



**Universidad
Europea** MADRID

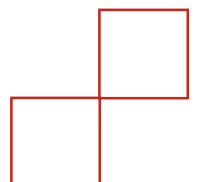
Evaluación e intervención en el ámbito familiar sobre problemas de conducta en un caso de TDAH

Máster de Psicología General Sanitaria

Autor/a: Luisa Díaz Martínez

Tutor/a: Eva María Sánchez Morla

28
de febrero de 2022



ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. Introducción	5
1.1.Marco Teórico.....	6
1.1.1. Evolución histórica.....	6
1.1.2. Clasificación del TDAH a lo largo de la historia.....	8
1.1.3. Etiología y modelos teóricos.....	15
1.1.4. Prevalencia.....	18
1.1.5. Comorbilidad y diagnóstico diferencial.....	19
2. Identificación del paciente y motivo de consulta	22
2.1.Datos personales del paciente.....	22
2.2.Historia personal del paciente	23
2.3.Descripción del problema.....	25
3. Método de evaluación y valoración de la intervención	26
3.1.Método de evaluación	26
3.1.1. Resultados de la evaluación.....	28
4. Formulación clínica del caso	30
5. Tratamiento	33
5.1.Objetivos de tratamiento	33
5.2.Propuesta de tratamiento	35
6. Valoración del tratamiento	40
6.1.Adherencia al tratamiento.....	40
6.2.Consecución de objetivos	41
6.3. Pronóstico.....	42
7. Conclusiones y valoración personal	42
8. Referencias	45
9. Anexos	49

ÍNDICE DE TABLAS

1. Tabla 1. Análisis funcional del caso	32
2. Tabla 2. Objetivos y técnicas de intervención	34
3. Tabla 3. Programa de tratamiento.....	35

RESUMEN

Actualmente, el trastorno por déficit de atención/hiperactividad es el más común de los trastornos asociados a la infancia. Queda definido desde el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5, 2013), American Psychiatric Association (APA, 2013), como un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por un patrón persistente de inatención, desorganización y/o hiperactividad que, además, se manifiesta en varios contextos. Es decir, es un trastorno que afecta a todas las áreas que rodean a los niños diagnosticados y especialmente a sus familias.

En el presente estudio se expone el caso de una paciente, mujer, de 7 años, cursando 2º de primaria, de origen español y residente en España. Se realizó una evaluación para descartar TDAH. Tras la evaluación, realizada mediante los instrumentos de medida específicos para TDAH, se diagnostica a la paciente de TDAH y se lleva a cabo una intervención cognitivo-conductual. Actualmente, el tratamiento no ha concluido, si bien se perciben mejoras en la paciente y en el ambiente familiar, sobre todo en los aspectos de su autonomía, regulación emocional e impulsividad.

Palabras clave: cognitivo-conductual, déficit de atención, hiperactividad, impulsividad, infancia.

ABSTRACT

AHDH (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) is currently the most common disorder associated with childhood. It is defined from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5, 2013), American Psychiatric Association (APA, 2013), as a neurodevelopmental disorder characterized by a persistent pattern of inattention, disorganization and/or hyperactivity that, in addition, manifests itself in various contexts. In other words, it is a disorder that affects all areas surrounding diagnosed children and especially their families.

In the present study, the case of a female patient, 7 years old, attending 2nd year of primary school, of Spanish origin and resident in Spain, is presented. An evaluation was performed to rule out ADHD. After the evaluation, carried out using specific measurement instruments for ADHD, the patient is diagnosed with ADHD and a cognitive-behavioral intervention is carried out. Currently, the treatment has not concluded, although improvements are perceived in the patient and in the

family environment, especially in the aspects of her autonomy, emotional regulation and impulsiveness.

Key Words: cognitive behavioral, attention deficit, childhood, hyperactivity, impulsivity.

1. INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos más prevalentes en población infantil, así como uno de los más frecuentes en el ámbito educativo. Asimismo, es uno de los trastornos que más controversia causa, habiendo a su alrededor muchos prejuicios, ya que no es observable, por lo que no llega a comprenderse. Respecto a esta controversia, solemos encontrar dos posturas: por un lado, aquellos profesionales que, mediante la ciencia, relacionan los genes con este trastorno y otros que critican su sobrediagnóstico; y, por otro lado, encontramos aquellos profesionales que sostienen que es una invención y que realmente este trastorno no existe. Lo que está claro dentro de la postura científica, es que es necesaria una buena evaluación para su diagnóstico, así como un tratamiento multidisciplinar para la mejora de estos pacientes.

Varios autores (Soutullo-Esperón et. al, 2010) indican que supone aproximadamente la mitad de las consultas en psiquiatría infantil, justifica un 10% de los problemas disruptivos y requiere dos veces más recursos médicos por accidentes y contusiones que niños sin este trastorno.

Aunque más adelante en el presente trabajo nos detendremos en su definición, querría introducirlo como un trastorno del neurodesarrollo, cuya sintomatología se presenta en edades tempranas. El DSM-IV (APA, 1994) establece que la sintomatología ha de estar presente antes de los 7 años; sin embargo, en la última actualización, DSM-5 (APA, 2013), se establece esa edad en 12 años.

Los síntomas nucleares de este trastorno son la inatención y la hiperactividad/impulsividad. Tras esta sintomatología nuclear, encontramos otras dificultades en las funciones ejecutivas: planificación, atención selectiva, organización, reflexión, entre otros. Además, también se

encuentran afectados procesos que tienen que ver con la motivación y la recompensa; así como una alteración en las capacidades de introspección y conciencia de uno mismo. Además de esta sintomatología habría que añadir que se ha encontrado que en los hombres/niños destaca el componente conductual, mientras que las mujeres/niñas presentan en su mayoría rasgos de inatención (Gandarilla, 2021, p. 19).

1.1. MARCO TEÓRICO DEL TDAH

1.1.1 Evolución histórica

Las primeras referencias que encontramos sobre el TDAH, datan del año 1798 de la mano del médico Alexander Crichton. Éste describía la sintomatología de lo que hoy entendemos por TDAH inatento. Lo definía como *mental restlessness (daño cerebral)* (Crichton, 1978), resaltando la dificultad de estos niños para prestar atención adecuadamente. Más adelante, en 1845, el psiquiatra Heinrich Hoffman publica una obra describiendo, en uno de los relatos, problemas de atención e hiperactividad en su protagonista (Hoffman, 1845).

En 1887, la pedagoga Bourneville describe a niños que se caracterizaban por una exagerada inquietud, tanto física como mental. Hablaba de una actitud destructiva e indicaba, además, que se podía sumar un leve retraso mental (Bourneville, 1887).

Otra referencia que encontramos sobre el TDAH es la conferencia del británico George Still, en el año 1902. Este pediatra publica “*Algunos trastornos Psíquicos anormales en niños*” (Still, 1902), en el que habla de un grupo de niños con síntomas que cuadran con el diagnóstico que conocemos a día de hoy como TDAH. Algunos de estos síntomas eran: desafío, comportamiento agresivo, desinhibición, problemas con atención o conductas de oposición. Still definía este conjunto de síntomas como “*un defecto de control moral*” y, además, indicaba que la etiología de la sintomatología no era de origen educativo-familiar, sino de base neurológica. Decir, por último, que a este pediatra se le atribuye la primera descripción de las conductas impulsivas y agresivas.

En España, se publica en 1907 el primer libro sobre psiquiatría, de la mano del Profesor Augusto Vidal Perera. En este libro se habla sobre trastornos de la atención. Considera a estos niños como hiperactivos y, además, considera este trastorno como una enfermedad y no como algo ético (Vidal, 1907).

En 1934 Hohman, Khan y Cohen hablaban de la observación de los síntomas descritos por Still en niños que habían padecido problemas cerebrales, por lo que atribuían estos síntomas a algo neurológico que denominaron *síndrome de lesión cerebral humana* o *síndrome de impulsividad orgánica* (Hohman et al., 1934). Por su parte, en 1962, Clements y Peters hablan de esta sintomatología como *disfunción cerebral mínima*, la cual se caracteriza por hiperactividad, déficit de atención, déficit en el control de impulsos, agresividad, entre otros. Estos autores decían que la etiología no es una lesión en el cerebro, sino una disfunción (Clements et al., 1962). Virginia Douglas, en 1970, señala que las claves de este trastorno serían la atención y la impulsividad. Es más, se tuvieron en cuenta estas claves, como veremos posteriormente, para definir el trastorno en el DSM-III (APA, 1980), que distingue el déficit de atención con y sin hiperactividad.

Por último, mencionar a Russell A. Barkley (1990), quien define el TDAH como un trastorno del desarrollo que se caracteriza por problemas atencionales, sobreactividad e impulsividad. Estos síntomas surgen en la primera infancia y dice que no son de origen neurológico, sino que están relacionados con la dificultad para seguir conductas gobernadas por reglas (Barkley, 1990).

Respecto a la medicación, Charles Bradley en 1937, descubre los efectos de la anfetamina sobre un grupo de chicos con problemas conductuales y de oposición a normas. Administrando una anfetamina pudo ver cómo mejoraban estos síntomas, así como su rendimiento académico (Bradley, 1937).

En España, en el año 1981 se comercializa el metilfenidato, siendo su nombre comercial Rubifen. Este fármaco permite, gracias a su rápida liberación, que se perciban sus efectos beneficiosos en el

niño poco tiempo después de su toma. Posteriormente se ha comercializado el metilfenidato de liberación prolongada y otros psicoestimulantes para el tratamiento farmacológico del TDAH.

1.1.2. Clasificación del TDAH a lo largo de la historia.

A continuación, haré un repaso por la evolución del trastorno en las distintas clasificaciones de trastornos mentales.

DSM – Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

- DSM-I (APA, 1952). En este manual no se incluye el diagnóstico de TDAH como trastorno infantil.
- DSM-II (APA, 1968). Se incluye la reacción hiperkinética de la infancia. Se caracterizaba por un desorden conductual con síntomas como inquietud, actividad excesiva y falta de atención.
- DSM-III (APA, 1980). En esta edición, como hemos visto anteriormente, se prioriza el aspecto atencional y su acompañamiento o no de hiperactividad. En esta edición se denomina el trastorno como Trastorno por déficit de atención (TDA).
- DSM-III-R (APA, 1987). Elimina la distinción de con/sin hiperactividad y lo deja como trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
- DSM-IV (APA, 1994) y DSM-IV-TR (APA, 2000) se introducen tres subtipos: tipo inatento, tipo hiperactivo/impulsivo y tipo combinado. En esta edición, para su diagnóstico el paciente ha de tener 7 años y que la aparición de los síntomas sea anterior a esta edad.
- DSM-V (APA, 2013). En este manual no hay diferencias muy significativas respecto a los criterios para el diagnóstico. Sigue denominándose igual, pero se encuentra dentro de los trastornos del desarrollo neurológico, ya que se elimina el apartado de trastornos de la infancia y adolescencia. Respecto al anterior, también se diferencia en la edad de aparición

de los síntomas que ha de ser anterior a los 12 años. A continuación, se exponen los criterios diagnósticos contenidos en este manual:

A) Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):

1. Inatención: seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (17 y más años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).

b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).

c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).

d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas, pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).

e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales

y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).

f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).

g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).

h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).

i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

2. Hiperactividad e impulsividad: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.

b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).

- c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)
 - d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
 - e. Con frecuencia está “ocupado,” actuando como si “lo impulsara un motor” (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
 - f. Con frecuencia habla excesivamente.
 - g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).
 - h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).
 - i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).
- B) Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.
- C) Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes; en otras actividades).
- D) Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.
- E) Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad,

trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

Especificar si:

(F90.2) Presentación combinada: Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el

Criterio (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

(F90.0) Presentación predominante con falta de atención: Si se cumple el Criterio A1 (inatención) pero no se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

(F90.1) Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses. (APA, 2013, p.p. 59-61)

CIE – Clasificación Internacional de Enfermedades

- CIE-9 (OMS, 1975). Se mantiene el término de Trastorno Hiperactivo de la infancia, sin recoger el concepto de hiperactividad que tiene el DSM.
- CIE-10 (OMS, 1975). Aquí encontramos el TDAH dentro de los trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia. Sus síntomas nucleares son el déficit de atención y la hiperactividad. Para diagnosticarlo, es necesario que se manifiesten ambos síntomas y en más de una situación.
- CIE-11 (OMS, 2018). Se encuentra dentro de los trastornos del neurodesarrollo y, a diferencia de otras ediciones, guarda gran similitud con DSM-5. En este caso, se define como:

Un patrón persistente (al menos 6 meses) de inatención y/o hiperactividad/impulsividad, con inicio durante el periodo de desarrollo, típicamente desde la niñez temprana hasta la mitad de la niñez. El grado de

inatención e hiperactividad-impulsividad está fuera de los límites de las variaciones normales conforme a la edad y nivel de funcionamiento intelectual e interfiere significativamente en el ámbito académico, laboral o social. La inatención se refiere a una significativa dificultad para mantener la atención en tareas que no proporcionan un alto nivel de estimulación o recompensas frecuentes, distraibilidad y problemas con la organización. La hiperactividad se refiere a una excesiva actividad motora y dificultades para permanecer quieta, más evidente en situaciones que requieren autocontrol. La impulsividad es una tendencia a actuar en respuesta a estímulos inmediatos, sin deliberación o consideración de los riesgos y consecuencias. El equilibrio relativo y las manifestaciones específicas de inatención e hiperactividad-impulsividad varían entre los individuos y pueden cambiar a lo largo del desarrollo. Para un diagnóstico del trastorno, el patrón de comportamiento debe ser claramente observable en más de un escenario.

Incluye: trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Síndrome de déficit de atención con hiperactividad.

Exclusiones: trastorno del espectro autista.

Comportamiento disruptivo o trastornos disociales.

6A05.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, presentación predominantemente inatento.

Se cumplen todos los requisitos de la definición para el trastorno de déficit de atención con hiperactividad y los síntomas de falta de atención son predominantes en la presentación clínica. La inatención se refiere a una dificultad significativa para mantener la atención en tareas que no proporcionan un alto nivel de estimulación o recompensas frecuentes, distracción y problemas con la organización. Algunos síntomas hiperactivos-

impulsivos también pueden estar presentes, pero estos no son clínicamente significativos en relación con los síntomas de inatención.

6A05.1. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, presentación predominantemente hiperactivo-impulsivo.

Se cumplen todos los requisitos de definición para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y los síntomas hiperactivo-impulsivos son predominantes en la presentación clínica. La hiperactividad se refiere a una actividad motora excesiva y dificultades para permanecer quieto, más evidentes en situaciones estructuradas que requieren autocontrol. La impulsividad es una respuesta a actuar en respuesta a estímulos inmediatos, sin deliberación o consideración de los riesgos y consecuencias. Algunos síntomas de falta de atención también pueden estar presentes, pero no son clínicamente significativos en relación con los síntomas hiperactivo-impulsivos.

6A05.2. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, presentación combinada.

Se cumplen todos los requisitos de definición para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Ambos síntomas de falta de atención e hiperactivo-impulsivo son clínicamente significativos, y ninguno de los cuales predomina en la presentación clínica. La falta de atención se refiere a importantes dificultades para mantener la atención en tareas que no proporcionan un alto nivel de estimulación o recompensas frecuentes, distracción y problemas con la organización. La hiperactividad se refiere a una actividad motora excesiva y dificultades para permanecer quieto, más evidente en situaciones estructuradas que requieren autocontrol conductual. La impulsividad es una tendencia a actuar en respuesta a estímulos inmediatos, sin deliberación o consideración de los riesgos y consecuencias.

6A05.Y. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, otra presentación especificada.

6A05.Z Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, presentación no especificada. (OMS, 2018)

1.1.3. Etiología y modelos teóricos

Actualmente, el TDAH es considerado un trastorno con una etiopatogenia multifactorial, heterogénea y compleja. Según el Manual de Psicopatología de Amparo Belloch encontramos las teorías biologicistas, las cuales vemos a continuación (Belloch, 2020, pp.502-507).

Comenzamos haciendo un repaso por las teorías biologicistas:

1. Factores genéticos. En diferentes estudios se ha visto que hay genes que están implicados en el desarrollo del TDAH. Destaca el gen FOXP2, que está relacionado con el desarrollo del lenguaje, la formación de sinapsis neuronales y el aprendizaje. También se ha visto que es determinante el gen DUSP6, implicado en el control de la dopamina. Otro gen importante es el SEMA6D, el cual es fundamental para las ramificaciones a nivel neural. Como resumen decir que existen estudios con gemelos, familias y adopciones que arrojan datos fiables y significativos para afirmar la existencia del componente genético en el origen y desarrollo del TDAH.
2. Factores epigenéticos. Estos estudios se realizan para conocer qué factores ambientales pueden activar o no la información contenida en el código genético. Encontramos diferentes posibles factores de riesgo pre y postnatales en el desarrollo del TDAH. Ejemplo de esto es el aumento del riesgo de parecerlo cuando existen complicaciones durante la gestación o el parto, como hipoxia al nacer, parto inducido, elevados niveles de estrés durante el embarazo, consumo de fármacos, entre otros. Además, se ha encontrado relación entre el nacimiento prematuro, siendo este el factor ambiental con mayor evidencia en relación con el origen del

trastorno. Otro suceso que aparece con frecuencia es haber sufrido un traumatismo craneoencefálico en el periodo perinatal.

Otros factores que pueden estar implicados son la alimentación, los factores ambientales del tipo psicosocial y las pautas de crianza. Respecto a la alimentación, destacar la hipótesis nutricional del TDAH, que indica que ciertos macronutrientes, como azúcares simples y los ácidos grasos poliinsaturados, y algunos micronutrientes como el zinc o el hierro, pueden estar implicados en el origen del TDAH. En cuanto a los dos últimos factores mencionados, los estudios indican que no hay un papel causal pero sí pueden ser moduladores durante el curso del trastorno.

3. Factores neuroanatómicos. En cuanto a las áreas implicadas en el TDAH, se destacan el córtex prefrontal, el cuerpo caloso y los ganglios basales, la amígdala y el cíngulo anterior y las áreas cerebelosas. Respecto a la dificultad en las funciones ejecutivas, se ha encontrado relación de esto con el área prefrontal dorsolateral. En relación a la volumetría se ha visto, en el caso de los niños, una reducción en el globo pálido y putamen derechos, en el núcleo caudado de ambos hemisferios, así como en la amígdala y corteza cingulada anterior. En lo que respecta a los adultos en los que persisten los síntomas TDAH, encontramos reducción del volumen en la corteza cingulada anterior.

El estudio realizado por Hoogman et. al (2017) ha arrojado nuevos datos, indicando una reducción de la amígdala bilateral y el núcleo accumbens.

Además, se ha encontrado una hipoactivación de la corteza prefrontal en personas con TDAH (Dickstein et al., 2006), así como una menor sincronía en las redes neurales, lo cual se relaciona con la hiperactividad/impulsividad (Castellanos y Aoki, 2016), añadiéndose también el papel de la amígdala en la regulación emocional.

4. Factores neuroquímicos. Respecto a esto, se propone la hipótesis catecolaminérgica del TDAH: se observa un déficit de dopamina y noradrenalina en el cortex prefrontal, cuerpo caloso y ganglios basales, relacionando este déficit con los síntomas nucleares del trastorno.

Respecto a la teoría dopaminérgica, decir que esta habla de la existencia de déficit en el cíngulo anterior (que al estar hipoactivado produce déficit cognitivo en las funciones ejecutivas) y el núcleo caudado (su sobreactivación produce conductas motoras excesivas). Por último, hablar de la serotonina, la cual está asociada con la impulsividad y regulación de estados de ánimo. Respecto a esto, se ha comprobado que niveles más altos de dopamina y serotonina permiten reducir la impulsividad e hiperactividad; y regular la noradrenalina ayuda a mejorar las funciones cognitivas y afectivas.

5. Factores electrofisiológicos. Aquí se ha visto que, en general, el déficit en el TDAH está caracterizado por un aumento de las ondas theta, la cuales producen aumento de la excitación, así como una disminución de las alfa y beta, las cuales favorecen estado de reposo y concentración.

A continuación, se revisarán los distintos modelos psicológicos que, a lo largo de la historia, han intentado explicar las causas del trastorno.

- Modelo cognitivo-atencional de Virginia Douglas (1972). Lo más relevante de este modelo es que Douglas deja en un segundo plano la hiperactividad, ya que la considera inespecífica. Lo que ella destaca son las dificultades atencionales en estos niños, pero no la distraibilidad que se venía viendo en otros estudios, sino que reseña las dificultades surgidas en tareas que requieren un rendimiento continuo sin haber refuerzos externos de manera inmediata; con esto se refiere a la atención sostenida y a la impulsividad. Esa dificultad de atención sostenida es lo que ocupa una posición fundamental en su trabajo. Además, atribuye el origen del TDAH a cuatro predisposiciones básicas: rechazo o poco interés en tareas complejas; búsqueda de gratificación inmediata; poca capacidad de inhibición de respuestas impulsivas y dificultad para regular la activación en la resolución de problemas.
- Modelo de inhibición conductual y autorregulación de Barkley (1997). Este autor propone un modelo que considera el déficit de inhibición conductual como lo central en el desarrollo de los síntomas. Los problemas que se derivan de este déficit afectaban a cuatro funciones ejecutivas

necesarias para alcanzar la autorregulación, que son: la memoria de trabajo no verbal, el habla encubierta, la autorregulación de afectos, motivación y activación y la reconstitución de la conducta.

- Modelo de la memoria de trabajo de Rapport (2008). Considera que lo afectado en el TDAH es la memoria de trabajo. Ese déficit en la memoria de trabajo derivaría a la desorganización conductual y los problemas de atención sostenida, por lo que su modelo pone el centro en la disfunción de la memoria de trabajo.
- Modelo explicativo de Brown (2005). Propone un modelo con seis funciones que actúan en conjunto: la activación, la concentración, el esfuerzo, la emoción, la memoria de trabajo y la acción. Para Brown, un buen nivel de desempeño implica un correcto funcionamiento de esas funciones.
- Modelo cognitivo-energético de Sergeant (2005). Defiende la existencia de una dificultad en la capacidad para regular el esfuerzo y la motivación, los cuales se requieren para realizar las tareas. Estas dificultades se verían en tres niveles: mecanismos atencionales, alerta, activación y esfuerzo y, por último, mecanismos de supervisión, planificación, detección y corrección de errores.

1.1.4. Prevalencia

Los datos de prevalencia ofrecidos por el DSM para niños en edad escolar han ido oscilando desde el 3% del DSM-III-R (APA, 1987) a un 5% en el DSM-5 (APA, 2013).

Otros estudios a nivel mundial, han obtenido los siguientes resultados:

- Polanczky et. al (2007) refieren una prevalencia en infancia y adolescencia del 5,29%, siendo la prevalencia mayor en niños.
- Thomas et. al (2015) mostraron una prevalencia del 7,2 en sus estudios, si bien esos datos fueron menores al utilizar criterios de DSM-III-R comparado con DSM-V.

A nivel de España, Catalá-López et. al (2012) obtuvieron en sus estudios con menores de 18 años una prevalencia del 6,8%.

Respecto a la diferencia entre niños y adultos, según el estudio de Simon et. al (2009), la prevalencia en población adulta sería del 2,5%, al igual que el DSM-5, que informa de la misma. Por parte de la OMS encontramos una prevalencia de 3,4% en sujetos de 18 a 44 años.

Respecto al sexo, encontramos en el DSM-5 mayor prevalencia en niños que en niñas y también mayor prevalencia en hombres que en mujeres, todo esto relativo a la población general. Por su parte, en población clínica encontramos una menor prevalencia en niñas, lo cual nos indica que puede estar infradiagnosticado.

Por último, al hablar de las formas de presentación, vemos que la más frecuente es la combinada, seguida por la inatenta y, por último, la hiperactiva-impulsiva.

1.1.5. Comorbilidad y diagnóstico diferencial

Comorbilidad

En el DSM-5 (APA, 2013) encontramos las siguientes comorbilidades:

- Trastorno negativista desafiante. Encontramos una comorbilidad del 50% en el caso de TDAH combinado y una cuarta parte en el caso de TDAH del tipo inatento, ambos en el caso de los niños y adolescentes.
- Trastorno de conducta. En este caso, la comorbilidad del TDAH de tipo combinado con este trastorno es una cuarta parte de los niños y adolescentes.
- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. La mayoría de niños y adolescentes diagnosticados de este trastorno, se diagnostican a su vez de TDAH. Sin embargo, es menor el caso de niños con TDAH que cumplan también criterios de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

- Trastorno específico del aprendizaje. Este trastorno se da frecuentemente junto con el TDAH.

Respecto a la población adulta encontramos comorbilidad del TDAH con trastornos de personalidad antisocial y otras patologías como el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de tics o los trastornos del espectro autista.

Diagnóstico diferencial

En este punto, veremos las diferencias entre el TDAH y los siguientes trastornos, a fin de excluir cuadros clínicos con características similares.

- Trastorno negativista desafiante (TND). Si bien este cuadro tiene similitudes con el TDAH, podemos ver como diferencia fundamental que en el TND encontramos una gran resistencia a la hora de llevar a cabo acciones exigidas por los demás. Sin embargo, en el TDAH lo que vemos es la negativa a realizar tareas que requieran un esfuerzo atencional.
- Trastorno explosivo intermitente (TEI). En este cuadro nos encontramos con una alta impulsividad, así como hostilidad y agresividad, pero no cursa con problemas de atención. Esta sería la principal diferencia con los sujetos con TDAH.
- Trastorno de conducta. Aquí encontramos impulsividad, como en TDAH, sin embargo, este trastorno cursa con una violación de los derechos de los demás, cosa que no ocurre en el TDAH.
- Trastorno específico del aprendizaje (TEA). En este caso, podemos confundirlo con el TDAH debido a las dificultades académicas relacionadas con la atención, pero lo diferenciamos porque en el caso de los sujetos con TEA se da exclusivamente en este ámbito.
- Discapacidad intelectual. Para diferenciar este trastorno, hemos de tener en cuenta el nivel de inatención e hiperactividad según la edad mental del sujeto, es decir, ver que los síntomas propios del TDAH sean excesivos para dicha edad mental.

- Trastorno del espectro autista. En ambos trastornos nos encontramos con síntomas similares en relación con la atención, disfunción social y comportamiento, pero en el caso del autismo encontramos, además, una desvinculación social y, sobre todo, falta de comunicación facial y resistencia o dificultad a los cambios.
- Trastorno de movimientos estereotipados. En este trastorno encontramos una serie de movimientos motores repetitivos, lo cual no presentan los sujetos con TDAH.
- Trastorno de la relación social desinhibida, en el que la desinhibición no es debida a la impulsividad y en el cual hay una historia de cuidado insuficiente.
- Trastorno de ansiedad. Estos sujetos pueden presentar inatención, pero es debida al exceso de rumiación y de preocupación.
- Trastornos depresivos. En este caso, nos encontramos con disminución de la concentración, lo cual puede verse como inatención, sin embargo, esta disminución suele darse en los episodios depresivos mayores.
- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. En este caso, la diferencia estaría en que no hay impulsividad o déficit de atención.
- Trastornos bipolares. Nos encontramos con episodios de impulsividad y poca concentración, pero esto sucede en el caso de episodios maníacos o hipomaníacos, es decir, que encontraríamos otros síntomas como el ánimo elevado o irritabilidad.
- Trastornos psicóticos. Pueden aparecer síntomas compatibles con TDAH, pero si se dan en el curso de un trastorno psicótico, no se diagnosticaría el primero.
- Trastorno por consumo de sustancias. Aquí la diferencia radica en que los síntomas de inatención o impulsividad están asociados a dicho consumo.
- Síntomas TDAH inducidos por medicación. Al igual que en el caso de sustancias, aquí los síntomas estarían asociados a la toma de medicación.
- Trastornos neurocognitivos (TNC) mayores y leves. Podemos diferenciarlo porque, a pesar de las similitudes en algunos síntomas, los TNC tienen una edad de comienzo más tardía.

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y MOTIVO DE CONSULTA

En el presente estudio se presenta el caso de A.M., una niña de 7 años cuyos padres solicitan una evaluación para descartar TDAH. Refieren que es una niña muy nerviosa e impulsiva, que además tiene problemas de conducta y desregulación emocional, tanto en casa como en la escuela.

Por parte del colegio, nos cuentan los padres, que a sus profesores les ha llamado la atención el nivel de agitación de A., la falta de atención a sus tareas y el cómo gestiona sus emociones cuando algo no le agrada. La definen como una niña muy inquieta, con dificultad para quedarse en su sitio, dificultad para seguir las normas o indicaciones del profesor/a, con un habla excesiva, por lo que no respeta los turnos de los compañeros e interrumpe continuamente, tanto a pares como a profesores. Para solucionar estos comportamientos han utilizado castigos, como dejarla sin recreo, ponerla frente a la pared, pero no ha servido demasiado.

A pesar de su comportamiento en clase, sus calificaciones son buenas, refiriendo los profesores que quizás, de prestar más atención, serían aún mejores, ya que no contemplan problemas de aprendizaje.

Tras la evaluación realizada, emitimos un informe para derivarlo a la unidad de psiquiatría y que lo evalúen desde esta especialidad para la posible confirmación del diagnóstico de TDAH. Una vez acude al médico, se confirma dicho diagnóstico y recomiendan, por su edad, que se trate primero a nivel psicológico y que, tras 6 meses, se vuelva a realizar una revisión para ver si fuera necesario añadir tratamiento farmacológico.

2.1. Datos personales de la paciente

Los datos personales mostrados en el presente caso sobre el paciente son ficticios. Según la ley de protección de datos de carácter personal (GDPR) es ilegal y está prohibido facilitar datos que puedan identificar a la persona que acude a sesión en el centro de psicología.

A.M. es una niña de 7 años, nacida en Madrid, donde reside con sus padres y su hermano pequeño. Cursa 2º de primaria. Es una niña, a grandes rasgos, sociable, con un ambiente familiar bueno, en el que prestan atención a sus necesidades e inquietudes.

2.2. Historia personal de la paciente

En la sesión informativa, pedimos a los padres que cumplimenten un cuestionario acerca de la historia personal de su hija. Este cuestionario ha sido elaborado por el centro de psicología a partir del libro *“Psicoterapia breve con niños y adolescentes”* de la autora Begoña Aznárez (2020). En este cuestionario se recoge una serie de preguntas biográficas sobre los pacientes. A continuación, vemos las áreas que destacaron los padres de A.:

PAREJA

- Pareja conviviente
- Relación buena, considerándose, dicen, un “equipo”.

ASPECTOS MÉDICOS

- No refieren ninguna enfermedad anterior ni actual.
- No tiene alergias, ni problemas de visión o audición.

FASE PERINATAL

Refieren que fue una niña deseada, concebida de manera natural. El embarazo fue bueno, no hubo complicaciones. Su madre refiere haber estado tranquila, si bien su hija nació prematura, con 31+4 semanas. No refiere abortos ni pérdidas previas.

El parto fue natural, sin complicaciones, tampoco en el posparto. Lactancia materna hasta los 6 meses, aunque combinada con biberones.

DESARROLLO

Refieren que la niña no gateó, sino que comenzó directamente a andar entre los 14 o 15 meses.

Respecto a las primeras palabras de la niña, fueron: papá, mamá y agua. Comenzó a hablar aproximadamente a los 20 meses.

Indican que no ha tenido problemas con el control de esfínteres; le quitaron el pañal sobre los 2 años y medio y, aunque alguna vez se le escapaba el pis, no era lo habitual, habiendo mantenido este control hasta la fecha.

En cuanto a la alimentación, refieren que come bien, aunque no le gusta demasiado la fruta y la verdura. Tuvo los primeros meses de vida cólicos, pero se le pasaron y no ha vuelto a presentar sintomatología.

Actualmente, es una niña con buen apetito, autónoma a la hora de ir al baño, incluso requiere poca ayuda a la hora de ducharse. También se viste sola, aunque últimamente, han tenido problemas a la hora de elegir la ropa porque se pone muy exigente y siempre tiene que ponerse lo que ella quiere. Además, con la llegada de su hermano, muchas veces quiere que la vistan ellos.

HÁBITOS DE SUEÑO

En un principio dormía en una minicuna sin colecho. Solían dormirla en brazos y después la pasaban a la cuna, situada al lado de su cama. Habitualmente no ha tenido problemas de sueño, pero con la llegada de su hermano, parece tener estos hábitos más alterados (hora de acostarse, se despierta algunas veces por la noche y, en ocasiones, quiere dormir con ellos).

No refieren episodios muy frecuentes de terrores nocturnos, aunque afirman que desde que nació su hermano sí se va a la cama con ellos con más frecuencia.

ESCOLARIDAD

La llevaron a la guardería con 16 meses e indican que se adaptó bien, aunque al principio le costaba quedarse sin llorar y patalear porque sus padres se iban. Conforme pasó el tiempo se adaptó y esos episodios fueron disminuyendo. Actualmente la lleva y recoge la madre del colegio.

Sus relaciones son buenas, pero hace ya un tiempo que nos dicen desde el centro educativo, que interrumpe mucho, llama la atención, se inmiscuye en conversaciones de los demás y eso genera conflicto con sus iguales.

El rendimiento académico de la paciente es bueno, no ha repetido ningún curso. A la hora de la tarea, requiere atención, ya que enseguida se distrae y le cuesta mucho permanecer en el pupitre.

CASA Y RUTINAS

En general, intentan que A. tenga una rutina en casa, procuran tener el mismo horario diariamente, cosa que siempre les ha costado mucho que cumpla, ya que, ante los límites o las indicaciones, siempre ha sido, dicen, un poco “rebeldilla”.

Las rutinas y normas en casa le han costado siempre un poco aceptarlos, requiriendo una repetición constante de las indicaciones, con dificultad para entretenerse sola y con demandas atención constantes. Con la llegada de su hermano, las rutinas en casa empeoran, con más llamadas de atención y parece que tiene algo más de alteración en el sueño.

Refieren que A. siempre ha sido una niña muy movida, que no consigue estarse quieta por mucho tiempo y que le cuesta prestar atención, incluso en situaciones agradables, como puede ser jugar a algo que le gusta o dibujar.

2.3. Descripción del problema.

Los padres de la paciente acuden a la clínica en octubre de 2021. En la entrevista inicial, nos informan de la situación que están viviendo, indicando que su hija parece tener un problema de atención y de concentración y que, además, notan que tiene reacciones agresivas o fuera de lo normal ante ciertas situaciones, destacando también su impulsividad. Por otra parte, nos cuentan que, por parte del colegio, en una tutoría que tuvieron poco después de comenzar el curso, les dijeron que su hija tenía ciertos comportamientos en clase que llegaban a entorpecer el funcionamiento de la misma. También desde el colegio les informan de que la paciente cuando se frustra, no lo maneja

bien y reacciona de forma impulsiva e irritable, llegando incluso a tener enfrentamientos con sus compañeros.

A nivel social, es una niña activa, que no le cuesta relacionarse, si bien es cierto que lo hace sin mostrar demasiadas habilidades: sus padres definen su forma de relacionarse como agitada, queriendo llamar constantemente la atención de los otros, llegando incluso a molestarlos, interrumpiéndolos, sin respetar el que estén hablando con otras personas, y ante la no respuesta, muestra impaciencia e insistencia para que le hagan caso. Por otro lado, siempre está dispuesta a ayudar si alguien lo necesita.

Además, indican que siempre ha sido una niña a la que le cuesta seguir las normas o las indicaciones que le dan, pero que últimamente esto se ha acentuado y, además, se comporta de manera impulsiva, grita o, incluso, se encierra en su habitación enfadada.

3. MÉTODO DE EVALUACIÓN Y RESULTADOS

3.1. Método de evaluación

En un primer momento, se mantiene una primera entrevista con los padres de la paciente, en la cual recogemos información sobre las conductas que consideran “difíciles” de controlar.

Por otro lado, se evaluó con el fin de descartar TDAH. Para esto, se utilizaron los siguientes instrumentos de medida:

- Prueba ENFEN – Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas (Portellano, Martínez y Zumárraga, 2009). Es una prueba que evalúa el nivel de madurez y del rendimiento cognitivo en actividades que tienen relación con las funciones ejecutivas en niños. Tiene un tiempo de aplicación de 20 minutos y se aplica individualmente a niños de entre 6 y 12 años. Se compone de cuatro pruebas: fluidez verbal (fonológica y semántica); construcción de senderos, que consta de un sendero gris, donde se unen números del 20 al 1

y un sendero a color, donde se unen del 1 al 21; construcción de anillas, donde el sujeto tiene que colocar las anillas en la misma posición y orden que aparecen en la lámina de muestra; e interferencia, que sería la tarea Stroop, donde aparecen escritos colores en un color distinto al que se lee, con lo cual, hay que inhibir la respuesta más automática.

- Test CARAS – Test de Percepción de Diferencias (Thurstone y Yela, 1979). Este test se aplica a niños de entre 6 y 18 años. Se aplica de manera manual durante un periodo de 3 minutos. Las dimensiones evaluadas son: atención, interferencia, velocidad de procesamiento visual. Con este test conseguimos un índice de eficacia atencional y otro de control de impulsividad.
- SENA – Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (Fernández-Pinto et al., 2015). Esta prueba es una escala multidimensional que se aplica para evaluar los problemas emocionales y de conducta de sujetos de 3 a 18 años. Cuenta con una escala de problemas, que se divide en: problemas internalizantes (depresión, ansiedad, ansiedad social, quejas somáticas, sintomatología postraumática y obsesión-compulsión); problemas externalizantes (inatención, hiperactividad-impulsividad, problemas de control de la ira, agresión, conducta desafiante y conducta antisocial); en otro apartado se recogen: problemas familiares, en la escuela y con los compañeros. Respecto a la escala de vulnerabilidad, se evalúa regulación emocional y búsqueda de sensaciones. La tercera escala evalúa recursos personales, tales como autoestima, integración y competencia social, así como conciencia de los problemas. Finalmente, se obtienen los siguientes índices: problemas emocionales, problemas conductuales, problemas de funciones ejecutivas, problemas contextuales, índice de recursos y, por último, índice global de problemas.
- Escala e-T – Escala de Detección del TDAH y Dificultades Asociadas (Fenollar-Cortés, 2020). Esta prueba mide la sintomatología de TDAH, tanto hiperactividad como

impulsividad y otras dificultades asociadas al trastorno. Se aplica en sujetos de entre 6 y 12 años y tiene un tiempo de aplicación de 10 minutos. Esta escala ha de ser respondida tanto por la familia como por la escuela para que se corrija adecuadamente. Se evalúan subescalas de inatención e hiperactividad/impulsividad, así como subescalas de las dificultades concomitantes, como son control de emociones, coordinación motora fina, planificación y organización, resultados académicos, entre otros.

- RIST – Test de Inteligencia Breve de Reynolds (Reynolds y Kamphaus, 2013). Esta prueba evalúa la capacidad de resolución de problemas. Se aplica a sujetos de entre 3 y 9 años y tiene un tiempo de aplicación de 15 minutos. La finalidad es obtener una puntuación de cociente intelectual. Cuenta con una escala de razonamiento verbal y conocimiento general de información, y otro no verbal, que refleja las funciones intelectuales fluidas. Tiene un apartado de adivinanzas y otro que son imágenes en las que el sujeto tiene que marcar la diferente al resto.

A la hora de responder los cuestionarios, A. estaba exaltada, hay incluso que practicar relajación para que le baje el nivel de activación. La evaluación, además, se hizo en diferentes días para no dedicarle toda la sesión, ya que le costaba estar sentada en la mesa, se distraía con facilidad y esto podía influir en los resultados de la misma.

3.1.1. Resultados de la evaluación

A continuación, se exponen los resultados de las pruebas realizadas a la paciente:

- ENFEN:
 - o Fluidez: A nivel fonológico, A. presenta una gran cantidad de lenguaje expresivo y un nivel de vocabulario que la sitúa en una posición media respecto a su grupo de edad. Respecto a la memoria verbal, presenta una puntuación por encima de la media.

- Senderos. En este caso, vemos que su ejecución la sitúa en un nivel muy bajo. En el sendero de Color, se observa que requiere mayor esfuerzo cognitivo, siendo su nivel de ejecución más bajo y tardando más tiempo de lo esperado. Esta puntuación se podría relacionar con un déficit en la programación de su conducta y en la inhibición, así como la tendencia a trabajar de manera impulsiva en determinadas ocasiones.
 - Anillas. La realización de esta prueba la sitúa en un nivel muy bajo para su edad. Se vuelve a observar impulsividad, falta de planificación en los movimientos, realizando más de los necesarios. Esto señala que existen dificultades en la organización del comportamiento, así como dificultades en la perseverancia.
 - Interferencia. En esta prueba se situaría dentro de la media, si bien es cierto que, por su edad, le es más fácil nombrar el color a leerlo.
- CARAS. En esta prueba tiene un rendimiento medio-bajo y un control de impulsividad por debajo de la media. Comete un número elevado de errores, pero responde a un número de ítems dentro de lo esperado. Estos resultados nos sugieren un subtipo impulsivo con dificultades atencionales.
- RIST. En esta prueba encontramos, por un lado, una puntuación media en la parte de inteligencia verbal, que se ha medido a partir de la subprueba de Adivinanzas. Por otro lado, respecto a la inteligencia no verbal, se mide mediante la subprueba Categorías. En este caso, su puntuación la sitúa dentro de la media. Con estos datos, se concluye que la paciente tiene una inteligencia dentro de la media, descartando así cualquier déficit de inteligencia que hubiera podido llevarnos a otro tipo de diagnóstico.
- E-TDAH. En esta prueba las puntuaciones obtenidas en la dimensión *hiperactividad-impulsividad* por parte de la familia, superan el percentil 90; en el caso del centro escolar también supera ese percentil, estando el rasgo subclínico en la dimensión *inatención* (entre

80 y 90). A partir de estos resultados, la paciente cumpliría criterios diagnósticos de TDAH con presentación combinada.

Por otro lado, la puntuación obtenida en la subescala *Dificultades concomitantes al TDAH* se sitúa por debajo del percentil 80 en la escuela, mientras que en la familia está en el percentil 96. Ante esta diferencia, habrá que evaluar y explorar lo que puede estar denotando, bien sea que la comunicación por parte del centro no sea la adecuada y existan opiniones distintas, o bien que haya conflictos intrafamiliares.

- SENA.
 - Índices globales. En este caso encontramos puntuaciones dentro de la media, si bien vemos un despunte en el índice de problemas en las funciones ejecutivas, el cual indica que tiene tales dificultades.
 - Escalas de problemas.
 - Problemas interiorizados. En este caso encontramos puntuaciones dentro de la media, sin ningún despunte.
 - Problemas exteriorizados. Tenemos puntuaciones dentro de la media, si bien, su puntuación en problemas de atención se sitúa por encima.
 - Otros problemas. Encontramos puntuaciones dentro de la media.
 - Escalas de vulnerabilidades. Aquí encontramos una puntuación que sale de la media, aunque de manera no muy significativa, pero puede indicar déficit en la regulación emocional.
 - Escalas de recursos personales. Encontramos puntuaciones dentro de la media.

4. FORMULACIÓN CLÍNICA DEL CASO

Para analizar este caso, hemos tenido en cuenta la importancia de las sesiones de evaluación, la información recopilada, tanto de las pruebas como de la observación de la paciente, así como el

comportamiento de la misma con nosotros y con sus padres. Con esta información, podemos realizar el análisis funcional que veremos en este apartado, incluyendo las hipótesis de origen y mantenimiento del problema, así como las variables que pueden afectar al mismo, antecedentes y consecuentes.

Entendemos por hipótesis de origen aquellas variables de vulnerabilidad que facilitan la aparición del problema. Por su parte, las hipótesis de mantenimiento serían aquellas conductas, pensamientos y/o sensaciones que son reforzadas de manera positiva y/o negativa y, por este motivo, hacen que la conducta siga apareciendo. En el caso de nuestra paciente tendríamos:

- Hipótesis de origen. Encontramos la vulnerabilidad biológica, la cual viene dada por un retraso en el desarrollo madurativo cerebral, que pudiera estar condicionado de alguna manera por la prematuridad y que lleva a las conductas impulsivas y a un bajo nivel atencional. Además, entendemos que su déficit social y en la regulación emocional puede venir derivado de lo comentado, ya que ciertas tareas a realizar, así como sus relaciones sociales y regulación emocional, requieren de un correcto funcionamiento tanto en la atención como en las funciones ejecutivas.

- Hipótesis de mantenimiento. En este caso, encontramos comportamientos que la paciente aprende a lo largo de su historia para compensar la dificultad que encuentra para satisfacer demandas ambientales, lo cual hace que no desarrolle correctamente, por ejemplo, la tolerancia a la frustración o la regulación emocional. Todo esto, junto a la sintomatología del TDAH hace que se produzcan otros problemas, como son la no aceptación de las normas o el desafío.

Tabla 1

Análisis funcional del caso

<i>Antecedentes</i>	<i>Conductas problema</i>	<i>Consecuentes</i>
Vulnerabilidad biológica. Sintomatología de TDAH (impulsividad, inatención). Normas en casa y en el colegio. Conflictos con los compañeros.	Aumento de activación fisiológica. Irritabilidad/frustración. Desobediencia. Enfado. Habla en clase. Grita. Desmotivación. Insulta a los compañeros.	Refuerzos positivos: - Atención por parte de sus padres. - Atención por parte de sus compañeros y profesores. Refuerzos negativos: - Evitación de obligaciones

Respecto al análisis funcional del caso, vemos en la Tabla 1 aquellas variables que pensamos han influido en la paciente.

Por un lado, tenemos los antecedentes, pudiendo distinguir dentro de este apartado los estímulos remotos (aquellos referidos a la historia pasada del niño, su historia de aprendizaje y su repertorio de habilidades) y los próximos (se refieren a las circunstancias actuales) y, dentro de cada uno de ellos, distinguimos entre internos (del propio paciente) y externos (dados por el ambiente):

- Estímulos remotos internos: vulnerabilidad biológica y sintomatología propia del TDAH.
- Estímulos remotos externos: normas de casa, normas del colegio.
- Estímulos próximos internos: dificultad para identificar las emociones, la impulsividad, falta de atención e irritabilidad.
- Estímulos próximos externos: normas que se imponen, por ejemplo, hacer los deberes en casa, estar sentado sin moverse (sobre todo a la hora de las comidas), conflictos con los compañeros y los profesores en el colegio. También aquí tenemos en cuenta el empeoramiento en su

comportamiento y en la gestión emocional, así como en el mantenimiento de las rutinas diarias desde el nacimiento de su hermano.

Respecto a las conductas problema, encontramos las mencionadas en la tabla, siendo el enfado o la no tolerancia a la frustración, conductas que pueden aumentar su activación fisiológica. Los gritos en clase, los problemas con los compañeros o el moverse continuamente en clase, podríamos enmarcarlos dentro de conductas motoras.

Por último, respecto a las consecuencias, nos encontramos con refuerzos que hacen que las conductas que realiza se mantengan a largo y a corto plazo. Consideramos que, a corto plazo, sobre todo lo que consigue la paciente es la atención de sus compañeros, padres o profesores. A un largo plazo, consideramos que haya un aumento de estos comportamientos, lo cual le puede llevar a tener pensamientos negativos de sí misma (p.e. nadie quiere estar conmigo), aumentando a su vez en ella la irritabilidad o agresividad en sus respuestas o un empeoramiento en el ámbito académico.

5. TRATAMIENTO

5.1. Objetivos de tratamiento

Los objetivos planteados para este caso son los siguientes:

- Mejora de la impulsividad en el ámbito familiar y escolar.
 - o Mejora del autocontrol.
 - o Respeto de los turnos a la hora de hablar, tanto en casa como en el colegio.
 - o Entrenamiento en autoinstrucciones.
 - o Técnica de la tortuga.
 - o Economía de fichas.

- Mejora de la regulación emocional.
 - o Identificación de emociones.
 - o Entrenamiento en tolerancia a la frustración.
 - o Entrenamiento en respiración.
- Mejora de la relación padres-hija.
 - o Responder a las instrucciones y rutina diaria.
 - o Establecimiento de actividades placenteras para todos.
 - o Compartir tiempo juntos realizando tareas del día a día.
- Desarrollo de técnicas de resolución de problemas.
 - o Técnicas de modelado.
 - o Técnica de solución de problemas.

Tabla 2

Objetivos y técnicas de intervención

<i>Objetivos</i>	<i>Técnicas</i>
Reconocimiento de emociones.	Identificación de las emociones (Psicoeducación). Identificación de los signos corporales previos que denotan una emoción. Role-playing.
Mejora de la impulsividad.	Técnica de la tortuga. Entrenamiento en autoinstrucciones. Role-playing. Entrenamiento en relajación y respiración. Economía de fichas.
Mejora de las habilidades sociales.	Role-playing. Modelado. Entrenamiento en solución de problemas.

<i>Objetivos</i>	<i>Técnicas</i>
Mejora relación padres-hija.	Establecimiento de límites. Mejora de la comunicación. Actividades placenteras.

5.2. Propuesta de tratamiento

En este caso, se propone, en inicio, un tratamiento de 15 sesiones. Actualmente, hemos realizado 6 sesiones, en las cuales hemos trabajado sobre objetivos prioritarios, tales como la regulación emocional y la impulsividad. La idea es ir dando pautas para la regulación emocional y conductas alternativas ante los comportamientos impulsivos y disruptivos. Posteriormente, seguiríamos con el resto de objetivos.

Tabla 3

Programa de tratamiento

<i>Fases de evaluación y tratamiento</i>	
Evaluación inicial (sesiones 1 y 2)	<ul style="list-style-type: none"> - Motivo de consulta. - Explicación de lo que es la terapia psicológica, tanto a los padres (1ª sesión), como a la paciente (2ª sesión). - Definición de los objetivos. - Cuestionario biográfico. - Registro de los acontecimientos problemáticos. - Explicación de las pruebas que va a realizar la paciente.
Aplicación de pruebas (sesiones 3 y 4)	<ul style="list-style-type: none"> - Vínculo terapéutico. - Aplicación de las pruebas de evaluación.

<i>Fases de evaluación y tratamiento</i>	
Devolución y explicación del tratamiento (sesión 5)	<ul style="list-style-type: none"> - Devolución de los resultados de las pruebas realizadas y la puntuación obtenida. - Explicación de la manera en que vamos a llevar a cabo el tratamiento con A. - Explicación de la importancia de la implicación familiar.
Intervención psicológica (sesión 6 – actualmente)	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de los autorregistros realizados en las sesiones. - Trabajo en la regulación emocional (psicoeducación emocional). - Entrenamiento en control de impulsos. - Entrenamiento en autoinstrucciones. - Entrenamiento en respiración. - Entrenamiento en resolución de conflictos. - Trabajo con el enfado y la frustración. - Entrenamiento en habilidades sociales. - Juegos - Economía de fichas

En la primera sesión, hablamos con los padres de la paciente. El objetivo de esta sesión es informar sobre cómo se va a llevar a cabo la evaluación y el tratamiento, aclarar qué es la terapia psicológica, definir y ampliar el motivo de consulta y ver las prioridades que tiene la familia respecto a la evolución de su hija. Además, explicamos los cuestionarios a cumplimentar y entregamos aquellos a cumplimentar por el centro escolar. Cuestionarios cumplimentados por los padres fueron tanto el SENA como el e-TDAH; a cumplimentar por la paciente fueron el CARAS y el RIST. Se consideró que la paciente no cumplimentara el SENA de autoinforme por su edad y porque al querer evaluar

TDAH no se consideró tan preciso, al igual que en el ámbito escolar. Por parte del centro escolar sí cumplieron el cuestionario e-TDAH.

En la segunda sesión, conocemos a la paciente, la cual acude con sus padres. Le explicamos en qué van a consistir las pruebas que se le van a pasar, le hablamos sobre qué es el psicólogo y cuál es nuestra función. Asimismo, le preguntamos y aclaramos las dudas que se le presentan.

En la tercera y cuarta sesión realizamos la aplicación de pruebas. Durante dicha aplicación, la paciente se distraía con facilidad, se podía observar la falta de planificación, por ejemplo, en la prueba de anillas del ENFEN. Durante esta prueba, mostraba esa impulsividad al coger las anillas sin seguir del todo las indicaciones (por ejemplo, no puede coger dos a la vez). Por otro lado, también se veía esa impulsividad en el test de CARAS, así como la falta de atención, ya que estaba pendiente de otras cosas a su alrededor. También se podía observar la frustración que sentía al no realizar correctamente las pruebas, por ejemplo, en la prueba de Adivinanzas se enfadaba cuando no conseguía saber cuál era la respuesta. Al finalizar estas sesiones de evaluación, comentamos con la paciente aspectos para que comenzara a tomar conciencia de su comportamiento, preguntas como: ¿crees que si hubieras pensado un poco más te hubiera salido mejor?, ¿cómo te has sentido cuando no te salía alguna de las respuestas enseguida?, ¿cómo crees que podrías mejorar?

En la quinta sesión, hacemos una devolución a los padres sobre los resultados obtenidos, así como la manera de abordar el tratamiento. Preguntamos las dudas que puedan tener tras la evaluación.

En la sexta sesión y en adelante, comenzamos el tratamiento terapéutico. En cada inicio de sesión, comenzamos revisando los registros realizados, tanto por la paciente como por sus padres, para ver cuáles son las conductas más frecuentes, en qué situaciones y la mejora de las mismas. Tras esto, comentamos con la paciente cómo se había sentido en esas situaciones y vemos qué otras opciones podría tener.

Durante estas sesiones de intervención, habiendo sido 6 sesiones de tratamiento hasta la fecha, hemos trabajado los siguientes objetivos:

- Regulación emocional. En este caso, trabajamos la identificación de emociones, tanto de manera visual como en reconocer sensaciones corporales. Sobre todo, trabajamos aquellas relacionadas con el enfado y la frustración. Para esto, utilizamos técnicas que ayudasen a A. a reconocer esas emociones para saber gestionarlas mejor. Vemos distintas situaciones y el grado de enfado que le supone, así como el nivel de frustración. La intención es que entienda que no todo hace que nos enfademos por igual, al mismo tiempo que entienda que todos nos enfadamos, pero tenemos que gestionarlo de manera adecuada y adaptativa. Una vez establecida una escala de intensidad, utilizamos, por ejemplo, la técnica del semáforo, en la cual la enseñamos que ante una situación que le pueda enfadar mucho, primero tiene que parar (por ejemplo, alejarse de la situación, respirar...), luego pensar qué otras cosas podría hacer en vez de reaccionar como lo haría (discutir estando más relajada, quitarle importancia si no la tiene) y, por último, tendría que actuar (hablar con más tranquilidad, dar un paseo).
- Entrenamiento en control de impulsos. Para esto, utilizamos técnicas, como la técnica de la tortuga (Schneider, M., & Robin, 1990), la cual pretende enseñar al niño a que cierre su cuerpo, y se encoja como en un caparazón imaginario cuando se sienta amenazado. Una vez así, se le enseña a relajarse en esta posición, lo cual no es compatible con la realización de conductas impulsivas. Llegados a este punto, el paciente desde un estado más calmado, puede solucionar sus problemas de una manera más adaptativa. Además, utilizamos el entrenamiento en autoinstrucciones (Meichenbaum, 1971), las cuales tratan de que el niño aprenda a descomponer una situación que afrontar en pequeños pasos y que modifique el lenguaje interno que normalmente utiliza. También se plantean situaciones similares a las que podrían ocurrir y se trabajan mediante role-playing. Lo utilizamos tanto para situaciones cotidianas en casa, como para situaciones que puedan pasar en el colegio, sobre todo con sus compañeros. Además, vamos enseñando varias técnicas para que ella misma pueda aplicarse en casa y en el colegio, como son las técnicas del volcán o el termómetro del enfado, las cuales pretenden que el niño aprenda las señales que le llevan al estallido, las reconozca y pueda evitarlo.

- Entrenamiento en relajación y respiración (Berstein y Borkovec, 1973). Esta técnica la utilizamos con frecuencia debido a la agitación con la que llegaba a consulta, sobre todo en las primeras sesiones. Para llevarlo a cabo, ponemos a A. en un lugar cómodo, tumbada, con las luces apagadas y narramos una historia que le sea agradable oír. Una vez más relajada, le vamos indicando cómo realizar la respiración y cómo sentir las partes de su cuerpo.
- Habilidades sociales (D´Zurilla y Goldfried, 1971). Para la mejora de habilidades sociales en A. trabajamos, sobre todo, lo referido a respetar los turnos de palabra, explicarle la importancia de escuchar a los demás y trabajamos también la empatía. Todo esto, se hace mediante role-playing en los que planteamos situaciones, tanto para que aprenda cómo relacionarse, como para que entienda cómo podría reaccionar ella si continuamente la interrumpieran o le gritaran, comportamientos con los que suele tratar a sus compañeros.
- Entrenamiento en resolución de conflictos. En esto, utilizamos técnicas ya mencionadas como pueden ser las autoinstrucciones, la técnica del volcán y también el role-playing.
- Juegos. En la mayoría de ocasiones, dedicamos un tiempo de la sesión a jugar con A. Mediante estos juegos, observamos sus conductas y hablamos con ellas respecto a las mismas. Jugando, por ejemplo, al Speed Jungle, solía tener conductas muy impulsivas, sin prestar atención a si las cartas eran realmente iguales y cometiendo, por este motivo, bastantes errores. Además, cuando perdía se enfadaba, lo cual utilizamos también para trabajar los niveles de enfado, la diferencia en cuanto a intensidad del mismo con otro tipo de situaciones y el medir esas reacciones de manera más adecuada. Otro juego al que recurrimos mucho era el Dobble, el cual también requiere atención e inhibición a la hora de coger las cartas de la mesa.
- Economía de fichas. Este programa de reforzamiento pretende la disminución de conductas disruptivas y la aparición de las conductas que se pretende incluir en el repertorio de la paciente. Para esto, cuando la niña realice la conducta deseada o no emita la no deseada, se le entregarán fichas o puntos. Al pasar el tiempo establecido, si ha conseguido un número acordado de fichas o puntos, podrá recibir el refuerzo establecido. En este caso, la economía de fichas se lleva a cabo tanto en casa como en el colegio, lo cual le sirve de motivación a la paciente, ya que cada

vez que consigue el objetivo establecido, nos lo cuenta muy entusiasmada, lo cual hace que se motive para continuar con esta conducta, a la vez que va incorporando nuevas conductas más adaptativas en su repertorio.

6. VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO

En este apartado, se valorarán diferentes puntos. Por un lado, la adherencia al tratamiento y, por otro lado, la consecución de objetivos. Hay que tener en cuenta, que el tratamiento sigue aún vigente, por lo que se reflejarán aquellos objetivos que se están consiguiendo y se evaluará el pronóstico según esto.

6.1. Adherencia al tratamiento

Desde el primer momento, tanto los padres como la paciente, han establecido buen vínculo terapéutico. Por parte de la madre, desde un inicio, se ha mostrado confiada en nuestro trabajo y colaborativa en las tareas que pautamos para casa. En el caso de la paciente, ha sido muy sencillo establecer vínculo con ella, ya que desde el principio se ha mostrado abierta, con confianza y no le ha costado contarnos cómo se siente. Para la consecución del vínculo, hemos jugado mucho con ella, le hemos hecho ver que puede contarnos las cosas, que estamos para ayudarla. Cuando dijimos que habría cosas que no teníamos por qué contarle a su madre, le cambió la cara un poco, lo cual me dio a entender que eso era un aspecto que a ella le dio más confianza en nosotras, aun explicándole que habrá algunos asuntos que sí sería importante que le contáramos y que, en esos casos, se lo diríamos.

Por otro lado, también hemos contado con la colaboración del colegio de manera paralela, donde también están aplicado economía de fichas y saben sostener a A. en los momentos de mayor excitabilidad y de crisis.

6.2. Consecución de objetivos

Como he dicho anteriormente, el proceso aún está en curso. Pese a esto, hemos ido viendo una evolución positiva en la paciente, tanto en el ámbito familiar como en el académico, según informan sus padres. Recupero aquí un pequeño resumen con los objetivos principales:

- Mejora de la impulsividad: autocontrol, respeto de los turnos...
- Regulación emocional: identificación de emociones, tolerar la frustración...
- Mejorar la relación padres-hija: cumplir las normas, la rutina...
- Técnicas para resolver los problemas.

Respecto a estos objetivos, hemos hecho más hincapié en el ámbito familiar, ya que era el motivo de consulta de los padres. Respecto a esto, han notado en A. una mejoría en su autonomía y en la forma de regular sus emociones. Indican que cumple mejor las normas, contándonos que el método de economía de fichas hace que tenga mayor motivación a la hora de hacer sus deberes o cumplir con horarios e indicaciones, incluso, hay ciertas cosas (por ejemplo, ayudar a poner o quitar la mesa) en las que ya no hay que indicárselo.

Por otro lado, los padres nos informan de que desde el colegio les han dicho que se comporta mejor en clase, que tiene menos estallidos de irritabilidad y que, cuando pasan, procura salir de la situación y pide ayuda al profesor de turno. Además, parece haber mejorado la relación con los compañeros y las dinámicas durante las clases, por ejemplo, no interrumpiendo tanto.

Con respecto a la propia paciente, la observamos en consulta un poco más calmada, prestando más atención a las cosas que hablamos. A la hora de razonar con ella los sucesos que puedan pasar en casa o en el ámbito escolar, consigue hablarlo de forma más calmada que en las primeras sesiones y su discurso es menos agresivo. Al hablar con ella sobre esto, también dice que, aunque le cuestan algunos aspectos, es cierto que siente que no está tan alterada, que se enfada menos. Respecto al colegio, nos dice que siente que sus compañeros no la dejan tanto de lado y que eso es algo que le gusta. Nos cuenta que “eso de las fichas” le gusta mucho porque hace que tenga más ganas de hacer

las cosas bien, aunque hay otras veces que no le dan todo lo que quiere a pesar de portarse bien y se enfada.

6.3. Pronóstico

Durante estas 6 sesiones de intervención que llevamos con la paciente, hemos visto una mejora en ciertos aspectos ya comentados. Sobre todo, desde el ámbito familiar, nos llega que A. está cumpliendo las normas de una manera menos conflictiva, dejando ver que tiene una mejor regulación de sus emociones.

Teniendo en cuenta esto y que aún quedan algunas sesiones por delante, consideramos que la paciente tiene un buen pronóstico respecto a la mejora de la sintomatología. Contamos con la posibilidad de que en el momento en que se plantee la progresiva retirada de la economía de fichas pueda haber un retroceso en esta mejora, pero esperamos trabajar esto durante las sesiones restantes. En sesión vemos durante los role-playing, que ante situaciones complicadas en la que la ponemos un poco más al límite, consigue controlar un poco mejor sus reacciones, mostrando mejor tolerancia a la frustración, por ejemplo, a la hora del juego. En un principio intentaba hacer trampas, darle vueltas a las cosas para convencernos y si no lo hacía, se enfadaba mucho, no queriendo hacer nada más. Poco a poco, se evidencia la mejoría en la gestión de su frustración.

Por todo esto, creemos que, si todas las partes seguimos implicándonos en su mejora, finalmente podamos cumplir los objetivos y hacer que interiorice el para qué de todos estos cambios, con los cuales también pensamos que se va a ir sintiendo mejor con ella misma, ya que conlleva también cambios en la relación con sus padres, con sus compañeros, profesores, y se sentirá mucho mejor.

7. CONCLUSIONES Y VALORACIÓN PERSONAL

En este estudio de caso se presenta a una paciente de 7 años con síntomas nucleares de TDAH, desregulación emocional y dificultades en las relaciones con sus iguales, así como problemas de

comportamiento en casa y en el ámbito escolar. Como sabemos y he reflejado anteriormente, es uno de los trastornos más frecuentes en población infantil. De manera general, este caso me ha servido para conocer en mayor profundidad el trabajo con estos niños y cómo desde la psicoterapia se pueden abordar muchos de los síntomas y dificultades que puede ocasionar este trastorno. Personalmente, ya que trabajo en un colegio, pienso que no todos los niños tienen esta oportunidad de acudir a terapia o, incluso, sus padres no se lo plantean, y al final su tratamiento se centra únicamente en la farmacoterapia, la cual es cierto que puede ser fundamental en muchos casos, pero creo que no en todos, ya que, de momento, sin medicación, A. está consiguiendo mejoras visibles. También he podido comprobar la importancia de lo que siempre hablamos al referirnos a la necesidad de un trabajo multidisciplinar, que tenga la implicación por parte de todos los contextos de la persona.

Respecto a todo el proceso de terapia, ha sido muy interesante el conocer las distintas partes de las que consta, la importancia fundamental de un buen proceso de evaluación en el que se tengan en cuenta tanto las pruebas aplicadas, como la observación de la paciente, de cómo las realiza, de cómo se comporta con nosotros. Además, considero relevante, sobre todo con la población infantil, tener en cuenta lo que traen los padres a la consulta, ver qué es realmente lo que más les preocupa, qué soluciones han dado hasta el momento, ver cómo de implicados están en el proceso de su hija, y también ver el comportamiento de la paciente con ellos. En este caso, hemos tenido la suerte de dar con unos padres implicados, ya que desde el principio entendieron que ellos tenían que formar parte de este camino y solicitaban recursos para poder gestionar estos problemas de mejor manera, lo cual he agradecido mucho porque es una gran ayuda para la evolución y mejora de la paciente. Por su parte, también hemos tenido la colaboración por parte del centro educativo, el cual ha facilitado datos al cumplimentar los cuestionarios y al llevar a cabo la economía de fichas.

Como he mencionado anteriormente, trabajo en un colegio y veo muchos casos de niños con TDAH y no solo eso, sino que también convivo con ellos, ya que es un internado. Como persona que convive con ellos, considero que me acerco mucho a la realidad de unos padres que no saben cómo

gestionar el comportamiento de sus hijos. Creo que es muy fácil decir que hay que tener paciencia, que hay que trabajar con ellos muchos aspectos o comprender que no funcionan como otros niños en algunos aspectos, pero la realidad es que con el ritmo de trabajo que puedan tener los padres, las labores en casa, los problemas ajenos a la familia, entre otras cosas propias del curso de la vida, se hace muy difícil que no lleguen ciertos momentos en que se pierdan los papeles y se desborden. Por este motivo, e insisto, considero fundamental el tener acceso y oportunidad para poder trabajar con ellos desde todos sus contextos, porque no vale solamente que trabajen los padres, que trabaje el psicólogo o que trabaje el colegio, sino que tiene que haber una conexión entre todos estos y, de este modo, tener información por parte de las personas que rodean al niño para poder atajar los problemas que vayan surgiendo. Además, me parece muy importante también que los padres utilicen este espacio para que, en sus sesiones de padres, comenten las dificultades con las que se encuentran, así como aquellas cuestiones que más le preocupen y así poder guiarlos y que sientan que tienen apoyo.

Por último, destacar la oportunidad brindada de participar en este proceso y seguir paso a paso avanzando en la mejora de A. Muy agradecida a la psicóloga con la que he colaborado por enseñarme cómo hacer este proceso, qué cosas tener en cuenta, cómo acercarse a una familia que pudiera estar más desbordada, cómo enseñar a un niño sin que se dé cuenta de que lo estás haciendo, la importancia del modelado. Me ha resultado muy interesante darme cuenta de cómo realmente son como esponjas, que absorben con mucha facilidad a la hora de tener modelos.

8. REFERENCIAS

- Ask, H., Gustavson, K., Ystrom, E., Havdahl, K.A., Tesli M., Askeland, R.B., & Reichborn-Kjennerud, T. (2018). Association of gestational age at birth with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *JAMA pediatrics*, 172(8), 749-756. Doi: 10.1001/jamapediatrics.2018.1315
- Aznárez, B. (2020). *Psicoterapia Breve con Niños y Adolescentes*. Pozuelo de Alarcón: Sentir.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). *Manual de Psicopatología* (3ra edición). Volumen II. Madrid: McGraw-Hill.
- Bornas, X., Servera, M., Serra, F., & Escudero, J. (1990). El tratamiento de la impulsividad infantil: Autoinstrucciones versus solución de problemas. *Estudios de psicología*, 11 (43-44), 61-71. Doi: <https://doi.org/10.1080/02109395.1990.10821143>
- Bunge, E., Gomar, M. y Mandil, J. (2011). *Terapia Cognitiva con Niños y Adolescentes. Aportes técnicos* (3ra ed.). Akadia
- Fenollar-Cortés, J. (2020). *Manual e-TDAH. Escala de Detección del TDAH y Dificultades Asociadas*. Madrid: TEA Ediciones.
- Fernández-Pinto, I., Santamaría, P., Sánchez-Sánchez, F., Carrasco, M. A. y del Barrio, V. (2015). *SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes. Manual de aplicación, corrección e interpretación*. Madrid: TEA Ediciones.
- Fernández, S., Piñón, A. & Vázquez-Justo, E. (2017). *Concepto, evolución y etiología del TDAH*. Lex Localis. Doi: <https://doi.org/10.4335/978-961-6842-80-8.1>

- Gandarilla, A. (2021). *TDAH en población infantojuvenil con antecedentes de prematuridad: una revisión sistemática* [Trabajo fin de máster, Universidad Abat Oliva, CEU] Archivo digital. https://repositorioinstitucional.ceu.es/bitstream/10637/12715/1/TDAH_Gandarillas_2021.pdf
- Llanos, L. J., García, D. J., González H. J., & Puentes, P. (2019). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños escolarizados de 6 a 17 años. *Pediatría Atención Primaria*, 21(83), e101-e108.
- López, D., Martín, C., Hernández J. P., y Rodríguez, P. J. (2016). Evolución histórica del concepto del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Canarias Pediátrica*, 40(1), 40-46.
- Medina, M. C. (2013). Aprendizaje en autoinstrucciones. *Revista Jameos*, 19, 25-27.
- Miranda, A., & Soriano, M. (2010). Tratamientos psicosociales eficaces para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Informació psicològica*, (100), 100-114.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10: Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: Meditor
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11). CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad.
- Penas, M. Z. (2019). *TDAH: historia, concepto, evaluación, diagnóstico, sobrediagnóstico y tratamientos*. [Trabajo de fin de grado, Universidad de La Laguna]. Archivo digital. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/14619/TDAH%20historia.%20concepto.%20>

[evaluacion,%20diagnostico,%20sobrediagnostico%20y%20%20tratamientos.pdf?sequence=1](#)

Portellano, J. A., Martínez Arias, R. y Zumárraga, L. (2009). *Manual ENFEN. Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños*. Madrid: TEA Ediciones.

Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (2013). RIAS. *Reynolds Intellectual Assessment Scales*. Madrid: TEA Ediciones.

Rusca-Jordán, F., & Cortez-Vergara, C. (2020). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(3), 148-156. Doi: <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i3.3794>

Sánchez, F. S., Pinto, I. F., Santamaría, P., Ortiz, M. Á. C., y del Barrio Gándara, V. (2016). SENA, Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes: proceso de desarrollo y evidencias de fiabilidad y validez. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(2), 23-34.

Santamaría, P., & Fernández Pinto, I. (2009). RIAS Escalas de Inteligencia de Reynolds y RIST Test de Inteligencia Breve de Reynolds Manual. *Adaptación española*. Madrid, Spain: TEA Ediciones.

Schneider, M. y Robin, A.I. (1990). La técnica de la tortuga. Un método para el autocontrol de la conducta impulsiva. En T. Bonet. *Problemas psicológicos en la infancia*. Valencia: promolibro. Cinteco.

Servera-Barceló, M. (2005). Modelo de autorregulación de Barkley aplicado al trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una revisión. *Revista de neurología*, 40(6), 358-368.

https://www.researchgate.net/profile/Mateu-Servera/publication/7939840_Barkley's_model_of_self-regulation_applied_to_attention_deficit_hyperactivity_disorder_A_review/links/0fcfd50eae8a07e8a000000/Barkleys-model-of-self-regulation-applied-to-attention-deficit-hyperactivity-disorder-A-review.pdf

Still, G. (1902). Some abnormal physical conditions in children. *The Lancet*; (1):1008-1012, 1077-1082.

Thurstone, L. L. y Yela, M. (1979). *Percepción de diferencias (caras)*. Madrid: TEA Ediciones.

Vivescas, L. P., Pabón, Y. A. & Arango, I. (2021). *Etiopatogenia, métodos diagnósticos e intervención en TDAH: una revisión narrativa* [Trabajo de fin de grado, universidad cooperativa de Colombia]. Archivo digital. https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/34891/5/2021_etiopatogenia_evaluacion.pdf

Valda, V., Suñagua, R., & Coaquira, R.K. (2018). Estrategias de intervención para niños y niñas con tdah en edad escolar. *Revista de Investigación Psicológica*, (20), 119-134. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322018000200010&lng=es&nrm=iso

Yáñez, M.G. (2016). *Neuropsicología de los trastornos del neurodesarrollo: Diagnóstico, evaluación e intervención*. México: El Manual Moderno.

9. ANEXOS

ANEXO I.

Test de Percepción de Diferencias Caras

CARAS
TEST DE PERCEPCIÓN DE DIFERENCIAS

PD	
PC	
PT	
GN	

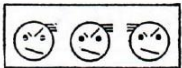
Apellidos y nombre: Edad: Sexo:
 Empresa: Categoría:
 Centro de enseñanza: Curso:

INSTRUCCIONES

Observe la siguiente fila de caras. Una de las caras es distinta a las otras. La cara que es distinta está marcada.

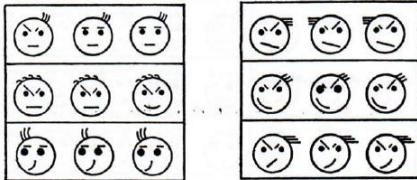


¿Ve Ud. el motivo por el cual la cara del medio está marcada? La boca es la parte distinta. A continuación hay otra fila de caras. Mírelas y marque la que es diferente de las otras.



Deberá haber marcado la última cara.

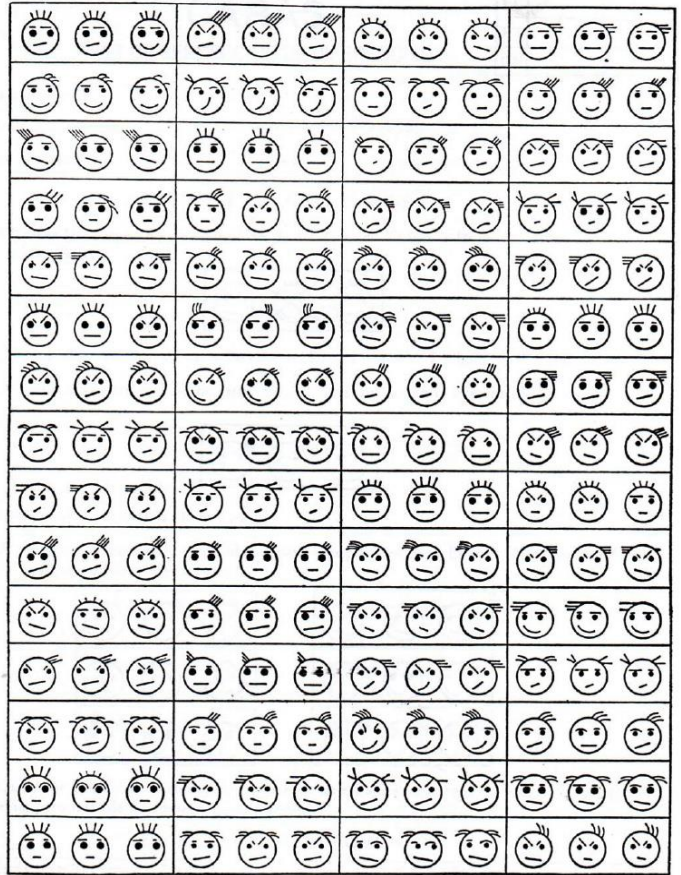
A continuación encontrará otros dibujos parecidos para practicar. En cada fila de tres figuras, marque la cara que es distinta de las otras.



Quando se le indique, vuelva la hoja y marque las restantes caras en la misma forma. Trabaje rápidamente, pero trate de no cometer equivocaciones.

ESPERE LA SEÑAL DE COMIENZO

Copyright © 1973 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A. - P.O. Box 100, Barredino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados. Este ejemplar está impreso en papel reciclado. Si se presenta otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión en el suyo propio. NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España por: Imprenta Campano, Darganzo, 15 dpto.; 28002 MADRID - Depósito legal: M - 23437 - 157



ANEXO II.

Test de Inteligencia Breve de Reynolds, RIST

RIST

Cuadernillo de anotación

Apellidos y nombre: _____

Sexo: Varón Mujer

Centro: _____

Nivel educativo: _____

Examinador: _____

Motivo de la consulta: _____

Fecha de evaluación: Año _____ Mes _____ Día _____

Fecha de nacimiento: Año _____ Mes _____ Día _____

Edad cronológica: _____

PD

Adivinanzas (Ad) _____

Categorías (Ca) _____

Suma de puntuaciones T _____

Índice RIST _____

Intervalo de confianza al _____ %

Percentil _____

NOTAS

Puntuaciones T (Baremo)

_____	_____
_____	_____

PERFIL

Puntuaciones T		Índice	
Punt. T	Ad	Punt. T	Índice
≥ 90		≥ 90	
85		85	
80		80	
75		75	
70		70	
65		65	
60		60	
55		55	
50		50	
45		45	
40		40	
35		35	
30		30	
25		25	
20		20	
15		15	
10		10	
≤ 10		≤ 10	

TEA Autores: C. R. Reynolds y R. W. Kamphaus - Copyright © 2003 by PAR, Psychological Assessment Resources, Inc.
 Copyright de la adaptación española © 2009 by TEA Ediciones, S.A.
 Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados.
 Printed in Spain. Impreso en España.

1 Adivinanzas

Comienzo

Todos los examinandos empiezan realizando el elemento de ejemplo. A continuación cada examinando comienza por el elemento correspondiente a su edad.

Retorno

Si el sujeto no acierta los dos primeros elementos, entonces se aplicarán los elementos anteriores en orden descendente hasta obtener dos aciertos consecutivos que será el nivel basal del sujeto.



Terminación Se finaliza la aplicación del test cuando un examinando obtiene una puntuación de 0 en tres elementos consecutivos.



Puntuación 1 punto por respuesta correcta; 0 puntos por respuesta incorrecta. Conceda 1 punto a cada elemento anterior al nivel basal del sujeto y 0 puntos a cada elemento posterior a la regla de terminación.

Instrucciones al sujeto: "ESCUCHA ATENTAMENTE, AHORA TE VOY A LEER UNA ADIVINANZA Y TÚ TENDRÁS QUE RESPONDERLA".

	Elemento	Respuesta correcta	Respuesta del sujeto	Punt. 0 ó 1
Ejemplo				
Comienzo Todas edades	A	Es redondo, bota y sirve para jugar, ¿qué es?	Pelota (balón)	<input checked="" type="checkbox"/>
Comienzo 3 - 4 ABCD	1	Es un animal grande y gris y tiene trompa, ¿qué animal es?	Elefante	<input type="checkbox"/>
	2	Es un animal de granja, puede ser ordeñado y dice "muu", ¿qué animal es?	Vaca	<input type="checkbox"/>
	3	Tiene plumas y alas y vive en un nido, ¿qué es?	Pájaro (ave, águila, paloma)	<input type="checkbox"/>
	4	Están en tu cabeza, sirven para oír y tienes dos, ¿qué son?	Orejas (oídos)	<input type="checkbox"/>
Comienzo 5 ABCDE	5	Es una fruta redonda y se utiliza para hacer zumo, ¿qué es?	Naranja (manzana, uva, pomelo, melocotón)	<input type="checkbox"/>
	6	Trabaja en un colegio, nos da clases y nos enseña a leer y a escribir, ¿quién es?	Profesor, maestro (señorita, nombre de pila del docente)	<input type="checkbox"/>
	7	Lo tenemos en la cara las personas y sirve para oler las cosas, ¿qué es?	Nariz	<input type="checkbox"/>
Comienzo 6 ABCDEF	8	Es un animal de cuatro patas, ladra y se le enseña a ayudar a la gente, ¿qué animal es?	Perro	<input type="checkbox"/>
	9	Tiene aletas y escamas y vive en el mar, ¿qué es?	Pez, pescado (delfín, ballena, merluza)	<input type="checkbox"/>
	10	Se abre y se cierra, tiene un tirador y puede cerrarse con llave, ¿qué es?	Puerta (maletero, maleta, ventana, taquilla)	<input type="checkbox"/>
	11	Hace "ring" y cuando uno responde dice "¿quién es?", ¿qué es?	Teléfono (timbre de la puerta, telefonillo, timbre, móvil)	<input type="checkbox"/>
Comienzo 7 ABCDEFG	12	Tiene bigotes, cuatro patas, persigue ratones, bebe leche y ronronea, ¿qué es?	Gato	<input type="checkbox"/>
	13	Te lo pones en los pies, puede tener tacón y estar hecho de piel, ¿qué es?	Zapatos (sandalias, botas, zapatillas)	<input type="checkbox"/>
	14	Tiene alas y motor y lleva a la gente volando por el aire, ¿qué es?	Avión (aeroplano, transbordador espacial)	<input type="checkbox"/>
	15	Circula por una vía, tiene varios coches unidos entre sí y es tirado por una locomotora, ¿qué es?	Tren	<input type="checkbox"/>

	Elemento	Respuesta correcta	Respuesta del sujeto	Punt. 0 ó 1
Contenido 8 años	16	Tiene números o manecillas, mide el tiempo y te permite saber cuándo llegas tarde, ¿qué es?	Reloj (cronómetro)	*
	17	Calienta la Tierra desde el espacio, nos da la luz del día y es una estrella, ¿qué es?	Sol	
	18	Tiene páginas y una portada, sirve para leer y lo llevan los estudiantes, ¿qué es?	Libro (cuaderno)	
	19	Tiene un mango, una cabeza y sirve para clavar clavos, ¿qué es?	Martillo	
Contenido 9-10 años	20	Es un pequeño aparato con botones con números y símbolos matemáticos y sirve para hacer cálculos de forma rápida, ¿qué es?	Calculadora (ordenador, PDA)	
	21	Te dice los días y meses del año, se suele colgar de la pared y cambia cada año, ¿qué es?	Calendario (almanaque)	
	22	Es rectangular, tiene una puerta y mantiene la comida fría, ¿qué es?	Frigorífico (nevera, congelador)	
	23	Tiene muchas piezas, que unas encajan con otras y debe resolverse para obtener una imagen o un dibujo, ¿qué es?	Rompecabezas (puzzle)	
	24	Es brillante, está hecho de cristal y refleja tu imagen, ¿qué es?	Espejo	
	25	Es alto, tiene una luz muy brillante y guía a los barcos por la noche, ¿qué es?	Faro	
	26	Es pequeño, tiene ocho patas y teje una red, ¿qué es?	Araña	
	27	Es pequeño, puede tener distintas formas y colores y se utiliza para eliminar las marcas de lápiz, ¿qué es?	Goma, borrador	
Contenido 11 años	28	Está sujeto por una cuerda, tiene cola y lo puedes hacer volar cuando hace mucho viento, ¿qué es?	Cometa	
	29	Está hecho de piel o lana, tiene forma de mano y sirve para mantenerlas calientes, ¿qué es?	Guante (manopla)	
Contenido 12-15 años	30	Te indica la dirección y los grados y te ayuda cuando estás perdido, ¿qué es?	Brújula (mapa, GPS)	
	31	Está en la pared, deja ver el exterior y suele ser de cristal, ¿qué es?	Ventana	
	32	Es un animal al que le gusta pescar, comer miel y dormir durante todo el invierno, ¿qué animal es?	Oso	
	33	Tiene una aguja, una superficie circular y muestra la hora que es por la sombra que proyecta el Sol, ¿qué es?	Reloj de sol	
	34	Se utiliza para mecanografiar, es parte de una máquina de escribir o de un ordenador y tiene números y letras, ¿qué es?	Teclado (teclas)	
	35	Arde, está hecho normalmente de cera y da luz, ¿qué es?	Vela, cirio (bujía)	
	36	Es grande, normalmente rojo, tiene una sirena y ayuda a apagar los fuegos, ¿qué es?	Camión de bomberos (coche de bomberos)	
Contenido 16-19 años	37	Es alto, funciona por el giro de las aspas con el viento y sirve para generar energía, ¿qué es?	Molino de viento (molino, generador eólico, aerogenerador, torre eólica)	
	38	Es esférico, da la vuelta al Sol una vez al año y está cubierto en su mayor parte por agua, ¿qué es?	La Tierra (el mundo)	
	39	Es un instrumento óptico que hace que los objetos distantes parezcan más cercanos y que sirve para estudiar las estrellas, ¿qué es?	Telescopio (catalejo)	

	Elemento	Respuesta correcta	Respuesta del sujeto	Punt. 0 ó 1
40	Está hecho fundamentalmente de madera, tiene cuerdas y se toca con un arco, ¿qué es?	Violín (violonchelo, contrabajo, viola)		•
41	Son 7 jugadores por equipo, uno de ellos un portero y no se puede tocar la pelota con los pies, ¿qué deporte es?	Balonmano (water polo)		
42	Expresa por escrito una idea o pensamiento y tiene sujeto y predicado, ¿qué es?	Frase, oración		
43	Es un ave que no vuela, parece llevar siempre un traje elegante y le encanta pescar, ¿qué ave es?	Pingüino		
44	Se entrega como premio a aquellos esfuerzos que han supuesto "los mayores beneficios para la humanidad", comenzó en 1901 y tiene lugar en Estocolmo, Suecia, ¿qué es?	Premio Nobel		
45	Tiene el techo en bóveda, se encargó por el papa Sixto IV y destaca mundialmente por sus frescos, ¿qué es?	Capilla Sixtina		
46	Fluye de sur a norte, albergó la barca de una reina y es famoso por sus cocodrilos, ¿qué es?	Río Nilo		
47	Fue actriz, segunda mujer de un presidente de Argentina y defensora de las mujeres y los pobres, ¿quién fue?	Eva Perón (Evita)		
48	Está hecho de celulosa, arde fácilmente y puede perforarse, ¿qué es?	Papel (servilleta, hoja, cartón)		
49	Mide distancias y suele formar parte del velocímetro, ¿qué es?	Cuentakilómetros		
50	Va del polo norte al polo sur, mide la longitud y tiene su referente en Greenwich, ¿qué es?	Meridiano		
51	Tiene un marco y unas cuentas que se deslizan y se usa para resolver operaciones matemáticas, ¿qué es?	Ábaco		
52	Se pone en el pecho de una persona y se usa para escuchar los latidos del corazón o la respiración, ¿qué es?	Estetoscopio		
53	Es una fuente importante de energía, resultado de la rotura del núcleo de un átomo, ¿qué es?	Energía nuclear (fisión nuclear, energía atómica)		
54	Utiliza electrodos, mide los ritmos alfa y registra las ondas cerebrales, ¿qué es?	Electroencefalógrafo (EEG, electroencefalograma)		
55	Es una hormona que se produce en las glándulas suprarrenales y es liberada en situaciones de alarma aumentando el ritmo cardíaco, ¿qué hormona es?	Adrenalina (epinefrina)		
56	Está situado en Egipto y permite pasar en barco desde Europa a Asia sin bordear África, ¿qué es?	Canal de Suez		
57	Contiene 114 suras, comienza por los más largos y se considera que representa las palabras reveladas a un profeta, ¿qué es?	Corán		
58	Fue economista, se doctoró en filosofía y trabajó estrechamente con Friedrich Engels para desarrollar sus teorías, ¿quién fue?	Karl Heinrich Marx (Karl Marx, Marx)		
59	Es una predicción, se necesita en los experimentos científicos y se puede poner a prueba, ¿qué es?	Hipótesis		
60	Fue autor del libro <i>La riqueza de las naciones</i> y es considerado el padre del liberalismo económico, ¿quién fue?	Adam Smith		

2 Categorías

Comienzo
Retorno

Todos los exámenes empiezan realizando los dos elementos de ejemplo. A continuación cada examinando comienza por aquel elemento correspondiente a su edad.

Si el sujeto no acierta los dos primeros elementos (en el primer intento cada uno de ellos), entonces se aplican los elementos anteriores en orden descendente hasta obtener dos aciertos consecutivos (en el primer intento cada uno de ellos) que será el nivel basal del sujeto.

Terminación Se finaliza la aplicación del test cuando un examinando obtiene una puntuación de 0 en tres elementos consecutivos.

Puntuación 2 puntos por respuesta correcta en el primer intento; 1 punto por respuesta correcta en el segundo intento; 0 puntos por respuesta incorrecta o por no dar ninguna respuesta. Conceda 2 puntos a cada elemento anterior al nivel basal del sujeto y 0 puntos a cada elemento posterior a la regla de terminación.

Materiales: CUADERNO DE ESTÍMULOS 1 Y CRONÓMETRO.

Instrucciones al sujeto: "Mira estos dibujos. Dame cuál sobra porque es diferente del resto. Señálalo". Si el examinando da una respuesta incorrecta en el primer intento se le dice: "No, ¡inténtalo de nuevo. Señala el que sobra porque es diferente del resto". Si el examinando no da una respuesta en el primer intento pasados los 30 segundos se le da una puntuación de cero en el primer intento y se le dice: "Señala el que sobra porque es diferente del resto".

Límites de tiempo: PRIMER INTENTO: 30 SEGUNDOS SEGUNDO INTENTO: 20 SEGUNDOS

Elem.	Perspectiva del examinador	Tiempo	Punt.
Ejemplo			
A		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	
B		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	
Comienza 3-4 años			
1		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	
2		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	
3		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	
4		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	
5		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	
Comienza 6 años			
9		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	
Comienza 7-8 años			
10		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	

Continúa →

Elem.	Perspectiva del examinador	Tiempo	Punt.
11		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	
Comienza 9 años			
12		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	
13		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	
Comienza 10-11 años			
14		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	
15		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	
16		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	
Comienza 12-14 años			
17		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	
18		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	
19		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	
20		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	

6

Elem.	Perspectiva del examinador	Tiempo	Punt.
21		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	
22		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	
23		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	
24		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	
25		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	
26		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	
27		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	
28		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	
29		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	
30		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	

Continúa →

Elem.	Perspectiva del examinador	Tiempo	Punt.
31		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	0 1
32		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	0 1
33		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	0 1
34		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	0 1
35		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	0 1
36		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	0 1
37		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	0 1
38		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	0 1
39		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	0 1
40		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	0 1

Elem.	Perspectiva del examinador	Tiempo	Punt.
41		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	0 1
42		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	0 1
43		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	0 1
44		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	0 1
45		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	0 1
46		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	0 1
47		1º 30 seg.	0 2
		2º 20 seg.	0 1

CATEGORÍAS Puntuación total /94

ANEXO III.

Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes – SENA

SENA

6 a 12 años

Primaria FAMILIA

DATOS DEL NIÑO

Nombre: Sexo: Varón Mujer Edad:

Centro / Colegio: Curso: Fecha de evaluación:

¿Tiene algún problema médico?
 No Sí. Especifique:

¿Ha recibido alguna vez un diagnóstico psicológico o neurológico?
 No Sí. Especifique:

¿Cómo considera que se desenvuelve el niño en su día a día?
 Muy satisfactoriamente Sin dificultades importantes Con algunas dificultades Con muchas dificultades

DATOS DEL INFORMADOR

Nombre:

Relación con el evaluado: Madre Padre Abuelo/a Cuidador Tutor legal Otra

Instrucciones

En este cuadernillo encontrará varias frases que describen comportamientos que pueden mostrar los niños. Por favor, les detenidamente cada una de ellas e indique con qué frecuencia su hijo o familiar ha mostrado esos comportamientos **durante los últimos 6 meses**.

Para responder tendrá que **elegir en cada frase una de las 5 opciones siguientes y marcarla** en el cuadernillo:

- Si el niño **NUNCA o CASI NUNCA** muestra esa conducta marque el **1**.
- Si el niño muestra esa conducta **POCAS VECES** marque el **2**.
- Si el niño muestra esa conducta **ALGUNAS VECES** marque el **3**.
- Si el niño muestra esa conducta **MUCHAS VECES** marque el **4**.
- Si el niño **SIEMPRE o CASI SIEMPRE** muestra esa conducta marque el **5**.

Fíjese en los siguientes ejemplos:

1	Parece contento.	1 2 3 4 5
2	Habla muy deprimida.	1 2 5 4 3
3	Se muerde las uñas.	1 2 3 4 5

En la primera frase, la persona que ha respondido este ejemplo considera que su hijo o familiar parece contento siempre y por eso ha marcado la opción 5 (SIEMPRE o CASI SIEMPRE). En la segunda frase ha marcado la opción 3 (ALGUNAS VECES) porque en ocasiones el niño habla muy deprimida, pero no son muchas. Por último, en la tercera frase ha marcado la opción 1 (NUNCA o CASI NUNCA) porque nunca ha visto al niño morderse las uñas.

Para anotar sus contestaciones a cada frase debe rodear la opción que haya elegido (1, 2, 3, 4 o 5), de la misma manera que aparece en los ejemplos. Si después de responder una frase desea cambiar su respuesta, borrar completamente la marca y rodee la nueva opción que desee marcar.

Es importante que responda a todas las frases, sin dejar ninguna en blanco. Cuando no sepa qué responder o tenga dudas, marque la opción que considere que REFLEJA MEJOR el comportamiento de su hijo o familiar durante los últimos meses, aunque no esté completamente seguro.

RECUERDE: Contestar a todas las frases, sin dejar ninguna en blanco.
 Si tiene alguna duda, consulte a la persona que le ha entregado este cuadernillo.

	1	2	3	4	5	
	Nunca o casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre	
1	Se lleva bien con los demás.	1	2	3	4	5
2	Se adapta bien a los cambios en las rutinas diarias.	1	2	3	4	5
3	Olvida cosas importantes al poco tiempo de habérselas dicho.	1	2	3	4	5
4	Es vergonzoso.	1	2	3	4	5
5	Lleva sus tareas y deberes al día.	1	2	3	4	5
6	Es muy inquieto.	1	2	3	4	5
7	Está muy serio.	1	2	3	4	5
8	Se asusta con facilidad.	1	2	3	4	5
9	Se queja de dolores de vientro o estómago.	1	2	3	4	5
10	Presta poca atención a los detalles.	1	2	3	4	5
11	Cambia de humor con mucha rapidez.	1	2	3	4	5
12	Las cosas le hacen menos ilusión que antes.	1	2	3	4	5
13	Parece muy nervioso sin motivo aparente.	1	2	3	4	5
14	Se muestra impaciente.	1	2	3	4	5
15	Se preocupa por las cosas antes de que pasen.	1	2	3	4	5
16	Pasa mucho tiempo haciendo actividades en solitario.	1	2	3	4	5
17	Presta atención a cómo se sientan los demás.	1	2	3	4	5
18	Insulta.	1	2	3	4	5
19	Habla con un ritmo o un tono de voz extraños.	1	2	3	4	5
20	Lo pasa mal cuando tiene que estar quieto mucho tiempo (p. ej., en un restaurante o en una sala de espera).	1	2	3	4	5
21	Parece desanimado.	1	2	3	4	5
22	Su humor cambia mucho a lo largo del día.	1	2	3	4	5
23	Es inseguro.	1	2	3	4	5
24	Se queja de dolores de cabeza.	1	2	3	4	5
25	Se bloquea con facilidad.	1	2	3	4	5
26	Cuesta captar su atención aunque se lo hable directamente a la cara.	1	2	3	4	5
27	Se pone nervioso cuando los demás la miran.	1	2	3	4	5
28	Se aleja de los demás.	1	2	3	4	5
29	Duerme mal.	1	2	3	4	5
30	Respetar las normas en casa.	1	2	3	4	5
31	Es miedoso.	1	2	3	4	5
32	Empuja a otros niños.	1	2	3	4	5
33	Le cuesta esperar y respetar los turnos.	1	2	3	4	5
34	Parece apagado.	1	2	3	4	5
35	Expresa adecuadamente sus emociones (p. ej., «Estoy triste por algo que me han dicho»).	1	2	3	4	5
36	Está solo.	1	2	3	4	5
37	Se esfuerza en sus estudios.	1	2	3	4	5
38	Le da demasiadas vueltas a las cosas.	1	2	3	4	5
39	Sus intereses son extraños o inusuales.	1	2	3	4	5
40	Tiene ataques de ira repentinos.	1	2	3	4	5
41	Hace amigos con facilidad.	1	2	3	4	5
42	Es muy tímido.	1	2	3	4	5
43	Comete errores por descuido o distracción.	1	2	3	4	5
44	Repite una y otra vez los mismos movimientos sin sentido.	1	2	3	4	5
45	Parece apático, sin ganas.	1	2	3	4	5
46	Exagera sus molestias físicas para que le hagan más caso.	1	2	3	4	5
47	Está más pendiente de lo que ocurre a su alrededor que de lo que tiene que hacer.	1	2	3	4	5

1		2		3		4		5	
Nunca o casi nunca		Pocas veces		Algunas veces		Muchas veces		Siempre o casi siempre	
48	Cuando pasamos por la calle no para de comer y de subirse a cualquier sitio.	1	2	3	4	5			
49	Se niega a hacer las cosas que le pido.	1	2	3	4	5			
50	Evite algunas situaciones porque le ponen muy nervioso.	1	2	3	4	5			
51	Es solitario.	1	2	3	4	5			
52	Es amable.	1	2	3	4	5			
53	Cuando se enfada o enoja, grita a los demás.	1	2	3	4	5			
54	Necesita mucho tiempo para adaptarse a las personas que conoce poco (p. ej., un nuevo profesor, un nuevo cuidador...).	1	2	3	4	5			
55	Sus compañeros le insultan o se burlan de él.	1	2	3	4	5			
56	Híndase a otros.	1	2	3	4	5			
57	Le afectan mucho cosas sin importancia.	1	2	3	4	5			
58	Cuando se enfada o enoja golpea los muebles o da portazos.	1	2	3	4	5			
59	Tiene algunos miedos exagerados.	1	2	3	4	5			
60	Sus reacciones emocionales son impredecibles.	1	2	3	4	5			
61	Cuando está en la mesa juguetea constantemente con los cubiertos o con lo que haya encima de ella.	1	2	3	4	5			
62	Hace gestos raros o exagerados con la cara mientras habla.	1	2	3	4	5			
63	Está triste.	1	2	3	4	5			
64	Hace cosas para ponerse a prueba o desafiarme.	1	2	3	4	5			
65	Se mete en peleas.	1	2	3	4	5			
66	Cuando me siento mal, se da cuenta.	1	2	3	4	5			
67	Pasa de una actividad a otra sin terminar ninguna.	1	2	3	4	5			
68	Dice que le gustaría morirse.	1	2	3	4	5			
69	Le da miedo hacer el ridículo.	1	2	3	4	5			
70	Le molesta que haya cambios en su entorno.	1	2	3	4	5			
71	Repasa lo que ha estudiado o las tareas escolares que ha hecho.	1	2	3	4	5			
72	Sus compañeros de clase le aislan.	1	2	3	4	5			
73	Desobedece.	1	2	3	4	5			
74	Tiene mucho miedo a cometer errores.	1	2	3	4	5			
75	Evita jugar o hacer actividades con otros niños.	1	2	3	4	5			
76	Dice cosas molestas o desagradables a los demás.	1	2	3	4	5			
77	Se queja de estar enfermo aunque el médico dice que todo está bien.	1	2	3	4	5			
78	Toca todo lo que ve en la casa de otras personas o en los comercios.	1	2	3	4	5			
79	Se pone de acuerdo con otras personas para hacer actividades en común.	1	2	3	4	5			
80	Sabe ponerse en el lugar del otro.	1	2	3	4	5			
81	Explota con facilidad.	1	2	3	4	5			
82	Hace las cosas sin ganas, como si no tuviera energía.	1	2	3	4	5			
83	Dice cosas extrañas o llamativas.	1	2	3	4	5			
84	Persiste en el mismo amor una y otra vez.	1	2	3	4	5			
85	Se pone nervioso cuando tiene que hablar con otros niños.	1	2	3	4	5			
86	Se queja de molestias corporales (dolores, picores...).	1	2	3	4	5			
87	Parece incómodo cuando está con otros niños de su edad.	1	2	3	4	5			
88	Le cuesta adaptarse a situaciones nuevas.	1	2	3	4	5			
89	Se deja llevar por sus emociones.	1	2	3	4	5			
90	Siente pánico ante ciertas cosas.	1	2	3	4	5			
91	Es sociable.	1	2	3	4	5			
92	Es agresivo.	1	2	3	4	5			
93	Se enfrenta o contesta con malas formas a otros adultos.	1	2	3	4	5			
94	Le cuesta expresar sus emociones.	1	2	3	4	5			
95	Pierde el control cuando se enfada o enoja.	1	2	3	4	5			
96	Se comporta de forma rara o peculiar.	1	2	3	4	5			
97	Está sin energías, como apagado.	1	2	3	4	5			
98	Le cuesta trabajar en la misma tarea durante mucho tiempo.	1	2	3	4	5			
99	Se levanta de la silla muchas veces cuando no debe (p. ej., durante las comidas, cuando estudia...).	1	2	3	4	5			
100	Evita relacionarse con otros niños.	1	2	3	4	5			
101	Se preocupa por cosas sin importancia.	1	2	3	4	5			
102	Pega a otros niños.	1	2	3	4	5			
103	Responde precipitadamente, sin pensar mucho la respuesta.	1	2	3	4	5			
104	Dice que hace todo mal.	1	2	3	4	5			
105	Tiene pensamientos o razonamientos extraños.	1	2	3	4	5			
106	Le cuesta controlar sus emociones.	1	2	3	4	5			
107	Se enfrenta a mí cuando le regalo.	1	2	3	4	5			
108	Se pone furioso.	1	2	3	4	5			
109	Se lesiona a sí mismo.	1	2	3	4	5			
110	Se pone muy nervioso cuando surge algún imprevisto.	1	2	3	4	5			
111	Se queja de dolores musculares en alguna parte del cuerpo.	1	2	3	4	5			
112	Si hay niños cerca, intenta unirse a sus juegos.	1	2	3	4	5			
113	Cuando habla con personas poco conocidas, utiliza un tono bajo o le tiembla la voz.	1	2	3	4	5			
114	Le cuesta mantener su atención en lo que está haciendo.	1	2	3	4	5			
115	Se entromete en las conversaciones de otras personas.	1	2	3	4	5			
116	Las preocupaciones le duran mucho tiempo.	1	2	3	4	5			
117	Su mirada es triste, sin brillo.	1	2	3	4	5			
118	Dice que tiene náuseas o ganas de vomitar.	1	2	3	4	5			
119	Piensa que estudiar sirve para poco.	1	2	3	4	5			
120	Tira o rompe cosas cuando se enfada o enoja.	1	2	3	4	5			
121	Se integra con facilidad en los grupos.	1	2	3	4	5			
122	Nota cuando los demás están preocupados y les pregunta qué les pasa.	1	2	3	4	5			
123	Tiene miedo de algún compañero de clase.	1	2	3	4	5			
124	Amenaza.	1	2	3	4	5			
125	Vocaliza sonidos sin sentido de manera repentina y repetitiva.	1	2	3	4	5			
126	Procura pasar desapercibido.	1	2	3	4	5			
127	Se da cuenta cuando alguien se siente mal.	1	2	3	4	5			
128	Tiene emociones muy intensas (alegría, llanto, enfados...).	1	2	3	4	5			
129	Es simpático con los que le rodean.	1	2	3	4	5			

ANEXO IV. Escala de Detección del TDAH y Dificultades Asociadas

Cuestionario para la escuela | e-T

DATOS DEL ALUMNO O LA ALUMNA SOBRE EL QUE VA A RESPONDER

Nombre y apellidos:

Cursos: Fecha actual: / /

DATOS DE LA PERSONA QUE VA A RESPONDER

Relación con el alumno o la alumna:

Tutora

Tutor

Profesora

Profesor } no que de qué asignatura:

Profesional de apoyo (PI, equipo de orientación, refuerzo, etc.):

Claustro de profesores

Otro, Indique:

Por favor, lea las siguientes instrucciones antes de contestar a este cuestionario

Este cuestionario consta de dos partes diferenciadas; en cada una de ellas hallará una serie de afirmaciones con cuatro opciones de respuesta asociadas. Indique —señalando una de las cuatro opciones— en qué medida cada una de las afirmaciones es aplicable al alumno o alumna que está valorando.

Por favor, tenga en consideración las siguientes indicaciones al responder:

- Tómese el tiempo que considere preciso para decidir su respuesta.
- Responda teniendo en cuenta la conducta del alumno o la alumna durante los últimos seis meses.
- Es importante que responda a todas las preguntas, sin dejar ninguna en blanco o sin responder.
- En caso de duda, señale la opción de respuesta que más se aproxime a su opinión.
- Sea lo más sincero o sincera posible en su respuesta.
- Antes de devolver el cuestionario, compruebe que ha contestado todos los ítems y completado los datos solicitados.

Gracias por su colaboración

Copyright © 2013 by TEA EDUCACIONES, S.A.U., Madrid, España. TEA EDUCACIONES, S.A.U. es un miembro de Hogrefe, S.A. 2013 Hogrefe, España. Este es un ejemplo de la versión en español de este cuestionario. Si lo presentamos en otros idiomas, se hará reproducción legal. En beneficio de la privacidad y del respeto a los datos personales, no se recopilarán ni se compartirán los datos personales de los participantes. Permitida la reproducción total o parcial.

¿Con qué frecuencia el alumno o la alumna ha mostrado el comportamiento que se describe en cada frase durante los últimos seis meses?

	Nunca o raramente	Algunas veces	A menudo	Con mucha frecuencia
1 Comete errores porque no presta la suficiente atención a los detalles.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Tiene dificultades para mantener la atención (p. ej., conversaciones, lecturas prolongadas, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Parece que no escuche o atiende cuando se le habla directamente (p. ej., cuesta captar su atención, hay que preguntarle si ha escuchado, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Cuando tiene que realizar una tarea escolar, no sigue los pasos de una manera ordenada (puede acabarla mal o no acabarla).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Es desorganizado o desorganizada en la realización de sus tareas (p. ej., tiene dificultades para cumplir con los plazos, para la gestión del tiempo, el orden, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Le cuesta mucho comenzar tareas que requieran un esfuerzo mental (p. ej., deberes, tareas escolares, lecturas, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Suele perder cosas que son necesarias para realizar sus tareas o actividades (p. ej., material escolar, carteras, llaves, gafas, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Se distrae con facilidad por cualquier cosa que haya alrededor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Le tengo que repetir o recordar casi a diario que haga algunas cosas por muy frecuentes que sean (no por desobediencia, sino por despiste u olvido).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 No puede estar quieto o quieta (p. ej., se balancea en la silla, juguetea con las manos o los pies, mueve la pierna, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Se levanta del asiento cuando no debe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Se muestra permanentemente inquieto o inquieta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Tiene dificultades para participar de manera tranquila en actividades de ocio o juegos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 No para, como si tuviera un motor siempre en marcha.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 No para de hablar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Responde antes de tiempo a las preguntas que se le hacen (p. ej., no deja terminar la pregunta, no piensa bien la respuesta, termina las frases de otros, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Tiene dificultad para esperar su turno (p. ej., le cuesta esperar en una fila, interrumpe el turno de palabra de otros, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Interrumpe o se entrometa en actividades o asuntos de otros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



¿En qué medida diría que son ciertas las siguientes afirmaciones en el caso de su alumno o alumna?
Para responder, tenga en cuenta los últimos seis meses.

	En ninguna medida	Un poco cierta	Bastante cierta	Totalmente cierta
19. Ante un problema, tiene dificultades para planificar y cumplir los pasos para solucionarlo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. No se organiza el tiempo adecuadamente (p. ej., no le da tiempo a terminar los deberes o las tareas escolares, se le pasan las fechas de entrega, no calcula el tiempo necesario para estudiar un exámen, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Cuenta las cosas de manera desordenada, olvida partes o confunde cronológicamente sucesos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. No apunta correctamente en su agenda los deberes, las tareas escolares o los exámenes (o hace de manera imprecisa o incompleta).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Requiere atención adicional por mi parte (p. ej., llamar la atención, asegurar que ha comprendido la tarea, revisar que ha apuntado correctamente los deberes, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. El funcionamiento de la clase se ve afectado por su comportamiento o por sus dificultades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Según su opinión profesional:

¿Considera que el alumno o la alumna tiene dificultades de comportamiento?

- Sí
 No
 Todavía no, pero sí creo que las tendrá en un futuro.

¿Considera que el alumno o la alumna tiene dificultades académicas?

- Sí
 No
 Todavía no, pero sí creo que las tendrá en un futuro.

¿Ha notado un cambio en el alumno o la alumna en un corto periodo de tiempo?
(añade más de una opción si lo desea)

- No
 Sí, en su comportamiento.
 Sí, en su rendimiento académico.

Finalmente, puede incluir en el siguiente recuadro cualquier información o comentario que usted considere relevante.

OBSERVACIONES O COMENTARIOS

Por favor, revise que ha contestado todos los ítems antes de entregar este cuestionario al profesional responsable.

Gracias por su colaboración

Cuestionario para la familia | e-7

DATOS DE SU HIJO, HUA O FAMILIAR

Fecha actual:

Nombre y apellidos:

Fecha de nacimiento: Edad (años): Sexo: varón mujer

Curso actual: ¿Ha repetido algún curso? No Sí (especifica que curso):

¿Tiene algún diagnóstico previo realizado por profesionales sanitarios?

- No Sí, indique diagnóstico(s) (puede marcar varias):
- Trastorno por déficit de atención/hiperactividad
 - Dificultades específicas del aprendizaje (deseño, dislexia, disgrafía, etc.). Especifique:
 - en la lectura (señale) en las matemáticas (señale) en la expresión escrita (señale) (señale) (señale)
 - Trastorno del espectro del autismo Trastorno negativista-desafiante
 - Preferencia de decirlo Otro:

¿Está bajo tratamiento farmacológico?

No Sí, indique medicación si conoce: Ahora no, en el pasado sí.

En caso de estar bajo tratamiento farmacológico, ¿considera, o le oídas, que dicho tratamiento puede afectar a su rendimiento académico o a su conducta? No Sí

En su opinión, ¿está su hijo, hija o familiar en una situación de especial estrés que pueda afectar a su comportamiento habitual (p. ej., problemas en la familia, traslado de residencia, experiencia traumática, fallecimiento o ausencia de algún familiar, etc.)?

No Sí (especifica o deje en blanco o prefiere no especificar):

Indique a continuación si hay alguna condición médica, psicológica o del entorno que usted considere relevante o que pueda afectar a la conducta o al rendimiento de su hijo, hija o familiar (especificar):

DATOS DE LA PERSONA QUE VA A RESPONDER

Nombre:

Relación con el menor o la menor: Madre Padre Otro familiar o cuidador (indique):

Por favor, lea las siguientes instrucciones antes de contestar a este cuestionario

Este cuestionario consta de dos partes diferenciadas, en cada una de ellas hallará una serie de afirmaciones con cuatro opciones de respuesta asociadas. Indique —señalando una de las cuatro opciones— en qué medida cada una de las afirmaciones es aplicable a su hijo, hija o familiar.

Por favor, tenga en consideración las siguientes indicaciones al responder:

- Tómese el tiempo que considere preciso para decidir su respuesta.
- Responda teniendo en cuenta la conducta de su hijo, hija o familiar durante los últimos seis meses.
- Es importante que responda a todas las preguntas, sin dejar ninguna en blanco o sin responder.
- En caso de duda, señale la opción de respuesta que más se aproxime a su opinión.
- Sea lo más sincero o sincera posible en su respuesta.
- Antes de devolver el cuestionario, compruebe que ha contestado todas las ítems y completado los datos solicitados.

Gracias por su colaboración

Copyright © 2021 by TEAC CORPONS, S.A.S., Madrid, España; TEAC CORPONS, S.A.S., Freix Benavente Sabadell, 08163 Madrid, España. Este cuestionario está marcado con TEAC. Si lo proyecta otro en toda copia, es una reproducción ilegal. El contenido de la presente y sus datos propios NO LA UFL/ICE - Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial.



¿Con qué frecuencia su hijo, hija o familiar ha mostrado el comportamiento que se describe en cada frase durante los últimos seis meses?

	Nunca o raramente	Algunos veces	A menudo	Con mucha frecuencia
1 Comete errores porque no presta la suficiente atención a los detalles.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Tiene dificultades para mantener la atención (p. ej., conversaciones, lecturas prolongadas, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Parece que no escucha o atiende cuando se le habla directamente (p. ej., cuesta captar su atención, hay que preguntarle si ha escuchado, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Cuando tiene que realizar una tarea (escolar, doméstica, etc.) no sigue los pasos de una manera ordenada (puede acabarla mal o no acabarla).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Es desorganizado o desorganizada en la realización de sus tareas (p. ej., tiene dificultades para cumplir con los plazos, para la gestión del tiempo, el orden, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Le cuesta mucho comenzar tareas que requieren un esfuerzo mental (p. ej., deberes, tareas escolares, lecturas, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Suele perder cosas que son necesarias para realizar sus tareas o actividades (p. ej., material escolar, carteras, llaves, gafas, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Se distrae con facilidad por cualquier cosa que haya alrededor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Le tengo que repetir o recordar casi a diario que haga algunas cosas por muy frecuentes que sean (no por desobediencia, sino por despiste u olvido).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 No puede estar quieto o quieta (p. ej., se balancea en la silla, juega con las manos o los pies, mueve la pierna, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Se levanta del asiento cuando no debe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Se muestra permanentemente inquieto o inquieta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Tiene dificultades para participar de manera tranquila en actividades de ocio o juegos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 No para, como si tuviera un motor siempre en marcha.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 No para de hablar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Responde antes de tiempo a las preguntas que se le hacen (p. ej., no deja terminar la pregunta, no piensa bien la respuesta, termina las frases de otros, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Tiene dificultad para esperar su turno (p. ej., le cuesta esperar en una fila, interrumpe el turno de palabra de otros, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Interrumpe o se entromete en actividades o asuntos de otros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿En qué medida diría que son ciertas las siguientes afirmaciones en el caso de su hijo, hijo o familiar?
Para responder, tenga en cuenta los últimos seis meses.

	No es cierta	Un poco cierta	Bastante cierta	Totalmente cierta
19 Tiene baja autoestima.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Es inestable emocionalmente (pasa con facilidad del entusiasmo al desánimo).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21 Tiene muy mala caligrafía (omite letras o sílabas, es difícil de leer, tiende a forzar las regiones incluso con líneas de guía, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22 Tiene dificultad con los trabajos manuales que requieren precisión y cuidado (manualidades, plástica, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23 Tiene dificultades para comprender dónde están los límites, termina molestando o haciendo desagradable el juego.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24 Ante un problema, tiene dificultades para planificar y cumplir los pasos para resolverlo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25 No se organiza el tiempo adecuadamente (p.ej., no le da tiempo a terminar los deberes o las tareas escolares, se le pasan las fechas de entrega, no calcula el tiempo necesario para estudiar un examen, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26 Cuenta las cosas de manera desordenada, olvida partes o confunde cronológicamente sucesos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27 No apunta correctamente en su agenda los deberes, las tareas escolares o los exámenes (lo hace de manera imprecisa o incompleta).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28 Precisa un apoyo escolar constante (por un familiar, por clases particulares, etc.) para superar los cursos académicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29 Tiene dificultades en la comprensión lectora.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30 Tiene importantes dificultades en matemáticas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31 La calidad de vida de la familia se ha visto muy afectada por los problemas relacionados con su hijo, hija o familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Finalmente, puede incluir en el siguiente recuadro cualquier información o comentario que usted considere relevante.

OBSERVACIONES O COMENTARIOS

Por favor, revise que ha contestado todos los ítems antes de entregar este cuestionario al profesional responsable.

Gracias por su colaboración

ANEXO V.

Cuestionario Inicial Familias



Cuestionario Inicial Familias

Les solicitamos que rellenen este cuestionario que ayudará a planificar la evaluación e intervención. Contestar con tranquilidad y calma, es un poquito largo pero seguro que también os ayuda a recordar vivencias interesantes. Cualquier aspecto con el cuestionario por favor no dudéis en comentarme via whastapp. Muchas Gracias

 [Cambiar de cuenta](#)

*Obligatorio

Correo *

Tu dirección de correo electrónico


Fecha de hoy

Nombre de la hija o hijo *

Tu respuesta

Fecha de nacimiento *

Fecha

dd/mm/aaaa 

Nombre de la persona que responde *

Tu respuesta

Centro Escolar *

Tu respuesta

PAREJA

Datos pareja *

- Pareja conviviente
- Separación/divorcio
- Viudedad
- No contacto
- Otro: _____



Cómo describirías la relación actualmente *

Tu respuesta

ASPECTOS MÉDICOS

Si ha tenido alguna enfermedad importante, cuál ha sido, cuando y cómo se vivió

Tu respuesta

Resultados importantes de algunas revisiones de audición, análisis, visión, alergias.... *

Tu respuesta

¿Presenta en la actualidad algún síntoma físico o psicósomático en la actualidad, y si es así cuál, desde cuándo, si le afecta a su vida diaria, especialista que lo lleva y si toma alguna medicación? *

Tu respuesta

Habéis consultado a algún otro profesional con anterioridad *

sí

no

FASE PERINATAL

¿Cómo fue la decisión de tener hijos? ¿ el embarazo fue planificado? *

Tu respuesta

La concepción fue natural o asistida *

Tu respuesta

¿Cómo fue el proceso del embarazo? *

Tu respuesta

Habéis tenido pérdidas u abortos previos o posteriores *

Sí

No

¿Como fue el parto? natural, cesárea, fórceps... *

Tu respuesta

Hubo alguna complicación que querrían señalar *

Tu respuesta

¿Cómo fue la recuperación postparto? Tuvisteis apoyo de familiares. la lactancia fue materna o mixta... *

Tu respuesta

DESARROLLO

¿Gateo? ¿Cuándo empezó a andar? *

Tu respuesta

Cuándo empezó a hablar. cuáles fueron sus primeras palabras *

Tu respuesta

Control de esfínteres. controla la orina/heces a su edad. ha tenido recaldas. *

Tu respuesta

Cómo fue su alimentación de bebé. tenía rutinas y ritmos. tomó biberón. cómo fue el cambio de papilla a sólido. ha presentado problemas de deglución. tenía cólicos... *

Tu respuesta

Evolución de la alimentación hasta la actualidad(apetito. necesita ayuda. está en la mesa bien. se mueve. no come lo que el resto...) *

Tu respuesta

En su aseo personal. se viste con autonomía. elige su ropa. va al cuarto de baño solo/a. Se baña o ducha solo/a *

Tu respuesta

HÁBITOS DE SUEÑO

Dónde y con quien durmió los primeros meses *

Tu respuesta

¿Quién solía dormirte y cómo? *

Tu respuesta



En la actualidad cómo es su hábito de sueño, horario, duerme a veces fuera de casa, con familiares, amigos... *

Tu respuesta

ESCOLARIDAD

Fue al primer ciclo de infantil de 0 a 3 años y si así fue, a que edad y cómo se adaptó *

Tu respuesta

Ha tenido algún cambio de colegio *

Tu respuesta

¿Quién le lleva y le recoge? ¿Tenéis contacto periódicos con el colegio, tutores, profesores...? ¿Os cuenta lo que hace en el colegio? *

Tu respuesta

¿Tiene amigos en el colegio? ¿Se relaciona con otros niños/niñas? *

Tu respuesta

¿Su rendimiento actualmente cómo es? ¿Ha repetido curso? ¿Es autónomo/a a la hora de hacer sus tareas? ¿Cuánto tiempo diariamente dedica a sus tareas? ¿Y el fin de semana? *

Tu respuesta

CASA Y RUTINAS

¿Habéis vivido siempre en la misma casa o habéis tenido cambios? ¿Quiénes vivís actualmente en la casa? ¿Ha tenido o tiene cuidadores? *

Tu respuesta

¿Quién ha cuidado principalmente de él o ella a lo largo de su vida? *

Tu respuesta

¿Cómo es un día cualquiera en su vida? ¿Practica algún deporte o actividades artísticas? *

Tu respuesta

¿Tiene amigos fuera del colegio? ¿Hace planes con amigos? *

Tu respuesta

COMPORTAMENTAL - EMOCIONAL

¿Parece triste, cansado o enfadado en algunas situaciones? ¿agresivo/a? ¿Miente? ¿Miedos manías? *

Tu respuesta

¿Es cariñoso/a? ¿Tiene dificultades para relacionarse con los adultos o con los iguales? ¿Ha tenido o tiene rabietas, dificultades para manejar la frustración? *

Tu respuesta

Manifiesta o ha manifestado algún temor concreto o preocupaciones excesivas sobre algún tema (colegio, seres imaginarios, animales, oscuridad, separación... *

Tu respuesta

¿Le cuesta o le ha costado separarse de vosotros? *

Tu respuesta

¿Hace comentarios despectivos de sí mismo/a? ¿Cómo se reacciona cuando se equivoca o se enfada? ¿Es perfeccionista? *

Tu respuesta

¿Tiene tareas asignadas en casa? ¿Cuales? *

Tu respuesta

¿Tiene hermanos? Si así es, ¿Cómo fue su reacción y es y ha sido la relación? *

Tu respuesta

¿Cual es su relación con cada uno de vosotros, sus padres? *

Tu respuesta

¿Reacciona en exceso ante ruidos fuertes? ¿Se tiende a preocupar por lo que va a pasar o por el qué dirán los otros? *

Tu respuesta

NORMAS Y CONSECUENCIAS

¿Qué normas son importantes para vosotros? ¿Cómo han sido o son establecidas? ¿Qué consecuencias se ponen cuando no se cumplen y cuando sí se cumplen? Hay a veces desacuerdos entre los padres *

Tu respuesta



MOTIVO Y OBJETIVO DE CONSULTA INICIAL. si aparece en todos los contextos (familia, escuela, con amigos...) si está influyendo actualmente en el desarrollo familiar y si se ha consultado a otros profesionales médicos, psicólogos... *

Tu respuesta

MEDIDAS que se han tomado hasta ahora respecto al motivo de la consulta *

Tu respuesta

Tres adjetivos que definen a nuestro hijo *

Tu respuesta

Si cree que hay algo que pueda aportar que sea de interés

Tu respuesta

ANEXO VI.

Compromiso de confidencialidad.



COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Durante el período de las sesiones realizadas en Psicología Escorial, que se realizará a fecha de hoy, 19 de octubre de 2021, y en lo sucesivo, se transmitirá cierta información confidencial.

Con el siguiente documento, Luisa María Díaz Martínez DNI [REDACTED] con correo electrónico [REDACTED] y alumna del Máster de Psicología Sanitaria se compromete a:

1. No grabar ni fotografiar, por ningún tipo de medios, al paciente, terapeuta, la familia y/o la información personal que pueda transmitir.
2. No divulgar a terceras partes, la "Información Confidencial" facilitada a lo largo de la terapia. Esto comprende toda la información divulgada por el paciente, el terapeuta y la familia, ya sea en forma oral, visual, escrita, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible.
3. No expondrá datos de carácter personal en su TFM que permitan asociar la identidad del sujeto de estudio pudiendo la familia y la terapeuta acceder a ello con anterioridad para su valorar si se estimara necesario.

En caso de incumplimiento parcial o total del presente documento, la persona abajo firmante será responsable de los daños y perjuicios que dicho incumplimiento llegase a ocasionar. Las obligaciones establecidas respecto a la confidencialidad prevalecerán de manera indefinida.

Firma,

En El Escorial, a 19 de octubre de 2021

ANEXO VII.

Algunas de las fichas con las que trabajamos identificación de emociones, empatía y autocontrol.

¿Qué le ocurre a este niña? Está triste. Está enfadada.


¿Por qué? _____

¿Cómo te sientes tú cuando vas al colegio?

Colorea la cara que corresponda y escribe por qué.

Contento/a Triste Enfadado/a Con miedo

¿Por qué? _____



LO QUE SE SIENTE

¿Cómo se siente cada uno/a? Elige algunas de estas palabras y escríbelas debajo de cada niño o niña.

feliz asustado/a enfadado/a nervioso/a

1 

2 

3 



▼ Lee.

Cuando tenemos un problema con un compañero o compañera nos sentimos mal, estamos disgustados/as, asustados/as, nerviosos/as y eso no es bueno.

A veces no nos damos cuenta de cómo se sienten los demás y eso no está bien.

▼ Imagina que...

- ▶ Sonia empuja a Lucas y lo tira al suelo.
¿Cómo se siente Lucas? _____
¿Y Sonia? _____
- ▶ Alberto se está burlando de Rosa.
¿Cómo se siente Rosa? _____
¿Cómo se siente Alberto? _____
- ▶ Andrea está sola en el patio, nadie juega con ella.
¿Cómo se sentirá Andrea? _____
¿Cómo se sienten los demás? _____

¿QUÉ PASARÁ SI... ?

▼ Une con una flecha:



Si Andrés va contento a clase, entonces...

lo pasará mal y no podrá aprender



Si Alicia está enfadada cuando va al cole, entonces...

se divertirá con sus compañeros y compañeras



Si Esteban llora, entonces...

no podrá estar a gusto en clase

▼ Completa.

Yo me llamo _____ y cuando voy al colegio me siento _____
¿Qué me ocurrirá en clase? Pues que _____



▼ Piensa en ti mismo/a y lo que haces.

Tú...



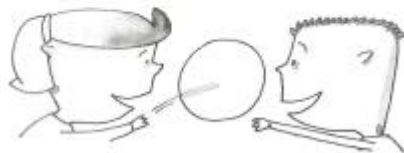
- Escuchas con atención a los demás _____
- Hablas a gritos _____
- Te sientas bien en la silla _____
- Molestas a alguien _____
- Te burlas de alguien _____
- Te peleas con alguien _____
- Pides las cosas por favor _____

▼ Lee de nuevo las frases y tus respuestas (SI-NO). Y piensa en ello unos momentos con los ojos cerrados.

Éste es el problema

Alberto quiere pegarle a Rebeca porque ella le ha insultado.

¿QUÉ HA OCURRIDO?
Y después...



Alberto y Rebeca sonríen y juegan juntos.

▼ Coloca una cruz en la mejor solución, en lo que ha podido ocurrir para que Alberto y Rebeca sean amigos.

- Rebeca le ha pedido perdón a Alberto.
- Alberto se ha dado cuenta de que no es bueno pelearse.
- Le ha insultado también a Rebeca.



BUENAS SOLUCIONES COSAS QUE SÍ

▼ Completa las frases con las palabras que faltan.

atento/a

aprender

En lugar de distraerme en clase es mejor estar _____ y así puedo _____ más.

amigos

perdón

Si un niño insulta a otro es bueno que le pida _____ y que sean _____.

respetarnos

amables

No debemos burlarnos de ningún/a compañero/a, sino _____ y ser _____.



69

► Si Alicia piensa esto:



SE SENTIRÁ

▼ Coloca una cruz en el cuadro que corresponda. Puedes escribir algo más.

- Asustada
- Más tranquila
- _____

► Si Alberto hace esto:



SE SENTIRÁ

- Feliz
- Enfadado
- _____

► Si Óscar le sonríe a Ángel, los dos...



SE SENTIRÁN

- Amistosos
- Fatigados
- _____

80

8. JUGANDO A... LA TORTUGA

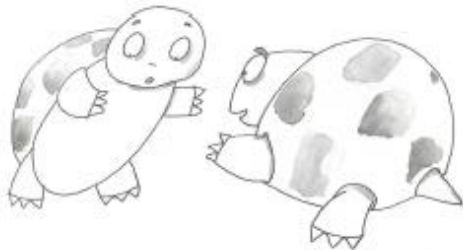
▼ Lee o escucha este cuento:

Tortuguita, era una tartuga de seis años de edad que había comenzado a ir al colegio y se le hacía muy pesado todo lo relacionado con la escuela, pues había muchas cosas que le enfadaban y le hacían gritar y patear, y luego se sentía mal por haberse comportado de esa manera. Sólo quería correr y jugar o pintar en su cuaderno de dibujo con lápices de colores. Nunca quería colaborar con los demás. No le gustaba recordar que no debía pegarse con los demás. Cada día cuando iba hacia la escuela se decía a sí misma que iba a intentar no tener jaleos ese día. Sin embar-



go, siempre enfurecía a alguno y se peleaba con él, o rompía en pedazos todos sus papeles. Luego siempre se sentía muy mal.

Un día se encontró con una tortuga de 200 años que quería ayudarla y le dijo: "Voy a contarte un secreto. ¿No com-

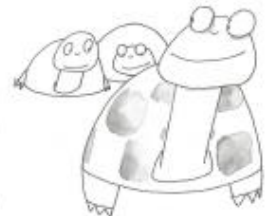


82



prendes que tú llevas sobre ti la respuesta a tus problemas?"
-Tortuguita no sabía de qué le estaba hablando-. "¡Tu caparazón! Para eso tienes una coraza. Puedes esconderte en su interior siempre que te sientas colérica. Cuando te encuentres en el interior de tu concha, dispondrás de un tiempo de reposo y pensarás qué debes hacer. Así pues, la próxima vez que te irrites métete inmediatamente en tu caparazón". Tortuguita aplicó el método al día siguiente en que algo le salió mal en la escuela y ya iba a perder el control, cuando recordó lo que le había dicho la tortuga vieja. Encogió sus brazos, piernas y cabeza y los apretó contra su cuerpo, permaneciendo quieta hasta que supo lo que necesitaba hacer. Fue delicioso para ella encontrarse tan tranquila y confortable dentro de su concha, donde nadie podía molestarla. Cuando salió fuera encontró a su maestra que le miraba sonriente y le decía que estaba orgullosa de ella. Tortuguita siguió aplicando la técnica durante todo el curso y acabó sacando muy buenas notas. Todos le admiraban y se preguntaban maravillados cuál sería su secreto mágico.

(Serrano, I. - pág. 121, 1998)



83

▶ ¿Qué significa "tener jaleos en la escuela"?

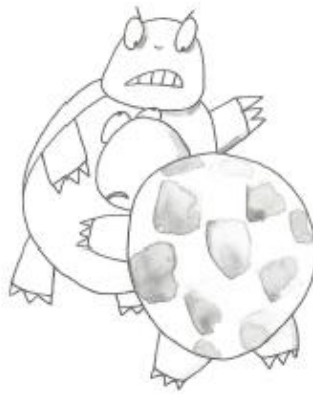
- Hablar mucho.
- Pelearse y llevarse mal con los compañeros.

▶ ¿Qué hacía la tortuga al principio?

- Aprender.
- Pelearse.
- Enfurecer a los demás.
- Romper papeles.

▶ "Perder el control" significa:

- Poner muy nervioso/a.
- Perder cosas.



85

▼ Ahora contesta.



- ▶ ¿Por qué se sentía mal la tortuga?
- Porque le sentó mal la comida.
 - Porque se enfurecía y se peleaba.



- ▶ La solución a los problemas de la tortuga era...
- Leer un libro.
 - Su caparazón.



- ▶ La tortuga se metía en su caparazón y...
- Se ponía a cantar.
 - Se quedaba quieta.

84