD-v2**.
- Evaluar y construir la **demanda**:
 - En algunos casos los referentes solicitan directamente la derivación a especialistas. Es importante explorar cuáles son sus expectativas con esa consulta, realizar la valoración de si está indicada o no y explicar la decisión de derivar o no derivar. También importa aclararles lo que se puede esperar de la consulta, así como mencionar tiempos de espera y ayudar a ir preparando esa consulta, como se comentará a continuación.
 - En otros casos la derivación va a surgir a partir de la solicitud de centros educativos o profesionales de otras áreas que trabajen con ese niño, niña o referentes. En este escenario, es importante indagar si los referentes comprenden por qué se solicitó dicha valoración y si su percepción coincide con la de la institución.

- En los casos en que la derivación surja exclusivamente del control en el PNA es importante explicar a niños, niñas y referentes de qué se trata esa derivación: a partir de qué elementos surge su indicación y qué expectativas se tienen desde quienes derivan, así como explicar qué otras medidas se tomarán desde el PNA para apoyarles.
- El hecho de que un hijo, hija o niño a cargo pueda tener un trastorno en su desarrollo o una alteración que requiera múltiples abordajes puede ser **difícil de aceptar** para los referentes. Cuando no tienen una sospecha o hipótesis previa, la derivación suele ser tomada como una mala noticia. Es fundamental tener en cuenta las herramientas de comunicación de malas noticias⁴ para minimizar el impacto y lograr establecer un buen vínculo con los referentes para continuar con los abordajes necesarios.
- Tener en cuenta que las enfermedades mentales aún son **estigmatizadas**, lo que afecta la percepción de la población sobre el rol de la psiquiatría y la psicología como disciplinas «para los locos» y que son para «empastillar a la gente». Prestar atención a la reacción de los referentes al mencionar estas especialidades y procurar dialogar sobre los prejuicios asociados a ellas.
- Verificar que la HC cuente con un **adecuado registro** de la situación y del motivo de derivación. Es importante que el pase cuente con el **dato clínico** bien consignado, así como incluir otros elementos que contribuyan a jerarquizar la derivación al momento de que los servicios gestionen su demanda.

4 Entre las herramientas de comunicación de malas noticias, se destacan en esta oportunidad las siguientes: tener en cuenta la percepción de los referentes como expertos en el niño o la niña; utilizar lenguaje claro, adaptado al nivel de los interlocutores, y verificar la comprensión; habilitar la expresión de emociones y responder empáticamente; brindar la oportunidad de realizar preguntas; transmitir apoyo y ser claros en cómo seguir y cómo se estará disponible desde el equipo de salud.

- En caso de que la derivación se realice a través de un formulario o se escriba una nota a quien la recibirá, es importante leer o **explicar a los referentes** su contenido.
- Se sugiere solicitar a los referentes que vayan optimizando el tiempo de espera y procuren **contar con insumos para la consulta con el o la especialista**, por ejemplo:
 - Informes previos
 - Carné pediátrico
 - Evaluaciones de sistema GURI
 - Nota de la maestra
 - Cuaderno de clase
 - Gráficos (realizados en sala de espera, en la escuela o el domicilio)
 - Videos del comportamiento que genera preocupación
 - Registro de la frecuencia y la intensidad del comportamiento que genera preocupación
- Tener en cuenta el recurso de la telemedicina para aquellos lugares donde no hay acceso a determinadas especialidades. Consultar la disponibilidad, modalidad y rutas de acceso en cada prestador.

Recomendaciones para el seguimiento

El seguimiento es uno de los aspectos del componente de longitudinalidad en la asistencia del PNA, que pretende conformarse como lugar y equipo de referencia para sus usuarios. Se mencionan a continuación algunas recomendaciones para el seguimiento de aspectos vinculados al desarrollo de niños y niñas:

- **Ante la presencia de factores de riesgo, preocupación de los referentes por cualquier aspecto vinculado al desarrollo o temas específicos como los abordados en este documento, así como la necesidad de valorar la evolución, es esencial generar otras instancias de consulta, además de los controles pautados. En estas instancias el profesional podrá dedicar el tiempo de la consulta a atender estos temas y realizar las recomendaciones pertinentes.** «Adelantar el control» suele ser percibido por los referentes como una señal de que es algo importante.
- Recomendar a los referentes continuar la asistencia con un mismo profesional, a no ser que por algún motivo se desee cambiar. La figura de médico de referencia es muy importante para la continuidad del proceso asistencial. Según el formato de agenda de cada institución, será importante aclarar a los referentes cómo lograr mantener su médico de referencia.
- Sugerir a los referentes que los grupos de hermanos se controlen con la misma persona.
- Contemplar posibilidades horarias de los referentes y mencionar otros lugares y horarios donde tiene consulta el mismo profesional que quizá puedan resultarles más convenientes.

- Aprovechar el recurso de la telemedicina a través de consulta telefónica para coordinar con los referentes ver resultados, extender ayudas especiales, recibir informes (que se pueden escanear para la HC), entre otras acciones. De esta manera se pueden evitar traslados y los costos asociados para niños, niñas y referentes cuando tienen un número elevado de consultas en el sistema de salud.
- Realizar visitas domiciliarias en función de la pertinencia de la situación y los recursos disponibles.
- Hacer seguimiento de la HC para obtener información de la contrarreferencia, así como de otras consultas realizadas que puedan aportar datos de interés.
- En situaciones complejas que requieren intervenciones interdisciplinarias, resultaría estratégico agendar al niño o la niña para una consulta sin su presencia, con el objetivo de coordinar con otros actores por su situación, si es posible institucionalmente.

Recomendaciones para el trabajo con otros equipos e instituciones

Los abordajes deben ser adaptados a cada niño, niña y situación para tener mayor probabilidad de éxito. El trabajo en conjunto con los referentes y otros actores que intervienen en la niñez serán de gran ayuda. La coordinación con otros actores de la comunidad es un aspecto clave de la integralidad del proceso asistencial. En algunos lugares y sectores se cuenta con vasta experiencia y camino recorrido de articulación con otras instituciones. En otros se trabaja de manera más aislada, por lo que la coordinación puede resultar más solitaria.

A continuación, se brindan recomendaciones para favorecer la coordinación:

- Contactar con los y las docentes del sistema de educación formal, ya que resultan actores fundamentales por la frecuencia y la duración del contacto diario con niños y niñas e inciden significativamente en la detección de factores protectores y de riesgo para su desarrollo integral (CAIF, centros de primera infancia, jardines, escuelas).
- Aclarar en la solicitud de informes la importancia de que se incluyan aspectos del rendimiento y del funcionamiento general del niño o la niña en el centro educativo y de su relacionamiento con sus pares. En muchos casos facilita el intercambio solicitar **datos de observación** del niño o la niña en el centro educativo en vez de solicitar un informe técnico.
- Realizar una **devolución de los informes**, por más breve que sea, incluyendo el detalle de las acciones que se van a realizar desde el sistema de salud.
- Mantener al tanto de este intercambio a niños, niñas y referentes.

- En el caso de que el niño o la niña concurra a tratamientos con otros **técnicos**, intercambiar con los profesionales tratantes (psiquiatra, psicólogo, fonoaudiólogo, psicomotricista, psicopedagogo, fisioterapeuta), lo cual resulta sumamente significativo. Se puede solicitar un informe de la valoración, para conocer el tipo de abordaje que se está llevando adelante, ya que muchas veces los referentes no logran dar cuenta de esto.
- Tener en cuenta otras **instituciones de pertenencia** de niños, niñas y familias que puedan ser necesarias para establecer alianzas (clubes deportivos, clases extracurriculares, clubes de niños u otros sistemas de educación no formal, merenderos, oratorios, instituciones religiosas).
- Indagar la presencia de otros equipos de **intervención a nivel familiar** (equipos de intervención temprana, equipos del Ministerio de Desarrollo Social [MIDES], Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay [INAU]). Solicitar datos para registrar en la HC y ponerse en contacto de ser necesario.
- Recordar que pueden estar presentes en algunos casos otras instituciones o redes comunitarias (Programa Escuelas Disfrutables, maestros comunitarios, policía comunitaria, juzgados de familia).
- Realizar, según los recursos disponibles, **reuniones focales o nodos interinstitucionales** para abordar las problemáticas asociadas a una familia y su contexto y tomar decisiones en cuanto a la intervención. Esto es relevante en situaciones particularmente complejas.

SECCIÓN 2

RECOMENDACIONES GENERALES PARA BRINDAR A NIÑOS, NIÑAS Y REFERENTES

Las siguientes recomendaciones son sugerencias que se pueden realizar a las familias o referentes de niños y niñas en el contexto de los controles y consultas en el PNA para **promover un desarrollo saludable**. Tanto en caso de presentar dificultades en el desarrollo como cuando no las haya, son un insumo para motivar a las familias a estimular a niños y niñas y fomentar el vínculo entre ellos.

A su vez, estas recomendaciones se pueden utilizar independientemente de que los niños y niñas en los que existe sospecha de alteraciones o preocupación tengan un diagnóstico definido, ya que son recomendaciones **válidas para todos los perfiles de desarrollo**. Especialmente cuando hay señales de alarma sobre alteraciones en el desarrollo, se insiste en hacer hincapié en las recomendaciones de esta sección que sean aplicables. Se clasifican las recomendaciones por temas de consulta frecuente, entendiendo que pueden ser aplicables para más de un tema.

El control y las consultas en salud son en muchas ocasiones el único contacto que muchas familias tienen con el sistema de salud, por lo que las recomendaciones son oportunidades de promover el desarrollo saludable

de niños y niñas. Puede ser de buen resultado transmitir a los referentes que con pequeñas acciones es posible tener gran impacto en el desarrollo en edades tempranas, debido a la plasticidad neuronal de esta etapa. Las recomendaciones se enmarcan dentro del concepto de **cuidado cariñoso y sensible**,⁵ considerando que es desde un vínculo saludable de afecto con sus referentes que niños y niñas pueden alcanzar su potencial de desarrollo.

Desde el punto de vista de la **psicomotricidad**, importa transmitir a los y las referentes una **mirada particular del niño o la niña como sujeto activo**, competente, protagonista de su proceso de desarrollo desde los primeros momentos de la vida, y donde el foco esté en **valorar la actividad espontánea y la iniciativa** de niños y niñas. En este sentido, se insiste en resaltar la importancia de que los referentes permitan que niños y niñas vayan resolviendo de manera autónoma (siempre de acuerdo con sus posibilidades) los desafíos cotidianos (vestirse, bañarse, comer, usar los cubiertos, etc.) que se les presentan.

⁵ El cuidado cariñoso y sensible necesita de las condiciones generadas por políticas, programas y servicios públicos.

Se destaca la importancia de habilitar la exploración de niños y niñas ofreciendo oportunidades, experiencias y objetos adecuados, alentando la curiosidad. En definitiva, todos los aprendizajes se apoyan en la exploración. En la misma línea, se entiende la actividad espontánea, libre (el juego, el dibujo, la escritura más adelante) como instancia que permite concretar la iniciativa del niño o la niña, concretar el impulso de hacer con el cuerpo y la autonomía. Todas las conductas que se van adquiriendo son el resultado de una historia de conductas precursoras que pueden pasar desapercibidas pero son fundamentales (por ejemplo, desde armar una torre con cubos a escribir). Se pretende que esta mirada acompañe todas las recomendaciones expuestas a continuación.

Vínculo

Niños y niñas necesitan sentirse queridos. Las interacciones tempranas en los primeros meses y años de vida, el aspecto relacional bebés-cuidadores y el establecimiento de un vínculo de apego son fundamentales para la estructuración del psiquismo y el desarrollo integral. Contar con una base de seguridad afectiva es necesario para lograr su potencial de desarrollo.

Bebés, niños y niñas se sienten más seguros y confiados con aquellas personas que logran entenderles y calmar sus necesidades, tanto físicas como afectivas. Para ello, es necesario que las personas que les rodean presten atención a sus señales y tengan paciencia para decodificarlas. Una mirada atenta y disponible va a facilitar el establecimiento de un vínculo saludable a partir de los cuidados cotidianos sensibles.

El vínculo atraviesa todas las dimensiones del desarrollo de niños y niñas en la cotidianeidad. En sus primeras etapas, tendrá un lugar de jerarquía la díada madre-bebé. En los casos en que la figura materna no esté presente o afectivamente disponible, desde los equipos de salud es necesario establecer una actitud que potencie un vínculo temprano de apego con otros referentes afectivos.

Es importante que **desde los equipos de salud** se respete la singularidad de las familias siempre que sus elecciones no pongan en riesgo la integridad física ni psíquica de niños y niñas:

- Mantener una actitud que no sea culpabilizadora hacia los referentes.
- Destacar siempre los aspectos positivos del vínculo.
- Transmitir a los referentes ánimo para la crianza y para enfrentar sus dificultades.

- Transmitir confianza en sus capacidades de cuidar, como algo que se puede aprender y desarrollar.
- Tener en cuenta la dimensión étnica y cultural.



SE RECOMIENDA PROFUNDIZAR ESTOS ASPECTOS EN EL SIGUIENTE MATERIAL:

Tejiendo vínculos entre el niño y sus cuidadores. Desarrollo infantil y prácticas de crianza. Disponible en https://bibliotecaunicef.uy/opac_css/doc_num.php?explnum_id=159



SE RECOMIENDAN TAMBIÉN LOS SIGUIENTES ARTÍCULOS, QUE REFIEREN EXPERIENCIAS EN URUGUAY DEL USO DE LA ESCALA ADBB, QUE EVALÚA LA PRESENCIA DE INDICADORES DE RETRAIMIENTO:

Detección precoz de desviaciones y promoción de las habilidades sociales del lactante con la escala ADBB durante el seguimiento pediátrico. Disponible en <http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v94n2/1688-1249-adp-94-02-e218.pdf>



Retraimiento sostenido. Un indicador de riesgo en desarrollo temprano. Disponible en <http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v85n1/v85n1a07.pdf>

Juego

El juego es la actividad infantil por excelencia, a partir de la cual los bebés, niños y niñas se descubren, conocen el mundo que les rodea y se relacionan con otras personas. A través del juego se desarrollan las habilidades socioemocionales, cognitivas, lingüísticas y de autorregulación, y las funciones ejecutivas como la memoria, la atención y el control inhibitorio de impulsos. Estas funciones son la base del proceso de aprendizaje. El juego fomenta la resolución de problemas, la colaboración con otros y la creatividad. Es el escenario ideal para adquirir y ensayar las habilidades que serán necesarias también en la vida adulta.

El juego se nutre de la interacción con otras personas significativas, tanto los referentes familiares y educativos como otros niños y niñas. Cuanto más disfrute haya en el juego, más significativos serán los aprendizajes.

Las características del juego van variando a medida que niños y niñas crecen, se desarrollan y adquieren nuevas habilidades. Para fomentar el juego, se requiere una actitud de respeto y una mirada atenta, que brinde compañía y seguridad.

Tipos y etapas del juego:

- **Juego sensorial:** Es importante permitirles ver, oír y mover libremente su cuerpo, en un espacio seguro como puede ser una alfombra en el piso, sin sobrecarga de estímulos en una primera etapa. De a poco van explorando y conociendo su cuerpo y sus posibilidades.
- **Juego social:** Cargarlos, mecerlos, las caricias, las miradas, las sonrisas y los sonidos de los cuidadores principales son los primeros juegos; juegos de manos, canciones, permitirles tocar el rostro o la

mano de sus cuidadores. Empiezan a disfrutar de imitar gestos y sonidos. Especialmente cuando no hay otros niños o niñas en la familia o el entorno, es importante brindar la oportunidad de compartir con otros niños y niñas (en espacios públicos o instancias como el Programa de Experiencias Oportunas del Plan CAIF). Desde edades tempranas desarrollan un interés particular por otros niños y niñas. En una primera instancia será como juego en paralelo y luego será un juego colaborativo.

- **Juego con objetos:** Empiezan a interesarse por los objetos. Al principio pueden ser sonajeros, argollas u otros objetos cotidianos que puedan agarrar, llevarse a la boca, manipular, golpear, dejar caer. Más adelante empiezan a lograr la permanencia del objeto y son capaces de encontrar el juguete si se lo esconde («está-no está»). Luego empiezan a adquirir el **juego representativo** (juegan con otros objetos a peinarse, a hablar por teléfono, a cocinar) y más adelante el **juego simbólico** (desarrollan escenas imaginarias, generalmente asociadas a experiencias vividas o presenciadas, juegan a «como si» fueran determinados personajes).
- **Juego físico:** Es fundamental para la adquisición de habilidades motrices, promover un estilo de vida activo y prevenir la obesidad. En el caso de juegos de **competencia guiada**, se contribuye a la cooperación y negociación, y a aprender a ganar y perder. Los **juegos bruscos** (la mancha, escondida, la atrapada) permiten a niños y niñas asumir riesgos en ambientes relativamente seguros y conllevan aprender a regularse y cuidar de no lastimar a los demás.
- Se destaca el **recreo** escolar como un momento esencial en la jornada de niños y niñas escolarizados, así como la oportunidad de **jugar al aire libre**.

Desde la consulta pediátrica se puede transmitir a los referentes la **enorme importancia de los primeros intercambios lúdicos, en la franja etaria 0-2 años**. Se destaca la importancia de construir encuentros lúdicos durante las diferentes interacciones cotidianas (por

ejemplo, el mecimiento o acunado, la alimentación, el cambio de pañales, los traslados), que favorecen su desarrollo cognitivo y emocional en su construcción subjetiva e intersubjetiva y su desarrollo, así como el vínculo de apego:

- En el **primer mes** de vida, el favorecimiento de juegos cara a cara y de mirada recíproca.
- En los **primeros tres meses** de vida, favorecer diferentes sensaciones corporales y conductas elementales para futuros funcionamientos afectivos, psicomotores, cognitivos y de socialización. Una de estas conductas es el juego con las manos, el movimiento con las manos del bebé, con diferentes cantos, canciones de cuna y rimas sencillas.
- Durante los **primeros seis meses**, sugerir la atención conjunta de la diada sobre un objeto, así como juegos que favorezcan la intención comunicativa (con canciones, gestos, sonidos, movimientos), juegos de tirar y recuperar objetos, favorecer la organización de su imagen corporal a través del en el espejo y juegos de imitación simultánea.
- Alrededor del **primer año** de vida, aprovechar diferentes instancias cotidianas para fomentar habilidades exploratorias de manipulación y motricidad global, juegos de arrastre, desplazamiento de objetos (cerca-lejos), con materiales como arena, agua, masa, construcciones, ensambles para armar o desarmar (cubos, encastrés), cajas para llenar y vaciar (continente-contenido), juegos de «está-no está», de escondida, todos ellos acompañados del «baño de palabras» por parte del adulto como preludeo del lenguaje verbal.
- Alrededor de los **dieciocho meses** en adelante, favorecer juegos de imitación diferida («hacer como») y juego simbólico («ser como») o juegos «como si».
- Respecto a la **función de los adultos referentes significativos**, se sugiere recomendar conductas que aporten a la contención afectiva, así como a la delimitación de reglas y límites que ayuden a

separaciones progresivas, las cuales son indispensables en el desarrollo para acceder a diferentes logros evolutivos. Dichos logros se apoyan en vínculos de seguridad y confianza precoz con los adultos referentes.

- Para las siguientes etapas, mantener presentes las recomendaciones que favorezcan el juego:
 - Incentivar a que se permita a niños y niñas tener tiempo para el juego libre, no estructurado.
 - Recordar que en el día a día se puede aprovechar las tareas cotidianas, como los traslados y el tiempo de alimentación, como oportunidades de juego. A medida que crecen, se puede ir incorporando a niños y niñas a hacer mandados, cocinar y arreglar la casa de manera lúdica.
 - Transmitir que no es necesario invertir en juguetes costosos para fomentar el juego. Los juguetes no estructurados, como objetos cotidianos (cajas, recipientes, utensilios de madera), bloques, colores, favorecen el desarrollo de la creatividad y no implican grandes gastos.
 - Proponer a las familias construir juguetes con los niños y niñas (por ejemplo, a partir de una caja y botones se puede elaborar un autito, con una botellita y arroz o legumbres se puede hacer un sonajero).
 - Recordar que lo que más enriquece el juego es la interacción con cuidadores disponibles y con pares, a diferencia de dispositivos electrónicos, que implican roles más pasivos.

Se sugiere, además, aportar elementos que proporcionen mayor profundidad a la función de observación por parte de las propias familias para que puedan realizar intervenciones pertinentes y adecuadas al proceso de desarrollo de cada niño y niña, escuchándolos, mirándolos en su proceso de cambios evolutivos, así como observarse a sí mismos en su rol parental respecto a su propio hacer y discurso.

**SE RECOMIENDA A LOS Y LAS PROFESIONALES
EL SIGUIENTE MATERIAL PARA PROFUNDIZAR
EN ESTOS CONCEPTOS:**

Indicadores de intersubjetividad desarrollados por el psicólogo Víctor Guerra. Disponibles en <https://redpikleruruguay.com.uy/docs/indicadores-de-intersubjetividad.pdf>



Video documental Indicadores de intersubjetividad 0-12 meses. Disponible en <https://apuruguay.org/publicaciones/video-documental-indicadores-de-intersubjetividad-0-12-meses-psic-victor-guerra>



Sitio web de Red Pikler Uruguay:
<https://redpikleruruguay.com.uy/>



**SE INVITA A RECOMENDAR A LOS Y LAS REFERENTES
EL SIGUIENTE MATERIAL:**

Jugar, amar, compartir. Guía para acompañar el desarrollo desde el nacimiento hasta los 5 años. Disponible en <https://www.unicef.org/uruguay/informes/jugar-amar-compartir-guia-para-acompanar-el-desarrollo>



¿Por qué el juego ayuda a desarrollar la inteligencia en la infancia? Disponible en <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/etapa-escolar/por-que-el-juego-ayuda-desarrollar-la-inteligencia-en-la-infancia>



¿Cómo el juego fortalece la salud mental? Disponible en <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/primeros-anos/como-el-juego-fortalece-la-salud-mental>





¿Por qué es importante el juego en la primera infancia? Disponible en <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/primeros-anos/por-que-es-importante-el-juego-en-la-primera-infancia>

Comunicación y lenguaje

El lenguaje se adquiere y se construye en las interacciones significativas. Esto quiere decir que los juegos más interactivos para niños y niñas son los juegos con sus referentes y sus pares. Desde pequeños se incorpora el lenguaje a través de escuchar, mirar e imitar a los demás, a través del diálogo, el juego, las canciones y los cuentos.

Se recomienda aconsejar a los referentes limitar el uso de pantallas en casa cuando se está con los niños y niñas. Esto es muy importante para favorecer el diálogo, las miradas, el contacto y el intercambio entre integrantes de la familia. Las pantallas distraen, haciendo que las personas no estén tan presentes ni disponibles para el intercambio. Cuando las pantallas están presentes, aprovecharlas como insumo para dialogar sobre lo que se ve, usándolas como medio para la interacción (ver apartado «Pantallas»).

Algunas **recomendaciones** a tener en cuenta:

- El ejemplo es la manera más efectiva de que niños y niñas aprendan a comunicarse. Su entorno es el modelo: cuidar la manera en que nos comunicamos cuando estamos con ellos, mirarlos, dirigirnos a ellos, asegurarnos de que nos están mirando cuando les hablamos.
- Poner en palabras las distintas actividades y rutinas que se van haciendo, aunque el bebé aún no tenga posibilidad de hablar: «Ahora vamos a tomar teta», «Al agua pato, es la hora de bañarse», «Es la hora de dormir».
- Explicarles también las actividades que van realizando, los lugares a los que van, las personas a las que ven. Incluirlos en los eventos como sujetos que participan activamente de su entorno. Tener en cuenta

que la capacidad de comprensión del lenguaje en las primeras etapas es mayor a la de expresión. «Es chico, no entiende» no es motivo para no hablarle a un niño o niña pequeño.

- Anticipar lo que va a ocurrir: «Vamos a ir a...», «En un rato va a venir la tía». Incluso aquellas situaciones que puedan resultar desagradables: «Me voy a trabajar, nos vemos luego», «Vamos a ir a darnos una vacuna».
- Hablar de forma apropiada a los niños y niñas pequeños, evitando infantilismos o abreviaciones. Podemos incorporar onomatopeyas pero modelando las palabras adecuadas. Por ejemplo: si el bebé señala a un perro y dice «guau guau», responder: «El perro hace guau guau. ¡Qué juguetón ese perro!».
- Mostrarse disponible afectivamente para que niños y niñas se sientan acompañados, seguros y con confianza en sí mismos. Motivarlos a hablar, con paciencia, escuchándolos atentos y respondiendo a sus comunicaciones.
- Permitirles hacer pausas o ayudarles a hacerlas si hablan muy rápido, para que puedan organizar sus ideas y expresarse más adecuadamente.
- Al contar historias, rimas, adivinanzas o cantar, usar diferentes entonaciones y lenguaje corporal para generar mayor interés y transmitir significados.
- Invitar al niño o la niña a repetir o finalizar frases, decir los nombres de las imágenes, terminar las frases, repetir juntos, para darle oportunidades de expresarse de manera afectiva y significativa.
- Aprovechar momentos de la vida cotidiana como la alimentación, la higiene dental, los cambios de ropa o pañal y el baño, para realizar juegos de mover lengua y boca que favorezcan la articulación de diferentes sonidos.
- Animarles a que vayan comunicando cada vez más y mostrarles atención y agrado cuando se expresan de manera adecuada. Por ejemplo: la niña señala una pelota y dice «Dame eso». El padre dice: «Te doy la pe-lo-...», permite que la niña complete la sílaba «ta» y muestra su agrado cuando lo completa.

- Tenerles en cuenta, preguntarles su opinión, darles opciones cuando es posible para que tengan que expresar su preferencia: «¿Preferís una manzana o una naranja de postre?».
- Así como se les enseña a nombrar las partes del cuerpo, enseñarles a poner nombre a las emociones: «¿Estás triste porque se rompió el juguete?», «¡Qué contenta estás por que vino la tía!».
- Aprovechar los trayectos para hablar de lo que ven, comentar, explicar. También son buenas oportunidades para jugar juegos de palabras como «veo-veo», «tengo un barco lleno de... frutas/animales».
- En tanto van logrando ciertos fonemas, los pueden practicar de forma lúdica. No se aconseja presionar a que los realicen antes de tiempo, ya que se requiere un control previo de los órganos articulatorios para realizar determinados sonidos. Por ejemplo: «Hagamos una lista de palabras que empiezan con “ch/rr”» no sería apropiado a los 2 años, pero sí a los 4 o 5, según el desarrollo.
- A medida que crecen ir incluyendo a niños y niñas en los diálogos de manera activa. Contarles algo de la jornada del adulto para habilitar una comunicación de ida y vuelta: «Hoy en el ómnibus me encontré con una amiga que no veía hace mucho tiempo. ¿Con quién jugaste vos en el jardín? Contame algo divertido que hayas hecho en la escuela hoy».
- **Lectura:**
 - Promover la lectura desde edades tempranas es una recomendación para el desarrollo saludable y para fortalecer los vínculos de niños y niñas con sus referentes. Colabora en el desarrollo de las habilidades necesarias para la adquisición de la lectoescritura más adelante.
 - En el caso de referentes que no sepan leer, se los puede incentivar a mostrar libros, revistas o folletos a los niños y niñas y describir las imágenes en conjunto, señalándolas. Se recomienda contar historias de la infancia de los referentes, anécdotas y cuentos orales, que son de gran interés para niños y niñas.

- En nuestro país existen varias bibliotecas públicas infantiles o con secciones infantiles, en todo el territorio (ver <http://www.bibliotecas.org.uy/>).
- Si bien el soporte papel es más recomendable para que niños y niñas se familiaricen con los libros, también se cuenta con el sitio de acceso libre Biblioteca País, de Ceibal (<https://ceibal.edu.uy/plataformas-y-programas/biblioteca-pais/>).



SE INVITA A RECOMENDAR A LOS Y LAS REFERENTES EL SIGUIENTE MATERIAL:

Leer es abrazarnos con palabras. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/guias-lectura-sobre-primera-infancia-para-familias-educadores>

CONSIDERACIONES ADICIONALES

Lengua de señas uruguaya (LSU): Es un sistema de lenguaje en sí mismo. Se utiliza en Uruguay por la comunidad sorda y habilita a comunicarse con todo lo que la comunicación implica y permite. En el caso de niños y niñas con hipoacusias progresivas se recomienda introducir la LSU. En los casos de los niños y niñas sordas por hipoacusia neurosensorial severa o profunda, actualmente en Uruguay el Fondo Nacional de Recursos (FNR) incluye el implante coclear de manera precoz. La implantación en el período crítico en que se adquiere el lenguaje posibilita el desarrollo de las habilidades lingüísticas. En estos casos, se recomienda instalar la LSU una vez que empiece la oralidad, ya que de lo contrario se puede retrasar el lenguaje oral.

Sistemas de comunicación aumentativa y alternativa: En los casos de niños y niñas que no han adquirido el lenguaje pero sí se pueden comunicar, se recomiendan los **sistemas de comunicación aumentativa y alternativa**, que pueden ser de alta o baja tecnología. Los sistemas aumentativos complementan el lenguaje oral cuando por sí sólo no permite una comunicación efectiva con el entorno. Los sistemas alternativos sustituyen el lenguaje oral cuando no existe o no es comprensible. A través de estos sistemas, niños y niñas logran una mejor inclusión en el sistema educativo y comunicarse con sus pares y referentes. También son una buena herramienta para prevenir situaciones de violencia ([ver detalle en la sección 4](#)).

Bilingüismo: Con relación al **bilingüismo**, específicamente respecto a las situaciones en que una familia tiene una lengua materna distinta a la que se habla en nuestro país, se recomienda que continúen comunicándose en su lengua materna en su domicilio. Aunque la familia logre comunicarse fluidamente en castellano, la lengua materna es una lengua estructurada, rica en vocabulario, y tendrá mayor contenido afectivo y cultural. Niños y niñas logran adquirir el lenguaje del lugar al socializar en entornos educativos y en otros ámbitos, especialmente a través del juego con pares. En los casos que el niño o la niña tenga un trastorno del lenguaje, este no será determinado por escuchar a su familia hablar en otra lengua.

Alimentación

La alimentación es una de las funciones básicas que conectan a bebés, niños y niñas con su entorno. Se necesita de la interacción con otros para satisfacer esta necesidad. Desde la lactancia, o sus alternativas, hasta la incorporación de alimentos sólidos, los y las lactantes desarrollan sus sentidos con los estímulos que reciben en el proceso de alimentarse.

Las recomendaciones alimentarias actuales planteadas en el carné de control pediátrico de 0 a 12 años hacen énfasis en los aspectos de la alimentación que se relacionan con el entorno, el estímulo y el neurodesarrollo. Destacamos estos aspectos en el siguiente recuadro.

RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS ACTUALES

En los primeros 6 meses debe recibir leche materna exclusiva, si la mamá quiere y puede, no necesita ningún otro alimento, ni agua, ni té ni yuyos.

Alimentación entre los 6 meses y los 2 años: Cuando el bebé empieza a incorporar otros alimentos, a partir de los 6 meses aproximadamente, **se le abre un mundo de nuevas experiencias, descubre olores, sabores, colores, y texturas que le dan placer e inciden en lo que le gustará comer durante toda su vida.**

El mejor momento para empezar con esta nueva experiencia es cuando tiene **sostén cefálico y se sienta con apoyo**, a los 6 meses. **La presencia de los adultos es muy importante, especialmente en los primeros días. El bebé comerá mejor si está acompañado por quienes más quiere.**

Cuando el bebé empieza a comer, suele aceptar poca cantidad de comida. En las primeras comidas será suficiente con dos o tres cucharadas. Luego, se puede aumentar la cantidad a media taza, tres cuartos, hasta alcanzar una taza o el plato de postre completo.

La importancia de la rutina

Es importante **establecer una rutina** para las comidas del bebé y acostumbrarlo a comer a la misma hora, si es posible, sentado en su propia sillita. Lo más adecuado es continuar con la leche materna a demanda y dar una comida principal y una o dos entrecomidas.

Al séptimo mes ya son necesarias dos comidas principales - es decir, almuerzo y cena- y de una a dos entre comidas, que más adelante se irán transformando en desayuno y merienda. A partir de los 12 meses el desayuno, el almuerzo, la merienda y la cena se establecerán **de acuerdo con las dinámicas de la familia**. Hasta los 6 meses, la leche materna es el único alimento que el bebé necesita. Cuando el bebé crece necesita los nutrientes que contienen otros alimentos, los cuales complementarán a la leche materna que puede continuar hasta los 2 años o más **hasta que los involucrados lo decidan**.

Fuente: Carné de control pediátrico de 0 a 12 años.

El proceso de alimentación es uno de los momentos de la vida cotidiana en que más se favorece la **integración sensorial**, tan importante para el neurodesarrollo. A ello se suma el aspecto vincular y placentero de la alimentación, que es un escenario privilegiado para un momento relacional por excelencia, lúdico, de descubrimiento junto a un otro significativo. La elaboración de los alimentos en el hogar también es una instancia que puede aprovecharse para la interacción, favorecer el desarrollo del lenguaje, conocer el propio cuerpo e incorporar límites. El disfrute de lo casero en compañía brinda oportunidades no sólo nutritivas, sino también vinculares, que potencian el desarrollo de niños y niñas.

Se destaca el papel activo fundamental del niño o la niña en su proceso de alimentación, por lo que es importante permitir la **alimentación perceptiva** del lactante y del niño o niña pequeño. Para ello, es necesario que las pantallas no interfieran. El niño o niña necesita estar atento a las señales de su organismo y a las señales que recibe del alimento con el que se vincula. Del mismo modo, quien le facilite el proceso de alimentación tiene que estar disponible para prestar atención a las señales de hambre o saciedad del niño o niña. Las rutinas favorecen estos procesos para ambas partes.

Por otro lado, la valoración del grado de inseguridad alimentaria⁶ de cada hogar ayuda a brindar pautas de alimentación saludables acordes a cada realidad. La alimentación tiene una incidencia enorme en el desarrollo y el aprendizaje.

.....

SE INVITA A RECOMENDAR A LOS Y LAS REFERENTES EL SIGUIENTE MATERIAL:

Quiero teta. Disponible en <https://www.unicef.org/uruguay/quiero-teta>



Los primeros olores de la cocina de mi casa.

Disponible en <https://www.unicef.org/uruguay/informes/los-primeros-olores-de-la-cocina-de-mi-casa>



6 Ver cuestionario de encuesta del módulo seguridad alimentaria en el *Primer informe nacional de prevalencia de inseguridad alimentaria en hogares* (INE, et al., 2022).

Pautas de crianza no violentas

No existen pautas de crianza universales ni estilos que se adapten a todo el mundo por igual, pero sí podríamos decir que todos los niños y niñas necesitan sentirse queridos y seguros. Para ello necesitan referentes afectivos que les transmitan cariño y les hagan sentirse cuidados. Y también necesitan límites que les organicen y les ayuden a regularse y a relacionarse con su entorno. Los límites ayudan a que niños y niñas sepan qué esperar y cómo actuar.

No obstante, **muchas personas suelen confundir los límites con castigos inapropiados y con violencia verbal o física**. Otras veces, la violencia es producto del **desborde de los cuidadores**, quienes no logran regular su propia respuesta frente al estrés. Es importante, entonces, que desde la consulta pediátrica se pueda prestar atención a estos aspectos y reforzar desde los primeros controles la importancia de que niños y niñas se sientan queridos y seguros y que sus cuidadores puedan ir encontrando las herramientas que mejor les resulten para ofrecer límites de manera sensible, cariñosa y respetuosa. Para ello, es importante tener también en cuenta el concepto de cuidado del cuidador.

¿A QUÉ NOS REFERIMOS CON CUIDADO DEL CUIDADOR?

Cuando hablamos de cuidadores nos referimos a las personas responsables de asegurar la satisfacción de las necesidades físicas y afectivas del bebé (en esta primera etapa solemos asociarlo a la persona que más tiempo comparte con él o la bebé, pero no necesariamente es así). Puede ser la madre, el padre u otro familiar o referente significativo que asuma ese rol.

Cuidar es una tarea de gran exigencia física y mental. Cuidar a un ser totalmente dependiente implica un reajuste en la cotidianidad de la persona: cambios en las actividades, cambios en el uso del tiempo, conciliación entre la vida familiar y la vida laboral, y cambios en la dinámica del hogar y en los vínculos entre sus integrantes. Para poder cuidar adecuadamente, es necesario cuidarse y ser cuidado.

¿Qué puede hacer la persona para cuidarse?

- Comunicar sus necesidades y sus expectativas.
- Compartir con otras familias que están en la misma etapa.
- Buscar tener tiempos propios, aunque sean breves.
- Establecer prioridades para poder dar lugar al disfrute de esta etapa.

¿Qué puede hacer el entorno para cuidar?

- Participar en los cuidados y en otras tareas que puedan aliviar a la persona, sin invadir.
- Respetar las decisiones en la crianza, sin juzgar ni culpabilizar.
- Entender que es una etapa en que tanto el o la bebé como quien cuida tienen necesidades específicas y que la crianza es una responsabilidad compartida.

Es muy importante recordar a los cuidadores que ante sentimientos de malestar importante pueden buscar ayuda en los prestadores de salud.

En algunos casos, decir a los cuidadores y referentes que «tienen que poner límites», sin mayor orientación, es como decirle a un niño de 2 años «portate bien», dejando que él interprete a qué nos referimos. Se corre el gran riesgo de que interpreten que están siendo habilitados desde el sistema de salud para utilizar medidas correctivas inapropiadas, como pueden ser golpes, dejar niños o niñas encerrados

o sin comer, entre otras. Para ello y para poder brindar las recomendaciones más ajustadas, importa en los sucesivos controles ir conociendo cuál es el estilo de crianza de cada hogar y cuál es su clima emocional, así como registrar los aspectos más relevantes. Algunas sugerencias orientadoras son:

- Explorar cómo sienten que están viviendo la crianza.
- Indagar cómo es el clima en el hogar, cómo es la comunicación entre los demás integrantes, cómo resuelven los conflictos, cómo actúan cuando están enojados.
- Indagar específicamente sobre límites: *¿Cómo actúan cuando [nombre] no para de llorar / no hace caso? ¿Cómo actúan cuando [nombres] se pelean? ¿Qué límites se establecen en casa?*
- Realizar un análisis funcional del comportamiento para entender qué dimensiones del contexto pueden estar incidiendo: *¿En qué momentos ocurren estas situaciones?* Tener en cuenta qué está haciendo el adulto a cargo en ese momento (por ejemplo, si está atento al comportamiento, si está ocupado con otra tarea o si está distraído con pantallas) y cómo responde ante la situación.

En función de lo que se vaya conociendo del funcionamiento de cada hogar, se podrá ir haciendo recomendaciones:

- En la primera etapa: el desafío será contener y **redirigir** el comportamiento del niño o la niña. Ir enseñándole y anticipando qué puede y que no puede hacer, en función del contexto y el tiempo.
- En la segunda etapa: marcar los límites claros y firmes, lo que no quiere decir con gritos ni castigo físico.
- Los límites tienen que ser posibles de sostener por los referentes y tienen que ser contingentes con la situación para que sean más efectivos. Por ejemplo: si me enojo con un amigo en el fútbol y le pego, no podré participar del fútbol por un tiempo. No es efectivo decirle:

«Te quedás sin ir a lo de tus primos por un mes», si a la semana se necesita que vaya a la casa de los primos para resolver los cuidados.

- Los límites tienen que ser constantes para que sean efectivos. Es importante tener en cuenta los distintos estilos de crianza cuando niños o niñas viven en más de un hogar.
- Intentar entender el punto de vista del niño o la niña y negociar cuando sea posible.
- Ayudar al niño o la niña a reflexionar y a aprender de sus errores y a que entienda por qué se le está corrigiendo.
- Reforzar el comportamiento esperado con atención o elogios.
- Recordar que el juicio se aplica al comportamiento, no al valor del niño o la niña como persona. El estilo de crianza puede afectar positiva o negativamente el sentimiento de autoestima, autovalía y autocompetencia de niños y niñas. Será relevante prestar atención a esta dimensión, que puede incidir en su salud mental en etapas posteriores.
- Por algunas pautas que se pueden brindar a las familias ante desajustes comportamentales en niños y niñas pequeños, se recomienda leer el apartado [«Regulación y comportamiento», en la sección 3.](#)

SE INVITA A RECOMENDAR A LOS Y LAS REFERENTES EL SIGUIENTE MATERIAL:



Trato bien. Guía para la puesta de límites no violentos en el ámbito familiar, dirigida a madres, padres y adultos al cuidado de niños, niñas y adolescentes. Disponible en <https://www.unicef.org/uruguay/informes/trato-bien-guia>



¿Mucho, poquito o nada? Guía sobre pautas de crianza para niños y niñas de 0 a 5 años de edad. Disponible en <https://www.unicef.org/uruguay/media/6166/file/Mucho,%20poquito%20o%20nada.pdf>

Siete consejos para aprender a poner límites a niñas y niños. Disponible en <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/etapa-escolar/ocho-consejos-para-aprender-poner-limites-ninas-y-ninos>



Pantallas

Las pantallas son parte de la vida cotidiana de la sociedad actual. La televisión y las computadoras fijas han dado paso a las *tablets* y los teléfonos inteligentes. La gran variedad de planes de datos y promociones existentes hacen que sea accesible para casi toda la población tener dispositivos con acceso a internet. El uso de las pantallas en todo ámbito y en toda edad es algo que se ha generalizado en la última década en nuestro país. Desde que nacen, niños y niñas integran los celulares como un objeto muy presente en su entorno.

En el mundo adulto, particularmente los teléfonos celulares son objetos que se usan extensamente y que atraviesan los distintos momentos, encuentros y actividades cotidianas. Por un lado, esto ofrece un modelo de comportamiento. Por otro lado, conlleva menor disponibilidad para interactuar con niños y niñas. Se recomienda invitar a los y las referentes a revisar con atención su propio uso cotidiano del teléfono en presencia de los niños y niñas, dirigiendo su atención a las instancias de interacción que se pueden ver reducidas o interferidas.

Actualmente es habitual ver niños y niñas desde edades muy tempranas, incluso antes de cumplir el año, utilizando pantallas en diversos entornos, dada su portabilidad. Dichos medios electrónicos están presentes en muchos momentos de la vida cotidiana de niños y niñas, a lo largo de toda la jornada.

Las pantallas en sí mismas no son buenas ni malas, pero sí el modo de uso que se les dé de acuerdo a cada etapa del desarrollo. La recomendación de limitación en el uso de pantallas en la infancia es algo que está bastante generalizado en el ámbito de la salud. Contar con información para justificar esta recomendación resulta útil al momento de comunicarse con los referentes y los niños y niñas.

Recomendaciones generales para regular el uso de pantallas:

- De 0 a 2 años es recomendable que no haya exposición a pantallas de ningún tipo.
- De 2 a 5 años intentar que la exposición a pantallas, si la hay, no se exceda de una hora diaria.
- El uso de la tecnología en la primera infancia, idealmente, debería ser mediado por un cuidador o referente. Se aconseja que su uso sea una excepción, dado que puede generar dificultades con la puesta de límites y la regulación emocional.
- El uso excesivo de tecnología hace que se destine menos tiempo a actividades fundamentales para el desarrollo en esta etapa: la exploración a través de todos los sentidos, la observación del entorno y la imitación, el juego, la interacción, la comunicación, el lenguaje y el descanso.
- El uso de tecnologías, especialmente cuando se miran contenidos que no requieren una acción, afecta el desarrollo de las funciones ejecutivas, dado que el niño o la niña queda en un rol pasivo ante lo que está mirando.
- El uso excesivo de tecnologías puede enmascarar sintomatología relevante, porque el niño o la niña parece estar en calma.
- El uso de tecnología muchas veces está dirigido por los cuidadores o referentes para «calmar o entretener» a niños y niñas, limitando el desarrollo de otras estrategias para la puesta de límites, la regulación y la comunicación.
- Se recomienda que niños y niñas no cuenten con dispositivos en sus dormitorios, dado que puede dificultar limitar su uso, así como supervisar los contenidos.
- La exposición a la luz de los dispositivos afecta los niveles de melatonina y puede retrasar o alterar el proceso de sueño. Indirectamente, afecta el rendimiento escolar y el comportamiento. Se recomienda evitar la exposición a pantallas una hora antes de dormir para favorecer la buena higiene del sueño.

- Es importante establecer límites con el uso de la tecnología: establecer momentos y lugares donde se puede utilizar, así como contenidos que está permitido ver y actividades que está permitido realizar.
- Anticipar el momento de dejar de usar los dispositivos, de manera tangible de acuerdo a la etapa del desarrollo, por ejemplo: «Cuando termine la canción, apagamos y vamos a merendar». Con niños y niñas escolares se puede usar la temporalidad en la medida que la vayan manejando.
- Ser el ejemplo del comportamiento esperado. Si en la casa se come la cena mientras cada uno está con su teléfono, será poco probable que el niño o la niña se disponga a conversar durante ese momento.
- Enseñar un uso prudente de la tecnología, advirtiendo de los riesgos de navegar por internet y el uso de redes sociales. Educar en no compartir datos personales ni contraseñas.
- Tener en cuenta las herramientas de configuración de búsqueda segura, controles parentales, perfiles infantiles en aplicaciones y configuración de protección de datos personales.
- Fomentar una comunicación abierta sobre lo que ven y hacen con los dispositivos. Generar un vínculo de confianza desde edades tempranas puede incidir favorablemente en el manejo del uso de las tecnologías cuando sean más grandes y autónomos.

SE INVITA A RECOMENDAR A LOS Y LAS REFERENTES EL SIGUIENTE MATERIAL:

Pantallas en casa: Guía para acompañar a las familias en el uso de internet. Disponible en <https://www.unicef.org/uruguay/informes/pantallas-en-casa>



Infancia y tecnología: tips y recomendaciones. Disponible en <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/etapa-escolar/infancia-y-tecnologia-tips-y-recomendaciones>



Bullying (acoso u hostigamiento escolar)

El fenómeno de acoso u hostigamiento escolar, actualmente conocido como *bullying*, se trata de la agresión en el ámbito educativo, proveniente de una o varias personas hacia otra y persistente en el tiempo. Los actores de la dinámica tienden a ser los mismos. Se diferencia del conflicto escolar entre pares, que es parte normal y esperable de la convivencia en esta etapa y necesario para desarrollar estrategias de socialización.

La forma de agresión es variada. La predominante es la verbal, también denominada violencia simbólica directa: burlas, apodosos agraviantes, insultos. También puede ser relacional, por ejemplo expresamente dejando a alguien afuera de una actividad o grupo. Puede tomar forma de extorsión, quitándole dinero o pertenencias al hostigado. Recientemente se agrega al fenómeno el *cyberbullying* o ciberacoso, que adquiere mayores dimensiones por su alcance y exposición.

El fenómeno del *bullying* incluye a diversos actores:

- **Hostigados:** Quienes reciben el acoso suelen ser niños o niñas con habilidades sociales pobres e introvertidos. Sienten sufrimiento que puede interferir con su desarrollo social y emocional y con su rendimiento académico. Es un factor de riesgo significativo para la ideación suicida, especialmente en el curso de un proceso depresivo.
- **Hostigadores:** Quienes ejercen la violencia suelen ser niños o niñas que se sienten solos o no saben cómo vincularse con sus pares adecuadamente. Pueden tener antecedentes de haber sido víctimas de acoso escolar y tener problemas de autoestima. Es importante prestar atención a los que están en el rol de hostigadores, que suelen quedar en un lugar de únicos responsables, generando un círculo de retroalimentación de las conductas de hostigamiento. Involucrar

a sus referentes desde este punto de vista es importante para que puedan recibir apoyo.

- **Testigos o espectadores:** Son también un componente importante en que este fenómeno se perpetúe en el tiempo. Los espectadores pasivos son quienes no están de acuerdo o no se sienten cómodos con la situación pero no toman acción para condenar o detener la situación. Los espectadores activos son quienes apoyan la situación, ya sea con risas, replicando lo ocurrido o incluso apoyando a modo de superioridad numérica al hostigador. Muchas veces el accionar de los espectadores se encuentra dirigido por el propio miedo a represalias.
- **Adultos:** Cuidadores y referentes de niños y niñas son también parte del fenómeno. Puede ser minimizando la situación, no prestando atención a las señales, pero también al considerar que la solución consiste solamente en ayudar al hostigado y castigar a hostigadores, sin abordar el problema desde una perspectiva de fomentar una convivencia saludable y entornos seguros.

Desde la consulta del PNA es importante:

- Brindar la oportunidad en los controles de salud para que niños y niñas hablen de sus relaciones en la escuela.
- Ante sintomatología ansiosa, depresiva, somática, del sueño, así como cambios en el comportamiento o rendimiento escolar, explorar directamente la situación de acoso escolar.
- Mantener una actitud abierta y respetuosa, que no sea culpabilizadora y valide sentimientos y pensamientos al respecto: *¿Qué pensás de esta situación? ¿Cómo te hace sentir? ¿Por qué pensás que pasa esto?*
- Expresar apoyo y dejar claro que nunca está justificada la violencia de ningún tipo.
- Indagar acerca de qué cree el niño la o niña que se debería hacer. Consultarle qué medidas ha tomado y cómo han resultado.
- Indagar con qué red de apoyo cuenta: *¿Quiénes creés que te pueden ayudar?*

- Ofrecer el espacio de la consulta para ensayar alternativas de enfrentamiento.
- Educar a los y las referentes para no minimizar los conflictos y prestar atención.
- Ofrecer material de lectura a niños y niñas y referentes.
- Realizar un abordaje integral si se constata una situación de hostigamiento escolar que esté afectando al niño o la niña. La coordinación con el centro educativo será fundamental, así como el seguimiento.

En nuestro país, en 2013 se promulgó la Ley n.º 19.098, Protocolo de Prevención, Detección e Intervención respecto al Maltrato Físico, Psicológico o Social y su Aplicación en los Centros Educativos del País. A su vez, existe el *Mapa de ruta de promoción de la convivencia para instituciones de educación media* (ANEP, 2017) y en 2023 se promulgó la Ley n.º 20.235, que declara la primera semana de noviembre de cada año como Semana de la Prevención y Concientización contra la Violencia y el Acoso Escolar, incluido el Ciberacoso.

.....

SE INVITA A RECOMENDAR A LOS Y LAS REFERENTES LA LECTURA DEL SIGUIENTE MATERIAL:

Acoso escolar: qué es y cómo ponerle fin. Disponible en <https://www.unicef.org/parenting/es/cuidado-infantil/acoso-escolar>



Ciberacoso: qué es y cómo detenerlo. Disponible en <https://www.unicef.org/es/end-violence/ciberacoso-que-es-y-como-detenerlo>



SECCIÓN 3

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS POR ÁREAS DE PREOCUPACIÓN O ALTERACIONES

La identificación temprana de las alteraciones o de los trastornos del desarrollo implica un desafío para los y las profesionales del PNA. Las intervenciones en los primeros años de vida de niños y niñas inciden favorablemente en su pronóstico y evolución y requieren mucho menos esfuerzo que aquellas que se llevan a cabo más adelante en la trayectoria vital.

Por ello, en esta sección se abordan las áreas seleccionadas como más prevalentes, especificando, según corresponda:

- Lo que es esperable para cada etapa del desarrollo.
- Indicadores para detectar si las alteraciones responden a estresores agudos, incluyendo un análisis funcional del comportamiento para comprenderlo en su contexto.
- Factores de riesgo y factores protectores específicos.
- Recomendaciones para brindar a los referentes con relación a situaciones frecuentes desde una perspectiva de cuidados sensibles.
- Acciones específicas que se pueden realizar desde el PNA.

Los siguientes son considerados factores protectores y factores de riesgo comunes a todas las áreas del desarrollo infantil. En cada apartado se desarrollan los factores de riesgo y protectores específicos de cada área, según corresponda.

Factores protectores para el desarrollo:

- Seguridad alimentaria
- Lactancia materna
- Interacción referentes-niños
- Estimulación en el hogar
- Presencia de otros niños y niñas en el entorno
- Escolarización
- Red estable de soporte familiar

- Pertenencia a grupos deportivos, religiosos o comunitarios
- Familias insertas en el mercado laboral formal
- Acceso a vivienda digna
- Posibilidad de realizar actividades recreativas
- Comunicación dirigida a niños y niñas
- Cuidado cariñoso y sensible basado en el buen trato y en el respeto de las necesidades del niño o niña
- Coparentalidad
- Capacidad de adaptación a situaciones adversas

Factores de riesgo socio ambiental para el desarrollo:

- Situación de pobreza
- Emergencia habitacional
- Violencia de género
- Entornos violentos
- Hogares donde hay consumo problemático de sustancias psicoactivas o alcoholismo
- Trastornos de salud mental de referentes
- Analfabetismo y bajo nivel educativo de referentes
- Discapacidad intelectual en referentes
- Hermanos con diagnóstico de TEA
- Pautas de crianza autoritarias
- Maltrato infantil
- Abuso sexual
- Situación de privación afectiva
- Institucionalización
- Desintegración familiar
- Eventos familiares estresantes
- Situaciones de duelo
- Desnutrición
- Embarazo no controlado o no deseado

- Embarazo en adolescentes
- Hospitalización prolongada
- Exceso de exposición a pantallas
- Niños acogidos en hogares infantiles

Factores de riesgo biológico:

NEUROLÓGICO:

- Recién nacido pequeño para la edad gestacional (con peso < 1.500 g al nacer)
- Recién nacido < 35 semanas al nacer
- Recién nacido con Apgar < 3 al minuto y < 7 a los 5 minutos
- Recién nacido con ventilación mecánica más de 24 horas
- Convulsiones neonatales
- Disfunción neurológica persistente más de 7 días
- Daño cerebral evidenciado por neuroimagen
- Malformaciones del sistema nervioso central
- Microcefalia
- Encefalopatía hipóxico-isquémica
- Hidrocefalia
- Hiperbilirrubinemia que requiera exanguinotransfusión
- Infecciones congénitas del sistema nervioso central
- Sepsis, meningitis o encefalitis neonatal
- Enfermedades neurometabólicas
- Cromosomopatías y otros síndromes dismórficos
- Síndromes malformativos
- Recién nacido con hermano con patología neurológica no aclarada o con riesgo de recurrencia
- Gemelo, si el hermano presenta riesgo neurológico
- Hijo de madre con patología mental, consumo de drogas o infecciones que puedan afectar al feto

SENSORIAL AUDITIVO Y VISUAL:

- Ventilación mecánica prolongada
- Prematuridad
- RN con peso < 1.500g al nacer
- Hidrocefalia
- Infecciones congénitas del sistema nervioso central
- Daño cerebral evidenciado por neuroimagen
- Síndrome malformativo con compromiso visual
- Infecciones posnatales del sistema nervioso central
- Asfixia severa
- Hiperbilirrubinemia que requiera exanguinotransfusión
- Administración de aminoglucósidos durante un período prolongado o con niveles plasmáticos elevados durante el embarazo
- Síndromes malformativos con compromiso de la audición
- Antecedentes familiares de hipoacusia

Deberán considerarse también las alteraciones vinculadas a las condiciones del ambiente de niños y niñas cuando estas son adversas. Importa especialmente destacar que **las situaciones de negligencia y maltrato infantil en todas sus formas deben ser consideradas en todos los contextos y niveles socioeconómicos**, por su alto impacto en el desarrollo y en la salud mental y por el rol fundamental de los equipos de salud para su detección.

Ante la identificación de regresión del desarrollo en alguna de las conductas/hitos ya adquiridos (lenguaje, social, motor o coordinación) se deberá actuar con urgencia, derivando a neuropediatría o considerando derivación a puerta de emergencia o ingreso hospitalario si la interconsulta no se logra de inmediato.

Áreas afectadas de mayor prevalencia en la primera infancia

La plasticidad neuronal de los primeros años de vida es única. El desarrollo de su máximo potencial dependerá en gran medida de las experiencias a las que estén expuestos niños y niñas, considerando la gran capacidad de esta etapa para adaptarse y responder a estímulos. Es una etapa en la que toma relevancia la atención centrada en las familias y brindar información sobre el desarrollo integral de niños y niñas, con énfasis en la importancia de facilitar vínculos saludables como punto de partida para el óptimo desarrollo.

La primera infancia es un período en el cual, de transitarse saludablemente, se evoluciona hacia una mayor autonomía que les permite a niños y niñas vincularse por su cuenta por fuera de su entorno familiar. Ello conlleva muchos desafíos no sólo para niños y niñas, sino también para sus referentes.

Importa tener presentes las diferencias culturales en cuanto a las expectativas y la percepción de los referentes sobre el desarrollo de niños y niñas. Mantener una actitud de interés abierta y respetuosa será fundamental para comprender el funcionamiento familiar y la respuesta de los referentes al comportamiento de los niños.

Siempre que un referente familiar plantea su preocupación sobre el desarrollo de un niño o niña, es importante escuchar y observar detenidamente. Se requiere una actitud activa y respetuosa de parte del equipo de salud.

En este capítulo se abordan algunas de las áreas del desarrollo integral de niños y niñas de mayor preocupación y prevalencia en el período de la primera infancia, hasta los 5 años aproximadamente, aunque se

desarrollan también algunos contenidos respecto a los años siguientes. Se presentan recomendaciones para abordar desde la consulta pediátrica del PNA los siguientes temas:

- Lenguaje
- Interacción social
- Regulación y comportamiento
- Sueño
- Trastornos del espectro autista (TEA)

Lenguaje

El lenguaje es el área que se ha destacado como aquella en la que hay mayor prevalencia de alteraciones actualmente en la infancia de nuestro país. El lenguaje es una conducta **comunicativa** que cumple funciones fundamentales para el desarrollo integral de niños y niñas. Además de ser un medio de comunicación, estructura al pensamiento, colabora en la regulación del comportamiento y es un medio para identificarse con sus pares. A su vez, permite acceder a la cultura de la sociedad y a información del contexto en el que están inmersos.

Comunicarse es un proceso que comienza desde la gestación y el nacimiento. El proceso de adquisición del lenguaje es complejo y depende tanto de factores genéticos y orgánicos como del entorno y su interacción con el niño o la niña. El **desarrollo normal del lenguaje implica el proceso gradual de adquirir la expresión (habla y estructura), la comprensión y el uso**, para lo que se necesitan:

- Los sonidos del lenguaje (nivel fonético y fonológico)
- La estructura del lenguaje (nivel morfosintáctico)
- El significado del lenguaje (nivel semántico)
- La intención comunicativa (nivel pragmático)

Estos niveles se van interrelacionando y retroalimentando unos a otros para la adecuada adquisición del lenguaje, pudiendo discriminarse determinadas conductas esperables desde el nacimiento hasta aproximadamente los 5 años, edad a la que se espera que el lenguaje sea inteligible y comprensible para un extraño.

ADQUISICIÓN ESPERABLE DE CONDUCTAS PREVERBALES Y VERBALES	
RANGO DE EDAD	CONDUCTA DEL ÁREA DEL LENGUAJE ESPERABLE
0-2 meses	Reacciona al estímulo sonoro.
1-4 meses	Emite sonidos.
3-6 meses	Vuelve la cabeza a la persona que le habla.
5-9 meses	Combina consonantes con vocales.
5-11 meses	Responde al «no».
6-12 meses	Responde a su nombre.
7-12 meses	Mira objetos o personas que el cuidador señala o nombra.
9-12 meses	Señala con el índice (protoimperativo y protodeclarativo).
11-18 meses	Cumple órdenes sencillas.
12-18 meses	Utiliza 5 o más palabras diferenciadas.
12-23 meses	Palabra frase.
16-24 meses	Señala una parte de su cuerpo.
12-27 meses	Señala 2 o más figuras conocidas en una lámina.
12-27 meses	Sigue órdenes simples acompañadas por gestos.
15-30 meses	Nombra 1 o más figuras conocidas en una lámina.
20-29 meses	Combina dos palabras.
24-36 meses	Frase completa.
24-38 meses	Distingue ubicaciones espaciales.
30-39 meses	Reconoce el uso de al menos 2 objetos.
24-43 meses	Dice su nombre y apellido.
24-28 meses	Usa pronombres (yo o mí).
30-51 meses	Completa analogías opuestas e identifica tamaños (grande y chico).
24-54 meses	Cumple dos órdenes verbales que impliquen dos acciones consecutivas.
43-48 meses	Reconoce 3 colores.
4 a 6 años	Utiliza frases de 5 o 6 palabras.
53-66 meses	Aumenta el vocabulario.
53-67 meses	Identifica sonidos iniciales.
42-55 meses	Nombra categorías.
42-69 meses	Clasifica teniendo en cuenta dos atributos (tamaño, forma o color).

Fuente: Adaptado de MSP y UNICEF (2019).

Cuando estas conductas no se adquieren de la manera esperada, pueden surgir en la práctica pediátrica tres **escenarios de preocupación** con relación al lenguaje:

- «No habla».
- «Habla raro».
- «Dejó de hablar».

Cada una de estos escenarios presenta diferentes desafíos en cuanto a orientación diagnóstica. Es importante identificar si hay presencia de factores de riesgo.

Factores de riesgo específicos⁷

- Riesgo establecido, de carácter biológico o ambiental.
- Antecedentes familiares de alguna alteración del lenguaje.
- Otitis recurrentes o infecciones respiratorias frecuentes, principalmente en los dos primeros años de vida (etapa de máxima explosión de vocabulario).
- Bajo tono de los órganos fonoarticulatorios: respiradores bucales, con tendencia a la protrusión lingual, no controlan el babeo más allá de los 24 meses, uso prolongado del chupete o se chupan el dedo (pasados los 15 meses).
- Problemas de alimentación, ya sea de succión, en los primeros meses, con el paso de líquido a papilla en torno al sexto mes (atragantamiento) o a la masticación, a partir de los 18 meses.
- Niños excesivamente tranquilos, en los que los hitos motores emergen retrasados o ligeramente enlentecidos para su edad.
- Niños excesivamente inquietos, definidos por las propias familias como «muy independientes», «que tienden a ir a lo suyo», «que no

⁷ Fuente: García Cruz y González Lajas (s. f.).

responden a su nombre», «con dificultades o desinterés en la relación social», «que presentan múltiples rabietas incontroladas».

- Niños con dificultad en la fluidez del habla (tartamudez) más allá de los 5 años, prestando especial atención en edades más tempranas si existen antecedentes familiares o problemas de socialización por parte del niño.
- Niños inmersos en un entorno bilingüe, con dificultad de relación con sus pares o dificultad para comunicarse en los distintos entornos en los que se desenvuelven.

La clasificación actual de las alteraciones de la adquisición del lenguaje se incluye dentro de los trastornos de la comunicación, que, a su vez, se incluyen en los trastornos del neurodesarrollo. En esta clasificación se destacan cuatro grandes grupos:

1. **Trastornos de los sonidos del habla o trastorno fonológico:** Se refiere a la presencia de dificultad persistente en la producción fonológica que interfiere con la inteligibilidad del habla o impide la comunicación verbal de mensajes, de inicio en las primeras edades del desarrollo.
2. **Trastorno del lenguaje:** Se refiere a la dificultad persistente en la adquisición y uso del lenguaje en todas sus modalidades (hablado, escrito, lenguaje de signos), con capacidades por debajo a lo esperado para la edad y causando limitaciones en la comunicación eficaz.
3. **Trastorno de la fluidez de inicio en la infancia:** Se refiere a alteraciones en la fluidez y la organización temporal normales del habla, inadecuadas para la edad, y habilidades de lenguaje del individuo persistentes en el tiempo y que se caracterizan por su aparición frecuente y notable. Puede tener la forma de repeticiones de sonidos y sílabas o palabras monosílabas, prolongaciones, fragmentaciones, bloqueos, circunloquios, producción con exceso de tensión. Anteriormente se le llamaba tartamudez a este grupo de alteraciones. La alteración causa ansiedad o limitaciones en la comunicación eficaz, la participación social y el rendimiento académico o laboral.

- 4. Trastorno de la comunicación social (pragmático):** Se refiere a las dificultades persistentes en el uso social de la comunicación verbal y no verbal.

El **mutismo**, que anteriormente se incluía dentro de las alteraciones semántico-pragmáticas del lenguaje, actualmente se clasifica dentro del grupo de los trastornos de ansiedad.

Siempre se aconseja prestar atención a los **signos de alerta** de que puede haber un trastorno de la comunicación, especialmente cuando hay factores de riesgo presentes. A continuación se jerarquizan algunos según la edad.

SIGNOS DE ALERTA PARA TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN

Etapa prelingüística (0-12 meses)

- Succión deficitaria, atragantamiento con líquidos (1-2 semanas).
- Llanto débil (3-4 meses).
- **No sonríe ante las caras o voces familiares** (3 meses).
- No imita o no produce sonidos (4 meses).
- No responde o no se orienta hacia los sonidos o la voz humana (5 meses).
- Ausencia de sonidos (5-9 meses).
- **No balbucea (8 meses)**
- No presta interés a los juegos repetitivos tales como el cu-cú (8 meses).
- No utiliza gestos como «hola/chau», «viva viva» (12 meses).

12-24 meses

- Apenas balbucea o si lo hace hay poca variación de sonidos.
- Falta de respuesta a nombres familiares, sin apoyo gestual.
- No usa gestos tales como saludar o decir adiós o negar con la cabeza.
- **No señala para mostrar o pedir.**
- No señala, mira o toca objetos denominados por el adulto (18 meses).
- **No responde a su nombre.**
- Falta de respuesta a palabras como «dame», «mirá», «vení» (18 meses).
- Preferencia en el uso de gestos en lugar de palabras o vocalizaciones.
- **No combina 2 palabras a los 2 años.**

SIGNOS DE ALERTA PARA TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN

2-3 años

- **Ausencia de palabras simples.**
- Uso de menos de 4-5 consonantes.
- No responde a la denominación de objetos o acciones familiares (sin apoyo textual), fuera de contexto.
- **No comprende órdenes simples (referidas a objeto o acción).**
- **Ininteligibilidad de la mayor parte de sus producciones.**
- **Ausencia de combinación de dos palabras.**
- Lenguaje ecolálico (repite todo lo que se le dice).
- Falta de interacción con los demás.
- Juego restringido o repetitivo.
- Frustración en situaciones comunicativas.
- Problemas en la masticación.
- Falta de control en el babeo.

3-4 años

- **Habla ininteligible fuera de su contexto natural.**
- No imitación de sílabas.
- Dificultad para emitir frases de 2 elementos (incapacidad en el uso de 3).
- Falta de adjetivos o pronombres.
- No realiza preguntas del tipo ¿qué? o ¿dónde?
- Incapacidad para expresar lo que está haciendo.
- Comprensión limitada, no reconoce el uso de los objetos.
- Incomprensión de frases fuera de contexto.
- **No muestra interés en jugar con otros niños.**
- No pronuncia la sílaba o letra final de las palabras (por ejemplo, dice «ga» en vez de «gato»).
- Le cuesta encontrar la palabra adecuada para expresar sus ideas (confusión en vocabularios pertenecientes a la misma familia «cuchara, cuchillo; silla, mesa»).

4-5 años

- No pronuncia bien la mayoría de los sonidos del lenguaje.
- **Uso de frases de 3 palabras o menos.**
- Omisión de nexos, pronombres, artículos o verbos en las frases.
- Vocabulario reducido, uso frecuente de términos como «este».
- No responde al ¿qué? o al ¿dónde? referidos a historias familiares.

SIGNOS DE ALERTA PARA TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN

- Dificultad para narrar sucesos que le han ocurrido.
- Tiene dificultad para comprender cuando las frases son largas, complejas o su significado es abstracto.

5-6 años

- Persisten dificultades de articulación.
- **Errores en la estructura de las frases.**
- Dificultad para la comprensión de oraciones.
- Dificultad para responder a «¿qué, dónde, de qué, quién, por qué?».
- Dificultad en la comprensión de conceptos como en, dentro, encima.
- Dificultad en tareas de atención sostenida (escucha de cuentos).
- Tartamudeo.

Fuente: Adaptado de Fernández Martín (2013).

Recomendaciones

Ante la sospecha de lenguaje verbal ausente, enlentecido o distorsionado, ya sea por la preocupación de la familia o los centros educativos, o la pesquisa de signos de alerta en el control pediátrico, se recomienda:

- Tener en cuenta todas las recomendaciones generales para el abordaje en la consulta planteadas en la [sección 1](#).
- Exploración física específica de la boca y aparato bucofonador:
 - Mirar paladar y velo del paladar (predictor de fisura submucosa).
 - Pedir al niño o niña que saque la lengua y la levante hacia el labio superior o nariz.
 - Valorar simetría en la oclusión (mordida cruzada, lateral, mordida abierta).
 - Valorar retrognatia.
 - Valorar respiración nasal (pedirle que mantenga la boca cerrada o darle un papel para que sostenga entre los labios mientras se realiza otra tarea de la consulta).
 - Escuchar la voz.

- Anamnesis:
 - Preguntar si otras personas entienden al niño o niña.
 - Tomar como válidas las preocupaciones de los referentes, especialmente si hay otros niños en el entorno con otro patrón de desarrollo, evitando realizar comentarios como: «Todavía es chico, ya va a hablar».
- Ante la impresión de alteración en el desarrollo del lenguaje es importante descartar otras causas en la consulta, con la anamnesis y otros elementos clínicos:
 - Hipoacusias (ver siguiente ítem).
 - Discapacidad intelectual.
 - Privación socioafectiva.
 - Trastornos del espectro autista.
 - Trastornos de la motricidad bucofaríngea.
 - Lesiones del sistema nervioso central.
- Hipoacusias: ante la presencia de alteración en el desarrollo del lenguaje es importante contar con valoración auditiva por otorrinolaringólogo, así como aplicar el protocolo de detección precoz de hipoacusia congénita ante un niño con factores de riesgo.⁸

⁸ «El tratamiento de las hipoacusias neurosensoriales consiste, de acuerdo a la severidad de la misma, en el inicio del equipamiento auditivo (audífonos) a los 6 meses de vida, el Implante Coclear alrededor del año de vida y la estimulación del lenguaje con fonoaudiólogo» (MSP, 2017).

- Si impresiona alguna de estas causas, derivar a valoración y tratamiento específico.
- Si se descartan estas causas, iniciar el abordaje del trastorno del lenguaje con fonoaudiología.
- Ante la duda, continuar la valoración de las otras causas e iniciar abordaje en simultáneo.

Ante la identificación de regresión del desarrollo en alguna de las conductas/hitos ya adquiridos (lenguaje, social, motor o coordinación) se deberá actuar con urgencia, derivando a neuropediatría o considerando derivación a puerta de emergencia o ingreso hospitalario si la interconsulta no se logra de inmediato.

- Realizar seguimiento del abordaje:
 - Citar a un control próximamente.
 - Indagar si pudo comenzar el abordaje específico y consignar en la HC.
 - En caso afirmativo, solicitar informes del tipo de abordaje que está recibiendo, con hipótesis diagnóstica para incluir en la HC.
 - Educar a los referentes para que tengan un rol activo en el abordaje: que se familiaricen con los técnicos que lo realizan, que soliciten recomendaciones específicas para fortalecerlo en el domicilio (ejercicios, materiales de apoyo).
 - Se recomiendan abordajes individuales preferentemente. En algunos casos puede haber un adecuado funcionamiento de grupos de dos o tres niños con similitudes diagnósticas y de desarrollo.

- Considerar la incorporación de sistemas de comunicación aumentativa y alternativa cuando se detectan dificultades significativas ([ver comentario en la sección 2, apartado «Comunicación y lenguaje»](#)).
- Siempre brindar recomendaciones a las familias para favorecer y estimular el desarrollo del lenguaje ([ver sección 2](#)).
- Consultar las guías disponibles en la [sección 4](#) para recomendar a las familias.

Interacción social

La interacción social se encuentra muy vinculada a la comunicación. Las habilidades de interacción social se comienzan a desarrollar desde edades muy tempranas en el vínculo de los recién nacidos con sus referentes afectivos. En la medida en que padres, madres y otros referentes afectivos empiezan a comprender y decodificar las señales de los bebés, brindando respuesta a ellas, se van desarrollando el vínculo de apego y el sentido de la comunicación.

En los **primeros meses**, el contacto físico y la manera en que son manipulados son el vehículo más importante de la interacción. Todos los sentidos están orientados a la búsqueda de cercanía de los y las bebés con sus figuras de apego. El contacto piel con piel, la mirada de sus referentes, el sonido de sus voces y el olor del pecho materno cuando se ha establecido la lactancia son elementos que les ayudan a calmarse.

A los **tres meses** de edad, se puede observar que los bebés interactúan de manera diferente con distintas personas. La sonrisa como movimiento reflejo comienza a dar lugar a la **sonrisa social**, que se distingue en que busca ser respondida. También empiezan a esperar respuesta a sus balbuceos, comenzando a darse verdaderos **intercambios vocálicos**.

Es esperable que alrededor de los **8 meses** los bebés puedan expresar ansiedad cuando se les separa de sus figuras de apego, sus referentes afectivos. A este comportamiento se le denomina **angustia de separación**. Pueden presentar llanto de variable intensidad ante la presencia de personas extrañas, incluso de conocidos con quienes no están a diario. Esta conducta es esperable en el desarrollo de niños y niñas y no debería interpretarse como rechazo. Debería llamar la atención si esto no aparece

y se muestran indiferentes a la presencia de extraños. A medida que van creciendo disminuye la angustia de separación.

En el transcurso del **primer año**, el desarrollo de las habilidades de interacción social es notorio en intentos de iniciar una interacción o empezar a tomar turnos. Por otro lado, a medida que se vuelven más autónomos, pueden presentar comportamientos de pellizcar, morder y quitar cosas de las manos de otros para conseguir lo que desean. Es tarea de los cuidadores enseñarles a redirigir el comportamiento.

Desde la observación y el modelado en la primera infancia, así como por la puesta en práctica con ensayo y error en la edad inicial, en estas etapas es posible adquirir **habilidades de interacción social** tanto con pares como con adultos. Entre ellas se incluyen las capacidades de planificar y tomar decisiones con otros, tener interacciones positivas y apropiadas con otros, distinguir el comportamiento peligroso o inapropiado y la resolución de conflictos. El desarrollo temprano de estas habilidades permitirá que se sientan más seguros y competentes en las siguientes etapas.

Factores de riesgo y factores protectores específicos

Además de los factores de riesgo y los factores protectores específicos para el desarrollo integral de niños y niñas, es importante considerar con relación a la interacción social como **factores protectores** la oportunidad de exposición a modelos de interacción positivos, así como la oportunidad de socializar con pares y con adultos referentes, cuidadores con una actitud de respeto por los tiempos del niño o la niña.

Como **factores de riesgo** específicos tenemos la falta de oportunidades de interacción con otras personas y otros entornos, tanto pares como adultos, y la falta de referentes afectivos disponibles para la interacción. La sobreestimulación también constituye un factor de riesgo.

Es importante tener en cuenta la adquisición esperable de las conductas de interacción social de manera evolutiva, en el contexto de todo el proceso de desarrollo del niño o la niña.

Recomendaciones específicas por áreas de preocupación o alteraciones

ADQUISICIÓN ESPERABLE DE CONDUCTAS DE INTERACCIÓN SOCIAL	
RANGO DE EDAD	CONDUCTA DEL ÁREA DE INTERACCIÓN SOCIAL ESPERABLE
0-3 meses	Mira a la cara.
2-6 meses	Risa sonora.
2-6 meses	Reacción frente al espejo.
3-8 meses	Juega a «está-no está».
4-8 meses	Anticipación de rutinas cotidianas.
5-11 meses	Distingue a personas conocidas de aquellas que no conoce.
5-11 meses	Encuentra objetos que se le ocultan a la vista.
5-15 meses	Participa en juegos interactivos con el adulto.
11-19 meses	Imita (gestos, acciones, sonidos, palabras de la vida cotidiana).
11-19 meses	Juego de representación.
11-19 meses	Inicia contacto social con otros niños.
14 a 23 meses	Uso social del lenguaje.
17-26 meses	Juego en paralelo.
17-30 meses	Comienza a seguir normas sencillas de la casa, rutinas.
21-30 meses	Arma juegos de roles.
21-32 meses	Controla esfínteres (diurno).
2-3,5 años	Arma rompecabezas de 2 piezas.
3-4,5 años	Controla esfínteres (diurno y nocturno).
3-4,5 años	Cuenta experiencias que le pasaron.
3-5 años	Nombra acciones mirando una lámina.
4-5 años	Expresión de sentimientos.
5-6 años	Participa en juegos de competencia.

Fuente: Adaptado de MSP y UNICEF (s. f.).

Especialmente cuando se percibe un **retraso en la adquisición de estas conductas** se recomienda ser más exhaustivo:

Indagar:

- ¿Cómo es su interés por otros niños?
- ¿Cómo responde al acercamiento de pares?
- ¿Cómo responde al acercamiento de otros adultos?
- Solicitar esta información a las instituciones donde está inserto el niño o la niña para conocer su comportamiento social en diferentes ámbitos.

Valorar:

- Interacción visual
- Frecuencia y calidad de las iniciativas
- Saludo
- Cómo pide o muestra algo

Estos aspectos se pueden valorar en la consulta. Prestar atención, si es posible, al comportamiento social del niño o la niña en sala de espera.

Recomendaciones para brindar a los referentes

Para fomentar la aceptación de otras personas o nuevos cuidadores, es importante brindarles a niños y niñas la oportunidad de adaptarse gradualmente a la nueva situación en presencia de sus figuras de apego. Puede dar buen resultado ofrecer objetos transicionales (suelen ser objetos como peluches o mantitas, elegidos por niños y niñas como compañía) para que se sientan más seguros.

Es habitual que en caso de tener que ausentarse las figuras principales de apego, ya sea porque el referente se retira del hogar o porque el niño o la niña acude a un centro de primera infancia, al momento

del reencuentro expresen sus emociones de manera intensa. Es importante que los referentes no se vayan a escondidas, sino que puedan anticiparle que se van a ir, despedirse de manera sencilla y explicar que regresarán, sin prolongar este momento.

Recordar a los referentes que niños y niñas adquieren la mayoría de sus habilidades y conductas a través del mecanismo de aprendizaje imitativo (el modelado con el ejemplo de quienes les rodean, especialmente sus referentes afectivos) y el reforzamiento (si obtengo una consecuencia positiva, por ejemplo, atención de mi madre o padre, por realizar una conducta, es más probable que la vuelva a realizar).

Recomendar:

- Brindar oportunidades de socialización con pares desde edades tempranas, ya sea en el contexto familiar, en ámbitos sociales y comunitarios o en espacios públicos recreativos.
- Brindar oportunidad de desarrollo de vínculos significativos con otros niños y niñas, especialmente en aquellos casos en que no hay otros niños y niñas en la familia con quienes pueda tener contacto frecuente.
- Fomentar la inserción temprana en el ámbito educativo, especialmente en presencia de factores de riesgo.
- Recordar que la educación inicial es obligatoria en Uruguay a partir de Nivel 4 (4 años cumplidos al 30 de abril del año lectivo).
- Limitar la exposición a pantallas a edades tempranas, ya que disminuyen las oportunidades de interacción con el entorno y de juego.
- Aprovechar las distintas oportunidades cotidianas, como la alimentación, el tiempo de aseo y los trayectos, para fomentar y estimular la interacción social a través del juego y las conversaciones como instancias de reciprocidad.

Consultar el apartado [«Comunicación y lenguaje»](#) en la sección 2 para ampliar estas recomendaciones.

SEÑALES DE ALARMA	
A los 4 meses	Pasividad excesiva (poco demandante, quieto).
A los 18 meses	Contacto ocular pobre, no sostenido durante la interacción con el otro. Falta de interés por lo que le rodea. No trae objetos para mostrarlos (no se detiene a fijar la mirada en el rostro del interlocutor cuando entrega el objeto). No tiene intención comunicativa.
A los 4 años	Dificultad para relacionarse con pares. Ausencia de juego simbólico o poco elaborado y repetitivo.

Fuente: Adaptado de MSP y UNICEF (s. f.).

Ante la **ausencia de conductas esperadas** a una determinada edad y presencia de las **señales de alarma** anteriormente destacadas:

- Realizar una anamnesis más exhaustiva.
- Valorar en profundidad todas las áreas del desarrollo.
- Brindar recomendaciones a la familia.
- Recabar la mayor cantidad de información posible de para valorar la situación.
- Consignar lo observado en la HC.
- Agendar un próximo control a la brevedad.
- Considerar derivación si se obtienen más elementos que puedan indicar un trastorno del neurodesarrollo.

Ante la identificación de regresión del desarrollo en alguna de las conductas/hitos ya adquiridos (lenguaje, social, motor o coordinación) se deberá actuar con urgencia, derivando a neuropediatría o considerando derivación a puerta de emergencia o ingreso hospitalario si la interconsulta no se logra de inmediato

Regulación y comportamiento

La **autorregulación** es un proceso que permite la modulación del estado de activación del sistema nervioso central. Ello implica el estado de alerta, la transición entre sueño y vigilia y los cambios que permiten adaptarse a diferentes estímulos externos e internos. El desarrollo de la autorregulación depende de la interacción entre la maduración fisiológica, las respuestas de los cuidadores y la adaptación del niño o la niña a las demandas del medio. Este proceso es crítico para que esa adaptación sea exitosa.

La autorregulación se manifiesta en distintos procesos según la etapa de desarrollo. En las **primeras semanas de vida** se expresa en la capacidad del recién nacido de conciliar y sostener el sueño y de calmarse en brazos. En la **primera infancia** aparece también en la capacidad gradual de manejar sus emociones, inhibir conductas y concentrar la atención en tareas importantes.

Los bebés van modulando sus funciones fisiológicas con la maduración y con la ayuda de cuidados sensibles, que sean predecibles y constantes. De esta manera, van desarrollando la capacidad de autorregulación, lo que les permite gradualmente establecer un patrón de sueño-vigilia en el día y dirigir su atención a otras actividades. Por lo tanto, la capacidad de autorregulación es un factor importante para la adquisición de la progresiva autonomía.

Existe gran variabilidad individual en el proceso de autorregulación, así como gran variedad de respuestas del mundo adulto a las manifestaciones de cada niño o niña. Ello influye también en el desarrollo de su capacidad de autorregulación.

Factores de riesgo específicos

- Antecedentes de prematuridad o pequeños para la edad gestacional
- Enfermedades genéticas

- Exposición prenatal a alcohol o procesos infecciosos del sistema nervioso central

La capacidad de autorregulación está íntimamente relacionada con el **temperamento**, definido como las diferencias individuales estables en la calidad e intensidad de las reacciones emocionales. Las características intrínsecas del temperamento afectan también el estilo de afrontamiento y la adaptación. Según el **modelo de bondad de ajuste descrito por Thomas y Chess** (citados en Ramos *et al.*, 2009), el temperamento está constituido por nueve dimensiones:

- Nivel de actividad: energía física que muestra en su comportamiento
- Ritmo: las horas de comer, dormir y defecar son regulares o poco predecibles
- Calidad del ánimo: contento o descontento
- Respuesta frente a experiencias nuevas: se acerca o se retira
- Adaptabilidad: le lleva poco o mucho tiempo adaptarse a una situación nueva
- Atención y persistencia: capacidad de permanecer con interés en algo a pesar de distracciones
- Distractibilidad: es difícil o fácil conseguir que desvíe su atención
- Umbral de respuestas: sensibilidad o reactividad para lograr una respuesta ante el estímulo
- Intensidad de las reacciones: ante una frustración o molestia se disgusta poco o expresa intensamente su malestar

Según cómo se articulen estas dimensiones, será el tipo de temperamento que presente cada bebé. La mayoría tienen un **temperamento activo o «fácil»**, ya que logran adaptarse a los cambios y rutinas, sin expresar con demasiada intensidad sus emociones. Otros presentan un **temperamento lento**, lo que quiere decir que su adaptación a los cambios puede ser más lenta, pero no expresan intensamente su malestar. Algunos bebés presentan un desafío mayor, con un **temperamento difícil**, es decir, les cuesta adaptarse a los cambios y también expresan intensamente sus

emociones, pudiendo tener dificultad a su vez para adquirir rutinas. Otro gran grupo presenta características **temperamentales mixtas**.

Desde la **consulta pediátrica, se puede reforzar el concepto de que son los cuidadores quienes tienen que adaptarse a las características de cada bebé**. Una **respuesta adecuada** a sus necesidades es lo que les ayudará a regularse. Para ello se necesita tiempo, paciencia, mantenerse en calma y ensayar diferentes respuestas hasta encontrar la que funcione en cada momento. También es importante ofrecerles la posibilidad de tener actividad de acuerdo a sus necesidades, cuidando no estimular demasiado a quien precise más tranquilidad. Es importante que la familia o los cuidadores puedan comprender el temperamento del niño o la niña y entender cómo es la respuesta adulta a él. De esa manera, se les puede ayudar a brindar una respuesta más adecuada a la expresión de las distintas dimensiones del temperamento del niño o la niña.

El **llanto** es uno de los comportamientos que más malestar genera en los cuidadores cuando no pueden calmarlo. Es fundamental transmitir a las familias que es esperable que haya llantos y que no es recomendable dejar a un bebé que llora sin recibir respuesta. Se sugiere aconsejar que busquen ayuda de otras personas si sienten que no pueden lidiar con la situación.

A medida que niños y niñas van creciendo y madurando, estos rasgos temperamentales se irán expresando también en su **comportamiento**. Es esperable que haya diversidad de comportamientos en niños y niñas de la misma edad. Hay algunos más tímidos y otros más extrovertidos. Algunos se mostrarán más impulsivos, mientras que otros serán más reflexivos. Los habrá que acepten límites fácilmente, mientras que otros se resistirán más. Hay niños y niñas más activos y ruidosos y otros más tranquilos. En ocasiones, y **según la expectativa familiar y las pautas culturales, las familias pueden considerar que el comportamiento habitual del niño o la niña es un problema**.

La autorregulación permite a niños y niñas una creciente autonomía y adaptación al entorno. Para ello, hacia los 2-3 años de edad, van desarrollando distintas habilidades: pasar de la gratificación inmediata a la gratificación diferida, modular sus respuestas, mantener la calma, concentrarse en una tarea, aprender que las acciones tienen consecuencias y

comportarse de la manera esperada de acuerdo a las normas transmitidas por sus cuidadores.

Algunos comportamientos habituales y esperables en niños y niñas pequeños son:

- Que muerdan, peguen o pellizquen a sus pares o referentes cuando se enojan.
- Que hagan un berrinche (o rabieta).
- Que se opongan a lo que se les pide (señal de autoafirmación).
- Intentar transgredir los límites.
- Mentir: «Yo no fui».

Algunas pautas que se pueden brindar a las familias

- Estar atentos y anticipar los momentos en que les parece que los niños o niñas están empezando a no poder regularse.
- En los casos en que se enojan y agreden, importa poner en palabras su enojo y contenerlos para que se detengan y entiendan que no pueden hacerlo. Se los puede redirigir hacia otra actividad luego.
- Anticipar las normas y límites con lenguaje breve y concreto. Explicar las consecuencias previamente.
- Intentar que haya conocimiento, acuerdo y consistencia en las normas que se transmiten a los niños y niñas por parte de todos sus cuidadores. En los casos en que comparten más de un hogar, en lo posible se recomienda conocer cuáles son las pautas en cada casa y llegar a algunos acuerdos sobre las más importantes.
- Reforzar los momentos en que logran regularse, responder al límite o comportarse de la manera esperada.
- Mantener los límites con firmeza, sin agresividad. No es necesario gritar para que comprendan el «no» del adulto, sino mantener firme el límite y no ceder ante protestas.
- Algunos límites son negociables y otros no. Es importante que niños y niñas puedan ir aprendiendo qué cosas se pueden negociar y cuáles

no. Por ejemplo: no es negociable salir con abrigo cuando hace frío, pero sí puede ser negociable qué abrigo llevar.

- Explicar los límites que puedan ir transmitiéndoles responsabilidad por su comportamiento. Por ejemplo: «Hay que guardar los juguetes para que no se estropeen ni se pierdan y así volver a usarlos otro día».
- En situaciones de conflicto entre pares, estar atentos pero darles la oportunidad de que intenten resolverlo a su manera antes de intervenir.

El comportamiento debe ser analizado teniendo en cuenta todas sus dimensiones y el contexto en el que ocurre, así como la respuesta del entorno a él.

Intervención desde la consulta pediátrica en el PNA

- Explicar que todo comportamiento se da en un contexto. El cansancio, el hambre y la sobrecarga de estímulos suelen dificultar la autorregulación de niños y niñas pequeños.
- Ayudar a los referentes a definir cómo es el comportamiento. Por ejemplo: si plantean que el niño «no hace caso» o «se porta mal», solicitar que describan qué quiere decir para ellos que «se porta mal». Tomar una de las conductas que describen y preguntar:
 - *¿Qué estaba ocurriendo antes de ese comportamiento, dónde estaban, con quiénes?* (Antecedente de la conducta)
 - *¿Cuál fue la expresión e intensidad del comportamiento?* (Conducta)
 - *¿Qué pasó después de esa conducta? ¿Qué logró el niño o niña con ese comportamiento?* (Consecuencia tanto en el niño como en el entorno: consigue lo que quiere / recibe atención / reprimenda / es ignorado / se lo ayuda a calmarse).
- Conocer qué sentido le dan los referentes al comportamiento. Por ejemplo: «Me lo hace a propósito / Es porque está celoso del hermano

/ Es porque en la casa del padre lo dejan hacer cualquier cosa / No entiendo por qué hace esto».

- Indagar acerca de cómo el entorno reacciona ante el comportamiento.
- Explorar si hubo un cambio en el perfil del comportamiento del niño o la niña respecto a su comportamiento previo: *¿Es habitual que se comporte así? ¿Cómo era de más pequeña? ¿Es algo que les empezó a llamar la atención recientemente?*
- Brindar herramientas a los referentes para que puedan ayudar al niño o la niña a regularse y a expresar sus emociones:
 - Mantener la calma.
 - Retirar al niño o la niña de la situación si es necesario.
 - Ayudar al niño o la niña a expresarse de manera clara.
 - Esperar a que se calme para explicarle que ese comportamiento no es apropiado.
 - Establecer consecuencias que estén asociadas a la conducta que se quiere corregir. Por ejemplo: si tira algo al piso, lo tiene que levantar.
 - Consultar cómo es el comportamiento con otros cuidadores y cómo estos responden al comportamiento del niño o la niña.
- Estimular a los referentes para que mantengan comunicación con los centros de primera infancia para conocer cómo es el funcionamiento del niño o la niña en ellos y obtener apoyo.
- Registrar en la HC las preocupaciones y recomendaciones para poder consultar la evolución en los siguientes controles.
- Derivación a salud mental:
 - Si la frecuencia y la intensidad de las crisis comportamentales implican riesgos y esto se mantienen a pesar de las recomendaciones a los referentes.
 - Cuando se percibe un cambio brusco en el perfil de desarrollo sin que haya un factor del entorno claro y los referentes expresan preocupación.

- Si se asocia a alteraciones en otras áreas del desarrollo y se presenta el desajuste comportamental en varios contextos.

Por último, cabe recordar que el comportamiento de los niños puede ser reflejo y expresión de situaciones de su entorno, tanto protagonizadas como presenciadas. Se recomienda prestar especial atención a la intensificación del comportamiento o a su discordancia con el perfil habitual del niño o la niña para **indagar acerca de qué puede estar pasando, de manera respetuosa y sin juzgar.**

INVITAMOS A RECOMENDAR A LOS Y LAS REFERENTES LOS SIGUIENTES ARTÍCULOS:

La frustración y el control de las emociones en la primera infancia.

Disponible en <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/primeros-anos/la-frustracion-y-el-control-de-las-emociones-en-la-primera-infancia>



La agresividad en niños de 3 a 5 años y cómo controlarla. Disponible en <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/primeros-anos/la-agresividad-en-ninos-de-3-5-anos-y-como-controlarla>



Sueño

El sueño es un estado fisiológico, rítmico y reversible que determina una abolición de la conciencia y la vigilia, y la reducción de la respuesta a estímulos ambientales, acompañado de cambios funcionales en procesos neuroendocrinos y de transmisión neuronal de suma importancia en la correcta integración de los sistemas que operan en el sistema nervioso central.

Dormir es una actividad necesaria para el organismo en todas las etapas de la vida. En los primeros años de vida el sueño incide directamente en el desarrollo físico, neurológico, cognitivo, afectivo y social. Durante el sueño se restaura la homeostasis del sistema nervioso central y de los demás tejidos del organismo. El sueño adecuado permite realizar las actividades diarias con normalidad. La sospecha de que el mal dormir afecta la cognición y el neurodesarrollo infantil se remonta a tiempos muy antiguos; en la última década las investigaciones confirman esta relación, pues, además de afectar el comportamiento y el estado de ánimo, altera la atención selectiva, la vigilia y la memoria.

La estructura del sueño infantil difiere de la del adulto en sus primeras etapas y va variando a medida que va creciendo y madurando el niño o la niña. La duración del sueño también varía de acuerdo a la edad, el estado de salud, el estado emocional y otros factores externos que lo condicionan.

El médico del PNA cumple un rol fundamental en la prevención, la detección temprana y la intervención de estos trastornos, ya que la mayoría de ellos puede abordarse y corregirse desde dicho nivel asistencial. Un ejemplo de ello es que en estos casos predominan los hábitos de sueño inadecuados.

Desde la consulta pediátrica es posible indagar sobre el sueño desde etapas tempranas, promover hábitos de sueño saludables, detectar posibles alteraciones o trastornos orientando el diagnóstico, brindar recomendaciones a la familia y niños y niñas, y realizar derivación y seguimiento cuando sea necesario.

ESTRUCTURA DEL SUEÑO SEGÚN ETAPA DEL DESARROLLO		TIEMPO DE SUEÑO ESPERADO
Recién nacido a término	Se presentan dos fases de sueño: Sueño activo (movimientos oculares con ojos cerrados, atonía axial con posibles mioclonias, movimientos faciales: sonrisas, muecas). Sueño tranquilo (conducta tranquila, sin movimientos corporales y con una respiración regular).	16-18 horas a lo largo del día, disminuyendo gradualmente hasta llegar a
Hasta los 3 meses	Pasa de la vigilia al sueño activo directamente. El patrón de sueño es polifásico y se distribuye a lo largo del día y la noche, con una duración de sueño de 2-3 horas y con un factor limitante principal que es el estímulo hambre-saciedad.	14-16 horas a los 2-3 meses.
3-12 meses	Aparecen los estadios del sueño NREM (N1 a N3), que, alternados con los de la fase REM, constituyen los ciclos de sueño.	
4-6 meses	Aparece el ritmo circadiano de la temperatura y la melatonina debido a la maduración del núcleo supraquiasmático del hipotálamo, consolidándose un período de sueño nocturno más prolongado y desarrollándose un ritmo multimodal, con una siesta en la mañana, una siesta en la tarde y un largo sueño nocturno.	13-15 horas a los 3 meses, a lo largo del día.
Desde los 8-10 meses	La organización y los ciclos del sueño comienzan a ser muy parecidos a los del adulto.	
Hacia los 18 meses	Se retira la siesta matinal y persiste una siesta a mediodía, consolidándose un largo sueño nocturno.	14 horas promedio desde los 12 meses.

ESTRUCTURA DEL SUEÑO SEGÚN ETAPA DEL DESARROLLO		TIEMPO DE SUEÑO ESPERADO
2-5 años	Las cantidades de sueño permanecen estables y entre los 3 y los 5 años se consolida un único período nocturno de sueño con supresión de las siestas diurnas.	13-14 horas desde los 2 años.
5-10 años	Los patrones del sueño ya muestran una cierta estabilidad y se parecen a los de los adultos. A esta edad, la presencia de manera constante de siestas diurnas alerta sobre la posible existencia de algún proceso patológico.	11-12 horas a los 5 años, disminuyendo a 10 horas hacia los 9 años.
10-12 años		8-10 horas.

Fuente: Adaptado de Carmona Belda *et al.* (2022).

Aproximadamente el 30% de los niños presentan algún trastorno del sueño durante su infancia o adolescencia. En Uruguay, la frecuencia de trastornos del sueño en niños sanos en Montevideo, según un trabajo realizado en 2014 (Pedemonte *et al.*, 2014), fue de 31%. Entre los menores de 5 años cerca de un 30% presenta algún problema del sueño y en niños de entre 4 y 12 años, entre un 13% y un 27% de los padres manifiestan dificultades del sueño en sus hijos.

La mayoría de los niños que manifiestan dificultades en el sueño durante la primera infancia las mantendrán durante la adolescencia. De ahí la importancia de su prevención y el abordaje terapéutico en edades tempranas.

Los **problemas del sueño** son patrones de sueño que son insatisfactorios para los padres, el niño o el equipo de salud, mientras que los **trastornos del sueño** son una alteración real de la función fisiológica del sueño. Es muy importante la adecuada valoración de las dificultades referidas al sueño para determinar si efectivamente se está frente a un trastorno del sueño.

Los trastornos del sueño se clasifican en 6 grandes grupos, como se ilustra en la siguiente tabla.

GRUPO DE TRASTORNOS	TRASTORNOS
Insomnias	Dificultad para iniciar el sueño Dificultad para mantener el sueño Despertarse antes de lo deseado Dificultad para dormir sin el cuidador Resistencia para ir a la cama
Hipersomnias	Narcolepsia
Trastornos del sueño relacionados con la respiración	Apnea obstructiva del sueño
Trastornos por alteración del ritmo circadiano	Síndrome de fase de sueño retrasada
Parasomnias	Sonambulismo Terroros nocturnos Despertar confusional Pesadillas Parálisis del sueño
Trastornos del movimiento relacionados con el sueño	Movimientos rítmicos del sueño Bruxismo Síndrome de piernas inquietas Trastorno de movimientos periódicos de las extremidades

Algunos de los trastornos y problemas más frecuentes

INSOMNIO DE CONCILIACIÓN O DE MANTENIMIENTO

Se observa en un 20 a 30% de los lactantes y se mantiene hasta en un 14% en los niños pequeños menores de 5 años. Se considera que los 6 meses es una edad razonable para considerar por primera vez el diagnóstico de insomnio, a no ser que la falta de sueño sea muy marcada en edades más precoces.

El **insomnio conductual** es el más frecuente durante la infancia, presente hasta en más del 90% de los casos y en el resto, por causas médicas. Este tipo de insomnio suele estar vinculado con asociaciones durante el sueño que llevan a una dependencia del niño hacia estímulos

específicos para poder conciliar el sueño, como objetos, alimentación, dormir en brazos, etcétera, y, ante la ausencia de este estímulo específico, el sueño se retrasa considerablemente. También puede dificultar el mantenimiento del sueño.

Debido a que la presencia de asociaciones en pediatría es muy frecuente, se consideran patológicas solamente si la asociación es muy problemática o demandante, si la ausencia de la asociación causa retrasos marcados en el inicio del sueño o alteraciones significativas en este o si se requiere frecuentemente la presencia de los cuidadores para iniciar o reiniciar el sueño. Suele asociarse con la ausencia de límites o con situaciones en que son escasos o se aplican de manera inconsistente o imprevisible. Otros factores vinculados con el insomnio conductual son la presencia de una higiene de sueño inadecuada, psicofisiológica (ansiedad anticipada al sueño), tiempo excesivo en la cama, etcétera.

El tratamiento del insomnio debe basarse siempre en una buena higiene del sueño y potenciando los hábitos saludables. El tratamiento cognitivo conductual o farmacológico debe realizarse cuando persiste la clínica tras la optimización de las rutinas.

TRASTORNO DEL MOVIMIENTO RELACIONADOS CON EL SUEÑO

Los más frecuentes son los movimientos rítmicos estereotipados, que se inician en el primer año de vida, una etapa en que son frecuentes y se observan en entre el 50% y el 60% de los niños, y disminuyen paulatinamente con el crecimiento. Se ha propuesto que el factor desencadenante puede ser una estimulación vestibular, perpetuándose esta conducta por factores ambientales estresantes o poco estimulantes. Alguno de los movimientos rítmicos con el sueño puede ser el balanceo corporal (*body rocking*), golpearse la cabeza o balancear la cabeza (*head banging*).

TRASTORNOS DEL RITMO CIRCADIANO

Se presenta un sueño en cantidad y calidad normal, pero en momentos inadecuados. El más frecuente es el retraso de fase que predomina en los adolescentes y se produce en entre un 7% y un 16% de ellos. Se puede reportar antecedentes familiares.

El sueño se produce cuando diversos estímulos externos (luz, sonido, temperatura) e internos reguladores (células ganglionares de la retina, núcleo supraquiasmático del hipotálamo, glándula pineal) se conjugan y permiten la síntesis de melatonina, entre otros, que habilitarán el inicio del sueño, pero cuando surge cualquier alteración de estos factores (por ejemplo, uso de dispositivos electrónicos durante la tarde-noche) puede alterar la sincronización en la producción de melatonina y así retrasar el inicio del sueño.

TRASTORNOS RESPIRATORIOS RELACIONADOS CON EL SUEÑO

Se trata de un grupo de alteraciones que van desde un ronquido, apnea-hipopnea, asma nocturna, entre otras. En todo paciente con alteración o trastorno del sueño debe indagarse acerca de elementos que pueden hacer sospechar un compromiso respiratorio, como respiración bucal, cefalea matinal, bajo rendimiento académico, somnolencia diurna, sialorrea sobre la almohada, sudoración, sueño inquieto, despertares, enuresis. El examen físico es un elemento muy importante en el estudio de un niño con sospecha de trastorno respiratorio.

PARASOMNIAS

Entre los más frecuentes están los trastornos del despertar o arousal, suceden en la fase no REM y son los **terrores nocturnos**. Son episodios donde el niño comienza con gritos confusos, llanto inconsolable y expresión de pánico (palidez, sudoración, taquicardia, etc.). Puede darse en niños y niñas tan pequeños como menores de 2 años, pero su pico de incidencia es hacia los 7 años y tienden a desaparecer en condiciones normales de forma progresiva. Los **despertares confusionales** se dan cuando el niño o la niña abre los ojos, puede seguir acostado o sentarse en la cama, pero se muestra desorientado. Puede emitir palabras o frases incoherentes para volver a dormir tras varios minutos. A diferencia de los terrores nocturnos, los síntomas autonómicos no son frecuentes. Son típicos entre los 2 y los 5 años. El **sonambulismo** es el conjunto de fenómenos conductuales más complejos en un contexto o lugar inadecuado.

El niño se mantiene tranquilo y suele finalizar de manera espontánea. Su frecuencia aumenta con la edad, con un pico entre los 4 y los 8 años.

Las parasomnias más frecuentes en la fase REM son las **pesadillas**, donde el niño recuerda un sueño con contenido desagradable. Por la atonía de la fase REM el niño no suele moverse. Aparece hacia los 3 años. Otros problemas que pueden darse en esta fase del sueño son los trastornos de conducta del sueño REM y la parálisis del sueño.

Abordaje en la consulta pediátrica de los posibles problemas de sueño

Las expectativas de las familias respecto al sueño del niño o la niña inciden en su percepción de la situación. Es frecuente que lo que las familias refieren como un problema no sea verdaderamente una alteración en el sueño, como, por ejemplo, la consulta por despertares frecuentes que son fisiológicos en los primeros meses de vida. Por otro lado, la dimensión cultural, las experiencias previas y la capacidad de adaptación de cada familia determinarán que lo que para algunas familias puede ser considerado un problema no lo sea para otras.

RECORDAR

- Completar **exploración física** (facie adenoidea, respiración bucal, eczema, etc.).
- Realizar una **adecuada anamnesis** de las características del sueño, antecedentes y problemas concomitantes.
- Valorar **factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes**.
- Solicitar a los referentes completar **agendas de sueño** con la información de dos semanas como mínimo.
- Promover hábitos de sueño saludables a través de pautas de **higiene de sueño**.

- No minimizar las preocupaciones **familiares**.
- Educar a las familias respecto a lo esperable para cada etapa.
- Tener en cuenta la dimensión social y cultural y las pautas de crianza a las cuales la familia adhiere.
- Tener en cuenta que niños y niñas pueden tener más de un hogar donde duermen, donde las pautas y rutinas pueden diferir.
- Registrar las preocupaciones en la HC para poder realizar un seguimiento en los siguientes controles.
- Iniciar tratamiento farmacológico si corresponde y valorar la respuesta.
- Si luego de realizar sugerencias se valora que continúan las dificultades con repercusión orgánica y alteración en la calidad de vida, considerar derivación.
- Tener en cuenta sugerencias para la derivación en la [sección 1](#).

ANAMNESIS

La valoración de algunos aspectos ayudará a determinar si el problema es reactivo a circunstancias, a un momento o evento puntual o si podría sospecharse la presencia de un trastorno del sueño o patología. La mayor prevalencia de alteraciones del sueño se asocia a hábitos modificables. La anamnesis es fundamental, entonces, para identificar si nos encontramos ante hábitos de sueño poco adecuados.

Interesa considerar:

- Edad de inicio y duración de las dificultades.
- Hábitos de sueño: valorar rutina del sueño y aspectos de la higiene del sueño.
- Indagar acerca de las respuestas de los referentes a los despertares del niño o la niña.
- Conducta y desempeño durante el día.
- Historia familiar de trastornos del sueño.
- Presencia de eventos.

- Afectación de otras conductas basales y funciones biológicas.
- Uso crónico o puntual de fármacos o sustancias que puedan afectar el sueño.
- Presencia de otras patologías.
- Valoración clínica de los distintos trastornos del sueño.

FACTORES PREDISPONENTES, PRECIPITANTES Y PERPETUANTES

- Retraso en la aparición de los procesos de consolidación y regulación del sueño en los primeros años de vida.
- Mayor presencia y frecuencia de síntomas de insomnio en referentes adultos.
- Desorganización y desestructuración familiar.
- Situaciones de estrés familiar en general.
- Relaciones de los y las referentes con niños y niñas conflictivos.
- Actitudes demasiado permisivas o estrictas con relación tanto al momento de conciliar el sueño como a los despertares nocturnos.
- Amamantamiento prolongado como inductor del sueño.
- Colecho reactivo (colecho que no es elegido por los referentes, sino respuesta al comportamiento del niño o la niña durante la noche).
- Exposición a pantallas en la cama, exceso de tiempo de pantallas en la jornada o exposición a contenidos no adecuados para la edad (imágenes violentas, luchas, noticias).

Recomendaciones

- **Agenda o diario de sueño:** Solicitar a los referentes registrar diariamente hora de acostarse, despertares, tiempo que el niño o la niña pasa despierto durante la noche, qué ocurre en ese tiempo y qué estrategias aplican, hora de despertarse y calidad percibida del sueño. Se puede usar una planilla para simplificar el registro de los horarios, aunque importa poder registrar los aspectos cualitativos también. Puede ser útil agregar un **video** de los episodios que

llamen la atención a los cuidadores durante el sueño (especialmente útil para elementos respiratorios o movimientos).

FIGURA 1. Agenda/diario de sueño-vigilia

Centro de salud de																									
Pediatria		Agenda de sueño de																							
Día	D/F	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1																									
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									

Rellenar las horas que esté durmiendo [■] y dejar en blanco [□] cuando esté despierto. Marcar con una flecha hacia abajo al acostarle y con una flecha hacia arriba cuando se levante. D/F: Domingos o festivos.

Ejemplo: duerme hasta las 4 de la madrugada. Se levanta a las 4 y se acuesta a las 4:15. Permanece despierto hasta las 5:30 y en ese momento se queda dormido hasta las 9:00. A las nueve se levanta. A las 15:00 horas se le acuesta, se duerme a las 15:15 y se levanta a las 16:30. A las 20:30 horas se le acuesta, se duerme desde las 21:00 hasta las 23:00 horas. De 23:00 a 0:00 horas permanece despierto.

Día	F/D	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011).

- **Higiene del sueño:** Se trata de una serie de medidas conductuales que se recomiendan para lograr generar hábitos de sueño saludables. Algunos niños y niñas necesitarán más apoyo de medidas conductuales y contextuales para lograr un adecuado patrón de sueño. La mayoría de las alteraciones se pueden corregir de esta manera.
- Mantener un horario regular de las rutinas de alimentación y sueño (hora de levantarse y hora de acostarse).

- Intentar alimentarse 1-2 horas antes de acostarse. Evitar comidas de difícil digestión y el consumo de bebidas y alimentos estimulantes.
- Evitar actividades estresantes o sobreestimulantes antes del sueño. No se recomienda el uso de pantallas en las 2 horas previas a dormir.
- Establecer una rutina de sueño. Anticipar el momento de dormir al niño o la niña. Comenzar 20-30 minutos antes de acostarse a realizar actividades de higiene, vestimenta y relajación (cuentos, canciones tranquilas).
- Intentar llevarlo a la cama cuando ya está cansado pero no está dormido ni muy activo.
- Evitar la asociación de la cama o el dormitorio con castigo o rechazo.
- Promover la capacidad de dormirse de manera autónoma, de manera gradual (tener en cuenta la latencia de sueño de 15-30 minutos para evitar recomendaciones que generen ansiedad).
- Mantener las condiciones ambientales propicias para el buen descanso: luces bajas, temperatura agradable (templada), adecuada ventilación, ausencia de ruidos fuertes.
- Adecuar las siestas a la edad y las necesidades de desarrollo, así como a las exigencias diarias de la rutina de cada niño y niña. Hasta los 4-5 años es esperable que necesiten dormir siesta. Evitar siestas muy prolongadas o tardías.
- Realizar ejercicio, juegos o actividades al aire libre diariamente favorece el buen descanso, evitando realizarlo en las horas previas al descanso nocturno.

ALERTAS EN EL SUEÑO PARA VIGILAR SISTEMÁTICAMENTE:

- Trastorno del sueño: insomnio tranquilo o hipersomnia (4 meses)
- Persistentes dificultades para conciliar o mantener el sueño (4 años)

PAUTAS DE SUEÑO SEGURO RECOMENDADAS ACTUALMENTE PARA BEBÉS PARA EVITAR EL SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE:

- Dormir boca arriba, idealmente en una cuna junto a la cama de sus cuidadores
- Sin almohada, sin juguetes ni chichoneras
- Utilizar un colchón duro
- No abrigar demasiado
- Colocar los brazos fuera de las sábanas
- Alimentar con pecho materno
- En caso de usar chupete, que sea luego de afianzada la lactancia
- No fumar en el hogar

Fuente: Carné de control pediátrico de 0 a 12 años.

PRÁCTICA DE COLECHO:

«Es importante tener en cuenta que las familias optan por la práctica de colecho por distintas razones. En ocasiones no tienen otra posibilidad, en otras, no conocen sus riesgos o incluso prefieren realizarlo como opción de crianza. Dado que la práctica de colecho está ampliamente difundida y es realizada por muchas familias, es importante dar directivas claras de cómo practicarlo en condiciones más seguras. Identificar las condiciones que implican riesgo y proporcionar a los padres información adecuada, les permitirá adoptar una mejor decisión.

El riesgo de SMSL aumenta cuando el colecho es reactivo (colecho no planificado), en respuesta al comportamiento del niño durante la noche, el cual ocurre en general con padres exhaustos y en condiciones poco seguras. No se observó incremento del riesgo en la situación en

la que el niño es llevado por un período corto a la cama de su madre con el propósito de amamantar y/o incrementar el contacto piel a piel y luego ubicado en una cuna segura colocada al lado de la cama de la madre. El lugar más seguro para colocar a dormir a un lactante es boca arriba en su cuna, en la misma habitación de sus padres. Existe evidencia científica de que esta práctica disminuye el riesgo de SMSL en más del 50%. La cuna adosada a la cama materna («cuna de colecho») es una opción aceptable.»

Fuente: Comité de Muerte Súbita del Lactante, Comité de Lactancia (2022)

Importa transmitir a los referentes que es normal y esperable que los bebés pequeños se despierten frecuentemente y necesiten alimentarse durante la noche. No se debería esperar que difieran sus necesidades. Incorporar desde edades tempranas una rutina de sueño ayudará a incorporar hábitos saludables de sueño, pero no logrará que dejen de despertarse cuando lo necesiten.

A medida que crecen, se espera que vayan espaciando los despertares nocturnos y logren mantener el sueño durante toda la noche. En algunas ocasiones puede ser necesario apoyar a los referentes a adaptar su comportamiento para que esto se logre.

A continuación se describen algunas **técnicas conductuales para el tratamiento del insomnio conductual en la infancia** que pueden ser de utilidad a los referentes para modificar la conducta del niño o la niña respecto al sueño. Es importante tener en cuenta las percepciones, preferencias y expectativas de cada familia respecto al proceso para que adhieran a él y seleccionar las recomendaciones más ajustadas. No todas las familias se van a sentir cómodas con todas las técnicas. También hay que destacar que el éxito de estas técnicas depende de la constancia y el convencimiento que los cuidadores tengan, ya que los resultados no son inmediatos y los cambios necesitan sostenerse en el tiempo para ser efectivos.

- **Extinción estándar:** Implica que se acueste al niño en la cama aún despierto, habiendo completado el ritual que precede al sueño, y se ignoren las demandas posteriores hasta la mañana siguiente. Actualmente este método no se recomienda a edades tempranas porque puede generar estrés tanto en niños y niñas como en sus cuidadores y, por lo tanto, sería contraproducente para su desarrollo aun lográndose mejorar el insomnio.
- **Extinción gradual:** Implica la retirada gradual de la excesiva implicación del adulto en el proceso de inicio de sueño, permitiendo la intervención en intervalos de tiempo reducidos que se van aumentando progresivamente. Por ejemplo: primero el o la referente permanece en la habitación/cama con el niño o la niña hasta que se duerme profundamente; luego, se queda hasta que recién se logra dormir; luego, hasta que está por quedarse dormido; paulatinamente va empezando a retirarse del dormitorio o a alejarse de la cama cuando aún está despierto y volviendo, aumentando el tiempo que se retira, hasta que el niño o la niña entiende que sus referentes están cerca y disponibles y logra conciliar el sueño sin su presencia.
- **Ritual presueño:** A través del control de estímulos constante y del condicionamiento operante se busca reforzar las conductas apropiadas (relajarse, estar tranquilo) y extinguir las conductas inapropiadas (gritos, pedidos) en la anticipación del inicio del sueño.
- **Retraso de la hora de acostarse:** Implica diferir el momento de acostar al niño o la niña al tiempo del inicio real del sueño. En caso de que no se duerma, implica levantarlo de la cama hasta que llegue ese momento.
- **Despertares programados:** En el caso de presencia de despertares nocturnos, implica anticiparse por unos 15-30 minutos al despertar habitual del niño o la niña, satisfacer sus necesidades habituales (alimentación, higiene, contacto) e ir espaciando progresivamente el período de tiempo entre despertares.
- **Educación de los padres/prevención:** Implica el desarrollo de programas de educación sobre sueño a los cuidadores y técnicas conductuales que se pueden implementar.

Algunos conceptos generales respecto al sueño pueden ser transmitidos teniendo presente el conocimiento previo que se tiene de cada familia y niño o niña:

- El sueño es una función biológica que también está modulada por factores psicosociales y por las pautas de crianza del entorno.
- El desarrollo de hábitos relacionados con el sueño depende también de lo que acontece durante el día. Por ejemplo, si para esa familia la noche implica la separación de los referentes, será importante cómo se den las separaciones progresivas durante el día.
- No existen reglas universales para todos los niños y niñas ni para todas las familias. Las distintas opciones de cómo «dormir a los niños y niñas» dependen del sentido que se le brinde en cada familia a cada modelo.

Una vez más, recordamos que las recomendaciones no se pueden generalizar. No hay sistemas únicos que sean buenos o malos, sino que hay diferentes maneras que se adaptan a cada funcionamiento familiar y a cada niño o niña.

Trastornos del espectro autista (TEA)

De acuerdo a la clasificación vigente del DSM-V, el trastorno del espectro autista es un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por:

- **Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social** en diversos contextos.
- **Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades:**
 - Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos
 - Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados del comportamiento verbal o no verbal.
 - Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés
 - Híper- o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno

La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamientos restringidos y repetitivos y se caracteriza como: grado 1 - necesita ayuda, grado 2 - necesita ayuda notable y grado 3 - necesita ayuda muy notable.

La clasificación internacional de enfermedades mentales (CIE-11) distingue diversas presentaciones que incluyen la diferenciación de si se presenta o no trastorno del desarrollo intelectual y alteración o ausencia de lenguaje funcional.

Con alta frecuencia se asocian alteraciones en otras áreas del desarrollo. Los trastornos de ansiedad en sus diversas formas y el trastorno por

déficit de atención con hiperactividad tienen alta prevalencia de comorbilidad. También es frecuente asociar trastornos depresivos, trastornos de tics y alteraciones del sueño. La comorbilidad empeora la adaptación y el pronóstico, por lo que importa identificarlas en la evolución para adecuar el abordaje.

Los síntomas se reconocen normalmente entre los 12 y los 24 meses, pero se pueden observar antes si los retrasos del desarrollo son graves, o notar después de los 24 meses si los síntomas son más sutiles.

La **detección oportuna** y la **intervención temprana** suponen un índice de mejor pronóstico. Para ello, es fundamental:

- Aplicar la *Guía nacional para la vigilancia del desarrollo del niño y de la niña de 0 a 5 años* (MSP y UNICEF Uruguay, 2019), **derivando cuando corresponda**. Aunque se realice derivación, es necesario continuar interviniendo desde el PNA en las distintas áreas del desarrollo.
- Prestar atención a las preocupaciones de las familias.
- Ante presencia de señal de alarma, hacer anamnesis retrospectiva de las conductas esperables de desarrollo en los meses anteriores que se puedan haber pasado por alto en controles previos.
- Los profesionales del PNA se pueden apoyar en las siguientes escalas, que pueden ser útiles en la consulta para orientar la sospecha diagnóstica:
 - MCHAT (entre 16 y 30 meses, cuando hay sospecha)⁹
 - PEDS-R (para orientar preocupaciones de los padres cuando estas están presentes, de 0 a 7 años y 11 meses)
- Registrar adecuadamente desde cuándo comienzan las preocupaciones y especificar en qué áreas.

⁹ Lista de verificación modificada para autismo en niños pequeños, disponible en <https://www.autismspeaks.org/deteccion-temprana>

Factores de riesgo específicos

- Prenatal: hemorragias en el embarazo, infecciones como rubéola o citomegalovirus, diabetes gestacional, exposición a ácido valproico y talidomida, toma de antidepresivos, déficit de vitamina D durante el embarazo, obesidad materna, gestaciones múltiples, intervalos cortos entre embarazos, avanzada edad parental, procesos de fertilización *in vitro*.
- Perinatales: prematuridad, bajo peso al nacer, crecimiento fetal anormal, hipoxia en el parto, encefalopatía neonatal.
- Antecedentes familiares de TEA.

SIGNOS DE ALERTA MÁS RELEVANTES

- Ausencia de sonrisa social.
- No estira los brazos para que lo levanten antes de los 12 meses.
- Ausencia de angustia ante los extraños antes de los 12 meses.
- No responde a su nombre a los 12 meses.
- No balbucea ni hace gestos (saludar) a los 12 meses.
- No señala objetos mostrando interés a los 12 meses ni participa de la atención conjunta (no sigue la mirada ni la señalización de su cuidador).
- No desarrolla «juego de imitación» (por ejemplo, no da de comer a una muñeca) a los 18 meses.
- Evita el contacto ocular y quiere estar solo (parece estar «en su mundo»).
- No parece notar cuando sus familiares entran o salen de la habitación.
- Tiene dificultad para entender los sentimientos de otras personas o para expresar sus propios sentimientos.
- Presenta retraso en el habla y en habilidades lingüísticas.
- Repite palabras o frases una y otra vez.
- Da respuestas no relacionadas con las preguntas.
- Se altera con cambios mínimos.
- Muestra intereses obsesivos.
- Aletea con las manos, mueve el cuerpo de atrás hacia delante o gira en círculo.
- Reacciona de forma exagerada ante sonidos leves y olores, sabores, aspecto y textura de las cosas.
- Pérdida de habilidades de comunicación a cualquier edad (regresión autista).

Signos de alerta en etapas más tardías, a partir de los 5 años (se identifican en casos más leves o con otra presentación)	
Alteraciones en la comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo deficiente del lenguaje • Lenguaje fluido pero inadecuado al contexto • Prosodia particular (tono neutro)
Alteraciones en la interacción social	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para socializar o intentos inapropiados de jugar con pares • Dificultad para apreciar las normas culturales
Alteraciones en la interacción social	<ul style="list-style-type: none"> • Relación con adultos intensa o inexistente (por ejemplo, abraza pero de manera exagerada, inapropiada a la situación o a desconocidos) • o Reacciones extremas ante invasión de su espacio personal o cuando se le presiona con tareas ajenas a su foco de interés
Limitación de intereses, actividades y conductas	<ul style="list-style-type: none"> • Puede desarrollar un juego de imitación de escenarios a los que fue expuesto, pero falta flexibilidad y juego imaginativo • Dificultad para organizarse en situaciones poco estructuradas • Poca capacidad de adaptarse a cambios o situaciones por fuera de la rutina • Interés restrictivo y estereotipado sobre algunos temas
En algunas presentaciones, puede sobresalir en algunas áreas de conocimiento	

La **comunicación con los referentes familiares** es un aspecto muy relevante para acompañar el proceso de aceptación de la familia de la probabilidad de que el niño o la niña tenga un trastorno del desarrollo. Ello implica que la familia transite las distintas etapas de un proceso de duelo por «el niño sano», sin poder esperar que reaccionen con aceptación en primera instancia. Puede aparecer negación, enojo o angustia y es importante respetar la reacción emocional de la familia, mostrando empatía e interés de ayudarles. La comunicación adecuada también es fundamental para cuidar el vínculo y poder avanzar adecuadamente en el proceso diagnóstico, así como para lograr adherencia a los tratamientos.

En algunas ocasiones, las familias sospechan que hay un problema o alteración y buscan respuestas del sistema de salud para que les ayude a descartar o confirmar su sospecha e incertidumbre, que les genera estrés y ansiedad. En otras ocasiones, la familia no ha considerado que pueda haber una alteración en el desarrollo y será tarea del profesional de salud plantear a la familia este escenario, cuidadosamente, para que se pueda avanzar en el proceso diagnóstico e intervención. Esta situación es más frecuente en familias que no tienen contacto con otros niños.

Recomendaciones

Algunas **recomendaciones para la comunicación con la familia** son:

- Explicar lo que es esperable en el desarrollo de niños y niñas desde el nacimiento.
- Plantear lo que se está evaluando objetivamente en la consulta: *A esta edad los niños habitualmente señalan las cosas que les llaman la atención. Vamos a conversar un poco más sobre el comportamiento de [nombre] así conocemos cómo se viene desarrollando en estas áreas.*
- No se recomienda hablar de diagnósticos, dado que no hay confirmación de estos. Incluso si las familias plantean la sospecha de que el niño o la niña puede tener TEA, se puede responder: *Es cierto que [nombre] impresiona no tener un desarrollo comunicativo y social esperable para su edad. Vamos a continuar la valoración con ayuda de ustedes para conocer mejor lo que le pasa.*
- Explicar claramente a la familia los pasos a seguir, según corresponda:
 - *Les voy a pedir que presten atención a estos aspectos en estas semanas, hagan un registro y nos volvemos a ver pronto.*
 - *Les voy a sugerir algunas recomendaciones para estimular el lenguaje y les pido que luego me cuenten cómo les resultaron.*
 - *Vamos a iniciar apoyo en el desarrollo del lenguaje con fonoaudiología.*

- *Vamos a iniciar apoyo en el desarrollo motriz y en la interacción con psicomotricidad.*
- *Le voy a hacer un pase al [recurso que haya disponible en la zona y el prestador] para que continúe la valoración, mientras nosotros seguimos avanzando en apoyarlo de esta manera.*
- Ser positivos y mostrar confianza en la familia para desarrollar estrategias de afrontamiento adecuadas y apoyo al niño o la niña, poniendo el foco en el desarrollo de sus potencialidades y el vínculo con sus referentes.
- En la medida que se avanza en el proceso diagnóstico, brindar material informativo y herramientas educativas (consultar sección 4) y promover y facilitar el contacto con asociaciones de familiares de niños y niñas con TEA.

- Tener especialmente en cuenta las [recomendaciones generales](#) para realizar la anamnesis, la derivación, el seguimiento y la coordinación con otras instituciones planteadas en la primera sección de esta guía.
- Es fundamental el **abordaje conjunto con el sistema educativo**.
- La confirmación del diagnóstico puede demorar un tiempo considerable. Se recomienda no esperarla para **iniciar acciones de intervención temprana**, como la derivación a tratamientos para las áreas de mayor afectación.

En la consulta de niños con TEA, tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Solicitar a los referentes que anticipen la consulta al niño o la niña.
- Evitar que el tiempo en sala de espera sea muy prolongado y sugerir que esperen en algún rincón sin demasiados estímulos.

- Confiar en el criterio de manejo de los referentes, que son quienes mejor conocen qué funciona con cada niño o niña.
- Recibir al niño o niña y su familia de manera ordenada y tranquila.
- Utilizar lenguaje breve, concreto y claro.
- En caso de indicar un procedimiento (punciones, por ejemplo), preparar la situación con ayuda de los referentes y adaptar el mismo en la medida de lo posible. Se puede usar pictogramas y demostraciones con muñecos.
- Tener en cuenta que ante desajustes en el comportamiento o sensibilidad habituales se debe **sospechar síntomas enmascarados** (dolor, infecciones, lesiones).
- Ver en la [sección 4](#) el material *Recomendaciones para el trato y una atención adecuada de las personas con discapacidad en los servicios de salud*.

.....

INVITAMOS A RECOMENDAR A LOS Y LAS REFERENTES EL SIGUIENTE MATERIAL:

Guía de recursos para población con TEA y sus familias.

Disponible en <https://unidadtea.uy/2023/02/09/guia-de-recursos-para-poblacion-con-tea-y-sus-familias/>



Áreas afectadas de mayor prevalencia hacia la edad escolar

Luego de la primera infancia, alrededor de los 5 años y hasta aproximadamente los 10 años, comienza un tiempo de gran desarrollo cognitivo. Es una edad en la que se pasa de un tipo de pensamiento concreto a desarrollar un pensamiento más abstracto, que se alcanza en la adolescencia. También se pasa gradualmente de un punto de vista egocéntrico de las experiencias a poder prestar más atención a las experiencias ajenas.

Es una etapa de creciente autonomía y en la que los pares y el entorno comienzan a tener mayor relevancia. Los mecanismos de identificación y diferenciación son claves para comenzar a desarrollar una identidad. Niños y niñas comienzan también a compararse con los demás y a discriminar en qué lugar se ubican en relación con sus amistades, su familia, compañeros y comunidad. De acuerdo a cómo perciban este lugar, se sentirán más o menos cómodos, confiados y seguros. En esta etapa se continúan desarrollando el autoconcepto y la autoestima, aún dependientes de sus figuras de apego, de quienes buscan el reconocimiento.

Es importante desde el equipo de salud apoyar a los referentes para que puedan guiar y acompañar a niños y niñas en el proceso de adaptación gradual al entorno con crecientes desafíos y responsabilidades. Esto implica estimularlos a que ofrezcan a niños y niñas oportunidades de interacción con pares de manera cada vez más autónoma. También es conveniente ayudar a los referentes a que perciban la importancia de mantener interacciones positivas con niños y niñas para fortalecer la autoestima y la valía personal y que se sientan competentes.

La consulta pediátrica es un contexto privilegiado para obtener una visión global de lo que ocurre a niños y niñas y detectar de forma temprana los síntomas clínicos y señales de alerta que pueden verse hacia la

edad escolar. Para ello es importante afianzar la relación del equipo de salud con los niños y niñas y contribuir a desestigmatizar los problemas de salud mental.

Es primordial tomar una actitud activa en la exploración del estado de ánimo y el comportamiento con niños, niñas y referentes en esta etapa y poder comparar la perspectiva de unos y otros. Es habitual que en estas etapas las preocupaciones y atribuciones causales entre ambos no coincidan y esto es un elemento significativo también para incluir en la valoración.

En muchos casos será necesaria la derivación oportuna a equipos de salud mental o a tratamientos específicos para el abordaje de determinadas afecciones. En dichos casos, el rol del PNA continúa siendo fundamental para fortalecer la derivación, motivar la adherencia terapéutica en niños, niñas y referentes, y mantener la función de articulación y soporte.

En este capítulo se presentan algunas de las áreas del desarrollo y la salud mental de mayor preocupación y prevalencia en esta franja etaria que abarca la etapa escolar. Se brindan recomendaciones para abordar desde la consulta pediátrica del PNA los siguientes temas:

- Atención y nivel de actividad
- Rendimiento académico
- Control de impulsos y agresividad
- Estado de ánimo
- Ansiedad
- Lesiones autoinfligidas (LAI)
- Intentos de autoeliminación (IAE)
- Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

Atención y nivel de actividad

La atención es una de las funciones ejecutivas, un proceso mental que permite la resolución de problemas de diversa índole. A través de la atención es posible atender selectivamente a un estímulo específico, lo que implica poder inhibir otros estímulos a los que la persona está expuesta.

Muchas veces se asocia la dificultad en la autorregulación del movimiento. Es frecuente que las familias consulten porque los niños son «hiperactivos». Es importante llegar a definir junto a la familia qué implica para ellos que sea hiperactivo y valorar si es una condición que se da en varios contextos. En algunos casos se estará frente a una expectativa familiar de que el niño o la niña sea tranquilo, en discordancia con su edad o etapa de desarrollo. Pero en muchos casos se tratará de verdaderas dificultades en la autorregulación del movimiento.

A veces la consulta llega desde el sistema educativo. Se les solicita a los referentes que consulten porque en la escuela «no para quieto», o «no se puede con él». También puede ocurrir que haya una solicitud específica de medicación.

Es importante, entonces, realizar una adecuada valoración y explicar a los referentes que hay que hacer un análisis detallado y cuidadoso de la situación.

Intervención desde la consulta pediátrica en el PNA

- Realizar examen físico.
- Realizar anamnesis detallada, involucrando:
 - Observación del comportamiento en la consulta dentro y fuera del consultorio.

- Aspectos de la HC que puedan ser antecedentes significativos.
- Rasgos temperamentales y comportamentales previos en época de lactante y primera infancia (irritabilidad, dificultades para conciliar o mantener el sueño, impulsividad, actitud desafiante, juego desorganizado, poco cuidado de juguetes o materiales).
- Elementos de la escuela (cuadernos, evaluaciones previas, informe de su docente).
- Elementos de otros referentes que pueda tener el niño o la niña en otros ámbitos.
- Sentido que da la familia al comportamiento.
- Antecedentes familiares.
- Análisis funcional del comportamiento o «conducta problema»:
 - Contexto en que surge
 - Eventos desencadenantes
 - Presentación, frecuencia e intensidad de la conducta
 - Consecuencias en el niño o la niña y en el entorno
- Registrar en la HC las preocupaciones y su origen.
- Brindar pautas de apoyo a la familia y al niño o la niña:
 - Permitir que niños y niñas se enfrenten a resolver los distintos desafíos de la vida cotidiana de manera autónoma.
 - No interrumpir a niños y niñas cuando están concentrados en la ejecución de una actividad.
 - Favorecer juegos de mesa, puzles, juegos de memoria, de cartas.
 - Fomentar la lectura.
 - Fomentar actividades creativas.
 - Tener en cuenta proponer actividades que impliquen un desafío para niños y niñas, pero que no estén por encima de sus capacidades.
 - Compartir tiempo con niños y niñas realizando juegos corporales que requieran atención y concentración (por ejemplo: el

distraído, Simón dice, el semáforo, el juego de la silla) y a medida que crecen participar en actividades deportivas.

- Se pueden utilizar las escalas Vanderbilt¹⁰ o Conners revisada¹¹ para la orientación diagnóstica.
- En caso de reunir elementos que den cuenta de la presunción de la existencia de un trastorno o afectación de la escolarización, solicitar valoración por el equipo de salud mental o neuropsiquiatría.
- Se recomienda iniciar el abordaje de tratamientos específicos según los recursos disponibles. Recordar que a partir de los 6 años se requiere informe pedagógico, psicodiagnóstico o informe de los profesionales correspondientes de la actividad solicitada para la prestación de ayudas especiales (AYEX) del Banco de Previsión Social (BPS).
- Reforzar la importancia y necesidad de que niños y niñas puedan permanecer insertos en el ámbito escolar.
- Coordinar con el sistema educativo.

Algunas consideraciones en caso de trastorno por déficit de atención/hiperactividad

De acuerdo al DSM-V, el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) se agrupa dentro de los trastornos del neurodesarrollo. Se trata de un patrón persistente de inatención o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo. Puede tener una presentación combinada, una presentación predominante con falta de atención o una presentación predominante hiperactiva/impulsiva. Puede ser leve, moderado o grave, según la cantidad de síntomas presentes. Es

¹⁰ Disponible en https://agapap.org/druagapap/system/files/Vanderbilt%20Valoraci%C3%B3n1_0.pdf

¹¹ Disponible en <https://sepeap.org/escala-de-conners-revisada-edah/>

de alta prevalencia y, si bien tiene un elevado componente genético, es altamente sensible a los factores ambientales de riesgo.

Características clínicas:

- Conductuales: oposicionismo, insensibilidad, agresividad, inconstancia, falta de compromiso a largo plazo, variabilidad.
- Cognitivas: dificultades en la organización y la percepción del tiempo, dificultades en la planificación y la organización, dificultades de memoria de trabajo (memoria inmediata, recordar y seguir instrucciones, relacionar conceptos).
- Emocionales: dificultad para regular afectos (interiorización del lenguaje, regulación de la actividad, regulación de las actividades diarias).
- Sociales: problemas con compañeros, profesores y familiares, aislamiento social, dificultades para entender lo que es apropiado a cada contexto, rechazo social.
- Las manifestaciones deben estar presentes en más de un entorno.

El adecuado y oportuno tratamiento permite prevenir dificultades que se asocian a corto, mediano y largo plazo en las distintas áreas de la vida de la persona con TDAH. Sin un tratamiento enérgico, pueden verse afectadas las áreas académica, laboral y vincular a lo largo de la trayectoria vital. Es importante que los referentes dimensionen el impacto en la calidad de vida.

Las recomendaciones actuales para el tratamiento del TDAH proponen un **abordaje multimodal**. El tratamiento farmacológico es uno de los pilares, junto a otras estrategias no farmacológicas como la psicoeducación de los referentes y al niño o la niña, y el entrenamiento a los referentes para gestionar los problemas de conducta y emocionales que se suelen asociar, el tratamiento e intervención psicopedagógico y la terapia cognitivo-comportamental. Las recomendaciones a los referentes y a los centros educativos son fundamentales.

El tratamiento farmacológico no debería ser la primera ni la única opción, especialmente antes de la edad escolar. En el caso de aquellos

niños y niñas que requieren **tratamiento psicofarmacológico**, es indispensable que puedan acceder a consulta con equipo de salud mental o neuropsiquiatría. Es importante recordar que todo tratamiento psicofarmacológico requiere de monitorización estrecha y seguimiento regular.

Rendimiento académico

La disposición al aprendizaje escolar implica la capacidad de pensar y razonar. Incluye la inteligencia verbal y la no verbal. Depende de la maduración cognitiva y de las experiencias individuales.

Se espera que en la etapa escolar niños y niñas avancen de un proceso de pensamiento mágico al pensamiento lógico. A través del desarrollo del lenguaje, la percepción y la abstracción pueden adquirir las habilidades de lectura, escritura, comunicación y razonamiento lógico-matemático con creciente complejidad. Cada año escolar implica un avance significativo en este proceso, que conlleva avances en su capacidad de comprender el mundo que les rodea y desenvolverse en él. Cuando aparecen dificultades en los procesos de aprendizaje, así como alteraciones comportamentales o emocionales, se puede ver afectado este proceso de desarrollo esperado.

Es importante que la familia pueda mostrar entusiasmo y apoyo al niño o la niña, sin ser muy exigentes ni muy permisivos, felicitarlos por hacer su máximo esfuerzo y por los avances que logren en su proceso educativo. Se intenta promover la autoeficacia, que los escolares sepan qué hacer y confíen en sus habilidades. Para ello, es necesario que los referentes se involucren en el proceso de aprendizaje de los niños y niñas y conozcan cuáles son sus estilos de aprendizaje, así como las adaptaciones que sea necesario realizar para apoyarles. El buen desempeño escolar es uno de los factores que contribuyen a un desarrollo saludable de la autoestima.

Intervención desde la consulta pediátrica en el PNA

- Valorar aspectos de la historia clínica y del entorno que puedan estar interfiriendo: Antecedentes pre-, peri- y posnatales, historia del crecimiento y el desarrollo, así como antecedentes familiares de discapacidad intelectual, bajo rendimiento académico, etcétera.

- Realizar una anamnesis de la historia de aprendizaje:
 - Tener en cuenta si las dificultades son actuales o si ya estaban presentes en años anteriores.
 - Tener en cuenta si la dificultad está presente algunos días y es variable según el contexto.
- Solicitar informe escolar.
- Apoyar a los niños y niñas y sus referentes a:
 - Visualizar el bajo rendimiento como un área a abordar.
 - Comprender y aceptar que cada niño o niña puede tener aptitudes y dificultades diferentes.
 - Mantener comunicación frecuente y en términos colaborativos con los centros educativos.
 - Evitar los cambios de escuela no justificados o la deserción escolar.
 - Dar relevancia a los problemas o dificultades que pueda haber a nivel emocional, social y familiar.
 - Buscar apoyo en otros referentes familiares o comunitarios cuando las experiencias previas de escolarización de los referentes son de nivel bajo.
 - Promover el desarrollo del control de impulsos, el desarrollo de la autoestima, las habilidades de afrontamiento y las habilidades sociales.
- Indagar otros aspectos que puedan estar incidiendo en el desempeño escolar: hábitos de alimentación, hábitos de sueño, exposición indiscriminada a pantallas.
- Valorar el relacionamiento con pares y docentes.
- Si hay antecedentes de retraso global del desarrollo e impresiona bajo nivel cognitivo, considerar la indicación de psicodiagnóstico para valorar trastorno del desarrollo intelectual.
- Ante el bajo rendimiento académico de un niño o una niña, considerar derivación para evaluación o abordaje, a través del prestador de salud, casas del desarrollo (Administración de los Servicios de Salud del Estado

[ASSE]) o AYEX (BPS). Recordar que a partir de los 6 años se requiere informe de evaluación, psicodiagnóstico o informe de los profesionales correspondientes de la actividad solicitada para prestación de AYEX.

- Sin perjuicio de lo anterior, el apoyo de los centros educativos y los referentes debería continuar.

El trastorno específico del aprendizaje se presenta cuando hay discrepancia entre los logros académicos y el potencial intelectual de un alumno o alumna. El diagnóstico no se puede establecer hasta los primeros años de educación primaria. En muchos casos, hay síntomas comportamentales que enmascaran el trastorno.

Trastorno específico del aprendizaje

De acuerdo a la clasificación actual del DSM-V, el trastorno específico del aprendizaje se agrupa dentro de los trastornos del neurodesarrollo. Consiste en la dificultad en el aprendizaje y en la utilización de aptitudes académicas. Las aptitudes afectadas están sustancialmente y en grado cuantificable por debajo de lo esperado para la edad cronológica del individuo e interfieren significativamente con el rendimiento académico. Comienzan en la edad escolar, pero pueden no manifestarse totalmente hasta que las demandas de las aptitudes académicas afectadas superen las capacidades limitadas del individuo. No se explican mejor por discapacidad intelectual, trastornos visuales o auditivos no corregidos, otros trastornos mentales o neurológicos o adversidad psicosocial.

Se especifica:

- Con dificultades en la lectura (dislexia)
- Con dificultad en la expresión escrita (disgrafía)
- Con dificultad matemática (discalculia)

Se especifica la gravedad actual como leve, moderada o grave.

Tiene alta prevalencia en la infancia y es motivo frecuente de fracaso escolar. Su detección puede demorarse, por lo que genera ansiedad,

rechazo a ir a la escuela, elementos depresivos y alteración del comportamiento. Evoluciona de forma crónica, por lo que suele requerir tratamiento a largo plazo según la gravedad de la presentación.

Para el abordaje desde el PNA, se recomienda tener en cuenta todas las [recomendaciones generales presentadas en la sección 1](#).

USO DE PANTALLAS, SUEÑO Y RENDIMIENTO ESCOLAR

1. El rendimiento escolar no está determinado únicamente por la preparación académica del niño, sino también por cinco atributos básicos denominados colectivamente como «preparación escolar»: salud física y bienestar del niño, competencia social, madurez emocional, habilidades lingüísticas y cognitivas y enfoque del aprendizaje.
2. El sueño juega un papel fundamental en esta «preparación escolar» y en el desarrollo saludable durante la infancia y la adolescencia; apoya el desarrollo físico y neurobiológico además de facilitar el aprendizaje académico y los procesos de consolidación de la memoria.
3. En nuestra sociedad actual el uso de las diversas modalidades de tecnologías (móviles, *tablets*, ordenadores) accesibles las 24 horas ha propiciado que la duración del sueño de los niños y adolescentes haya ido disminuyendo en las últimas décadas, especialmente si el uso de las tecnologías se realiza en el propio dormitorio del niño las dos horas previas al inicio del sueño.
4. Cada vez más estudios documentan la asociación entre el sueño con ritmos irregulares o en menor tiempo del necesario y el rendimiento escolar: los estudiantes con sueño inadecuado o patrones de sueño irregulares tienen peor rendimiento escolar; la deuda de sueño con más de dos horas de retraso a la hora de acostarse el fin de semana se relaciona con un bajo rendimiento académico.

5. La asociación entre las quejas de sueño y el bajo rendimiento escolar muestra efectos negativos por el déficit crónico del sueño como la habilidad motora, memoria, atención y resolución de problemas en niños y adolescentes.
6. Entrenar en el uso responsable de las nuevas tecnologías y dar el valor adecuado como hábito de vida saludable al descanso es una labor de salud pública que mejoraría sin duda la calidad de vida de la infancia y su entorno.

Fuente: Adaptación de Grupo de Sueño y Cronobiología de la Asociación Española de Pediatría (2022).

.....

**SE INVITA A RECOMENDAR A LOS Y LAS REFERENTES
LA LECTURA DE LOS SIGUIENTES ARTÍCULOS:**

Seis consejos para motivar a niños y niñas a mejorar su desempeño escolar. Disponible en <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/etapa-escolar/seis-consejos-para-motivar-a-ninos-y-ninas-a-mejorar-su-desempeno-escolar>



Siete consejos para fomentar la lectura.

Disponible en <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/etapa-escolar/siete-consejos-para-fomentar-la-lectura>



Control de impulsos y agresividad

La dificultad en el control de impulsos y la presencia de conductas de auto- y heteroagresividad son un motivo frecuente de consulta. Al igual que la dificultad en la autorregulación del movimiento, puede plantearse la preocupación desde los referentes o desde los centros educativos, por las dificultades en el manejo en el aula.

Son elementos que están presentes en muchos de los trastornos del comportamiento. La conducta puede verse alterada como parte de las variaciones del desarrollo esperables o como parte de un trastorno de salud mental, que puede variar en su severidad desde comportamientos oposicionistas hasta conductas claramente antisociales.

Este amplio repertorio de conductas inadecuadas incluye desde berrinches excesivos, dificultad en la espera y en el control de los impulsos, transgresión de normas y reglas, mentiras, desobediencia a la autoridad, hasta agresión verbal o física, robo y violencia. Por lo general, junto a estos comportamientos están presentes:

- Dificultades en el autocontrol del comportamiento y la regulación de las emociones.
- Afectación de autoestima, la autovalía y la autocompetencia.
- Importante repercusión en el niño o la niña y en el entorno.
- Aislamiento, rechazo, problemas vinculares y problemas educativos.
- Consulta frecuente porque «no podemos más con él» o a solicitud de los centros educativos por dificultades en el aula.

Los comportamientos que conducen a considerar un trastorno requieren **valoración adecuada**:

- Prestar atención a que pueden ser reactivos a otros trastornos (depresión, trastornos del vínculo, eventos traumáticos).
- Indagar forma de aparición, relación o no con algún factor estresante ambiental, reacción del entorno significativo (social y familiar), lugar de aparición (en el entorno académico, familiar o en ambos).
- Valorar las consecuencias o la repercusión que tienen para el niño o la niña.
- Recordar que el límite entre lo esperable y lo que se puede considerar un trastorno lo determinan: la intensidad, la frecuencia, el tipo de conducta, el ámbito sociocultural en el que aparecen (la presencia o no en diversos ámbitos), la repercusión en los demás, la reacción del niño o la niña ante su propia conducta, el tiempo de evolución y que sea desadaptativo.

Factores de riesgo

- Perfil de temperamento difícil con dificultad en la calidad de ajuste del entorno.
- Antecedente de dificultad en la autorregulación.
- Comunicación familiar basada en la agresividad y la violencia y malos tratos en la infancia.
- Desorganización familiar, disparidad de criterios y agresiones entre los referentes.
- Carencias afectivas, trastornos mentales en los padres, abuso de sustancias, entre otros.
- Cambios inesperados y valorados como negativos en la estructura familiar.
- Falta de control, supervisión y vigilancia por parte de los referentes.
- Subculturas en las que la delincuencia es algo habitual.

Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta

La clasificación actual del DSM-V los agrupa como trastornos caracterizados por que los niños o niñas tienen dificultades importantes para controlar sus emociones y su comportamiento. En el período de la infancia se destacan:

- **Trastorno negativista desafiante:** Se presenta mediante un patrón de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa y que se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano.
- **Trastorno explosivo intermitente:** Se caracteriza por la presencia de un patrón aleatorio de reactividad conductual agresiva y desproporcionada sin un motivo ni objetivo concreto, que ocasiona alteraciones o perjuicios graves en el entorno físico y social y el propio individuo.
- **Trastorno de conducta:** Se manifiesta a través de un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros o las normas o reglas sociales propias de la edad.

Intervención desde la consulta pediátrica en el PNA

- Acercar la hipótesis diagnóstica a la familia.
- Psicoeducar sobre los cuadros de base: educar sobre la condición, derribar mitos, brindar esperanza de mejoría, empatizar con los referentes, intentar que empaticen con el niño o la niña, motivar, guiar para comenzar una intervención adecuada.
- Empatizar y acompañar a los referentes.
- Evaluar áreas de desafío de cada niño, apostando a modificar el ambiente.

- Fomentar actividades donde la persona se sienta competente y donde pueda dirigir la agresividad saludablemente, en un entorno de límites claros, como el deporte.
- Fomentar la comunicación colaborativa hogar-escuela.
- Fomentar los vínculos positivos con amistades o referentes.
- Brindar pautas conductuales al niño o la niña y los referentes (ver a continuación).
- Ofrecer un abordaje comprensivo, colaborativo y multimodal, incluyendo psicoterapia de ser posible.
- Derivar a psiquiatría infantil en los casos moderados a severos. Indagar sobre los prejuicios hacia la psiquiatría y discutirlos con los referentes.
- Motivar a la adherencia terapéutica.

Pautas conductuales

Se puede solicitar y ayudar a los y las referentes para realizar un análisis funcional de la conducta que se plantea como problemática, para conocerla mejor e identificar los factores sobre los cuales se pueden realizar modificaciones. Es conveniente solicitar a los referentes, o al mismo niño o niña, llevar adelante un registro diario por un lapso breve pero considerable de tiempo.

Análisis funcional de la conducta:

- ¿Qué está haciendo el niño o la niña que es considerado «problemático»?
- ¿En qué condiciones se producen estas conductas?
- ¿Cuáles son los efectos de estas conductas?
- ¿Qué otras conductas alternativas tiene el niño o la niña?
- ¿Qué situaciones se están evitando?
- ¿Qué conductas podrían ser fomentadas?

Recomendaciones para brindar a los referentes para la prevención y la intervención

- Mantener vínculos estrechos entre referentes y niños y niñas y tiempo de interacción positiva entre ellos.
- Mantener una buena comunicación, supervisión y control de los niños y niñas.
- Disciplinar adecuadamente:
 - Necesidad de autoridad adulta asertiva y amorosa.
 - Existencia de derechos y deberes.
 - Actitud flexible y firme.
- Desarrollar alternativas disciplinarias distintas al castigo físico: tiempo fuera o retiro de privilegios.
- Manejo de discusiones sin escalar en la agresividad.
- Reglas claras: acordar las reglas y las consecuencias de su incumplimiento, de forma coherente y consistente. Por ejemplo: «Para ir a la casa del amigo tiene que hacer los deberes sin protestar», «Si no hace los deberes, no podrá ir a la casa del amigo». Establecer claramente con niños y niñas cuáles son:
 - Las reglas no negociables.
 - Las reglas que podrían ser flexibles dependiendo de la situación.
 - Las reglas negociables.
- Reconocer y valorar las conductas positivas.
- Sostener la escolarización como factor protector.
- Desarrollar sentido de pertenencia a un grupo de pares en ambiente controlado como factor protector. Fomentar la participación de actividades sociales y comunitarias (por ejemplo, clubes de niños, talleres artísticos, deportes, merenderos, grupos religiosos, actividades de voluntariado).

- La respuesta punitiva del entorno familiar y de otros referentes significativos para el niño o la niña sólo consigue reavivar la carencia afectiva sin mejorar los síntomas centrales.
- El abordaje farmacológico no es suficiente para lograr una adecuada respuesta. Debe formar parte de una estrategia integral y reservarse para los casos de repercusión moderada a severa.

Estado de ánimo

La variabilidad en el estado de ánimo es normal y esperable en la infancia como expresión reactiva a los distintos acontecimientos de la vida. Por ejemplo, es esperable que un niño o niña se muestre triste o apático ante un cambio inesperado en su vida, que esté más retraído o se muestre irritable si tuvo una discusión con sus amigos y que exprese su frustración con críticas a sí mismo ante desafíos que no logra superar, como parte del desarrollo.

No obstante, estas reacciones pueden volverse más frecuentes, más intensas y tornarse persistentes. Entonces, cuando hay un cambio significativo en el perfil habitual del niño o la niña, es importante sospechar la presencia de un trastorno del estado de ánimo. Es frecuente que quienes le conocen refieran que «está diferente, no es el mismo de antes».

Los trastornos del estado de ánimo han aumentado su prevalencia en la infancia y es frecuente que pasen desapercibidos y no motiven la consulta al sistema de salud. Muchas veces no son detectados por los centros educativos ni por los referentes familiares, dado que la sintomatología suele ser internalizada o enmascarada, resultando menos llamativa y disruptiva que el comportamiento externalizado. A pesar de no ser muy notorios, tienen un impacto importante en el desarrollo social, afectivo y cognitivo.

Por lo tanto, el rol del equipo de salud es fundamental para prevenir y detectar oportunamente aquellas situaciones en que la esfera del estado de ánimo se ve comprometida. Se puede intervenir desde el PNA con una postura activa de vigilancia y con énfasis en recomendaciones para fortalecer los factores protectores e intentar modificar los factores de riesgo en la medida que sea posible.

Factores específicos¹²

Factores de riesgo específicos en niños y niñas:

- Antecedentes familiares de enfermedad mental crónica, especialmente problemas depresivos recurrentes, conflicto cronificado de pareja o alcoholismo.
- Actitudes de referentes y personales ante la vida de resignación, desesperanza, con visión anticipatoria negativa del futuro.
- Baja autoestima.
- Actitudes personales culpabilizadoras, tendiendo a asumir como fallos propios, internos, los acontecimientos negativos y atribuyendo lo positivo a factores externos.
- Relaciones interpersonales conflictivas con los pares, especialmente el rechazo de los compañeros.
- Estilo de comunicación pasivo (dificultades para comunicarse de igual a igual, para mantener su propio espacio personal).
- Antecedentes de pérdidas de soporte y de afecto familiar, especialmente la pérdida física o emocional de la figura de apego sin disponer de figuras de apego sustitutas y contenedoras.
- Entornos familiares de carencia afectiva continuada.
- Antecedentes de vivencias pasadas o actuales de maltrato psíquico, físico o sexual.
- Hostigamiento escolar o *bullying*.

Factores protectores para niños y niñas:

- Buen sentido del humor.
- Buenas habilidades sociales y lazos fuertes de amistad.
- Vínculo estrecho y de confianza con otro miembro de la familia.
- Logros personales valorados socialmente.

¹² Fuente: Adaptado de Sabriá Pau (2017).

- Nivel de inteligencia normal-alto.
- Práctica de deporte o actividad física.
- Participación en actividades extracurriculares (deporte, arte, social, voluntariado).
- Poseer creencias y prácticas religiosas/espirituales.

Los **trastornos del estado de ánimo** se caracterizan por alteraciones en el estado de ánimo, síntomas de irritabilidad, sensación de vacío y pérdida de interés en actividades habituales. Se pueden acompañar por una actitud de descuido y distracción que hasta puede poner en riesgo al niño o la niña, preocupaciones somáticas que incluyen la alimentación y el sueño y por un funcionamiento social y académico disminuido. A veces se asocian factores precipitantes claros, pero otras veces no se logra identificar un momento de activación.

Las características básicas de los trastornos del estado de ánimo en niños y niñas son similares a las de adolescentes y adultos, pero presentan variaciones en la presentación, relacionadas con el nivel madurativo. Suelen predominar la irritabilidad, otros síntomas conductuales y las manifestaciones somáticas.

La clasificación actual del DSM-V incluye los siguientes cuadros en el grupo de los **trastornos depresivos**:

- **Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo:** Se caracteriza por la irritabilidad crónica, persistente y grave. Se manifiesta en forma de accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (rabieta verbal) o con el comportamiento (agresión física a personas o propiedades), en respuesta a la frustración, cuya intensidad o duración son desproporcionados a la situación o provocación. La frecuencia es de más de tres veces por semana. La edad de inicio es entre los 6 y los 12 años. Debe ocurrir en al menos dos contextos (hogar, escuela, con amigos).
- **Trastorno depresivo persistente (distimia):** Se caracteriza por un estado de ánimo deprimido o irritable que aparece la mayor parte del día, durante la mayor parte de los días durante al menos un año. Se

acompaña de, por lo menos, dos de los siguientes síntomas: poco apetito o sobrealimentación, insomnio o hipersomnia, poca energía o fatiga, baja autoestima, falta de concentración o dificultad para tomar decisiones, sentimientos de desesperanza. Puede presentar criterios clínicos para trastorno de depresión mayor en períodos de este lapso de tiempo.

- **Trastorno de depresión mayor:** Se caracteriza por la presencia casi diaria de estado de ánimo deprimido o triste, o irritabilidad, y por la ausencia de interés o placer en actividades cotidianas, que pueden llegar a abandonar o rechazar. Pueden presentarse cambios en el apetito, sueño o actividad motora, cansancio, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultad para concentrarse y tomar decisiones. Puede haber presencia de pensamientos recurrentes de muerte, suicidio o incluso realizar intentos de autoeliminación.

Tener en cuenta, además, la posibilidad de:

- Trastorno disfórico premenstrual
- Trastorno depresivo inducido por una sustancia o medicamento
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica
- Trastorno adaptativo con sintomatología depresiva (diagnóstico diferencial)

Es muy frecuente la presencia de **comorbilidad**, como trastornos de ansiedad, TDAH, trastorno negativista desafiante o trastorno obsesivo-compulsivo. En los casos en que no es así, es conveniente mantener una actitud de vigilancia de los otros trastornos, dado que la presencia de uno de los trastornos es factor de riesgo para la aparición de otros. Por otro lado, hay que tener en cuenta que estar cursando un **proceso de duelo** no excluye la existencia de un episodio depresivo mayor, por lo que se aconseja valorar la presencia de depresión mayor además de la respuesta adaptativa esperable ante una pérdida significativa.

La presentación en niños menores de 7 años es predominantemente conductual y somática. A partir de los 7 años comienzan a tener mayor presencia los síntomas afectivos y cognitivos en relación con la etapa anterior.

RANGO DE EDAD	SINTOMATOLOGÍA
Menores de 7 años	<p>Los síntomas más frecuentes son la tristeza y la irritabilidad y los problemas de apetito y con el sueño. Manifiestan rabietas frecuentes, llanto inmotivado, quejas somáticas (cefaleas, dolores abdominales), pérdida de interés por los juegos habituales, cansancio excesivo, disminución o aumento de la actividad motora y abulia. También pueden presentar fracaso en alcanzar el peso para su edad cronológica, retraso en el desarrollo psicomotriz o dificultad en el desarrollo emocional. En esta etapa precoz es muy frecuente la comorbilidad con trastorno negativista-desafiante, TDAH, trastornos de ansiedad y trastornos de la eliminación (encopresis, enuresis).</p>
Niños de 7 años a edad puberal	<p>Los síntomas se presentan fundamentalmente en cuatro esferas:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Esfera afectiva y conductual: irritabilidad, agresividad, agitación o enlentecimiento psicomotor, astenia, apatía, tristeza y sensación frecuente de aburrimiento, culpabilidad y en ocasiones ideas recurrentes de muerte. Pueden presentarse también ideas e intentos de suicidio. b) Esfera cognitiva y actividad escolar: baja autoestima, falta de concentración, disminución del rendimiento escolar, fobia escolar, trastornos de conducta en la escuela y en la relación con sus iguales. c) Esfera familiar: conflictos, empeoramiento en las relaciones interpersonales o repercusiones en otros miembros de la familia. d) Esfera somática: cefaleas, dolor abdominal, trastornos del control de esfínteres, trastorno del sueño (insomnio o hipersomnias), no alcanzar el peso para su edad cronológica y disminución o aumento del apetito. <p>En estas edades es frecuente la asociación con trastorno negativista-desafiante, TDAH y trastornos de ansiedad.</p>

Fuente: Grupo de Trabajo de la Actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia (2018).

La gravedad de los cuadros clínicos variará según la capacidad de los niños y niñas de continuar con sus actividades de la vida diaria y se puede especificar si es **leve** (puede continuar con la mayoría de sus actividades), **moderada** (probablemente tenga dificultad para continuar con sus actividades) o **grave** (presenta sintomatología notoria, pudiendo agregar ideas o comportamiento suicida, hasta elementos psicóticos en algunos casos).

Intervención desde la consulta pediátrica en el PNA

Se recuerda que para muchos niños y niñas el control en salud en el PNA es el primer y único contacto con el sistema de salud. Entonces, de manera sistemática deberían ser interrogados, directa e indirectamente a través de sus referentes, sobre emociones de tristeza, dificultades para dormir y pérdida de interés en actividades. La información directa del niño o niña es fundamental y es importante complementar con otras fuentes.

Para ello, se requiere mostrarse abierto y empático hacia el niño o la niña en los controles. Se refuerza en este punto la importancia de mantener controles en salud con la misma persona a lo largo del tiempo para favorecer una buena comunicación y un vínculo de confianza.

- Realizar examen físico minucioso, con atención a los detalles que puedan indicar maltrato o abuso sexual infantil, así como a lesiones autoinfligidas.
- Consultar medicación que esté tomando, indicada o no, así como consumo de otras sustancias que puedan generar sintomatología depresiva.
- Realizar una completa anamnesis: la entrevista es la principal herramienta para la detección de alteraciones en el estado de ánimo. Se propone que se vaya avanzando en la entrevista a medida que surjan elementos que sugieran afectación del estado de ánimo:
 - Realizar una pregunta abierta y sencilla para valorar la respuesta y la actitud tanto del niño o la niña como de su referente: *¿Cuándo fue la última vez que te divertiste mucho?*
 - Indagar con los referentes: *¿Qué le pasa? ¿Desde cuándo? ¿A qué lo atribuye?*
 - Indagar sobre la aparición de nuevos factores de riesgo, abandono de actividades recreativas, cambios en rendimiento académico o comportamiento, distanciamiento de amistades.

- Indagar sobre cambios en hábitos de alimentación, sueño y actividad física.
- Valorar frecuencia, intensidad y grado de repercusión en la vida diaria.
- Valorar conductas de riesgo, ideas de autoeliminación y comportamiento suicida.
- Se puede utilizar la escala Children Depression Inventory (CDI)¹³ a partir de los 7 años de edad o el cuestionario PHQ-2.¹⁴
- Comunicarse directamente o solicitar informe a los centros educativos, planteando la preocupación. Las escuelas son aliados importantes en el abordaje y una fuente muy importante de información de quienes conocen longitudinalmente al niño o la niña en un contexto diferente al domiciliario.
- Registrar las preocupaciones en la HC.
- Agendar consulta de seguimiento a la brevedad.

Recomendaciones generales de la *Guía práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia*:

- El tratamiento debe ser integral, apuntando a mejorar el bienestar y la capacidad funcional con intervenciones psicológicas, farmacológicas cuando corresponda y psicosociales.
- Es necesario un seguimiento regular y frecuente, psicoeducación del niño o la niña y sus referentes, apoyo y cuidado individual y familiar,

13 Disponible en <https://web.teaediciones.com/CDI--INVENTARIO-DE-DEPRESION-INFANTIL.aspx>

14 Disponible en https://med.stanford.edu/content/dam/sm/ppc/documents/Mental_Health/PHQ-2_Spanish.pdf

manejo de circunstancias ambientales, atención a comorbilidades y coordinación con otros profesionales o equipos.

- Prestar atención a los factores del contexto social y familiar que puedan interferir en la evolución del trastorno depresivo y articular las medidas que sean necesarias para la disminución de su impacto o resolución.
- Asegurar la continuidad asistencial si hay cambio de prestador.
- Depresión mayor leve:
 - Cuando se identifica depresión mayor leve y ausencia de factores de riesgo, ideas o comportamiento suicida y de comorbilidades psiquiátricas, se puede ofrecer apoyo activo, facilitar pautas de hábitos saludables y de manejo de situaciones interpersonales. Observar y realizar seguimiento a las 2-4 semanas.
 - Si en ese período la sintomatología persiste o se agrava, se recomienda derivar a equipo de salud mental o comité de recepción, según corresponda al prestador.
 - Si presenta factores de riesgo asociados, derivar al comité de recepción o equipo de salud mental inicialmente y facilitar pautas. Realizar seguimiento.
- Depresión mayor moderada o grave:
 - Si el niño o la niña presenta criterios para depresión mayor moderada o grave, requiere iniciar derivación al comité de recepción o equipo de salud mental, para iniciar abordaje psicológico.
 - Antes de iniciar tratamiento antidepresivo farmacológico, se recomienda informar el motivo de la prescripción, los beneficios que se espera alcanzar, el posible retraso del efecto terapéutico, los posibles efectos secundarios y la duración del tratamiento. Se recomienda vigilancia de efectos adversos, especialmente de ideación o comportamiento suicida en las primeras 4 semanas.

- Considerar derivación a puerta de emergencia o ingreso hospitalario si:
 - Existe riesgo de comportamiento suicida.
 - Asocia elementos psicóticos.
 - Evaluarlo en caso de que no responda al tratamiento, se asocian factores de riesgo o comorbilidades graves o si hay razones que dificultan un adecuado seguimiento y control ambulatorio.

Recomendaciones para brindar a niños y niñas que cursan un trastorno del estado de ánimo

- **Planificar el día:** Cuanto más activo esté, mayor probabilidad hay de que se sienta mejor. Se puede sugerir que se proponga hacer determinadas actividades gratificantes cada día, de manera gradual. Llevar un monitoreo del estado de ánimo posterior a realizarlas. Solicitar ayuda para ello.
- **Manejo del estrés:** Enfocarse en los problemas y tareas de a uno a la vez. Intentar disfrutar de pequeños momentos del día. Evitar ser muy autoexigente.
- **Realizar actividad física:** Realizar ejercicio de manera sistemática resulta muy útil para regular el estado de ánimo, siempre que no haya un impedimento físico. Si no es posible llevarlo a cabo, cualquier actividad con movimiento, preferentemente al aire libre, será de ayuda.
- **Alteración del sueño:** La privación de sueño afecta varias áreas de la vida diaria. Es importante lograr dormir la cantidad necesaria de horas para sentirse mejor. Se recomienda cuidar la higiene del sueño, como se detalla en el apartado «Sueño».
- **Consumo de alcohol y otras drogas:** No descartar el consumo de alcohol y otras sustancias en la edad infantil. Importa explicar que el consumo puede empeorar el estado de ánimo y generar más problemas.

Recomendaciones para brindar a referentes de niños o niñas que cursan un trastorno del estado de ánimo

- **Programar objetivos:** Ayudar al niño o la niña a establecer objetivos sencillos y realistas, adecuados a su personalidad e intereses. Abordar de a uno a la vez, permitiendo que sea él o ella quien los lleve a cabo. Reconocer los logros y recordarle las cosas que pudieron ayudarlo en el pasado.
- **Relaciones y actividades agradables:** Prestar atención a las actitudes evitativas. Propiciar que mantenga relación con amigos, familiares y otros vínculos positivos. Pasar tiempo con el niño o la niña realizando actividades que sean de su agrado. Mantener conversaciones positivas.
- **Nutrición, ejercicio, sueño:** Prestar especial atención a los hábitos de alimentación, sueño y realización de ejercicio. Fomentarlos compartiendo las comidas y realizando juntos actividad física como salir a caminar o jugar a la pelota.
- **Adherencia al tratamiento:** Mostrar confianza en el tratamiento y asegurar su cumplimiento. Mostrarse como un apoyo, transmitiendo confianza en su capacidad de sentirse mejor.

- Tener en cuenta todas las recomendaciones generales incluidas en la primera sección de esta guía.
- Recordar que la alteración del estado de ánimo puede ser indicativa de una situación de vulneración de los derechos de niños y niñas.

**INVITAMOS A RECOMENDAR A LOS Y LAS REFERENTES
EL SIGUIENTE ARTÍCULO:**

¿Qué es la depresión y cómo reconocerla en niños, niñas y adolescentes?

Disponible en <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/adolescencia/qu%C3%A9-es-la-depresi%C3%B3n-y-como-reconocerla-en-ni%C3%B1os-ni%C3%B1as-y-adolescentes>



Ansiedad

La ansiedad es una respuesta normal en todas las personas. Es normal y esperable que niños y niñas presenten ansiedad en determinados contextos. Es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura, con componente afectivo, cognitivo y fisiológico, que se expresa a través de un aumento de la tensión muscular y una actitud de vigilancia. Suele generar conductas evitativas. Por ejemplo, el primer día de primaria es una situación que puede generar ansiedad en un gran número de niños y niñas, a los que se notará tensos o manifestarán un malestar que no logran identificar. Pueden incluso expresar que no quieren ir.

Por otro lado, el miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria. Cuando se siente miedo, se activa el sistema nervioso autónomo, que nos prepara para la lucha o huida. Es una respuesta adaptativa. Por ejemplo, es habitual que si un niño o niña fue mordido de pequeño por un perro, sienta miedo y quiera alejarse las siguientes veces que se enfrente a un perro.

Sin embargo, en ocasiones podemos notar excesivo miedo, preocupación o vergüenza, al punto que afectan el funcionamiento habitual del niño o la niña con sus pares, en la escuela o en su casa. Lo que desencadena esta reacción emocional exagerada y, a veces irracional, es la evaluación de las situaciones a nivel cognitivo, a través del denominado pensamiento catastrófico, que se vuelve intrusivo y persistente. Suele sentirse una falta de control sobre estos pensamientos.

Cuando la frecuencia o la intensidad de estos pensamientos y reacciones exceden lo esperable para la etapa del desarrollo, son de intensidad muy elevada, tienen impacto funcional en algún área del funcionamiento del niño o la niña y persisten en el tiempo, podemos considerar estar

frente a un trastorno de ansiedad. Por ejemplo, si ante ruidos en la noche en un lugar nuevo, el niño o la niña se preocupa de manera exagerada e irracional, no es necesario pensar en un trastorno. Ahora, si cada vez que siente ruidos en la noche en la habitación donde siempre duerme cree que van a entrar a robar (sin un antecedente reciente de que esto haya ocurrido) y esta preocupación le invade y no le deja dormir, y se sostiene en el tiempo, se puede pensar en la configuración de un trastorno.

Los trastornos de ansiedad tienen alta prevalencia en la niñez, pero, así como los trastornos del estado de ánimo, suelen pasar desapercibidos. No obstante, implican una gran repercusión en el desarrollo emocional y cognitivo, afectando el rendimiento escolar también. Pueden evolucionar a presentaciones más graves y limitantes si no se identifican y abordan oportunamente.

Factores de riesgo para trastornos de ansiedad en niños y niñas¹⁵

- Antecedentes familiares de trastornos de ansiedad.
- Timidez extrema, inhibición, retraimiento, mucha emotividad y escasa socialización.
- Hipersensibilidad del sistema nervioso simpático.
- Entornos familiares sobreprotectores o de mucho control y con críticas exageradas.

Según la clasificación actual del DSM-V, se destacan los siguientes cuadros entre los **trastornos de ansiedad**, de los cuales algunos son más prevalentes en niños y niñas:

15 Fuente: Buitargo Ramírez *et al.* (2018), Sabrià Pau (2017).

- **Trastorno de ansiedad por separación:** Se caracteriza por la manifestación de miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo con relación a su separación de aquellas personas hacia las cuales siente apego. Los pensamientos catastróficos que aparecen se relacionan con que sus referentes o ellos mismos puedan sufrir un daño, perderse, ser raptados o incluso abandonados. Pueden aparecer pesadillas recurrentes con el tema de la separación y quejas somáticas (dolor de cabeza, de estómago, náuseas o vómitos) cuando se prevé la separación de sus referentes. La respuesta somática se alivia ante la presencia de la figura de apego y al comprobar que los pensamientos eran irracionales.
- **Fobia específica:** Se caracteriza por la presencia de miedo o ansiedad intensa y desproporcionada ante un objeto o situación específica (a una situación como avión o ascensores, a un animal, a un entorno natural como las alturas o las tormentas, a sangre, inyecciones o heridas). Genera una respuesta fisiológica intensa e inmediata y conductas evitativas y de huida. Puede expresarse con llanto, rabieta, quedarse paralizados o aferrarse a alguien. Es un comportamiento común en niños pequeños, pero de manera transitoria. Para considerar el diagnóstico de una fobia específica hay que tener en cuenta el grado de la limitación y la duración del temor, ansiedad o evitación. Suele aparecer entre los 7 y los 11 años. Cuando se desarrolla este mecanismo de ansiedad-evitación con relación a la escuela, se denomina **fobia escolar** y conlleva un riesgo importante de ausentismo, por lo que se le debe dar relevancia.
- **Trastorno de ansiedad social (fobia social):** Se caracteriza por la presencia de miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las cuales el niño o la niña es expuesto al posible examen por parte de otras personas: mantener una conversación, ser observado mientras bebe o come, pasar al frente en la clase o levantar la mano, etcétera. En estas situaciones le invade un sentimiento de vergüenza excesiva, que determina un comportamiento evitativo. Suele observarse en niños o niñas tímidos y limita su relacionamiento

espontáneo con pares y la participación en actividades de esparcimiento que pueden aportar a su desarrollo.

- **Mutismo selectivo:** Se caracteriza por la dificultad constante para hablar en situaciones sociales específicas en la que existe expectativa por hablar, a pesar de poder hacerlo en otras situaciones de manera adecuada (por ejemplo, no habla en la escuela pero sí en su casa). Se requiere un mes para su diagnóstico y no se limita al primer mes de clases. Por lo general, los niños y niñas que presentan mutismo selectivo tienen una presentación de timidez excesiva, miedo a la humillación, aislamiento y retraimiento social, aferrarse a otros, rasgos compulsivos, negativismo y berrinches o comportamiento controlador opositor en su casa. Suele asociarse con ansiedad social. Incide en la comunicación social y en el rendimiento académico.
- **Trastorno de ansiedad generalizada:** Se caracteriza por ansiedad y preocupación excesiva con relación a la posible ocurrencia o antelación de una serie de acontecimientos o actividades. En niños y niñas se puede observar preocupación excesiva por malos resultados escolares o deportivos. Conlleva un elevado nivel de estrés, con repercusión fisiológica. Puede generar dificultad para vincularse con sus pares.
- **Trastorno de pánico:** Se caracteriza por la manifestación imprevista y recurrente de miedo o malestar intenso, el cual alcanza su máxima expresión en minutos y se acompaña por cuatro o más de los siguientes síntomas: palpitación acelerada del corazón, sudoración, temblor, dificultades para respirar, sensación de ahogo, náuseas, sensación de mareo, escalofríos o sensación de calor, hormigueo o entumecimiento, desrealización o despersonalización, miedo a «volverse loco» y miedo a morir. El trastorno se define por el miedo a experimentar una crisis de pánico. No es tan habitual en niños y niñas.
- **Agorafobia:** Caracterizada por la ansiedad intensa que surge en lugares o situaciones en los que se tiene el pensamiento catastrófico de que sería difícil escapar (transporte público, espacios abiertos

concurridos, sitios cerrados como centros comerciales o teatros, conciertos, o incluso estar fuera de su casa sin compañía).

- **Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos**
- **Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica**

Tener en cuenta la siguiente clasificación, que excede el desarrollo de esta guía pero puede ser útil para orientar la clasificación de algunas presentaciones con sintomatología en la esfera del ánimo o comportamental.

- **Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés (DSM-V):**

En este grupo se encuentran todos los trastornos asociados al malestar psicológico tras la exposición a un evento traumático o estresante que excede los síntomas esperables de miedo y ansiedad:

- Trastorno de estrés postraumático
- Trastorno de estrés agudo
- Trastorno de adaptación

Se encuentran también los trastornos asociados a la negligencia social, la ausencia de un cuidado adecuado durante la infancia:

- Trastorno de apego reactivo
- Trastorno de relación social desinhibida

Se destaca la alta prevalencia de los trastornos de ansiedad por separación en la infancia. Apoyar los procesos de separación-individuación desde edades tempranas es importante, así como ir fomentando a niños y niñas a adquirir mayor autonomía en sus tareas cotidianas. Los cambios culturales representados en contextos de violencia, familias que viven más aisladas, con falta de red de sostén socioafectivo, aumento de inseguridad y aumento de siniestros de tránsito son algunos de los motivos que se identifican como responsables de la disminución de la autonomía

de niños y niñas en el ámbito comunitario. Por otro lado, se destacan los efectos de la pandemia en este punto.

En los primeros años escolares se destaca la presencia de sintomatología ansiosa de expresión somática: dolores abdominales recurrentes, cefaleas, alteraciones digestivas y dolores en miembros inferiores. Se recomienda, entonces, además del examen físico, indagar detalladamente cómo han sido el estado de ánimo y las preocupaciones de ese niño o niña en el último tiempo.

Intervención desde la consulta pediátrica en el PNA

- **Realizar examen físico minucioso:** Tener en cuenta que si se descartan causas orgánicas de sintomatología de dolor, hay, de todos modos, un problema abordar y se debe focalizar la anamnesis.
- **Explorar la sintomatología ansiosa:** Se puede preguntar: *¿Hay algo que te dé miedo / que te preocupe / te dé vergüenza?, ¿Te pasa de pensar muy seguido en esta preocupación?, ¿Qué hacés cuando estás preocupado?*
- **Validar las respuestas y el relato, sin minimizar** las preocupaciones, ni al niño o la niña ni a la familia. A veces los propios referentes minimizan. Evitar validar expresiones como: «Está exagerando / llamando la atención», «La madre es muy sobreprotectora», explicando a quien las diga que si bien estas situaciones son frecuentes en la infancia, no es algo que hagan a propósito y hay que intentar ayudar a los niños y niñas a poder gradualmente moderar estas reacciones y sentirse más seguros.
- Indagar acerca de hace cuánto tiempo está presente el comportamiento ansioso.
- Indagar sobre factores precipitantes (situaciones violentas, problemas entre adultos que puedan estar presentes, exposición a contenidos inapropiados para la edad que puedan fomentar pensamientos catastróficos).

- La sintomatología puede no estar presente todo el tiempo, pero se deberá tener en cuenta su **intensidad y frecuencia**.
- Realizar el **análisis funcional**:
 - Identificar en qué situación se dan los pensamientos/reacciones.
 - Objetivar la respuesta comportamental: qué hace/dice, con qué intensidad, cómo logra regularse.
 - Indagar la respuesta del entorno a estas reacciones:
 - ¿Se fomenta el mecanismo evitativo no exponiendo más al niño o la niña a la situación?
 - ¿Se realiza una exposición abrupta, generando una intensidad aún mayor de ansiedad?
 - ¿Se contiene y se intenta, una vez más tranquilo, poner en palabras y acompañar?
- **Psicoeducación**: Es fundamental explicar a los referentes que el comportamiento ansioso puede estar presente por factores que los niños o niñas no saben explicar o identificar claramente. Muchas veces esto lleva a que den explicaciones poco razonables o compartibles por su entorno y a que no les tomen en serio. Se puede aclarar que a veces los niños o niñas viven una situación que les genera miedo/preocupación/vergüenza, que en el momento no logran decodificar, pero el malestar que sienten es tan intenso que luego se generan mecanismos de evitación o rechazo por ese lugar/situación/persona. Explicar por qué es importante apoyar al niño o la niña, tomar en serio sus preocupaciones y su malestar, sin que esto implique que el entorno favorezca la evitación ni generar un malestar aún mayor. Lo más importante es lograr que los niños y niñas comprendan que no están haciendo nada malo y que sus referentes comprendan que es importante ayudarles.

- **Tareas para el domicilio:**
 - **Autorregistros:** Enseñar al niño o la niña a registrar las ocasiones en que siente intenso malestar/preocupación/vergüenza, teniendo en cuenta:
 - Situación
 - Pensamiento inmediato ante la situación (si lo logra identificar)
 - Respuesta (emocional y conductual)
 - Consecuencia
 - Recomendar **técnicas de respiración y relajación.**
 - Iniciar una **exposición gradual** a las situaciones que generan ansiedad. Por ejemplo: si el niño o niña tiene miedo a los perros, comenzar con mirar algún video de perros amigables, luego exponerle a una situación controlada, en compañía, con un perro que no sea amenazante, en períodos cada vez más largos hasta que tolere con comodidad la situación.
- **Coordinación con el sistema educativo:** Este punto es especialmente importante en las situaciones de fobia social y fobia escolar. Cuando la fobia limita la asistencia a clase, es importante colaborar para que la familia y el centro educativo tracen un plan a medida para fomentar que ese niño o niña retome lo antes posible la asistencia.
- Derivación a **equipo de salud mental:**
 - Abordaje psicoterapéutico: Colabora en que niños y niñas puedan identificar las situaciones que generan ansiedad y sus pensamientos, y vayan desarrollando estrategias para enfrentarlas.
 - Abordaje farmacológico: Considerar que el abordaje farmacológico de los trastornos de ansiedad requiere una indicación específica, seguimiento y monitorización de efectos adversos.

- Tener en cuenta las **recomendaciones generales** incluidas en la sección 1 de esta guía.
- Además de las recomendaciones aquí sugeridas, se consideran importantes todas las recomendaciones que apunten a fortalecer el **vínculo de niños y niñas con su grupo de pares y sus referentes adultos**, así como fomentar los **espacios de disfrute**.

.....

**INVITAMOS A RECOMENDAR A LOS Y LAS REFERENTES
EL SIGUIENTE ARTÍCULO:**

¿Qué es la ansiedad? Disponible en <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/salud-mental/qu%C3%A9-es-la-ansiedad>



Lesiones autoinfligidas (LAI)

De acuerdo a los profesionales de la salud consultados para la elaboración de esta guía, hay una percepción de que en el último tiempo se ha dado un aumento en las consultas pediátricas por las denominadas lesiones autoinfligidas sin intención suicida, o autolesiones no suicidas. Si bien se describe una edad de inicio alrededor de los 13-14 años, existe la percepción y constatación entre los equipos de salud de una disminución de esta edad en el último tiempo, empezando a estar presente en la etapa escolar también.

De acuerdo a la clasificación actual del DSM-V, lo que define a la conducta de **autolesión no suicida** es que la persona se inflige intencionalmente lesiones en la superficie corporal del tipo que suele producir sangrado, hematoma o dolor (por ejemplo, cortar, quemar, pinchar, golpear, frotar en exceso), con la expectativa de que la lesión sólo conlleve un daño físico leve o moderado (es decir, no hay intención suicida). **La expectativa de este comportamiento puede ser aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo, para resolver una dificultad interpersonal o para inducir un estado de sentimientos positivos.**

Otro de los criterios diagnósticos es que se asocian, por lo menos, con uno de los siguientes aspectos:

- Dificultades interpersonales o sentimientos o pensamientos negativos, que tienen lugar en el período inmediatamente anterior al acto autolesivo.
- Un período de preocupación por el comportamiento que se pretende realizar, que es difícil de controlar y que aparece antes de realizar el acto.
- Pensamientos acerca de autolesionarse que aparecen frecuentemente, incluso cuando no se actúan.

Como criterio diagnóstico, se establece que las autolesiones deben darse al menos cinco veces en el último año. De todos modos, se ubican dentro del grupo de afecciones que necesitan más estudio.

El manual también destaca que suele observarse que las personas aprenden el comportamiento por la recomendación u observación de otras. La edad de inicio suele encontrarse en la adolescencia temprana y tener un curso de muchos años. Históricamente, la autolesión se considera patognomónica de los trastornos límite de la personalidad.¹⁶ Aunque se asocien con frecuencia, las personas con autolesiones no siempre presentan dicho trastorno. Puede asociar síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria.

Factores específicos

Factores de riesgo:

- Antecedente personal de autolesiones
- Antecedente familiar de autolesiones, conducta suicida u otros trastornos de salud mental
- Baja autoestima
- Perfeccionismo
- Reacciones de ira
- Impulsividad
- Dificultad para tomar decisiones
- Desesperanza
- Dificultad en la resolución de problemas
- Internaciones previas por patología psiquiátrica
- Abuso de sustancias

¹⁶ Según el DSM-V, el trastorno límite de la personalidad se caracteriza por un patrón persistente de inestabilidad e hipersensibilidad en las relaciones interpersonales, inestabilidad en la imagen personal, fluctuaciones extremas del estado de ánimo e impulsividad. Se diagnostica al principio de la edad adulta.

- Presencia de otros trastornos o, dada la dificultad de establecer un diagnóstico a edades tempranas, presencia de síntomas de
 - Trastorno límite de la personalidad
 - Trastorno de ansiedad
 - Trastorno del estado de ánimo
 - Trastorno de la conducta alimentaria
 - Síntomas psicóticos
- Problemas vinculares recurrentes

Factores precipitantes:

- Discusiones importantes con vínculos cercanos
- Proceso de duelo por pérdidas significativas recientes
- Desestructuración familiar
- Estrés vinculado a los estudios
- Hostigamiento escolar (*bullying*)
- Exposición a autolesiones o conducta suicida de vínculos cercanos
- Episodios recientes de abuso (físico o sexual) o recuerdo de una situación de abuso lejana en el tiempo
- Humillación real o percibida
- Inicio de síntomas de trastornos de salud mental

La **anamnesis** requiere mucho cuidado y atención por parte del profesional de la salud:

- Comunicarse con el niño o la niña de manera sensible y abierta, con empatía. Ser claro y directo con el lenguaje que se utiliza, moderando el tono de voz y el lenguaje no verbal.
- Valorar la intensidad del acto, si es reiterado y el nivel de impulsividad implicado por el niño o la niña.
- Indagar ideación suicida, preguntando si es frecuente que siente que la vida no vale la pena. En caso afirmativo, preguntar si ha considerado

la posibilidad de quitarse la vida. En caso afirmativo, indagar si tiene un plan para hacerlo (ver apartado «Intentos de autoeliminación»).

- Indagar la percepción del niño o la niña de su red de apoyo social.
- Considerar la reacción de los referentes ante tal comportamiento, que puede ser de preocupación, incredulidad, justificación, minimización, enojo, victimización.

Recomendaciones

Desde la consulta en el PNA se pueden fomentar las prácticas saludables de bienestar psicológico y físico: favorecer la generación de herramientas de autocuidado y manejo de las emociones, realizar ejercicio y prácticas corporales, cuidar un buen descanso y una adecuada alimentación.

Con respecto al **manejo de las emociones**, se recomienda promover prácticas orientadas al logro de una regulación emocional saludable. El proceso de regulación emocional implica reconocer, evaluar y modular la presencia de emociones, tanto placenteras como displacenteras, de manera de lograr un funcionamiento adaptativo y la disminución del sufrimiento.

Existen diferentes grupos o familias de estrategias de regulación emocional, que son dinámicas y van cambiando con el desarrollo, que pueden ponerse en marcha y que, a su vez, producen cambios en la situación y su valoración (por ejemplo, selección de situación, modificación de la situación, despliegue de atención, reevaluación cognitiva, modulación de la respuesta, etc.).

Un elemento fundamental del abordaje es la **psicoeducación de los y las referentes**. Un episodio de autolesión es un indicador de sufrimiento emocional grave. No es algo que se hace «para llamar la atención», como se suele interpretar. Por consiguiente, es importante apoyar a la persona de forma inmediata para afrontar los problemas emocionales y los factores estresantes.

Hasta tanto se efectivice la consulta con especialista en el área de salud mental es posible generar con el niño o la niña y su referente afectivo

adulto un **plan de autocuidado** con el objetivo de ir logrando estrategias más asertivas para la regulación emocional, de manera de evitar los mecanismos autolesivos como forma de aliviar el sufrimiento.

Con este objetivo, se recomienda:

- Conocer en qué medida el niño, niña o adolescente temprano logra identificar y reconocer (a través de la puesta en palabras, dibujos, por escrito, etc.) las emociones que experimenta y que le generan malestar.
- Identificar cuáles son los factores o situaciones que las desencadenan (de origen interno o externo).
- Explicitar las motivaciones con las que cuenta para evitar las conductas autolesivas y de riesgo.
- Identificar las distintas estrategias que utiliza para la regulación emocional, promoviendo formas saludables.

Es imprescindible, además, **identificar quiénes son para él o ella los referentes afectivos positivos** (agentes positivos de salud mental) que entiende que le ofrecen sostén y protección.

Tener, además, en cuenta todas las recomendaciones del apartado [«Estado de ánimo»](#).

- Cuando las autolesiones son acompañadas por ideas de muerte se consideran como riesgo de conducta suicida, sin que esto implique una patología psiquiátrica establecida.
- Es conveniente asegurar una consulta de control para el seguimiento de la situación en un plazo no mayor a **15 días**.
- Recordar que en todas las situaciones en las que el niño o la niña presenta autolesiones, ya sean con o sin riesgo de conducta suicida, es necesario realizar la derivación a especialista en salud mental para el abordaje específico.

Intentos de autoeliminación (IAE)

Se incluyen en esta guía los intentos de autoeliminación como motivo de consulta que ha aumentado su frecuencia no sólo en la adolescencia, sino también en la infancia en los últimos años. Los intentos de autoeliminación son parte del continuum de la conducta suicida y, como tal, cobran la misma relevancia que el suicidio como problema de salud pública con alto impacto.

CONTINUUM DE LA CONDUCTA SUICIDA (ENFOQUE PREVENTIVO)

Ideación suicida: pensamientos, planes o deseos persistentes de cometer suicidio.	Intento suicida: acto autolesivo con cualquier grado de intención letal. Parasuicidio: acto no mortal de autolesión deliberada.	Suicidio: muerte ocasionada por la lesión autoinfligida informada como intencional.
--	--	--

Permite atención preventiva, adecuada y oportuna para evitar la conducta patológica.

La clasificación actual del DSM-V ubica al trastorno de comportamiento suicida dentro del grupo afecciones que necesitan más estudio.

El criterio principal propuesto es que el individuo ha realizado un intento de suicidio en los últimos 24 meses. Un intento de suicidio es una secuencia de comportamientos iniciada por el propio individuo, quien en el momento de iniciarla espera que ese conjunto de acciones lleve a su propia muerte.

Los intentos de suicidio pueden implicar comportamientos en los que, tras iniciarse, el sujeto cambia de opinión o interviene otra persona.

El comportamiento suicida a menudo se categoriza por:

- La violencia del método utilizado: Habitualmente las sobredosis con sustancias legales o ilegales se consideran métodos no violentos, mientras que precipitarse, las heridas por arma de fuego y otros métodos se consideran violentos.
- Las consecuencias médicas del comportamiento: Los intentos de alta letalidad son aquellos que requieren una hospitalización médica que supera una visita al servicio de urgencias.
- El grado de planificación frente a la impulsividad del intento, una característica que podría tener consecuencias de cara al pronóstico médico de un intento de suicidio.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Uruguay es uno de los países con tasa de suicidio más alta en el continente, con un marcado incremento en las personas más jóvenes. Los datos del informe *Suicidio en adolescentes en Uruguay: un análisis desde el sistema de salud* (MSP y BID, 2023) indican que en 2021 fue la primera causa de muerte en la franja de 15 a 19 años en nuestro país. Se presentan a continuación algunos de los datos más relevantes de dicho informe:

- El número de suicidios en adolescentes de entre 12 y 19 años mostró un aumento aparentemente significativo entre los años prepandemia por COVID-19 y en el transcurso de esta.
- Existe una marcada masculinización del suicidio adolescente. Además, los adolescentes tardíos (mayores de 15 años) se encuentran en mayor riesgo de suicidio que los más jóvenes. La relación de suicidio entre varones y mujeres se dispara a partir de los 16 años, con una relación de dos a uno, y de cinco a uno al llegar a los 19 años.
- El ahorcamiento fue el método para cometer suicidio más utilizado por adolescentes, tanto varones como mujeres, lo que contrasta con la tendencia observada hace casi 20 años.

- El diagnóstico de trastorno o enfermedad mental estuvo presente en casi la mitad de las historias clínicas analizadas, y fueron la depresión, la ansiedad y el uso problemático de sustancias las condiciones de sufrimiento mental más presentes. En la tercera parte de los y las adolescentes con dichas problemáticas existió comorbilidad.
- Casi la totalidad de los y las adolescentes con registro de condiciones de sufrimiento mental recibieron indicación de tratamiento psiquiátrico o psicológico en el sistema de salud. Casi dos terceras partes accedieron en algún momento a una o a ambas modalidades.
- El principal motivo en la última consulta de los y las adolescentes antes del suicidio estuvo vinculado a la salud física y, en segundo y tercer lugar, a la salud mental y al control anual de adolescentes.
- En el 54% de los casos, los y las adolescentes tuvieron la última consulta en el sistema sanitario durante los tres meses previos al suicidio y en el 70% de los casos los y las adolescentes habían asistido por lo menos una vez al centro de salud durante los últimos seis meses previos a suicidarse. El promedio de consultas al sistema de salud en el último año previo al suicidio fue de 3,5.
- Los profesionales de la salud que trabajaron con adolescentes durante el período en estudio señalan un aumento sustantivo de la demanda por problemas de salud mental que resultan más complejos y precoces.
- La familia o los referentes adultos son incluidos como parte de la problemática, por lo que resulta indispensable su consideración en la atención.

Factores específicos

Factores de riesgo (valorar los que pueden ser modificados para reducir el riesgo):

- Comportamiento suicida previo: intentos previos, comportamiento autolesivo.

- Presencia o antecedentes de trastornos psiquiátricos o sintomatología, dada la dificultad del diagnóstico a edades tempranas: trastornos del humor, trastornos psicóticos, abuso de alcohol/sustancias, trastorno por déficit atencional con hiperactividad, traumatismo intracranial, trastorno por estrés postraumático, trastornos de personalidad del grupo B (antisocial, límite, narcisista, histriónico), trastornos de conducta (antisociales, agresividad, impulsividad).
- La comorbilidad y el reciente comienzo de la enfermedad pueden aumentar el riesgo.
- Síntomas clave: anhedonia, impulsividad, desesperanza, ansiedad/pánico, insomnio, comando alucinatorio.
- Antecedentes familiares de suicidio, intentos o trastornos psiquiátricos que hayan requerido hospitalización.

Factores precipitantes/estresores/vínculos:

- Eventos desencadenantes humillantes, vergonzosos o desesperanzadores. Enfermedad médica en curso. Disturbios familiares/caos. Historia de abuso físico o sexual. Aislamiento social. *Bullying*.
- Cambios en el tratamiento: alta de hospital psiquiátrico, cambio en el proveedor de asistencia.
- Acceso a armas de fuego u otros métodos potencialmente letales.

Factores protectores (tomar en cuenta los que pueden ser potenciados para reducir el riesgo):

- Capacidad de afrontamiento del estrés.
- Creencias religiosas.
- Tolerancia a las frustraciones.
- Responsabilidad por niños o mascotas queridas.
- Relaciones terapéuticas positivas.
- Soporte social.

Intervención desde la consulta pediátrica en el PNA

- **Evaluar sistemáticamente** las dificultades asociadas a la salud mental y específicamente el riesgo suicida ante presencia de factores de riesgo:
 - Mantener una actitud de escucha activa cálida y abierta.
 - Preguntar explícitamente cómo se siente y de acuerdo a la respuesta avanzar en preguntas más específicas: ¿Sentís que la vida no vale la pena? ¿Has pensado en dejar de vivir? ¿Has pensado en quitarte la vida?
- **Indagar sobre conductas suicidas**
 - Pensamientos suicidas o ideación: valorar frecuencia, intensidad, duración en las últimas 48 horas, el último mes y el peor momento.
 - Plan: momento, lugar, letalidad, disponibilidad y actos preparatorios.
 - Comportamientos: intentos anteriores, intentos frustrados, ensayos (como probar nudos, cargar armas) versus conductas autolesivas no suicidas.
 - Intencionalidad: en qué grado espera llevar a cabo el plan y cuánto cree en la letalidad del método. Explorar la ambivalencia entre razones para morir y razones para vivir.
 - En jóvenes: preguntar a referentes socioafectivos sobre evidencias de pensamientos suicidas, planes o conductas, cambios en el humor, comportamiento o disposición. Indagar ideas homicidas también.

- Determinar **nivel de riesgo/intervención:**

NIVEL DE RIESGO	FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES	SUICIDALIDAD	POSIBLES INTERVENCIONES
Alto	Trastornos psiquiátricos con síntomas severos o eventos agudos precipitantes; con escasa presencia de factores protectores	Intento de suicidio potencialmente letal, ideación persistente con firme intención o ensayo suicida	La internación está generalmente indicada salvo que un cambio significativo reduzca el riesgo. Tomar medidas de precaución para la conducta suicida
Moderado	Múltiples factores de riesgo, pocos factores protectores	Ideación suicida con plan, pero no intento o comportamiento	La internación puede ser necesaria dependiendo de los factores de riesgo. Desarrollar un plan para la crisis. Dar teléfonos de contacto de emergencia o atención en crisis
Bajo	Factores de riesgo modificables y fuertes factores protectores	Pensamientos de muerte sin plan, intención o comportamiento	Derivación a tratamiento ambulatorio, reducción de síntomas. Dar teléfonos de contacto de emergencia o atención en crisis

Fuente: MSP (2024).

- **Ante un intento de suicidio reciente, seguir el protocolo de atención en caso de IAE (Ordenanza Ministerial n.º 384/017), incluyendo la notificación al MSP para garantizar su seguimiento.**
- **Valorar los siguientes elementos para orientar el nivel de riesgo:**
 - Los pensamientos del niño o la niña sobre el intento: ¿Quería morir? ¿Siente alivio de seguir con vida? (rectifica). ¿Aún quiere morir? (ratifica). ¿Creía que iba a funcionar? ¿Está sorprendido de haber sobrevivido?
 - Preparación del intento: ¿Fue peligroso el método elegido? ¿Fue impulsivo o planificado? ¿Elegió una fecha significativa? ¿Cuánto tiempo antes del evento lo había planificado? ¿Hubo

consumo de alcohol u otras sustancias previamente? ¿Distribuyó sus pertenencias?

- Esfuerzo por no ser descubierto: ¿Hubo acciones para evitar ser descubierto? ¿Estaba solo o sola en el momento? ¿Rechazó recibir ayuda?
 - Comunicación: ¿Comunicó su intención previamente a alguien? ¿Dejó una nota suicida?
 - Es frecuente encontrar ambivalencia entre querer morir o vivir. Por lo tanto, es importante realizar más de una valoración.
- Valorar el sistema de **apoyo social** del niño o la niña.
 - **Registrar en la HC:** Realizar un adecuado registro en la HC del nivel de riesgo valorado y qué hace pensar en dicho riesgo, dejar consignadas las acciones llevadas a cabo para reducción de riesgo, acuerdos y actitud de cuidadores, pautas de seguimiento acordadas.
 - **Coordinar con salud mental** del PNA para iniciar abordaje y derivación en forma precoz. Requiere valoración por psiquiatría infantil.
 - En caso de las situaciones de riesgo alto, derivar a **puerta de emergencia**.
 - **Seguimiento:** Ante antecedentes de IAE, realizar seguimiento de manera programada. Ante consultas por dolor crónico, eventos vitales estresantes, traumatismos, siniestros o accidentes, u otras condiciones de sufrimiento mental, también programar un seguimiento a la brevedad en el cual reevaluar el nivel de riesgo.
 - **Psicoeducación** de niños, niñas y referentes (ver apartado siguiente).
 - **Abordaje integral:**
 - El tratamiento farmacológico debe contar con un seguimiento responsable para evaluar efectos secundarios de medicación y adhesión.
 - Cuando se requieren medicamentos, estos pueden resultar más efectivos si se usan en conjunto con un abordaje integral que incluya psicoterapia.

Psicoeducación de referentes

Parte del abordaje integral del comportamiento suicida requiere el trabajo con sus referentes, idealmente los que se identifiquen como más confiables y continentes. Algunas claves son:

- La red de relaciones sociales es importante para proporcionar apoyo social.
- Es importante que la familia o los referentes afectivos tengan un rol activo en el cuidado y el tratamiento.
- Escuchar y hablar con la persona sobre el tema, sin juzgarla, a menudo le ayudará a sentirse aliviada, menos ansiosa y mejor comprendida.
- Si la persona se encuentra en riesgo, deben brindarle acompañamiento y apoyo constante. No dejarla sola en una situación de crisis.
- Reducir la posibilidad de acceso a métodos con los que se puede hacer daño (armas de fuego, sustancias tóxicas, medicamentos, cuchillos). Se recomienda que la medicación prescrita (si corresponde) sea administrada por un referente afectivo.
- Pedir ayuda telefónica o concurrir a la emergencia del prestador de salud en caso de notar situaciones de riesgo, cambios en la conducta habitual (alteración significativa del sueño, de la alimentación, aislamiento social), si la persona menciona intenciones de hacerse daño o si evoluciona negativamente.

SE RECOMIENDA SEGUIR COMO REFERENCIA EL SIGUIENTE MATERIAL:

Guía de abordaje frente al riesgo suicida en adolescentes para profesionales de la salud del primer nivel de atención. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Gu%C3%ADa%20abordaje%20frente%20a%20riesgo%20suicida%20en%20adolescentes%20%28web%29.pdf>



Protocolo y pautas de seguimiento en caso de intento de autoeliminación. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/protocolo-pautas-seguimiento-caso-intento-autoeliminacion-iae>



**SE INVITA A RECOMENDAR
A NIÑOS, NIÑAS Y REFERENTES EL SIGUIENTE
MATERIAL DE LA CAMPAÑA NI SILENCIO NI TABÚ:**

Recomendaciones para madres, padres y adultos referentes.

Disponible en <https://www.gub.uy/salud-mental-adolescente/adultos-referentes/recomendaciones-para-madres-padres-y-adultos-referentes>



Folleto para adolescentes.

Disponible en <https://www.gub.uy/salud-mental-adolescente/adolescentes-y-jovenes/folleto-para-adolescentes>



Línea prevención del suicidio: *0767 / 0800 0767



Línea de apoyo emocional: *1920 / 0800 1920



Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

Los trastornos de la conducta alimentaria son un importante problema de salud de gran prevalencia en la adolescencia. Actualmente ha aumentado su frecuencia en menores de 12 años, incluso con cuadros con gravedad clínica que requieren ingreso hospitalario.

Su abordaje requiere de tratamiento especializado, complejo y multidisciplinar, aumentando su intensidad según la evolución.

Los **trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos** implican una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con ella, que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial.

En la clasificación actual del DSM-V se incluyen varios cuadros:

- Pica
- Trastorno por rumiación
- Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos (de comienzo en etapa de lactante)
- Anorexia nerviosa
- Bulimia nerviosa
- Trastorno de atracones

Los más frecuentes son el trastorno de atracones, la bulimia nerviosa y la anorexia, y todos ellos suelen asociar comorbilidad psiquiátrica. En esta clasificación no se incluye la obesidad como trastorno mental, si bien puede estar asociada a otros trastornos.

El **trastorno de atracones** implica episodios recurrentes de atracones. Ellos implican ingestión de cantidad de alimentos claramente

superior a la que la mayoría de las personas comerían en ese período de tiempo en circunstancias parecidas y sensación de falta de control sobre lo que se ingiere. Conlleva malestar intenso respecto a los atracones y no se asocia a comportamientos compensatorios. La gravedad depende de la frecuencia y de si asocia o no más síntomas o discapacidad funcional.

La **bulimia nerviosa** implica episodios recurrentes de atracones de características similares los del trastorno de atracones, pero con presencia de comportamientos compensatorios inapropiados como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes u otra medicación, ayuno o ejercicio excesivo. La autoevaluación de la persona se ve indebidamente influida por su constitución y peso corporal. La gravedad depende de la frecuencia y de si asocia o no más síntomas o discapacidad funcional. Se asocia un riesgo elevado de suicidio.

La **anorexia nerviosa** implica la restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, lo que conduce a un peso corporal significativamente bajo. Presenta miedo intenso al aumento de peso y alteración de la percepción del peso o constitución. Puede ser de tipo restrictivo o de tipo con atracones/purgas. La gravedad se basa en el índice de masa corporal y aumenta con relación a los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión. También asocia un riesgo elevado de suicidio.

Factores específicos

Factores de riesgo:

- Preadolescentes y adolescentes
- Sexo femenino
- Antecedentes familiares de obesidad y de TCA
- Práctica de determinados deportes o actividades (ballet, atletismo, modelaje, baile/danza, gimnasia)
- Homosexualidad en varones

- Dependencia excesiva, inmadurez y aislamiento
- Problemas médicos crónicos que afecten la autoimagen (diabetes, obesidad)
- Familias desorganizadas, poco cohesionadas, con baja tolerancia hacia el sufrimiento familiar, presencia de críticas
- Acontecimientos vitales estresantes en los últimos años

Síntomas y signos de alarma

- Anorexia: adelgazamiento, amenorrea, lanugo, demanda de diuréticos o laxantes, trastorno obsesivo-compulsivo, actividades para adelgazar, vómitos y signos indirectos (piel seca, edemas en cara, erosión del esmalte dental, caries). También pueden constatarse bradicardia e hipotensión arterial.
- Bulimia: intentos fallidos de pérdida de peso, antecedentes familiares de depresión, vómitos y signos indirectos (edemas en cara, erosión del esmalte dental), hipertrofia parotídea, reflujo gastroesofágico, ejercicio obsesivo y excesivo, disforia.

Intervención desde la consulta pediátrica en el PNA

Es fundamental promover hábitos saludables de alimentación y propiciar buena comunicación con niños, niñas y referentes para prevenir indirectamente la aparición de los TCA.

- Examen físico atento a los detalles, especialmente en presencia de factores de riesgo.
- Realizar una anamnesis dirigida:
 - Indagar hábitos alimenticios del niño o la niña y de su núcleo familiar.
 - Evaluar conductas de control de peso, actividad física y conductas purgativas.

- Promover alimentación saludable:
 - Realizar al menos alguna comida en casa con la familia.
 - Facilitar la comunicación y mejorar la autoestima.
 - Evitar que las conversaciones familiares giren compulsivamente sobre la alimentación y la imagen.
- No emitir juicios de valor sobre el peso o el cuerpo de niños y niñas. Evitar decir «Estás muy/más gordo/flaco».
- Entrevistar al niño o la niña a solas, en un clima de confianza y respeto, aprovechando cualquier oportunidad. Tener en cuenta que suelen negar la gravedad y minimizar lo que ocurre. Algunas preguntas disparadoras pueden ser: *¿Te parece que tu peso es adecuado? ¿Comés todo tipo de alimentos? ¿Hacés mucho ejercicio? ¿Te gusta cómo eres físicamente? ¿Cuándo tuviste el último período (menstruación)? ¿Cómo van las cosas en casa? ¿Cómo estás de ánimo?*
- Prestar atención a la actitud de los referentes. Realizar psicoeducación y procurar su colaboración.
- Realizar un adecuado registro en la HC que incluya las sospechas y agendar un control muy próximo para seguimiento y continuar la evaluación.
- Solicitar pruebas complementarias para hacer un diagnóstico diferencial y descartar otras causas de desnutrición.
- **Si hay presencia de síntomas y signos de alarma, o ante sospecha importante de TCA, derivar al equipo de salud mental y a consulta nutricional.**
- **Derivación urgente a un centro hospitalario si existen criterios de gravedad** que incluyen no sólo complicaciones orgánicas, sino también necesidad de aislamiento por grandes disfunciones familiares, necesidad de medios asistenciales para garantizar el cumplimiento terapéutico o comorbilidad psiquiátrica con ideas de autoeliminación o síntomas psicóticos.

En todo momento es fundamental mantener una buena comunicación con los referentes y el o la preadolescente, de manera empática, franca y abierta. Asimismo, procurar mantener comunicación y colaboración con el equipo de salud mental en el seguimiento, estando alerta para detectar precozmente en el PNA las posibles recaídas.

SECCIÓN 4

RECURSOS DE INTERÉS

Recursos de consulta para los profesionales

- Contacto de asociaciones y sociedades científicas:
 - Sociedad Uruguaya de Pediatría (<https://www.sup.org.uy/>)
 - Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (secretariasupia@gmail.com)
 - Sociedad Uruguaya de Neuropediatría (alfredocerisola@gmail.com)
 - Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria (secretaria.sumefac@gmail.com)
 - Sociedad de Medicina Rural del Uruguay (someruysecretaria@live.com)
 - Asociación de Psicopatología y Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia (secretaria@appia.uy, <https://appia.uy/>)
 - Asociación de Fonoaudiología del Uruguay (<https://adefu.com.uy/>)
 - Asociación Uruguaya de Psicomotricidad (<https://www.aupsicomotricidad.org/>)
 - Coordinadora de Psicólogos del Uruguay (<https://www.psicologos.org.uy/>)
- Unidad especializada en Trastornos del Espectro Autista (Unidad Académica de Psiquiatría Pediátrica, Facultad de Medicina, Centro Hospitalario Pereira Rossell). Brinda apoyo a especialistas del PNA u otros servicios asistenciales en la evaluación diagnóstica y la planificación de estrategias terapéuticas (<https://unidadtea.uy/>)
- Teleclínica ECHO: autismo y otros trastornos del neurodesarrollo infantil (segundos viernes de cada mes de 9:00 a 10:00 horas, requiere

inscripción previa y contactarse con los organizadores para enviar el caso para discutir, Pediatría c y Unidad Académica de Psiquiatría Pediátrica, <https://proyectoecho.fmed.edu.uy/programas/>)

- Campus virtual MSP - Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional (INEFOP) (<https://campus.msp.gub.uy/>)
- Campus virtual de la Organización Panamericana de la Salud (<https://campus.paho.org/es>)
- Aula virtual de la Sociedad Uruguaya de Pediatría (requiere clave de acceso para socios) (<https://aula.sup.org.uy/>)
- *Recomendaciones para el trato y una atención adecuada de las personas con discapacidad en los servicios de salud. Fascículo 1. Trastornos del espectro autista (TEA)* (https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/MIDES-MSP_Recimendaciones_Fasc%C3%ADculo%20TEA.pdf)
- *Guía para el abordaje frente a riesgo suicida en adolescentes* (<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Gu%C3%ADa%20abordaje%20frente%20a%20riesgo%20suicida%20en%20adolescentes%20%28web%29.pdf>)
- *Guía de algoritmos en pediatría de atención primaria*, Asociación Española de Pediatría (su aplicación no debe sustituir el juicio clínico y se debe tener en cuenta que fue elaborada para el sistema de salud de otro país) (<https://algoritmos.aepap.org/>)
- Grupo de Sueño, Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (<https://www.aepap.org/grupos/grupo-de-sueno>)
- Grupo de TDAH y Desarrollo Psicoeducativo, Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (<https://www.aepap.org/grupos/grupo-de-tdah-y-desarrollo-psicoeducativo>)
- Campaña para adecuar el uso de pantallas en la infancia, Fédération Wallonie-Bruxelles (en francés, <https://www.yapaka.be/ecrans>)
- *El cuidado cariñoso y sensible para el desarrollo en la primera infancia. Marco para ayudar a los niños y niñas a sobrevivir y prosperar*

a fin de transformar la salud y potencial humano (https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55218/9789275324592_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- *Aportes para la mejora de la atención de salud mental de niños, niñas y adolescentes en Uruguay* (<https://www.paho.org/es/documentos/aportes-para-mejora-atencion-salud-mental-ninos-ninas-adolescentes-uruguay>)
- *Primer informe nacional de prevalencia de inseguridad alimentaria en hogares 2022* (<https://www5.ine.gub.uy/documents/Informes/Primer%20informe%20nacional%20de%20prevalencia%20de%20inseguridad%20alimentaria%20en%20hogares%202022.pdf>)
- *Acoso escolar en Uruguay. Informe de estado de situación* (<https://www.unicef.org/uruguay/media/6051/file/Acoso%20escolar%20en%20Uruguay.%20Informe%20de%20estado%20de%20situaci%C3%B3n.pdf>)

Materiales educativos para referentes, niños, niñas y profesionales

Hablemos de crianza, podcast de UNICEF Uruguay para apoyar a las familias de niños, niñas y adolescentes (<https://www.unicef.org/uruguay/crianza/hablemos-de-crianza-un-podcast-de-unicef>)



Jugar, amar, compartir. Guía para acompañar el desarrollo desde el nacimiento hasta los 5 años (<https://www.unicef.org/uruguay/media/7141/file/Jugar,%20amar,%20compartir.%20Gu%C3%ADa%20para%20acompa%C3%B1ar%20el%20desarrollo%20desde%20el%20nacimiento%20hasta%20los%205%20a%C3%B1os.pdf>). Autoras: Mercedes Pérez-Roca, Marisa Burgueño, Pamela Kessler y Virginia Marichal.



Tejiendo vínculos entre el niño y sus cuidadores. Desarrollo infantil y prácticas de crianza (https://bibliotecaunicef.uy/opac_css/doc_num.php?explnum_id=159). Material desarrollado para Equipos de Cercanía para contribuir al cuidado y la promoción del desarrollo integral de niños y niñas, potenciando y afianzando el rol de los adultos a cargo de la crianza. Autora: Ana Cerutti.





¿Mucho, poquito o nada? (<https://www.unicef.org/uruguay/media/6166/file/Mucho,%20poquito%20o%20nada.pdf>). Guía de UNICEF Uruguay sobre pautas de crianza para niños y niñas de 0 a 5 años de edad. Además de explicaciones claras y amigables sobre el desarrollo de niños y niñas, brinda pautas para acompañar a niños y niñas en diversas situaciones: control de esfínteres, comienzo de la escolarización, separación de pareja parental, educación sexual. Autora: Natalia Trenchi.



Guía de crianza. Acompañando a las familias en el desafío de criar (https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/Guia_Crianza_digital_final.pdf). Material incluido en el set de bienvenida universal que se entrega a familias que tienen o esperan un recién nacido (Uruguay Crece Contigo, Dirección Nacional de Desarrollo Social, MIDES).



Trato bien (<https://www.unicef.org/uruguay/informes/trato-bien-guia>). Guía de UNICEF Uruguay para la puesta de límites no violentos en el ámbito familiar, dirigida a madres, padres y adultos al cuidado de niños, niñas y adolescentes.



Guía para una crianza libre de estereotipos (<https://www.unicef.org/uruguay/informes/guia-para-una-crianza-libre-de-estereotipos>). Guía de UNICEF Uruguay dirigida a madres, padres y personas adultas que cuidan. Se presentan conceptos acerca del impacto de los estereotipos de género en niños, niñas y adolescentes y orientaciones para fomentar actitudes y comportamientos más igualitarios en la vida diaria. Autoras: María Gutiérrez y Lucía Vernazza.

¡Hola bebé! (<https://www.unicef.org/uruguay/hola-bebe>). Guía de UNICEF Uruguay desde el embarazo hasta el primer año de vida. Orientaciones en torno a los primeros cuidados, crecimiento del bebé, alimentación, cómo acompañar su desarrollo, entre otros. Autoras: Nora D'Oliveira y María Isabel Bove.



¡Quiero teta! Cómo amamantar con confianza desde el nacimiento hasta el destete (<https://www.unicef.org/uruguay/quiero-teta>). Guía de UNICEF Uruguay. Redacción: Nora D'Oliveira.



Los primeros olores de la cocina de mi casa (<https://www.unicef.org/uruguay/informes/los-primeros-olores-de-la-cocina-de-mi-casa>). Recomendaciones de UNICEF Uruguay para la incorporación de alimentos de 6 a 36 meses de edad. Autoras: Carolina de León y María Isabel Bove.



Guía pantallas en casa (<https://www.unicef.org/uruguay/informes/pantallas-en-casa>). Guía de UNICEF Uruguay para acompañar a las familias en el uso y navegación segura de internet. Autora: Lorena Estefanell.



Salud Mental Adolescente (<https://www.gub.uy/salud-mental-adolescente>). Programa del Instituto Nacional de la Juventud para la promoción y prevención de la salud mental y el bienestar psicosocial de adolescentes y jóvenes. Portal web que incluye los siguientes recursos:





- Folleto para adolescentes (<https://www.gub.uy/salud-mental-adolescente/adolescentes-y-jovenes/folleto-para-adolescentes>)
- Recomendaciones para madres, padres y adultos referentes (<https://www.gub.uy/salud-mental-adolescente/adultos-referentes/recomendaciones-para-madres-padres-y-adultos-referentes>)



Sugerencias para promover experiencias positivas de aprendizaje para niños con TEA (<https://unidadtea.uy/2023/01/10/sugerencias/>). Material de la Unidad TEA que pone a disposición herramientas que procuran contribuir favorablemente en la construcción de procesos orientados hacia la inclusión social. Autores: Andrea Yambei, Carolina Cardozo, Carolina Casterá, Cecilia Amigo, Esteban Sosa y Gabriela Garrido.



Guía de recursos para población con TEA y sus familias (<https://unidadtea.uy/2023/02/09/guia-de-recursos-para-poblacion-con-tea-y-sus-familias/>). Guía de recursos y manual de información de la Unidad TEA para población en el espectro autista y sus familias. Brinda detalle de asociaciones, fundaciones y organizaciones por departamento. Autoras: Natalia López De los Santos e Irene Peluso Crespi.



Orientación a la familia sobre el cuidado para el desarrollo infantil (<https://www.unicef.org/peru/informes/orientacion-familia-sobre-cuidado-desarrollo-infantil>). Material de UNICEF Perú con tarjetas para guiar a los profesionales de la salud en la orientación a la familia sobre el cuidado para el desarrollo infantil.

Enhancing and Practicing Executive Function Skills with Children from Infancy to Adolescence (<https://harvardcenter.wenginepowered.com/wp-content/uploads/2015/05/Enhancing-and-Practicing-Executive-Function-Skills-with-Children-from-Infancy-to-Adolescence-1.pdf>). Material (en inglés) del Center of the Developing Child de la Universidad de Harvard sobre cómo fortalecer y poner en práctica las funciones ejecutivas en niños y niñas desde la primera infancia a la adolescencia.



Niños, niñas y adolescentes en tiempos de duelo (<https://www.asse.com.uy/contenido/Ninos-Ninas-y-Adolescentes-en-tiempos-de-Duelo-Orientaciones-para-profesionales-y-familiares-12992>). Guía de la Dirección de la Salud de Niñez y Adolescencia y la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE con orientaciones para acompañar a niños, niñas y adolescentes en el proceso de duelo por la pérdida de un ser querido. Elaborada en el contexto de la pandemia de COVID-19.



Manual de duelo infantil (<https://www.fundacionmlc.org/descarga-aqui-guia-duelo/>). Manual práctico de la Fundación Mario Losantos del Campo que ayuda a los padres, profesores y adultos en general a solucionar sus dudas sobre el duelo infantil y a encontrar la mejor forma de explicar a los niños qué es la muerte, un tema a menudo difícil de abordar. Autora: Patricia Díaz Seoane.





Guías de lectura sobre primera infancia para familias y cuidadores: Leer es abrazarnos con palabras de 0 a 12 meses, de 12 a 24 meses y de 24 a 36 meses (<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/guias-lectura-sobre-primera-infancia-para-familias-educadores>). Elaboradas por el Ministerio de Educación y Cultura y el MIDES.



Biblioteca País (Ceibal, <https://ceibal.edu.uy/plataformas-y-programas/biblioteca-pais/>). Biblioteca virtual gratuita del Uruguay. Libros y audiolibros para descargar o leer en línea, a disposición de cualquier persona con cédula de identidad uruguaya.

Sistemas de comunicación aumentativa y alternativa: sitios web de los cuales se pueden descargar diversos sistemas de comunicación aumentativa y alternativa, muchos de ellos gratuitos y de libre acceso:

- <https://pecs-spain.com/el-sistema-de-comunicacion-por-el-intercambio-de-imagenes-pecs/>
- <https://arasaac.org/>
- <https://es.tobiidynavox.com/>
- <https://www.pictoaplicaciones.com/>
- <http://adapro.iter.es/>
- <https://www.autismohuelva.org/aplicacion-let-me-talk/>
- <https://www.ottaaproject.com/>

Prestaciones y recursos disponibles para la atención

Se destaca que las prestaciones y la ruta de acceso a ellas sufren modificaciones en el tiempo y pueden diferir en cada localidad. Se aconseja tener claro qué servicios están disponibles para cada prestador y para cada lugar del país.

Pensión por invalidez

Es una de las prestaciones brindada por el BPS, prevista por el artículo 43 de la Ley n.º 16.713, la cual se caracteriza por ser una prestación no contributiva.

Se abona mensualmente a personas con discapacidad con base en dictamen médico del sector Evaluación de Incapacidad del BPS. Adicionalmente, se consideran los recursos para subvenir las necesidades vitales. Se distinguen dos situaciones: aquellas personas con una discapacidad leve o moderada, condicionándose en este caso el otorgamiento de la pensión de acuerdo al nivel de ingresos del núcleo familiar; y, por otro lado, aquellas personas con una discapacidad severa, otorgándose esta pensión sin condicionar al nivel de ingresos familiares.

Es requisito que el beneficiario sea habitante del país con al menos diez años de residencia en los últimos veinte años. Si es menor de edad, no deberá acreditarse el requisito de permanencia en el país. Podrán tener derecho también quienes siendo uruguayos residan en Argentina o Brasil a no más de cinco kilómetros de la frontera.

Requisitos necesarios para la obtención a continuación:

- Cédula de identidad vigente y en buen estado de la persona para la cual se solicita la pensión y, en el caso de ser menor de edad o encontrarse incapacitado judicialmente, de la persona responsable (madre, padre, tutor, curador).
- Historia clínica de los últimos dos años. Se solicita al prestador de salud de la persona.¹⁷
- Si la persona para la cual se tramita la pensión es menor de edad habrá que registrar la patria potestad o tenencia, según corresponda. Si la persona para la cual se tramita la pensión ha sido declarada incapaz judicialmente, el curador designado deberá registrar el poder de curatela.
- El trámite no requiere reserva previa. Se inicia de manera presencial en la Sección Informes de la oficina del BPS de cada localidad o en el edificio sede en Montevideo (Colonia 1851).
- En caso de renovación de la pensión por invalidez, el trámite se puede iniciar 180 días (6 meses) antes de la fecha de vencimiento y los pasos y requisitos son los mismos que para la tramitación por primera vez.

Más información:

- <https://www.bps.gub.uy/11431/pension-por-invalidez.html>
- <https://www.bps.gub.uy/bps/file/15731/12/solicitud-de-prestacion.pdf>
- <https://www.bps.gub.uy/11446/>

Ayudas extraordinarias (AYEX)

Es una prestación no contributiva otorgada por el BPS a personas con discapacidad o alteraciones en el desarrollo, destinada a cubrir total o parcialmente los costos de

¹⁷ Puede tener costo, consultar en atención al usuario de cada prestador.

- Clínicas terapéuticas
- Institutos de rehabilitación (La prestación cubre hasta dos abordajes terapéuticos)
- Colegios, escuelas e institutos habilitados por la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP).
- Instituciones recreativas o deportivas destinadas a la integración y la rehabilitación.
- Transporte para los beneficiarios o boletos para el acompañante para el traslado desde y hacia los centros educativos, terapéuticos, recreativos o deportivos.

El objetivo de la prestación es propiciar el desarrollo del potencial biopsicosocial, laboral y educacional del beneficiario, restablecer o restaurar las habilidades, compensar funciones perdidas, obtener el máximo nivel de autonomía y una mejor calidad de vida, contemplando su capacidad y aspiraciones.

Documentación técnica necesaria para la solicitud:

- El médico tratante (pediatra, neuropediatra o psiquiatra infantil) del prestador de salud del usuario deberá completar el formulario de evaluación técnica (con datos personales del usuario, diagnóstico, datos clínicos, tratamientos recomendados, firma, sello o contrafirma y número de caja del profesional) (<https://www.bps.gub.uy/bps/file/1092/10/ayuda-extraordinaria-evaluacion-tecnica.pdf>).
- Nota de la dirección técnica del prestador integral de salud al que pertenece el usuario, informando que no brinda los tratamientos recomendados por el médico tratante. De brindarlos, se deberá indicar cuál es período que cubre la institución médica y si el usuario completó ese período (esta nota no es requerida para solicitudes de transporte o boletos, o si es usuario de pensión por invalidez).
- En caso de que padre, madre o tutor, así como cónyuge o concubino de estos, registre actividad civil en un organismo público, se

debe presentar además el formulario negativo funcionarios públicos completado por el organismo correspondiente.

- En caso de que el usuario tenga 6 años o más, tendrá que aportar uno de los siguientes informes: informe psicopedagógico (el informe de la maestra no sustituye el informe psicopedagógico) o informe de evaluación de los profesionales correspondientes a la actividad solicitada, especificando la necesidad del tratamiento o psicodiagnóstico.

¿Quiénes pueden beneficiarse de las ayex?

Personas con discapacidad o alteraciones en el desarrollo, previa comprobación por parte del equipo técnico del BPS, que cumplan alguna de las siguientes condiciones:

- Hijos o menores a cargo de trabajadores de la actividad privada, tributarios del BPS (Ley n.º 15.084, arts. 2 y 5), perciban o no asignación familiar.
- Beneficiarios de pensión por invalidez, pensión para hijos de víctimas fallecidas por violencia doméstica (Ley n.º 18.850) y pensión para hijos de víctimas de delitos violentos (Ley n.º 19.039 literales c y d).
- Pacientes de la Unidad de Atención Ambulatoria, Crenadecer.
- Hijos o menores a cargo de funcionarios del BPS.
- Beneficiarios de programas de proximidad del MIDES (Uruguay Crece Contigo, Cercanías).
- Niños, niñas y adolescentes que se encuentren dentro del Sistema de Protección de 24 horas del INAU, en centros de residencia y acogimiento familiar. Acceden únicamente a instituto.
- Hijos de funcionarios del sector público por Ley n.º 19.924.
- A tener en cuenta: en el caso de convenios MIDES e INAU, la tramitación se realiza desde estos organismos.

El pago se realiza mensualmente al apoderado del beneficiario, quien puede autorizar que se transfiera al transportista o al instituto.

El trámite se inicia de manera web o presencial (<https://www.bps.gub.uy/11436/>).

Programa de asistentes personales

Se trata de una prestación económica en carácter de subsidio, destinada a la contratación de servicio de asistencia personal adaptada a la necesidad de la persona usuaria.

En Uruguay el cuidado es tanto un derecho como una función social garantizada por la Ley n.º 19.353, de 2015. El Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) nace como una política pública de carácter universal y transversal (involucra a varios sectores del Estado, como el MIDES y el BPS) que tiene como objetivo generar un modelo de responsabilidad compartida de los cuidados entre hombres y mujeres, y entre familias, Estado, comunidad y mercado.

Para postularse como beneficiario:

<https://www.gub.uy/sistema-cuidados/node/640>

Los asistentes personales serán elegidos y contratados por la persona beneficiaria del subsidio, su apoderado legal o su familia, por un mínimo de 80 horas mensuales. La distribución de esas horas en las jornadas de trabajo se hará de mutuo acuerdo entre la persona asistida (su familia o apoderados) y la persona contratada como asistente personal, cumpliendo con las reglamentaciones legales de la duración de las jornadas laborales.

Cabe destacar que el Estado, además, brinda **otras prestaciones** destinadas a la atención de individuos en situación de discapacidad, como la compra de vehículos por la Ley n.º 13.102 (matrícula DI), boletos gratuitos en transporte metropolitano, entre otras.

Más información:

<https://www.bps.gub.uy/9973/programa-de-asistentes-personales.html>

Casas de desarrollo de la niñez

Las casas de desarrollo de la niñez (CDN) son una iniciativa de ASSE para atender los problemas del desarrollo y las dificultades de aprendizaje. Todos los niños, niñas y adolescentes de 0 a 15 años con criterios de derivación podrán ser derivados a la CDN de referencia para una instancia diagnóstica. Los tratamientos están dirigidos a quienes no cuenten con acceso a las AYEX que otorga el BPS.

Las CDN son unidades asistenciales innovadoras en el marco de estrategias de atención en salud y se encuentran ubicadas en el PNA, con el objetivo de acercar estos servicios a los usuarios. La estrategia de las CDN propone que niños y niñas usuarios de ASSE con alteraciones en el desarrollo, o sospecha, y niños, niñas y adolescentes en edad escolar (hasta 15 años) con dificultades del aprendizaje, o sospecha, accedan de forma precoz a un diagnóstico o tratamiento oportuno.

En ellas funcionan dos dispositivos centrales:

- Unidades de Atención Temprana (UAT): Equipos interdisciplinarios conformados por profesionales de la salud, que tienen como objetivo realizar abordajes en prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento, intervención y seguimiento de niños y niñas de 0 a 5 años con alteraciones del desarrollo.
- Unidades de Dificultades de Aprendizaje (UDAP): Equipos interdisciplinarios integrados por profesionales de la salud y la educación que realizan evaluación, intervención y tratamiento a niños y niñas en edad escolar con dificultades del aprendizaje.

¿Cómo se accede a los dispositivos?

- Pueden acceder todos los niños y niñas usuarios de ASSE que, luego de la consulta con el equipo de salud, cuenten con derivación a los dispositivos antes mencionados.

- La coordinación de agenda se realizará desde la unidad ejecutora que solicita la consulta a la CDN, vía telefónica, a través de la historia clínica electrónica ambulatoria (HCEA) o de manera presencial.

¿Cuál es el equipo de profesionales?

- Neuropediatra
- Psiquiatra pediátrico
- Pediatra con formación específica en desarrollo
- Psicólogo
- Psicopedagogo
- Fisioterapeuta
- Psicomotricista
- Fonoaudiólogo
- Maestra especializada
- Trabajador social

Criterios de ingreso a UAT:

- Recién nacidos identificados con factores de riesgo para alteraciones del desarrollo.
- Niños con patologías neurológicas que se vinculan a alteraciones del desarrollo.
- Niños de 0 a 5 años que no pasan la *Guía nacional para la vigilancia del desarrollo del niño y de la niña menores 5 años*, o con sospecha clínica de alteraciones del desarrollo durante los controles en salud.

Criterios de ingreso a UDAP:

- Niños y niñas en edad escolar con dificultades en el aprendizaje.

A corto plazo, el resultado de las CDN supone minimizar el impacto de los factores de riesgo en la salud y el desarrollo de estos niños y reducir las consecuencias negativas de las condiciones detectadas en su

entorno, mejorando su desempeño y desarrollo. En tanto, a mediano y largo plazo se busca mejorar las condiciones de salud del niño, la niña y su entorno para favorecer un desarrollo saludable, lograr el máximo potencial en su desarrollo, favoreciendo su inclusión social y mejorando el desempeño de sus habilidades al máximo potencial en el ámbito educativo y social.

Existen zonas del país en donde la disponibilidad de centros para recibir este tipo de tratamientos es muy baja, en algunos casos nula, y representa una preocupación de varios organismos como ASSE, el MSP y la ANEP poder contar con redes fortalecidas hacia las que derivar a los niños que así lo requieran. La proyección de ASSE durante este período es contar con 14 centros instalados distribuidos por el territorio nacional. Ya en funcionamiento son once (Salto, Paysandú, Artigas, Rivera, Melo, Las Piedras, La Paz, Ciudad de la Costa, Pando, Montevideo: Cerro y Unión).

Listado con direcciones y teléfonos disponible en <https://www.asse.com.uy/categoria/Casas-del-Desarrollo-de-la-Ninez--ASSE-689?pagina=1>

Seguimiento de recién nacidos de alto riesgo (SERENAR)

El programa SERENAR apunta a mejorar la prevención, la detección y la atención temprana de discapacidades en niños nacidos en situación de riesgo en su desarrollo neurocognitivo, en todas las instituciones de salud pública uruguayas.

El programa está enfocado en la detección precoz, el tratamiento de las alteraciones psiconeurosensoriales de los lactantes y el seguimiento sistemático del niño hasta los 6 años de edad.

Asimismo, lleva adelante actividades de prevención primaria mediante la sensibilización de la población en edad fértil, de prevención secundaria a través de la captación de los recién nacidos que presentan factores de riesgo y de prevención terciaria a través de la estimulación precoz para quienes lo requieran.

Actualmente, se desarrolla a través de ocho unidades de atención temprana, tres en Montevideo, en el Hospital Pereira Rossell, centros de salud de la Unión y Cerro, y cinco en el interior, en los hospitales de Durazno, Maldonado, Salto, Tacuarembó y Treinta y Tres.

SERENAR cuenta con un equipo multidisciplinario, con psicomotricistas, fisioterapeutas, psicólogos, pediatras y neuropediatra.

Unidad de Atención Temprana en la Primera Infancia (UNAT)

Es una unidad que funciona en el Hospital de la Mujer del Centro Pereira Rossell, con un área física adecuada para la atención y estadía de niños y niñas recién nacidos, y hasta los 3 años, que requieren de seguimiento multidisciplinario, así como para sus familias. Es el primer centro interdisciplinario del SNIS, donde, en un solo lugar, aquellos recién nacidos en ese centro con gran vulnerabilidad biológica, luego del alta y hasta los 3 años, reciben una atención integral junto a su familia y en forma coordinada con la atención del PNA.

Plan Integral de Atención de Atención a la Salud (PIAS)

En el catálogo del PIAS, Decreto n.º 465/008 y normativas posteriores, se encuentran todas las prestaciones de salud que deben ofrecer los prestadores con cobertura integral de asistencia médica del SNIS a sus usuarios y usuarias (Ley n.º 18.335). Estas prestaciones incluyen estudios diagnósticos, cirugías, consultas ambulatorias, atención en internación y atención por especialidades, entre otros servicios y procedimientos.

El Decreto n.º 305/011 establece la obligatoriedad de brindar atención psicológica en todos los prestadores del SNIS. Se definen tres modalidades de atención para niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos, según sus necesidades. A su vez, la Ley n.º 19.529 tiene como objetivo garantizar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas que

residen en el país, con una perspectiva de respeto de los derechos humanos, especialmente de las personas usuarias de los servicios de salud mental en el marco del SNIS.

Más información:

- <https://visualizador.gobiernoabierto.gub.uy/visualizador/api/repos/:public:organismos:mSP:pias:pias.wcdf/generatedContent>
- <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/salud-mental>

Se describen a continuación las modalidades de atención descritas en el PIAS que deberían estar disponibles en los prestadores de salud.

Prestaciones para niños, niñas y adolescentes (hasta 19 años), sus referentes afectivos y cuidadores

La *modalidad de acceso* puede ser por iniciativa del usuario o por derivación de un profesional tratante. Tendrá que agendarse en la administración del prestador para concurrir al Comité de Recepción, que, luego de una entrevista, determinará si corresponde o no el inicio de la prestación, así como su modalidad.

El plazo para ser recibido por el Comité de Recepción es de 15 días. Luego de realizada la indicación la institución tiene 15 días para dar inicio a la prestación.

Para los usuarios con consumo problemático de drogas el tiempo de espera para cada una de las instancias no será mayor a 7 días.

Los usuarios con intento de autoeliminación (IAE) deben recibir la primera consulta con un integrante del equipo de salud mental en un plazo máximo de 7 días. Se asegurará el seguimiento activo de todos los usuarios, durante un mínimo de 6 meses, de acuerdo al Protocolo de Atención y Seguimiento para personas con IAE en el SNIS (Ordenanza n.º 384/017).

MODO 1: INTERVENCIONES O TALLERES GRUPALES

Destinatarios:

- Familiares de niños, niñas y adolescentes.
- Familiares o referentes afectivos de niños, niñas y adolescentes con discapacidad mental, física o trastornos del espectro autista.
- Adolescentes.
- Embarazadas primerizas.
- Puérperas primerizas o pareja parental primeriza.
- Madres dentro del primer año posparto con indicios de depresión.
- Educadores y cuidadores de niños de la primera infancia.
- Niños y niñas con dificultades en la inserción escolar.
- Niños y niñas con indicación de intervenciones quirúrgicas.

Características del modo 1:

- Gratuito.
- Hasta 12 sesiones anuales para cada usuario.
- Se puede acceder libremente o por derivación de cualquier técnico de la institución.
- Los grupos son abiertos a la entrada y salida de participantes.
- Son coordinados por dos técnicos.
- La prestación podrá brindarse en forma grupal o individual para madres dentro del primer año posparto con indicios de depresión y para niños que requieran un abordaje de psicoprofilaxis quirúrgica. De ser necesario la atención puede ser domiciliaria.

MODO 2: PSICOTERAPIA INDIVIDUAL, GRUPAL O DE FAMILIA

Destinatarios:

- Niños, niñas y adolescentes con IAE.
- Madres deprimidas en el primer año de vida del niño.

- Niños, niñas y adolescentes con dificultades de aprendizaje, problemas situacionales o adaptativos: situaciones de violencia, abandono, pérdida de un familiar cercano o referente afectivo, separación de los padres, migración, dificultades de relación con pares, portadores de enfermedades orgánicas crónicas e hijos de personas con enfermedades mentales severas o adicciones.
- Niños y niñas que tengan una intervención quirúrgica de alta complejidad.

Características del modo 2:

- Individual, grupal o de familia, según indicación del Comité de Recepción.
- Prestación con un copago preestablecido. El copago para los usuarios con IAE se equipara al del modo 3.
- La atención individual incluye 24 sesiones anuales con frecuencia mínima semanal.
- La atención grupal incluye 12 sesiones anuales.

MODO 3: ATENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA INDIVIDUAL O GRUPAL

Destinatarios:

- Niños, niñas y adolescentes con:
 - Dificultades de aprendizaje específicas no resueltas en el modo anterior.
 - Situaciones de abandono, violencia sexual o intrafamiliar no resueltas en otros niveles del sistema de salud.
 - Discapacidad física, mental y trastornos del espectro autista.
 - Consumo problemático de sustancias psicoactivas (cocaína y pasta base de cocaína).
 - Trastornos disruptivos, trastornos del humor o de ansiedad.

Características del modo 3:

- Individual o grupal según indicación del Comité de Recepción.
- Prestación con un copago menor al establecido en el modo 2.
- La atención grupal incluye 12 sesiones anuales.
- La atención individual incluye 48 sesiones anuales con frecuencia mínima semanal.
- En situaciones de discapacidad física, mental o trastorno del espectro autista podrá extenderse a 144 sesiones.

Las personas usuarias con dificultades de aprendizaje, discapacidad física, mental y trastornos del espectro autista serán atendidas en equipo interdisciplinario o con los técnicos que el Comité de Recepción indique (incluye, al menos, fonoaudiología, psicopedagogía, psicomotricidad, maestra especializada y psicólogo).

En el capítulo 2 del PIAS, haciendo referencia al ítem 2.2 Asistencia de otros profesionales y/o técnicos, se plantea la presencia de

- Fisioterapeuta
- Fonoaudiólogo
- Psicomotricista

Referencia y contrarreferencia

Coordinación entre el primer nivel y especialistas: En todo el territorio nacional, en el PNA tanto público como privado existen recursos de salud mental, psiquiatras y psicólogos que trabajan en coordinación con los equipos de salud mental comunitaria pertenecientes al segundo nivel de atención, favoreciendo la continuidad asistencial luego del alta.

Bibliografía consultada

- Académie des Sciences, Académie Nationale de Médecine y Académie des Technologies (2019). L'enfant, l'adolescent, la famille et les écrans: appel à une vigilance raisonnée sur les technologies numérique. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 203(6): 381-393. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2019.06.004>
- Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) (s. f.). *Seguimiento de recién nacidos de alto riesgo*. <https://www.asse.com.uy/contenido/SEGUIMIENTO-DE-RECIEN-NACIDOS-DE-ALTO-RIESGO-2386>
- Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) (2022). *Descripción Casas del Desarrollo de la Niñez - ASSE*. <https://www.asse.com.uy/contenido/Descripcion-Casas-del-Desarrollo-de-la-Ninez--ASSE-13996>
- Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) (2020). *Niños, niñas y adolescentes en tiempos de duelo*. Montevideo: ASSE. <https://www.asse.com.uy/contenido/Ninos-Ninas-y-Adolescentes-en-tiempos-de-Duelo--Orientaciones-para-profesionales-y-familiares-12992>
- Alás Rupérez, A.; Ramos Sánchez, I.; Machado Casas, I. S.; Martín Fernández-Mayoralas, D.; Gortázar Díaz, M., y Aguilera Albesa, S. (2022). Trastornos del lenguaje, del habla y de la comunicación. Conceptos, clasificación y clínica. *Protocolos, Diagnósticos y Terapéuticos en Pediatría*, 1: 19-30.
- Alda, J. A.; Ferreria, E.; Hernández, I., y Gabaldon, S. (2013). Urgencias psiquiátricas en niños y adolescentes. En Soutullo, C. (coord.), *Psicofarmacología pediátrica: seguridad y eficacia*. Madrid: Springer, pp. 251-267.
- Administración Nacional de Educación Pública (ANEP) (2017). *Mapa de ruta de promoción de la convivencia para instituciones de educación media*. Montevideo: ANEP. <https://www.anep.edu.uy/sites/default/files/images/Archivos/publicaciones-direcciones/DDHH/protocolos-mapas-ruta/Protocolo%20Convivencia%202017.pdf>

- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Asociación Española de Pediatría (s. f.) *Guía de algoritmos en pediatría de atención primaria*. <https://algoritmos.aepap.org/>
- Axelson, D. (2019). Meeting the demand for pediatric mental health care. *Pediatrics*, 144(6): e20192646.
- Azúa Fuentes, E.; Rojas Carvallo, P., y Ruiz Poblete, S. (2020). Acoso escolar (bullying) como factor de riesgo de depresión y suicidio. *Revista Chilena de Pediatría*, 91(3): 432-439.
- Banco de Previsión Social (BPS) (2024a). *Ayuda extraordinaria*. <https://www.bps.gub.uy/3555/ayuda-extraordinaria.html>
- Banco de Previsión Social (BPS) (2024b). *Pensión por invalidez*. <https://www.bps.gub.uy/20545/pension-por-invalidez.html>
- Banco de Previsión Social (BPS) (2024c). *Programa de asistentes personales*. <https://www.bps.gub.uy/9973/programa-de-asistentes-personales.html>
- Barrios Techera, L., y Hernández López, M. (2020). La vulneración de derechos en la infancia y la adolescencia: recorte y economización de lo social en la protección social. *Fronteras*, 15(2): 125-137.
- Bartick, M.; Young, M.; Louis-Jacques, A.; McKenna, J. J., y Ball, H. L. (2022). Bedsharing may partially explain the reduced risk of sleep-related death in breastfed infants. *Frontiers in Pediatrics*, 10: 1081028.
- Bausela Herreras, E. (2014). La atención selectiva modula el procesamiento de la información y la memoria implícita. *Acción Psicológica*, 11(1): 21-34. https://scielo.isciii.es/pdf/acp/v11n1/02_original2.pdf
- Bharti, B.; Mehta, A., y Malhi, P. (2013). Sleep problems in children: a guide for primary care physicians. *Indian Journal of Pediatrics*, 80(6): 492-498. <https://doi.org/10.1007/s12098-012-0960-0>
- Blackmer, A. B., y Feinstein, J. A. (2016). Manejo de los trastornos del sueño en niños con trastornos del neurodesarrollo: una revisión. *Pharmacotherapy*, 36(1): 84-98. <https://doi.org/10.1002/phar.1686>
- Bonifacino, N.; Lezama, G.; Nauar, M.; Llaguno, N., y Simó, S. (2023). Detección precoz de desviaciones y promoción de las habilidades sociales del lactante con la escala ADBB durante el seguimiento pediátrico. Experiencia

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- en un centro de salud pública de alta vulnerabilidad social. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 94(2): e218. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492023000301218.
- Bonifacino, N.; Plevak, A.; Musetti, D., y Silveira, A. (2014). Retraimiento sostenido: Un indicador de riesgo en el desarrollo temprano. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 85(1): 34-42. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492014000100007.
- Brum, S., y Noya, J. C. (2021). *Acoso escolar en Uruguay. Informe de estado de situación*. Montevideo: UNICEF Uruguay. 2021. <https://www.unicef.org/uruguay/media/6051/file/Acoso%20escolar%20en%20Uruguay.%20Informe%20de%20estado%20de%20situaci%C3%B3n.pdf>
- Buitrago Ramírez, F.; Ciurana Misol, R.; Chocrón Bentata, L.; Fernández Alonso, M. C.; García Campayo, J.; Montón Franco, C., y Tizón García, J. L. (2018). Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPS 2018. *Atención Primaria*, 50(1): 83-108.
- Buka, S.; Beers, L.; Biel, M.; Counts, N. Z.; Hudziak, J.; Parade, S. H.; Paris, R.; Seifer, R., y Drury, S. S. (2022). The family is the patient: Promoting early childhood mental health in pediatric care. *Pediatrics*, 149(5): e2021053509L.
- Bunge, E.; Gomar, M., y Mandil, J. (2008). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes. Aportes técnicos*. Buenos Aires: Akadia.
- Caraballo, R. H.; Campistol Plana, J., y González Rabelino, G. (2022). *Neuropediatría: Fundamentos prácticos*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Carmona Belda, M.; Caner Faig, M.; Rúbies Olives, J., y Miravet Fuster, E. (2022). Trastornos de sueño en niños. *Protocolos, Diagnósticos y Terapéuticos en Pediatría*, 1: 93-101.
- Caro-Cañizares, I.; Rodríguez Blanco, L.; Vidal Mariño, C., y Segura-Valverde, M. (2014). Programa de prevención de Salud Mental en Atención Primaria pediátrica: un estudio piloto. *Pediatría Atención Primaria*, XVII(62): 109-115.
- Carter, K. A.; Hathaway, N.E., y Lettieri, C. F. (2014). Trastornos comunes del sueño en niños. *Médico de Familia Estadounidense*, 89(5): 368-377.
- Cátedra de Neuropediatría (s. f.). *Indicadores desarrollo programa SERENAR-MSP*. <https://www.inau.gub.uy/cenfores/biblioteca-digital/recursos-en-linea/item/1980-indicadores-desarrollo-programa-catedra-de-neuropediatria-serenar-msp>

- Center on the Developing Child at Harvard University (2014). *Enhancing and Practicing Executive Function Skills with Children from Infancy to Adolescence*. Cambridge: Center on the Developing Child. <https://harvardcenter.wpenpowered.com/wp-content/uploads/2015/05/Enhancing-and-Practicing-Executive-Function-Skills-with-Children-from-Infancy-to-Adolescence-1.pdf>
- Cerisola, A. (2019). El poder del juego: el rol del pediatra para promover el desarrollo en niños pequeños. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 90(1): 25-28.
- Cerisola, A. (2017). Impacto negativo de los medios tecnológicos en el neurodesarrollo infantil. *Pediátrica de Panamá*, 46(2): 126-131.
- Chun, T.H.; Mace, S. E.; Katz, E. R., y American Academy of Pediatrics (2016). Executive summary: Evaluation and management of children and adolescents with acute mental health or behavioral problems. Part I: Common clinical challenges of patients with mental health and/or behavioral emergencies. *Pediatrics*, 138(3): e20161571.
- Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio (2021). *Estrategia nacional de prevención del suicidio 2021-2025*. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/MSP ESTRATEGIA NACIONAL PREVENCION SUICIDIO 2021_2025.pdf
- Comité de Crecimiento y Desarrollo (2017). Guía para el seguimiento del desarrollo infantil en la práctica pediátrica. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 115(3): s53-s62.
- Comité de Muerte Súbita del Lactante, Comité de Lactancia (2022). Sueño seguro, lactancia y colecho. Recomendaciones del Comité de Lactancia y el Comité de Estudio y Prevención de la Muerte Súbita e Inesperada del Lactante. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 93(1): e802.
- Cruz Navarro, I. J. (2017). «La vida es sueño...»: lo que Calderón de la Barca no sabía sobre el sueño infantil. En Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (ed.), *Curso de actualización pediatría*. Madrid: Lúa Ediciones 3.0, pp. 337-348.
- Faya Barrios, M., y Graell Berna, M. (2021). La atención a la salud mental de la infancia y adolescencia en España. Un camino recorrido y un largo camino aún por recorrer. *Anales de Pediatría*, 94: 1-3.
- Federación Española de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (2022). *Retos de futuro en el cuidado del desarrollo infantil*. Barcelona: Federación Española de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Fernández Martín, F. (2013). Escuchemos el lenguaje del niño: normalidad versus signos de alerta. *Revista de Pediatría de Atención Primaria*, 22: 117-126.
- Flores-Lázaro, J. C.; Castillo-Preciado, R. E., y Jiménez-Miramonte, N. A. (2014). Desarrollo de funciones ejecutivas, de la niñez a la juventud. *Anales de Psicología*, 30(2): 463-473. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.2.155471>.
- Fondo Nacional de Recursos (FNR) (2023). *Implante coclear. Normativa de cobertura*. https://www.fnr.gub.uy/wp-content/uploads/2012/07/n_icoclear.pdf
- Foy, J. M.; Green, C. M., y Earls, M. F. (2019). Mental health competencies for pediatric practice. *Pediatrics*, 144(5): e20192757.
- Foy, J. M.; Kelleher, K. y Laraque, D. (2010). Enhancing pediatric mental health care: strategies for preparing a primary care practice. *Pediatrics*, 125(87): S75-S86.
- Friedberg, R., y McClure, J. (2002). *Clinical practice of cognitive therapy with children and adolescents. The nuts and bolts*. Nueva York: The Guildford Press.
- Fulfs, T.; Poulain, T.; Vogel, M.; Nenoff, K. y Kiess, W. (2024). Asociaciones entre problemas de sueño y dificultades emocionales y conductuales en niños y adolescentes sanos. *BMC Pediatrics*, 24(1): 15. <https://doi.org/10.1186/s12887-023-04487-z>
- Fundación Mario Losantos del Campo (2016). *Hablemos de duelo. Manual práctico para abordar la muerte con niños y adolescentes*. Madrid: Fundación Mario Losantos del Campo. <https://www.fundacionmlc.org/descarga-aqui-guia-duelo/>
- Galbe Sánchez-Ventura, J.; Pallás Alonso, C. R.; Rando Diego, A.; Sánchez Ruiz-Cabello, F. J.; Colomer Revuelta, J.; Cortés Rico, O.; Esparza Olcina, M. J.; Gallego Iborra, A.; García Aguado, J.; Merino Moína, M.; Mengual Gil, J. M. (2018). Detección precoz de los trastornos del desarrollo (parte 2): trastornos del espectro autista. *Revista de Pediatría de Atención Primaria*, 20: 277-285.
- García Cruz, J. M., y González Lajas, J. J. (s. f.). Sospecha de trastorno del espectro autista. En *Guía de algoritmos en pediatría de atención primaria*. <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/94/sospecha-de-trastorno-del-espectro-autista>
- García Cruz J. M. y González Lajas, J. J. (s. f.). Trastornos del lenguaje y de la comunicación. En *Guía de algoritmos en pediatría de atención primaria*. Madrid: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/49/trastornos-del-lenguaje-y-de-la-comunicacion>
- García-Ron, G.; Carratalá, F.; Andreo-Lillo, P.; Mestre-Ricote, J. L., y Moya, M. (2012). Indicadores clínicos precoces de los trastornos generalizados del desarrollo. *Anales de Pediatría (Barcelona)*, 77(3): 171-175.

- Giachetto Larraz, G.; Santoro Ferrero, A.; Pérez Roca, M. M., y Massa Mandagaran, F. F. (2024). Validación de un instrumento para la pesquisa de problemas del desarrollo en menores de 5 años en Uruguay. *Revista Médica del Uruguay*, 36(1): 28-33. <https://revista.rmu.org.uy/index.php/rmu/article/view/495>
- Glomb, N.W., y Grupp-Phelan, J. (2020). A call to action to address disparities in pediatric mental health care. *Pediatrics*, 146(4): e2020018911.
- Godoy, L.; Hodgkinson, S.; Robertson, H. A.; Sham, E.; Druskin, L.; Wambach, C. G.; Beers, L. S., y Long, M. (2019). Increasing mental health engagement from primary care: The potential role of family navigation. *Pediatrics*, 143(4): e20182418.
- Gold, A. (2006). Trastornos de ansiedad en niños. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 77(1): 34-38.
- Goldfeld, S.; Moreno-Betancur, M.; Gray, S.; Guo, S.; Downes, M.; O'Connor, E.; Azpitarte, F.; Badland, H.; Redmond, G.; Williams, K.; Woolfenden, S.; Mensah, F., y O'Connor, M. (2023). Addressing child mental health inequities through parental mental health and preschool attendance. *Pediatrics*, 151(5): e2022057101.
- González Rabelino, G., y Scavone, M. C. (2018). *Sueño en pediatría*. Buenos Aires, Journal.
- González Serrano, F. (2022). La salud mental en la primera infancia. En Federación Española de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana, *Retos de futuro en el cuidado del desarrollo infantil*. Barcelona: Federación Española de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana, pp. 75-81.
- Green, C. M.; Foy, J.M., y Earls, M. F. (2019). Achieving the pediatric mental health competencies. *Pediatrics*, 144(5): e20192758.
- Green, C.; Leyenaar, J. K.; Turner, A. L., y Leslie, L. K. (2020). Competency of future pediatricians caring for children with behavioral and mental health problems. *Pediatrics*, 146(1): e20192884.
- Greenspan, S., y Wieder, S. (2006). *El niño con necesidades especiales. Estimulando el crecimiento intelectual y emocional*. Bethesda: Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders.
- Grupo de Sueño y Cronobiología de la Asociación Española de Pediatría (2022). *Documento informativo AEP. Sueño, tecnología y rendimiento escolar: un triángulo de relación*. https://www.aeped.es/sites/default/files/documento_dia_del_sueno_2022.pdf

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Grupo de Trabajo de la Actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia (2018). *Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia. Actualización*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Grupo Interdisciplinario de Estudios Psicosociales (GIEP) (2007). Desarrollo infantil e integración en la sociedad uruguaya actual. En De Martino, M., y Morás, L. E. (comps.), *Sobre cercanías y distancias. Problemáticas vinculadas a la fragmentación social en el Uruguay actual*. Montevideo: Cruz del Sur, pp. 9-27.
- Hagan, J.F.; Shaw, J. S., y Duncan, P.M. (eds.) (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents*. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics.
- Instituto Nacional de Estadística (INE), Ministerio de Salud Pública (MSP) y Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) (2022). *Primer informe nacional de prevalencia de inseguridad alimentaria en hogares*. Montevideo: INE, MSP y MIDES. <https://www5.ine.gub.uy/documents/Informes/Primer%20informe%20nacional%20de%20prevalencia%20de%20inseguridad%20alimentaria%20en%20hogares%202022.pdf>
- Jiménez Pascual, A. M. (2002). Detección y atención precoz de la patología mental en la primera infancia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 82: 115-126.
- Klonsky, E. D., y Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11): 1045-1056.
- Kramer, T., y Garralda, M. E. (2000). Child and adolescent mental health problems in primary care. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6: 287-294.
- Landa Rivera, L.; Díaz-Gómez, M.; Gómez Papi, A.; Paricio Talayero, J. M.; Pallás Alonso, C.; Hernández Aguilar, M. T.; Aguayo Maldonado, J.; Arena Ansotegui, J. M.; Ares Segura, S.; Jiménez Moya, A.; Lasarte Velillas, J. J.; Martín Calama, J., y Romero Escós, M. D. (2012). El colecho favorece la práctica de la lactancia materna y no aumenta el riesgo de muerte súbita del lactante. Dormir con los padres. *Pediatría Atención Primaria*, 14: 53-60.
- Larrobla, C.; Canetti, A.; Hein, P.; Novoa, G., y Durán, M. (2012). *Prevención de la conducta suicida en adolescentes: guía para los sectores educación y salud*. Montevideo: CSIC, Udelar.

- Leung, T. N. H.; Wong, K. L.; Chan, A. K. C., y Li, A. M. (2024). Problemas y trastornos comunes del sueño infantil. *Current Pediatric Reviews*, 20(1): 27-42. <https://doi.org/10.2174/1573396318666220827102018>
- Lewandowski, A.S.; Ward, T. M., y Palermo, T. M. (2011). Problemas de sueño en niños y adolescentes con afecciones médicas comunes. *Pediatric Clinics of North America*, 58(3): 699-713. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2011.03.012>
- López De los Santos, N., y Peluso Crespi, I. (2022). *Manual de información y guía de recursos para personas con trastorno del espectro autista y sus familias*. Salto: Universidad de la República. <https://drive.google.com/file/d/1SI0dP8QzhSpLw4Rcl4MxFecjKeZvpi8/view>
- Mandil, J. (2019). *Herramientas en psicoterapia con niños y adolescentes. Abordaje de la complejidad desde las perspectivas cognitivas y conductuales*. Buenos Aires: Akadia.
- Martínez González, C., y Pelaz Antolín, A. (2015). Salud mental, Qué y cuándo derivar y contener. En Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (ed.), *Curso de actualización pediatría*. Madrid: Lúa Ediciones 3.0, pp. 107-15
- Miguel Esponda, G.; Hartman, S.; Qureshi, O.; Sadler, E.; Cohen, A., y Kakuma, R. (2019). Barriers and facilitators of mental health programmes in primary care in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry*, 7: 78-92. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30125-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30125-7)
- Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) (s. f.). Guía nacional de recursos sociales. <https://guiaderecursos.mides.gub.uy/mides/guiarecurso/templates/inicio.jsp?contentid=28167&idcont=28167&channel=innova.front>
- Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) (2021). *Guía de crianza. Acompañando a las familias en el desafío de criar*. Montevideo: MIDES. https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/Guia_Crianza_digital_final.pdf
- Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y Ministerio de Salud Pública (MSP) (2021). *Recomendaciones para el trato y una atención adecuada de las personas con discapacidad en los servicios de salud. Fascículo 1. Trastornos del espectro autista (TEA)*. Montevideo: MIDES y MSP. https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/MIDES-MSP_Recomendaciones_Fasc%C3%ADculo%20TEA.pdf

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Ministerio de Educación y Cultura (MEC) y Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) (2021). *Guías de lectura sobre primera infancia para familias y cuidadores: Leer es abrazarnos con palabras de 0 a 12 meses, de 12 a 24 meses y de 24 a 36 meses*. Montevideo: MEC y MIDES. <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/guias-lectura-sobre-primera-infancia-para-familias-educadores>
- Ministerio de Salud Pública (MSP) (2024). *Guía de práctica clínica para el abordaje de la conducta suicida en el Sistema Nacional Integrado de Salud*. Montevideo: MSP.
- Ministerio de Salud Pública (MSP) (2017). *Detección precoz de hipoacusia congénita. Protocolo de pesquisa, diagnóstico y seguimiento*. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Deteccion%20precoz%20de%20hipoacusia%20congenita.pdf>
- Ministerio de Salud Pública (MSP) (2014). *Equipos de salud del primer nivel de atención*. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/DT%2014.%20Equipos%20de%20salud%20del%20primer%20nivel%20de%20atenci%C3%B3n%20-%20202014.pdf>
- Ministerio de Salud Pública (MSP) (2009). *Sistema Nacional Integrado de Salud. Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS). Catálogo de prestaciones*. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/politicas-y-gestion/plan-integral-atencion-salud-pias>
- Ministerio de Salud Pública (MSP) y Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (2023). *Suicidio en adolescentes en Uruguay: un análisis desde el sistema de salud*. Montevideo: MSP y BID.
- Ministerio de Salud Pública (MSP) y UNICEF Uruguay (2023). *Guía para el abordaje frente a riesgo suicida en adolescentes*. Montevideo: MSP y UNICEF Uruguay. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Gu%C3%ADa%20abordaje%20frente%20a%20riesgo%20suicida%20en%20adolescentes%20%28web%29.pdf>
- Ministerio de Salud Pública (MSP) y UNICEF Uruguay (2019). *Guía nacional para la vigilancia del desarrollo del niño y la niña menores de 5 años*. Montevideo: MSP y UNICEF Uruguay. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-nacional-para-vigilancia-del-desarrollo-del-nino-nina-menores-5#:~:text=La%20presente%20Gu%C3%ADa%20se%20aplicar%C3%A1%20a%20los%20ni%C3%B1os%20menores%20de>
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (2008). *Programa Nacional de Salud Mental. Protocolo de Atención en Salud Mental a la Población*

Infanto-juvenil. <https://www3.paho.org/gut/dmdocuments/Protocolo%20de%20Atencion%20en%20Salud%20Mental%20a%20Poblacion%20Infanto%20Juvenil.pdf>

Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). *Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos del espectro autista en atención primaria*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Guía de práctica clínica sobre trastornos del sueño en la infancia y adolescencia en atención primaria*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_575_Depresion_infancia_Avaliat_compl.pdf

Molini-Avejonas, D. R.; Rondón-Melo, S.; Ramos Batista, E.; Calsolari de Souza, A.; Cardilli Dias, D., y Samelli, A. G. (2018). Primary health care as a guide for assistance to infants at risk of neurodevelopmental disorders. *CODAS*, 30(3): e20170064.

Moon, R. Y., Carlin, R. F., y Hand, I. (2022). Evidence base for 2022 updated recommendations for a safe infant sleeping environment to reduce the risk of sleep-related infant deaths. *Pediatrics*, 150(1): e2022057991.

Novoa Bárcena, G. (2019). *Salud mental en el primer nivel de atención: la formación del médico de Medicina Familiar y Comunitaria en salud mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud*. Tesis de maestría, Facultad de Psicología, Universidad de la República.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1804127841>

Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Nueva York: ONU.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2021a). *El cuidado cariñoso y sensible para el desarrollo en la primera infancia. Marco para ayudar a los niños y niñas a sobrevivir y prosperar a fin de transformar la salud y el potencial humano*. Washington, DC: OPS. <https://doi.org/10.37774/9789275324592>

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2021b). *Familias fuertes: amor y límites. Guía para la gestión y aplicación del programa*. Washington, DC: OPS. <https://doi.org/10.37774/9789275321690>

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Organización Panamericana de la Salud (OPS) y UNICEF Uruguay (2024). *Aportes para la mejora de la atención de salud mental de niños, niñas y adolescentes en Uruguay. Hacia un cambio de modelo intersectorial, comunitario y basado en derechos humanos*. Montevideo: OPS y UNICEF Uruguay. <https://www.paho.org/es/documentos/aportes-para-mejora-atencion-salud-mental-ninos-ninas-adolescentes-uruguay>
- Ougrin, D.; Tranah, T.; Leigh, E.; Taylor, L., y Asarnow, J. R. (2012). Practitioner review: Self-harm in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(4): 337-350.
- Papazian, O.; Alfonso, I., y Luzondo, R. J. (2006). Trastorno de las funciones ejecutivas. *Revista de Neurología*, 42(3): S45-S50.
- Pedemonte, V.; Gandaro, P., y Scavone, C. (2014). Trastornos del sueño en una población de niños sanos de Montevideo. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 85(1): 4-8.
- Pelaz Antolín, A., y Pérez Sobrino, C. (2024). Trastornos de conducta. En *Guía de algoritmos en pediatría de atención primaria*. Madrid: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/52/trastornos-de-conducta>
- Poynter, S. E.; McNeal-Trice, K., y González del Rey, J. Addressing the behavioral and mental health educational gap in pediatric residency training. *Pediatrics*, 146(1): e20200805.
- Ramos, J. M.; Sancho, M. J.; Cachero, P.; Vara, M. T., e Iturria, B. (2009). El temperamento infantil en el ámbito de la prevención primaria. Relación con el cociente de desarrollo y su modificabilidad. *Clínica y Salud*, 20(1): 67-78.
- Sabriá Pau, J. (2017). Prevención y detección precoz en la Atención Primaria pediátrica de los problemas emocionales y del comportamiento en la infancia. *Pediatría Integral*, xxi(1): 8-14.
- Sabriá Pau, J. (2012). Prevención y detección precoz en la Atención Primaria pediátrica de los problemas emocionales y del comportamiento en la infancia. *Pediatría Integral*, xvi(9): 677-682.
- Sánchez-Pérez, C.; Rivera-González, R.; Correa-Ramírez, A.; Figueroa, M.; Sierra-Cedillo, A., y Izazola, S. C. (2015). Desarrollo del niño hasta los 12 meses. *Acta Pediátrica de México*, 36: 480-496.
- Sateia, M. J. (2014). Clasificación internacional de los trastornos del sueño, tercera edición: aspectos destacados y modificaciones. *Chest*, 146(5): 1387-1394. <https://doi.org/10.1378/chest.14-0970>

- Sistema de Cuidados (s. f.). *Sistema de Cuidados*. <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/>
- Sociedad Uruguaya de Pediatría (SUP) (2016). *Importancia del adecuado control pediátrico*. <https://www.sup.org.uy/wp-content/uploads/2016/06/Importancia-del-adecuado-control-pedi%C3%A1trico.pdf>
- Sosa, G., e Iglesias, D. (2023). *Psiquiatría para pediatras*. Montevideo: Bibliomédica.
- Stein, R. E.; Horwitz, S. M.; Storfer-Isser, A.; Heneghan, A.; Olson, L., y Hoagwood, K. E. (2008). Dopeditricians think they are responsible for identification and management of child mental health problems? Results of the AAP periodic survey. *Ambulatory Pediatrics*, 8(1): 11-17.
- Trosman, I., e Ivanenko, A. (2021). Clasificación y epidemiología de los trastornos del sueño en niños y adolescentes. *Clínicas Psiquiátricas para Niños y Adolescentes de Norteamérica*, 30(1): 47-64. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2020.08.002>
- UNICEF Argentina (2021). *Estudio sobre los efectos en la salud mental de niñas, niños y adolescentes por COVID-19*. Buenos Aires: UNICEF Argentina.
- UNICEF Argentina y FLACSO (2023). *Instrumentos y metodologías de evaluación del desarrollo infantil temprano*. Buenos Aires: UNICEF Argentina y FLACSO
- UNICEF Perú y Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2023). *Orientación a la familia sobre el cuidado para el desarrollo infantil*. Lima: UNICEF Perú y OPS. <https://www.unicef.org/peru/informes/orientacion-familia-sobre-cuidado-desarrollo-infantil>
- UNICEF UK (2019). *Co-sleeping and SIDS: a guide for health professionals*. <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/wp-content/uploads/sites/2/2016/07/Co-sleeping-and-SIDS-A-Guide-for-Health-Professionals.pdf>
- UNICEF Uruguay (2023a). *Pantallas en casa: orientaciones para acompañar una navegación segura en internet. Guía para las familias*. Montevideo: UNICEF Uruguay. <https://www.unicef.org/uruguay/informes/pantallas-en-casa>
- UNICEF Uruguay (2023b). *Guía para una crianza libre de estereotipos: dirigida a madres, padres y personas adultas que cuidan*. Montevideo: UNICEF Uruguay. <https://www.unicef.org/uruguay/informes/guia-para-una-crianza-libre-de-estereotipos>
- UNICEF Uruguay (2021). *Acoso escolar en Uruguay. Informe de estado de situación*. Montevideo: UNICEF Uruguay. <https://www.unicef.org/uruguay/media/6051/file/Acoso%20escolar%20en%20Uruguay.%20Informe%20de%20estado%20de%20situaci%C3%B3n.pdf>

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- UNICEF Uruguay (2020). *Jugar, amar, compartir. Guía para acompañar el desarrollo desde el nacimiento hasta los 5 años*. Montevideo: UNICEF Uruguay.
- UNICEF Uruguay (2019a). *Trato bien. Guía para la puesta de límites no violentos en el ámbito familiar. Dirigida a madres, padres y adultos al cuidado de niños, niñas y adolescentes*. Montevideo: UNICEF Uruguay. <https://www.unicef.org/uruguay/informes/trato-bien-guia>
- UNICEF Uruguay (2019b). ¡Hola bebé! *Desde el embarazo hasta el primer año de vida*. Montevideo: UNICEF Uruguay. <https://www.unicef.org/uruguay/hola-bebe>
- UNICEF Uruguay (2019c). ¡Quiero teta! *Cómo amamantar con confianza*. Montevideo: UNICEF Uruguay.
- UNICEF Uruguay (2019d). *Los primeros olores de la cocina de mi casa*. Montevideo: UNICEF Uruguay. <https://www.unicef.org/uruguay/informes/los-primeros-olores-de-la-cocina-de-mi-casa>
- UNICEF Uruguay (2011). ¿Mucho, poquito o nada? *Guía sobre pautas de crianza para niños y niñas de 0 a 5 años de edad*. Montevideo: UNICEF Uruguay. <https://www.unicef.org/uruguay/media/6166/file/Mucho,%20poquito%20o%20nada.pdf>
- UNICEF Uruguay, Ministerio de Salud Pública (MSP) y Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) (2015). *Tejiendo vínculos entre el niño y sus cuidadores. Desarrollo infantil y prácticas de crianza*. Montevideo: UNICEF Uruguay. https://bibliotecaunicef.uy/opac_css/doc_num.php?explnum_id=159
- Unidad TEA (2023a). *Sugerencias para promover experiencias positivas de aprendizaje para niños con TEA*. <https://unidadtea.uy/2023/01/10/sugerencias>
- Unidad TEA (2023b). *Guía de recursos para población con TEA y sus familias*. <https://unidadtea.uy/2023/02/09/guia-de-recursos-para-poblacion-con-tea-y-sus-familias/>
- Uruguay, Poder Legislativo (2023). Ley n.º 20.235. Declaración de la Primera Semana de Noviembre de Cada Año como Semana de la Prevención y Concientización contra la Violencia y el Acoso Escolar, incluido el Ciberacoso. *Registro Nacional de Leyes y Decretos*. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/20235-2023>
- Uruguay, Poder Legislativo (2013). Ley n.º 19.098. Protocolo de Prevención, Detección e Intervención respecto al Maltrato Físico, Psicológico o Social y su Aplicación en los Centros Educativos del País. *Registro Nacional de Leyes y Decretos*. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes-originales/19098-2013>

- Uruguay, Poder Legislativo (2008). Ley n.º 18.335. Derechos y Obligaciones de Pacientes y Usuarios del Sistema de Salud. *Registro Nacional de Leyes y Decretos*. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18335-2008>
- Uruguay, Poder Legislativo (2004). Ley n.º 17.823. Código de la Niñez y la Adolescencia. *Registro Nacional de Leyes y Decretos*. <https://www.impo.com.uy/bases/codigo-ninez-adolescencia/17823-2004>
- Wissow, L. S.; Van Ginneken, N.; Chandna, J., y Rahman, A. (2016). Integrating children's mental health into primary care. *Pediatric Clinics of North America*, 63(1): 97-113.
- Yogman, M.; Garner, A.; Hutchinson, J.; Hirsh-Pasek, K.; Golinkoff, R. M. (2018). The power of play: A pediatric role in enhancing development in young children. *Pediatrics*, 142(3): e20182058.



Ministerio
**de Salud
Pública**

unicef 
para cada infancia