

## 6. PROBLEMAS DE SALUD MENTAL FRECUENTES EN LA INFANCIA

Uno de los desafíos fundamentales para la presente década es trabajar por la inclusión y transversalización de la salud mental en las políticas, planes y programas ministeriales, tanto a nivel del sector salud como a nivel intersectorial. Este desafío se sustenta en la comprensión de la salud, como un estado de bienestar integral, constituido por la intrínseca interdependencia de factores físicos, biológicos, mentales, emocionales y sociales.

El presente documento ha hecho un trabajo consciente para que todas las recomendaciones promocionales y preventivas de salud mental sean parte de cada control de salud y no fragmentar la salud mental a un capítulo separado.

Sin perjuicio de lo anterior, sabemos que en Chile hoy la salud mental infantil es un tema de creciente frecuencia, que implica costos personales, familiares y sociales. [137] Es de primera importancia que los equipos que realizan la supervisión de salud puedan manejar algunos criterios de sospecha diagnóstica y herramientas de intervención ante problemas de salud mental infantil frecuentes en nuestra población

A continuación se presenta la descripción, sospecha y manejo de los problemas de salud mental más frecuentes en la infancia.

### BULLYING O MATONAJE

El Bullying es una conducta sistemática de agresión física y/o psicológica, que infringe un alumno un grupo de ellos hacia otro, en una relación asimétrica de poder, en donde el o los agresor(es) busca(n) causar sufrimiento y/o control en el otro [138]. Dicha asimetría puede producirse por superioridad física o social, por popularidad y tipo de contacto [139].

Se expresa de manera diferente según la edad, género y cultura y puede ser de distintos tipos:

- Físico: golpes, zancadillas, empujar o dañar las pertenencias de alguien.
- Verbal: insultos, amenazas, sobrenombres, bromas.
- Social: mentira, difusión de rumores, bromas desagradables, imitar y deliberadamente excluir a alguien.
- Acoso psicológico: amenaza, la manipulación y espiar.
- Cibernético: intimidar verbal, social o psicológicamente por correo electrónico, móvil teléfonos, salas de chat, sitios de redes sociales.

**Banderas rojas:** A ser observadas por profesores y equipo de salud

- Rechazo a la escuela o evitación a ir.
- Rasguños y moretones inexplicados.
- Trastornos del sueño.

- Aislamiento social.
- Cambio conductual en el hogar, como irritabilidad y labilidad emocional aumentada, aparentemente sin causa.
- Signos de tristeza, llanto o tensión antes o después de ir a la escuela.
- Dolores de cabeza, abdominal o vómitos antes de ir al colegio.
- Miedo de caminar a la escuela.
- Ausentismo escolar injustificado.
- Baja importante en el rendimiento escolar.
- Pérdida o daño de pertenencias.
- Negarse a conversar lo que sucede en la escuela

### Preguntas exploratorias

- ¿Alguna vez te has sentido solo en la escuela?
- ¿Qué haces a la hora de almuerzo, con quién te juntas, de qué hablan?
- ¿Los niños cada vez que te llaman, lo hacen por sobrenombres, o se burlan de ti?
- ¿Alguna vez has sido molestado?
- ¿Hay alguien en la escuela que no te guste?
- ¿Alguna vez no has querido ir a la escuela por miedo a ser molestado?
- ¿Alguna vez algún niño o niña te ha golpeando, empujando u otras cosas por el estilo?

### Recomendaciones

- Transmitir al niño o niña que está siendo intimidado, que ha demostrado una gran valentía en aguantar a los (las) compañeros(as) que lo (la) molestan o agreden, pero que de ahora en adelante ya no tiene que enfrentarlos solo(a). Todos los estudiantes tienen el derecho legal de aprender en un ambiente seguro.
- Evaluar la gravedad y los efectos que ha generado la intimidación sufrida por el niño o la niña.
- Alentar al niño o niña a contarle a sus padres que está siendo intimidado y/o agredido.
- Informar de la situación a funcionarios de la escuela, como profesores y orientadores, con el objeto de definir estrategias en el contexto escolar, destinadas a mejorar el clima y las normas de comportamiento existentes. Se debe abogar por que se cumpla el derecho que tiene todo niño y niña de aprender en un ambiente seguro.
- Si se observan alteraciones en el estado emocional y/o problemas conductuales en el niño o niña que está siendo víctima de bullying, derivación a la red de salud mental de la comuna.

Recomendaciones entregar a los padres del niño o la niña que está siendo víctima de bullying:

Deben ✓	NO se debe hacer ✗
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escuchar con atención al niño o la niña. Preguntar sobre quién estuvo involucrado y qué sucedió.</li> <li>- Empatizar y reforzar que se está orgulloso porque el niño o niña haya podido hablar y compartir su problema.</li> <li>- Asegurar al niño o niña que se le ayudará en todo lo que sea necesario para resolver el problema.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Decirle al niño o la niña que ignore el bullying, ya que a menudo permite más bullying y su impacto puede ser aún más grave.</li> <li>- Culpar al niño o la niña por dejarse amedrentar o asumir que hace algo para provocarlo el bullying.</li> <li>- Alentar y sugerir al niño o la niña que tome represalias en contra de quienes lo intimidan.</li> <li>- Criticar la manera en que el niño o la niña aborda el bullying.</li> <li>- Ponerse en contacto con el agresor o los padres de él.</li> </ul>

## MALTRATO INFANTIL

El maltrato infantil constituye una forma de abuso de poder ejercido en el contexto de las relaciones de dependencia, que se dan en la familia (por madre, padre y/o cuidador principal) o en las instituciones sociales, a través de actos de violencia física, sexual o emocional [51].

Existen distintos tipos de maltrato infantil: Maltrato físico, psicológico, abandono o negligencia y abuso sexual, este último lo abordaremos en el siguiente apartado. Por los tres primeros se entiende [51]:

- Maltrato físico: es cualquier acción que provoque daño físico o sea causal de enfermedad, puede ir desde una contusión leve hasta una lesión mortal.
- Maltrato psicológico: es la hostilidad y/u hostigamiento habitual hacia el niño o niña, por medio de insultos, burlas, ridiculizaciones, desprecios, indiferencia, rechazo implícito o explícito hacia el niño o la niña, amenaza de abandono o constante bloqueo de las iniciativas e interacciones infantiles. El ser testigo de violencia entre la madre y/o padre es otra forma frecuente de abuso psicológico.
- Negligencia y abandono: falta de protección y cuidado mínimo hacia el niño o niña, por parte de quien(es) deben ampararlo(a), es decir, la madre, padre, cuidador(a) y/o instituciones sociales responsables del niño o niña. Existe negligencia cuando no se atiende ni da satisfacción a necesidades básicas, sean estas físicas, sociales, afectivas, psicológicas e intelectuales.

Algunos factores que hacen más propenso al niño o la niña a sufrir maltrato son:

- Existencia de agresión física entre los padres.

- Consumo excesivo de alcohol en la familia.
- La violencia psicológica es mayor en establecimientos particulares pagados.
- La violencia física grave es mayor en colegios particulares subvencionados.

## Banderas Rojas, según tipo

### Maltrato Físico

#### Signos físicos

- Lesiones localizadas en zonas poco habituales, que son no previsibles para niños y niñas a esa edad.
- Dentro de las lesiones en cabeza y rostro se encuentran: erosiones, equimosis y hematomas en el rostro, edema en labios y cara, perforación de tímpano, desviación del tabique nasal, arrancamiento del cuero cabelludo, traumatismos o pérdida de piezas dentarias, fracturas de cráneo o mandíbula.
- A nivel del cuerpo se encuentran: quemaduras (de cigarrillos, con objetos calientes o por inmersión en líquidos calientes), fracturas, abdomen aumentado de volumen, dolor localizado, vómitos constantes, lesiones en zonas extensas del dorso, nalgas o muslos, señales de mordeduras humanas, cortes, pinchazos con objetos punzantes, marcas de estrangulamiento o de ataduras de las extremidades.
- Pueden observarse cicatrices, deformidades óseas, secuelas neurológicas o sensoriales, que pueden dar cuenta de maltrato infantil de larga data.

#### Comportamiento del niño o niña

- Cautela ante contacto físico con adultos.
- Aprensividad cuando otros niños y niñas lloran.
- Conductas extremas (agresividad/rechazo).
- Miedo aparente a sus padres o a volver a casa.
- Informa que su madre o padre le ha causado alguna lesión.
- Agitación o excitación.
- Trastornos del sueño o de alimentación.

#### Conducta del o los cuidadores

- El relato no concuerda con la intensidad o características de las lesiones observadas.
- Sus historias son cambiantes, inconsistentes o entran contradicciones con el relato del niño o la niña.
- Intenta ocultar la lesión, niega lo que el niño o la niña cuenta.
- Utiliza medios disciplinarios rígidos y severos, amenaza al niño o niña con lo ocurrirá al llegar a la casa, se descontrola fácilmente ante comportamiento del niño o la niña.
- Consume alcohol y/o drogas.

## Maltrato Psicológico

### Signos físicos

- Retraso en el desarrollo físico.
- Trastornos de las funciones relacionadas con la alimentación, sueño y regulación de los esfínteres.

### Comportamiento del niño o niña

- Parece excesivamente complaciente, pasivo(a) o bien agresivo, muy exigente o rabioso.
- Muestra conductas extremadamente adaptativas demasiado infantiles.
- Intentos de suicidio
- Extrema falta de confianza en sí mismo(a)
- Exagerada necesidad de ganar o sobresalir
- Excesiva demanda de atención.
- Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.

### Conducta del o los cuidadores

- Educación intimidadora, generan miedo intenso en el niño o niña.
- Transmite(n) valoración negativa, desprecio, humillaciones y críticas al niño o niña.
- Alejan al niño o niña de tener relaciones sociales normales.
- Muestra(n) desinterés por el niño, son fríos, rechazadores y niegan cariño.
- Tiene(n) sobre expectativas del niño o la niña y lo(la) castigan por no lograrlas.
- Puede(n) no poner ningún tipo de límites.

## Negligencia y Abandono

### Signos físicos

- Se observa descuido en su aseo del niño o la niña.
- Sufre repetidos accidentes domésticos.
- Presenta necesidades médicas no atendidas.
- Se observan tardanza en consultas de morbilidad.
- Hay inasistencia a controles de salud
- Los tratamientos médicos del niño o niña son interrumpidos o abandonados.
- El niño o niña muestra signos de desnutrición.

### Comportamiento del niño o niña

- Inasistencias recurrentes en la escuela.
- Se suele quedar dormido(a) en clases.
- Muestra cansancio o apatía permanente.
- Pasa mucho tiempo en la escuela y/o señala pasar largos períodos sólo en casa.
- Señala que no hay nadie que lo cuide.
- Se observan conductas de vagancia y mendicidad.

### Conducta del o los cuidadores

- Abusa(n) de drogas y alcohol
- Vida caótica en el hogar.
- Muestra(n) evidencia de apatía o inutilidad.
- Presenta(n) enfermedad mental o bajo nivel intelectual.
- Presencia de enfermedad crónica.
- Fue (ron) objeto de negligencias en la infancia.
- No asiste a reuniones en la escucha.
- Desconoce dónde está su hijo(a).
- Falta de interés por su hijo(a)

### Recomendaciones

- Tener presente el interés superior del niño o niña, es decir garantizar su desarrollo integral y vida digna.
- Se recomienda tener en consideración en la entrevista con el niño o la niña no culparlo por lo sucedido, no poner en duda y mostrar interés en su relato, no interrumpirlo ni presionarlo, desnaturalizar el maltrato en todas sus formas, entrevista en un lugar que tenga privacidad, generar un clima de acogida y confianza, tener actitud de confidencialidad. Valorar la decisión de hablar de lo sucedido, agradecer la confianza y darle seguridad.
- En una primera etapa se debe confirmar la situación de maltrato, a partir de la información entregada por la madre, padre, familiar, cuidadores(as) u otra persona que tiene relación con el niño o la niña. Para ello realizar preguntas claras y directas, en forma no acusatoria, sin emitir juicios, explicitar la disposición del profesional o técnico de salud para brindar apoyo a la familia, resguardar la privacidad, entrevistar al niño o la niña sin la presencia de los familiares o acompañantes.
- Evaluar la magnitud del daño, evitando que la niña o niño sea expuesta a interrogatorios emocionalmente dañinos o a la repetición de exámenes clínicos.
- Evaluar factores de vulnerabilidad infantil, por ejemplo edad del niño o niña, acceso del perpetrador de maltrato hacia él o ella, capacidad del niño o niña para protegerse, características comportamentales del niño o niña, salud mental y estado cognitivo del niño(a).
- Evaluar características del cuidador, tales como su capacidad física, intelectual y emocional, habilidades parentales y expectativas sobre su hijo o hija, métodos disciplinarios, consumo de alcohol y drogas, historia de conductas violentas, antisocial o delictiva, historia personal de maltrato o abandono e interacción entre el cuidador y el niño o niña
- Evaluar la funcionalidad/disfuncionalidad de la dinámica familiar.
- Evaluar el soporte social y redes de apoyo informales de la familia.
- Evaluar posible nivel de respuesta ante la intervención: conciencia de problema y motivación al cambio.

- En caso de existir sospecha de maltrato psicológico y/o físico leves, se recomienda derivar a consulta de salud mental y activar la red local de prevención y atención de maltrato y/o, SENAME Regional, Oficinas de Protección de Derechos de SENAME, Centros Regionales de Atención de VIF, entre otros.
- En caso de existir sospecha fundada o confirmarse un maltrato grave, que comprometa la vida e integridad física del niño o niña, se debe hospitalizar de inmediato y denunciar los hechos a las Policías y/o al Ministerio Público o ante Tribunales de Garantía.

## ABUSO SEXUAL INFANTIL

El abuso sexual a niños o niñas es una forma de maltrato infantil, el abuso sexual infantil ocurre como parte de un proceso en el que una persona, al menos 3 años mayor, ejerce poder sobre un niño o niña menor de 14 años, de manera asimétrica, mediante manipulación psicológica, chantaje, engaño, fuerza o basándose en un vínculo de dependencia [51]. Dentro de las actividades sexuales involucradas en el abuso sexual infantil se pueden consistir en:

- Contacto físico sexual en forma de penetración vaginal, oral o anal, utilizando para ello cualquier parte del cuerpo del abusador, algún objeto o animal.
- El tocamiento intencionado de los genitales o partes íntimas, incluyendo los pechos, área genital, parte interna de los mismos o nalgas, o las ropas que cubren estas partes, por parte del perpetrador hacia el niño, niño o adolescente.
- Alentar, forzar o permitir al niño, niña o adolescente que toque de manera inapropiada las mismas partes del perpetrador.
- Exponer los órganos sexuales a un niño, niña o adolescente con el propósito de obtener excitación/gratificación sexual, agresión, degradación o propósitos similares.
- Realizar el acto sexual intencionadamente en la presencia de un menor de edad con el objeto de buscar la excitación o la gratificación sexual, agresión, degradación u otros propósitos semejantes.
- Auto-masturbación en la presencia de un niño, niña o adolescente.
- Forzar a la pornografía.

Algunos factores que hacen más propenso al niño o la niña a sufrir abuso sexual son:

- Que el niño o niña presente necesidades especiales, particularmente por discapacidad intelectual.
- Que el niño o la niña tenga antecedentes de haber sido víctima de abuso sexual o maltrato físico.
- Que se observe desamparo afectivo en el niño o la niña, producido por el rechazo o ausencia de los padres.

- Que el niño o la niña sea víctima de prácticas de crianza que conlleven a desamparo afectivo (padres ausentes, relaciones conflictivas, uso de castigo físico y violencia intrafamiliar, que reciba cuidados negligentes).
- Que el niño o la niña sea o haya víctima de situaciones de vulneración de derechos graves.
- En términos de género, las niñas poseen entre dos a tres veces mayor riesgo de sufrir abuso sexual que los niños.
- Que el niño o la niña viva en contextos de promiscuidad, asilamiento social, desprotección emocional.

Dentro de las conductas específicas para sospechar de abuso sexual infantil se encuentra el relato de abuso sexual explícito, conocimiento inapropiado del comportamiento sexual adulto, masturbación compulsiva, curiosidad sexual excesiva. Dentro de los signos y síntomas específicos de abuso sexual se encuentran lesiones o evidencias de abuso en el área genital, fisuras y laceraciones rectales, infecciones de transmisión sexual y/o embarazo infantil.

**Banderas rojas:** A ser observadas por profesores y equipo de salud

- Que el niño o la niña presente lesiones anales o vaginales.
- Existencia de embarazo no deseado.
- Que el niño o la niña tenga infecciones de transmisión sexual. (Gonorrea, clamidia, tricomoniasis, sífilis, VIH / SIDA y hepatitis B, cuadros clínicos de vulvitis, vaginitis, cervicitis, uretritis, vaginosis, bacteriana, verrugas genitales, proceso inflamatorio pelviano, infertilidad, embarazo ectópico).
- En la etapa preescolar (0 a 6 años aproximadamente), los síntomas más comunes son la ansiedad, pesadillas, inhibición, retraimiento, temores diversos, agresividad, descontrol y las conductas sexuales inapropiadas y trastornos somáticos como la enuresis.
- En la etapa escolar (7 a 12 años de edad aproximadamente), los síntomas más sobresalientes son el miedo, agresividad, pesadillas, problemas escolares, hiperactividad y conducta regresiva. En esta etapa son más frecuentes los sentimientos de culpa y vergüenza frente al abuso.

### Recomendaciones

- La exploración de la sospecha de abuso sexual deberá ser respetuosa y prudente, el examen físico debe ser realizado evitando generar daños físicos o emocionales adicionales al niño o niña, como la victimización secundaria. Si es que el niño o niña se encuentra con su tutor es posible realizar un examen genitoanal, de lo contrario no se podrá desvestir al niño o la niña. Se recomienda explicar al niño o niña el procedimiento, previamente a su realización.
- Indagar sobre indicadores psicológicos, conductuales y psicosomáticos.
- Si no hay hallazgos, dar indicaciones de observación de conductas y citar a seguimiento en control en dos semanas.



- Si hay hallazgos positivos del examen físico o de la zona ano genital, (con o sin indicadores psicológicos, conductuales y psicosomáticos), indagar y evaluar con mayor profundidad con el adulto acompañante, entrevistar y gatillar una primera respuesta si es necesario.
- Si no hay hallazgos del examen físico, pero sí hay indicadores psicológicos, conductuales y psicosomáticos, proceder con mayor indagación y seguimiento.
- Evaluar si el abusador pertenece a la familia o no, y si este vive en la casa con el niño o la niña, si recurrentemente se encuentra a solas con el niño o la niña.
- Se recomienda evaluar conciencia de problema del adulto acompañante o “no abusador” de la situación y cómo es la relación de esta persona con el abusador.
- Dependiendo del riesgo del caso de que el niño o la niña de ser víctima nuevamente abuso sexual u otra vulneración grave, el equipo deberá gestionar la denuncia con Carabineros, PDI o Ministerio Público.
- En caso que no haya sido denunciada la situación pero el niño o la niña presente poco riesgo de ser víctima nuevamente abuso sexual, se recomienda derivar asistidamente a psiquiatra o psicólogo según disponibilidad local.
- Se deben solicitar exámenes para descartar enfermedades de transmisión sexual o embarazo y asegurarse de que el niño o la niña cuente con seguimiento e intervenciones prioritarios.

## TRASTORNO HIPERCINÉTICO O TRASTORNO DE LA ATENCIÓN (THA)

El Trastorno Hiperactivo o Trastorno de la Atención (THA) constituye un cuadro clínico que se identifica cuando se presentan déficit de la atención, hiperactividad o impulsividad, en forma persistente, y en más de uno de los ambientes de vida del niño, niña o adolescente [140].

Estos trastornos tienen un comienzo temprano, por lo general, durante los cinco primeros años de la vida y no posterior a los siete. Sus características principales son una falta de persistencia en actividades que requieren la participación de procesos cognoscitivos y una tendencia a cambiar de una actividad a otra sin terminar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva. Normalmente estas dificultades persisten durante los años de escolaridad e incluso en la vida adulta, pero en muchos de los afectados se produce, con el paso de los años, una mejoría gradual de la hiperactividad y del déficit de la atención. Las complicaciones secundarias son un comportamiento disocial, antisocial y una baja autoestima. Hay un considerable solapamiento entre la hiperactividad y otras formas de comportamiento anormal como el trastorno disocial en niños no socializados. Sin embargo, la evidencia más general tiende a distinguir un grupo en el cual la hiperactividad es el problema principal [140].

### Banderas rojas o síntomas

De acuerdo a los criterios diagnósticos para Trastorno Hiperactivo de la Atención CIE-10, los síntomas a observar son los siguientes [141]:

## Déficit de la atención

- Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles, junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
- Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
- A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.
- Frecuente muestra incapacidad para completar las tareas escolares asignadas u otras actividades que le hayan sido encargadas en el trabajo (no originada por una conducta deliberada de oposición ni por una dificultad para entender las instrucciones).
- Incapacidad frecuente para organizar tareas y actividades.
- A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como las domésticas, que requieran un esfuerzo mental sostenido.
- A menudo pierde objetos necesarios para determinadas tareas o actividades tales como material escolar, libros, lápices, juguetes o herramientas.
- Se distrae fácilmente por estímulos externos.
- Con frecuencia olvidadizo en el curso de las actividades diarias.

## Hiperactividad

- Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o removiéndose en el asiento.
- Abandona el asiento en clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
- A menudo corre o trepa en exceso en situaciones inapropiadas.
- Es por lo general, inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
- Exhibe permanentemente un patrón de actividad motora excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.

## Impulsividad

- Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
- A menudo es incapaz de guardar un turno en las colas o en otras situaciones de grupo.
- A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de los demás, por ejemplo irrumpe en las conversaciones o juegos de los otros.
- Con frecuencia habla en exceso, sin una respuesta adecuada a las normativas sociales.

## Recomendaciones

- Es importante identificar si los síntomas descritos se observan en más de un contexto, es decir, la combinación de déficit de atención e hiperactividad deben

estar presentes tanto en el hogar como en el colegio u otros ambientes donde el niño puede ser observado, como pudiera ser la consulta médica. Por lo tanto, la evidencia del cuadro requiere ser suministrada por varias fuentes.

- Se recomienda la aplicación del test de Conners abreviado para padres y profesores, como herramienta de tamizaje.
- Una vez detectado el caso a través del test de Conners abreviado alterado, como de la identificación de síntomas y la presencia de estos en distintos ambientes, derivar a consulta médica para confirmación diagnóstica y posterior diagnóstico y tratamiento integral, de acuerdo a Guía de Práctica Clínica de Atención Integral de Niñas/ Niños y Adolescentes con Trastorno Hiperactivo/Trastorno de la Atención (THA).
- Realizar seguimiento de que derivación haya llegado a curso.

## TRASTORNO DISOCIAL DESAFIANTE Y OPOSICIONISTA

Trastorno disocial que es característico de niños y niñas con edades por debajo de los 9 o 10 años. Viene definido por la presencia de un comportamiento marcadamente desafiante, desobediente y provocador y la ausencia de otros actos disociales o agresivos más graves que violen la ley y los derechos de los demás. Un comportamiento malicioso o travieso grave no es en sí mismo suficiente para el diagnóstico.

Se debe utilizar esta categoría con cautela, sobre todo con los niños o las niñas de mayor edad. Los trastornos disociales clínicamente significativos en niños y niñas mayores suelen acompañarse de un comportamiento disocial o agresivo que van más allá del desafío, la desobediencia o la subversión, aunque con frecuencia suele precederse de un trastorno disocial oposicionista en edades más tempranas.

La diferencia clave con otros tipos de trastornos disociales es la ausencia de violación de las leyes o de los derechos fundamentales de los demás, tales como el robo, la crueldad, la intimidación, el ataque o la destrucción. La presencia definitiva de cualquiera de estas formas de comportamiento excluye el diagnóstico.

### Banderas rojas o síntomas

De acuerdo a los criterios diagnósticos para el Trastorno Disocial Desafiante y Oposicionista CIE-10 los síntomas a observar son los siguientes [141]:

- Comportamiento persistentemente negativista, hostil, desafiante, provocador y subversivo, que está claramente fuera de los límites normales del comportamiento de los niños de la misma edad y contexto sociocultural.
- Tendencia a oponerse activamente a las peticiones o reglas de los adultos y a molestar deliberadamente a otras personas.
- Tendencia a sentirse enojados, resentidos y fácilmente irritados por aquellas personas que les culpan por sus propios errores o dificultades.

- Baja tolerancia a la frustración y pierden el control fácilmente.
- Desafíos en forma de provocaciones que dan lugar a enfrentamientos.
- Niveles excesivos de grosería, falta de colaboración, resistencia a la autoridad.
- Este tipo de comportamiento suele ser más evidente en el contacto con los adultos o compañeros que el niño conoce bien y los síntomas del trastorno pueden no ponerse de manifiesto durante una entrevista clínica.

### Recomendaciones

Si bien es importante realizar la confirmación diagnóstica de este trastorno, los padres necesitan apoyo y comprensión, algunas de las recomendaciones para que puedan ayudar a su hijo o hijason [142]:

- Siempre construir sobre lo positivo, dar refuerzo cuando muestra flexibilidad o cooperación.
- Tome un tiempo de espera si está a punto de hacer que el conflicto con su hijo empeore. Este es un buen modelo para su hijo. Apoye a su hijo si decide tomarse un tiempo de espera para evitar exaltarse.
- Establezca límites razonables y apropiados de edad, con consecuencias que pueden ser aplicadas consistentemente.
- Mantenga otros intereses aparte del cuidado de su niño, de manera que no le tome todo su tiempo y energía. Trate de obtener el apoyo de los otros adultos (profesores, entrenadores y cónyuge).
- Maneje su propio estrés con opciones de vida saludables como el ejercicio y la relajación.
- En caso de pesquisar un Trastorno Desafiante y Opositor, derivar a consulta de salud mental para su confirmación.
- Realizar seguimiento de que derivación haya llegado a curso.

### TRASTORNO DE ANSIEDAD DE SEPARACIÓN EN LA INFANCIA

Es habitual que los niños y niñas experimenten ansiedad de separación durante la infancia, particularmente ante la partida de la madre, padre u otra figura significativa; no obstante adopta el carácter de trastorno cuando es excesiva, siendo su grado o gravedad estadísticamente anormal, su persistencia va más allá de la edad habitual y está asociada a problemas significativos del funcionamiento social. Aparece por primera vez en los primeros años de la infancia.

### Banderas rojas o síntomas

De acuerdo a los criterios diagnósticos para el Trastorno de Ansiedad de Separación en la Infancia CIE-10, los síntomas a observar son los siguientes [141]:

- Preocupación injustificada y persistente por posibles daños que pudieran acaecer a personas significativas, temor a su pérdida o miedo a la muerte de las mismas.
- Preocupación injustificada y persistente a que un acontecimiento fatal le separe de una persona significativa.
- Desagrado o rechazo persistente a ir al colegio por el temor a la separación.
- Desagrado o rechazo persistente a irse a la cama sin compañía o cercanía de alguna persona significativa.
- Temor inadecuado y persistente a estar solo, o sin la persona significativa, durante el día.
- Pesadillas reiteradas sobre la separación.
- Síntomas somáticos reiterados en situaciones que implican la separación de una persona significativa (tales como náuseas, gastralgias, cefaleas o vómitos).
- Malestar excesivo y recurrente en anticipación, durante o inmediatamente después de la separación de una figura de vínculo (ansiedad, llantos, rabietas, tristeza, apatía o retraimiento social).

### Recomendaciones

- En caso de sospecha de Ansiedad de Separación, derivar a consulta de salud mental para confirmación diagnóstica.
- Realizar seguimiento de derivación, para resguardar que haya tomado curso.

## TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA DE LA INFANCIA

El Trastorno de Ansiedad Generalizada se caracteriza porque el niño o la niña tiene una excesiva preocupación o ansiedad ante diversas situaciones de la vida diaria o actividades habituales, por ejemplo por las evaluaciones escolares, relaciones con los compañeros y profesores, por sufrir un accidente, separarse de los padres, etc. No existe correspondencia entre los focos de ansiedad y la intensidad de ésta.

### Banderas rojas o síntomas

De acuerdo a los criterios diagnósticos para el Trastorno de Ansiedad Generalizada de la Infancia CIE-10, los síntomas a observar son los siguientes [141]:

- El niño o la niña presenta una marcada ansiedad y preocupación, referida a varios acontecimientos o actividades.
- El niño o la niña encuentra difícil controlar las preocupaciones.
- Se observan en el niño o niña síntomas tales como: inquietud y sentimientos de estar al "límite", sensación de cansancio y agotamiento a causa de la preocupación o la ansiedad, dificultad para concentrarse o sensación de bloqueo mental, irritabilidad, tensión muscular y/o alteraciones del sueño debidas a la preocupación o ansiedad.

- La ansiedad, preocupación o síntomas físicos causan un malestar clínicamente significativo o una alteración de la vida social o de otras áreas vitales importantes.

#### Recomendaciones

- En caso de sospecha de trastorno de ansiedad generalizada en la infancia, derivar a consulta de salud mental para confirmación diagnóstica.
- Realizar seguimiento de derivación para resguardar que haya tomado curso.