

**DIAGNÓSTICO:
INSTRUMENTOS - EVALUACIÓN**

1. Introducción
2. Concepto de fiabilidad
3. Concepto de validez
4. Instrumentos de evaluación

1. Introducción.

En este capítulo nos ocuparemos del diagnóstico. En una primera parte, describimos las características psicométricas que debe poseer un buen instrumento de diagnóstico. A continuación presentamos los más utilizados en la práctica clínica. Posteriormente, describimos los instrumentos y procedimientos diagnósticos de uso habitual en el TDAH en el marco global de su evaluación.

Tal como hemos podido observar, al no existir ningún marcador biológico para llegar al diagnóstico del TDAH, éste debemos realizarlo a través de la observación y de unos instrumentos de medida que llamamos cuestionarios. Los ítems de los que se componen se construyen a expensas de la clínica que conocemos del trastorno y suelen ser heteroaplicados – los que se complementan a través de los padres y/o profesores y los clínicos – y los autoaplicados que son cumplimentados por los propios pacientes. En el trastorno que nos ocupa, suelen ser los padres y profesores los encargados de hacerlo.

Decimos que una balanza es un buen instrumento de medida del peso y es fiable si siempre que medimos el mismo objeto nos da el mismo resultado. Medir el peso es fácil, medir la conducta u otras variables psicológicas, ya no lo es tanto ya que están sometidas a múltiples posibilidades de error: errores del propio cuestionario y errores de los evaluadores.

Por ello es importante conocer algunos aspectos relacionados con la fiabilidad y validez de los mismos. Con esta introducción pretendemos resaltar las dificultades que tenemos los clínicos para llegar a un diagnóstico válido, en nuestro caso, del TDAH. Veremos que esta tarea no es tan fácil como parece. Creo que con esta pequeña introducción acerca de las limitaciones y virtudes de los cuestionarios habituales para el diagnóstico se entenderá mejor las diferencias y desacuerdos entre los distintos profesionales.

2. Concepto de fiabilidad.

Este tema es de suma importancia para entender algunas de las informaciones contradictorias que solemos observar en los diferentes trabajos publicados sobre el TDAH.

Es importante no confundir la fiabilidad de un instrumento de medida o cuestionario, en nuestro caso, con la estabilidad. Un instrumento será más o menos estable dependiendo de la variable que nosotros midamos. La fiabilidad hace referencia a la estabilidad de las medidas cuando no hay razones para sospechar que lo que medimos sea modificado diferencialmente por los sujetos. En el caso concreto del TDAH, si los ítems son congruentes con los del criterio, se asume la estabilidad porque sabemos que los síntomas del criterio TDAH es estable a lo largo del tiempo, siempre que estos sean medidos en intervalos previamente definidos por la historia natural del trastorno. Es decir, puede ser fiable siempre que las medidas se realicen antes de la adolescencia y dejar de serlo si utilizamos los mismos ítems en la adolescencia y/o adultos, especialmente cuando se refieran a la hiperactividad.

¿Qué queremos decir cuando hablemos de **Coefficiente de fiabilidad**? Es un indicador de estabilidad de las medidas. Es decir, si aplicamos un Test "A" a un grupo de niños y, pasado un tiempo, pasamos otros Test A' que presenta los mismos ítems, ambos deberían dar los mismos resultados si no hubiera errores de medida. Es decir, la correlación entra ambos sería total o, lo que es lo mismo, igual a 1.

Hay varias formas de medir la fiabilidad: el Test-retest, las Dos Mitades, entre los más frecuentes. **El Test-retest** consiste en aplicar el mismo cuestionario a los mismos sujetos en dos momentos diferentes. La correlación entre ambos nos dará lo que denominados Coeficiente de Correlación de Fiabilidad que lo ideal es que su valor sea 1. Como se comprenderá este valor corresponde, igualmente, al Coeficiente de Estabilidad, ya que nos indica la estabilidad de las puntuaciones en dos momentos diferentes. Las **Dos Mitades** nos indica el grado de consistencia interna del cuestionario y viene dada por el coeficiente de correlación entre las dos mitades del instrumento de medida.

Se suele decir que la fiabilidad consistiría en la capacidad de un dardo para dar siempre en el mismo punto de la diana, sea éste el centro de la misma, o no.

Se identifican cinco **fuentes de variación** que pueden dar lugar a una merma en la fiabilidad de un cuestionario:

1. *El sujeto*. El paciente con TDAH puede presentar diferentes condiciones en diferentes momentos.
2. *El momento en el que se evalúa*. Esto es especialmente importante en los trastornos cuyos síntomas varían con la edad. En definitiva, variarán dependiendo del momento evolutivo en el que se evalúa.
3. *La observación*. Los observadores pueden discrepar respecto a lo que observan.
4. *Los criterios*. Los criterios de inclusión y de exclusión puede variar de unos autores a otros, de unos sistemas de clasificación a otros. No evalúa lo mismo un francés que un español o que un americano, aunque puedan existir bastantes criterios convergentes.

Por tanto, la fiabilidad de un cuestionario está condicionada por la fiabilidad test-retest y la fiabilidad Inter.-evaluadores. Para disminuir la variabilidad de las medidas en un cuestionario se recomienda disponer de métodos de recogida de la información clínica exhaustivos, utilizar procedimientos de examen estandarizados, emplear instrumentos que proporcionen medidas constantes, la variación debida al instrumento de evaluación debe ser pequeña, que exista una buena concordancia Inter.-jueces.

Por mucho que cuidemos la fiabilidad de un instrumento, esta no garantiza la **validez de un instrumento diagnóstico**.

3. Concepto de validez

La validez de un instrumento de medida se refiere al hecho de si mide o no lo que deseamos medir. Es decir, volviendo con el símil del apartado anterior, si damos en el centro de la diana. Por tanto, un cuestionario puede ser fiable pero, no por ello, necesariamente válido.

Existen varios aspectos acerca de la validez de un instrumento de medida:

- a) *Validez lógica o aparente*. Se refiere a la creencia, según los expertos, de que los ítems de un instrumento tienen sentido en función de los que deseamos medir.
- b) *Validez de contenido*. Se refiere al que el juicio de los expertos es favorable a que los ítems de un cuestionario describen correctamente y de forma relevante lo que se desea medir.
- c) *Validez consensual*. Se refiere al acuerdo entre varios expertos en torno a la validez del instrumento.
- d) *Validez predictiva*. La capacidad de un cuestionario para predecir el diagnóstico del TDAH, en nuestro caso, conociendo las puntuaciones del mismo.

- e) *Validez de criterio*. Es la correlación que existe entre los valores obtenidos en el cuestionario y otra medida que se ha demostrado es más útil para emitir el diagnóstico. Por ejemplo, si el diagnóstico de TDAH utilizando los criterios del DSM-IV es más fiable, las puntuaciones en el cuestionario deber correlacionar de forma aceptable con el mismo.

De estos planteamientos surgen dos aspectos muy importantes: la sensibilidad y la especificidad de los cuestionarios.

La sensibilidad nos indica la validez del cuestionario entre los sujetos que padecen el trastorno. Es decir, su capacidad para detectar *verdaderos positivos*. **La especificidad** indica la validez del cuestionario entre las personas que no tienen el diagnóstico, es decir, nos indica su capacidad para detectar a los sujetos sanos confirmados como tales. En definitiva, su capacidad para detectar negativos verdaderos.

Se comprende fácilmente hasta qué punto debemos ser críticos con los resultados que se difunden a través de los medios de comunicación respecto a los datos de prevalencia, así como cuantas preguntas deberíamos hacernos respecto a cómo llegan a tales conclusiones, qué instrumentos han utilizado, qué población han estudiado etc... Estos aspectos los veremos en el capítulo de epidemiología.

Pongamos un ejemplo: supongamos que la prevalencia real de un trastorno es del 1% y el instrumento de diagnóstico que utilizamos a nivel comunitario presenta una tasa de falsos positivos del 1%, entonces estamos emitiendo un error diagnóstico del 50%. Esta es la razón de que en los estudios epidemiológicos se debería utilizar un instrumento de *screening* muy sensible – que detecte muchos falsos positivos – y a continuación depurar los resultados con instrumentos más específicos. La pregunta que os formulo es ¿realmente cuando se dan datos de prevalencia en los medios de comunicación son datos provenientes de estudios que siguen este procedimiento diagnóstico?. Por que si no ha sido así los datos son poco fiables.

4. Instrumentos de evaluación:

Cuando nos llega un paciente con un posible TDAH debemos realizar la valoración siguiendo una serie de instrumentos que nos proporcionen la información suficiente, fiable y válida para llegar al diagnóstico del TDAH, así como de posibles comorbilidades. Para ello, realizamos la historia clínica, la cumplimentación de escalas en diversos ambientes, así como los exámenes complementarios que consideremos indicados (Figura -1).

4.1. Historia Clínica

Normalmente, cuando un paciente consulta, indistintamente de que el motivo alegado sea un TDAH, o no, debemos realizar una valoración más amplia. Para ello, cumplimentamos una historia clínica que debe abarcar, al menos, los siguientes aspectos:

4.1.1. Motivo de consulta

Existen una serie de preguntas básicas a la hora de iniciar la historia clínica: *¿Qué le sucede?, ¿Desde cuando? y ¿A qué cree usted que se debe?*.

¿Qué le sucede?: Cuando se trata de un niño con TDAH los padres describirán el problema como un niño inquieto, de difícil control, desobediente, despistado, que no cuida de sus cosas, que lo rompe todo y que parece tener dificultades con los

compañeros y de que, a pesar de que los necesita, tiene dificultades para mantener los amigos de forma duradera. Te hablarán de que la convivencia familiar ha sufrido un cierto deterioro debido a la conducta de su hijo, que las amistades habituales se van perdiendo porque tienen dificultades con su hijo cuando están con ellas. Algunos padres, especialmente, cuando es el primogénito, te comentan que no desean más hijos, planteándose dudas sobre su competencia como padres.

Diríamos que esta es la primera descripción. No es difícil que describan otros problemas relacionados con el sueño, con síntomas psicossomáticos, rabietas y dificultades con el colegio.

¿Desde cuando?: Normalmente los padres nos informarán de la hiperactividad la presenta desde siempre o, al menos, desde el inicio de la marcha. Cuando esto no es así, o sitúan un inicio tardío, hay que plantearse un diagnóstico diferencial con otros trastornos psiquiátricos. De aquí que si la presentación del trastorno es tardío debemos seguir indagando sobre acontecimientos vitales relevantes u otras circunstancias que puedan justificar la presentación de los problemas que han motivado de consulta.

¿A qué cree usted que puede deberse?: No es raro que nos digan que el niño es como su padre o algún otro familiar cuando tenían la misma edad. Esto hablaría a favor del temperamento o de la herencia. Se pueden alegar problemas obstétrico-perinatales, o bien ponerlo en relación con acontecimientos vitales. La mayoría de las veces no se relacionará con nada concreto. Sin embargo, aquí también es importante analizar los argumentos causales dados por los padres para a realizar precisiones en la decisión diagnóstica.

Hiperactividad, desarrollo y psicopatología.

Otras cuestiones a realizar en este apartado se orientan a precisar otros aspectos generales del desarrollo y otras áreas psicológicas. Dependiendo de la relevancia de esta información ampliaremos, o no, nuestra investigación clínica. Así, es importante precisar el estado del control esfinteriano, la situación actual del desarrollo motor, el desarrollo del lenguaje, tanto en la producción y pronunciación como comprensión, problemas relacionados con el sueño, problemas con la conducta alimentaria, situación actual del apego, estado emocional y autoestima, entre otros aspectos.

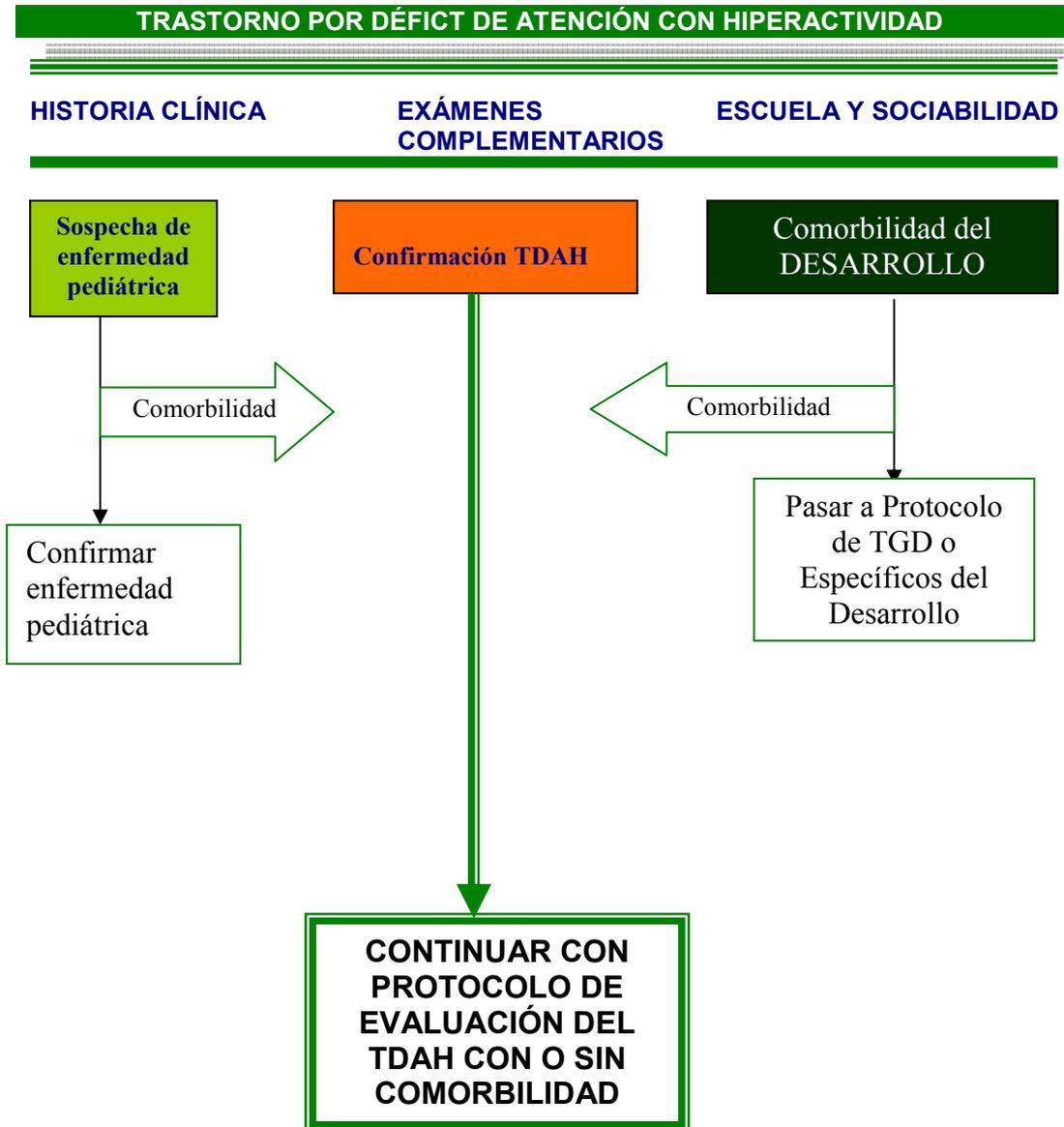
Sociabilidad.

Hay que preguntar a los padres y, si fuera preciso, a través del colegio, sobre la calidad en las relaciones sociales, tanto en el ámbito escolar como fuera del mismo. No es difícil que el niño hiperactivo presente dificultades en mantener las amistades, aunque esté deseoso de tenerlas y las busque activamente. Tampoco es extraño que sean niños que no son invitados a cumpleaños o actividades grupales de compañeros. En niños más pequeños, y dependiendo de características temperamentales, pueden tener comportamientos agresivos relacionados con la frustración vivida en sus relaciones sociales. En este sentido es importante distinguir entre conducta agresiva, más o menos permanente, y las agresiones pasajeras que puedan presentarse en las relaciones sociales iniciales.

Escolaridad.

Recabar información acerca del nivel de adaptación, tanto en las relaciones sociales como en cuanto al rendimiento académico. Nivel de implicación de los padres en la escolaridad, frecuencia de contactos con los profesores, los comentarios que estos realizan acerca del niño, que opinión tienen acerca del problema y de sus causas.

Figura 1: Protocolo de evaluación



Otra información.

Recoger información sobre enfermedades recientes. La presencia de cuadros psicósomáticos (cefaleas, gastralgias etc...), y, especialmente, trastornos alérgicos y asma.

Igualmente, hay que recabar información sobre la calidad de las relaciones intrafamiliares, calidad de vida y cómo valoran los padres la posible interferencia que el problema del paciente ha originado en la dinámica familiar. Por último, si hay hermanos, como valoran ellos la relación.

POR SUPUESTO, SI EL PACIENTE ES UN ADOLESCENTE HAY QUE DEJARLE UN ESPACIO ESPECÍFICO EN DONDE PUEDA EXPRESAR SU OPINIÓN SIN INTERFERENCIA DE LOS PADRES.

4.1.2. Antecedentes psico-biográficos.

Se trata de una información sumamente útil, no solo para precisar el diagnóstico y posible comorbilidad sino también para hacernos una idea pronóstica. En la Tabla – 1 se recoge la información básica que cualquier historia clínica debe recoger. Cuanto más objetivable sea la información más fiable será. Es decir preferible es recogerla de la cartilla pediátrica que directamente de los padres, aunque esto en nuestro medio, a veces, no es posible.

Tabla 1: Información sobre antecedentes psicobiográficos

1. **Antecedentes obstétrico-perinatales:**
 - 1.1. **Embarazo:** Hemorragias del primer trimestre y amenaza de aborto, infecciones, insuficiencia placentaria, eclampsia o pre-eclampsia.
 - 1.2. **Parto:** A término, normal, inducido, instrumental, quirúrgico.
 - 1.3. **Recién nacido:** Peso, talla, Ápgar, hiperbilirrubinemia y resolución.
2. **Desarrollo psicomotor:**
 - 2.1. Succión, sostén cefálico, prensión, gateo, sostén con y sin apoyo, primeros pasos, deambulación (indagar sobre retrasos aunque parezcan poco significativos).
 - 2.2. Calidad del grafismo y, en general, desarrollo oculomanual (nosotros hacemos que el niño realice dibujos geométricos durante la primera consulta).
3. **Desarrollo de la conducta alimentaria:**
 - 3.1. Se le dio el pecho (calidad de succión).
 - 3.2. Rechazos y caprichos alimentarios.
 - 3.3. Intolerancias y alergias.
 - 3.4. Anorexia del lactante, primera infancia o hiperfagias.
4. **Desarrollo del control esfinteriano:**
 - 4.1. Control del esfínter vesical, nocturno y diurno.
 - 4.2. Control del esfínter anal (nocturno y diurno).
5. **Desarrollo del lenguaje – comunicación.**
 - 5.1. Calidad del balbuceo.
 - 5.2. Primeras palabras, primeras frases, calidad de la pronunciación y producción (hasta cuando duraron las dislalias).
 - 5.3. Calidad de la comprensión.
 - 5.4. Calidad de la interacción y respuesta a estímulos.
6. **Conducta del sueño:**
 - 6.1. Despertares, horarios, insomnio, pesadillas, terrores nocturnos.
7. **Desarrollo de la conducta social:**
 - 7.1. Cómo ha ido evolucionando la calidad en la relación social. Qué dificultades ha presentado y cómo se han resuelto.
8. **Desarrollo afectivo:**
 - 8.1. Calidad de las primeras interacciones con los padres y primeras sonrisas sociales.
 - 8.2. Tipo de apego y separaciones (trabajo de los padres, hospitalizaciones, cuidados...
 - 8.3. Estado de ánimo: llantos, rabietas...
9. **Antecedentes médicos, especialmente indagar sobre convulsiones febriles y si ha estado en tratamiento por ello.**

4.2. Exámenes complementarios

Existen una serie de exploraciones estandarizadas a realizar en todo niño que consulte por TDAH. Sin embargo, esto no quiere decir que todas deban ser realizadas, sino que deberemos elegir aquellas que tengan fundamento desde la exploración clínica. Por razones puramente didácticas las dividimos en *exámenes médicos y neuropsicológicos*.

4.2.1. Exámenes médicos.

- **Analíticas.**

Se recomienda una analítica estándar, aunque indagando la posibilidad de algún problema endocrino, especialmente, pruebas funcionales tiroideas. La anemia ferropénica hay que investigarla siempre. También otros problemas metabólicos como la hipermagnesemia, intoxicación por plomo (aunque esta es, hoy día, muy infrecuente)... Si existe algún tipo de retraso neurocognitivo hay que pedir ácido láctico, pirúvico y amoniemia y, dependiendo de otros síntomas, pasar a protocolo de trastornos generalizados.

- **Exploración neurológica.**

Es muy importante realizar una exploración neurológica estándar, aunque la mayoría de las veces sea normal. Por el contrario, no sucede lo mismo con los denominados signos neurológicos menores o no focales (soft signs) (véase Figura 2: Desarrollo motor). En sí mismos, la presencia aislada de alguno de estos signos neurológicos no es indicativa de ninguna anomalía o inmadurez neurológica. Hablamos de inmadurez cuando exceden en un determinado número y se ha relacionado, igualmente, con la disfunción cerebral, especialmente cuando vienen acompañados de signos menores electroencefalográficos y trastornos específicos del desarrollo psicológico. La lateralidad auditiva debe realizarse con escucha dicótica y, cuando es cruzada, está considerada como un signo neurológico menor.

Debemos tener presente que existen algunas enfermedades neuropediátricas que conllevan síntomas de hiperactividad, así como que algunos antiepilépticos y fármacos pueden presentar como efectos secundarios síntoma adhd-like.

- **Electroencefalograma, mapping cerebral y análisis espectral de frecuencias.**

El electroencefalograma aporta poca información en el TDAH “puro”, sin complicaciones. Sin embargo, podemos encontrar con cierta frecuencia actividades paroxísticas (puntas y polipuntas) sin que exista correlato clínico-comicial. Cuando sí es imperativo realizarlo es cuando el niño hiperactivo presenta trastornos de conducta, ya que no es rara la presencia de una actividad anómala inespecífica en zonas fronto-temporales o temporales. Este hallazgo nos obliga a plantearnos la prescripción de algún antiepiléptico, como la carbamazepina, sin que, insisto, esto signifique la presencia de epilepsia.

El mapping cerebral no es más que un electroencefalograma en donde podemos representar las diferentes bandas (alfa, beta, theta y delta) con su distribución cerebral y amplitud. Nos vamos a encontrar con una actividad cortical más inmadura que en los niños no hiperactivos. Es decir, mayor cantidad de actividad lenta (theta y delta) a nivel frontal. Se sabe que esta inmadurez es más importante cuanto mayor es el número de signos neurológicos menores y nos indica la necesidad de investigar la presencia de trastornos específicos del desarrollo psicológico. Este trazado va normalizándose conforme se avanza hacia la adolescencia y no es necesario tratamiento farmacológico.

Por último, si sospechamos actividad paroxística puede estar indicada una poligrafía de sueño o en semiprivación del mismo, ya que es una situación de estimulación que puede evidenciar focos subcorticales que en situaciones normales de estimulación pueden pasar desapercibidos por actuar la actividad beta cortical como supresora.

Figura 2 y 3: Desarrollo motor

EVALUACIÓN DE LA COORDINACIÓN

❑ CRITERIOS DE Gillberg y cols:

- ❑ Rendimiento motor inadecuado para la edad.
- ❑ CRITERIOS DE CRIBAJE:
 1. Saltar 20 veces sobre una pierna.
 1. <20 de 12 segundos.
 2. Dos o más interrupciones.
 2. Andar lateralmente durante 10 segundos.
 1. Codo flexionado 60 grados o más.
 2. Encoge los hombros.
 3. Sincinesias. 4. Asimetrías.

EVALUACIÓN DE LA COORDINACIÓN

❑ CRITERIOS DE Gillberg y cols:

3. Aguantar el equilibrio sobre una pierna:
 - < 10 segundos.
4. Adiadococinesias.
5. Recortar un círculo de 10 cm de diámetro:
 - 20% o más de circunferencia superada.
 - 20% o más de circunferencia sobrante.
 - Tarda dos minutos o más.
6. Test de papel y lápiz (según test)

4.2.2. Exámenes neuropsicológicos.

4.2.2.1. WESCHLER.

Como primera aproximación al examen neuropsicológico, nosotros utilizamos el Weschler en cualquiera de sus versiones según los tramos de edad. Estos test tienen dos partes, aunque en el WISC-IV hay novedades – Tabla 2 – una verbal y otra manipulativa. Nos informan de funciones cognitivas propias del hemisferio izquierdo como derecho, proporcionándonos unas diferencias entre ambas que, cuando alcanzan una determinada puntuación, decimos que son significativas y solemos utilizarlas como indicador neuropsicológico de, al menos, disfunción cerebral. Igualmente, las diferentes subescalas nos informan de la posibilidad de un trastorno específico del desarrollo ya que evalúan funciones neurocognitivas específicas. En el supuesto que esto suceda es obligatorio seguir investigando con test específicos (véase más adelante).

Tabla 2: Escalas del WISC-IV.

| COMPRESIÓN VERBAL | RAZONAMIENTO PERCEPTIVO | MEMORIA DE TRABAJO | VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO |
|--|---|---|--|
| Semejanzas Vocabulario Comprensión Información Adivinanzas | Cubos Conceptos Matrices Figuras incompletas | Dígitos Letras y números Aritmética | Claves Búsqueda de símbolos Animales |

4.2.2.2. Otros exámenes.

Nosotros incluimos tres: la **Escucha Dicótica** un software multimedia que consiste en dos listados de palabras bisilábicas que el niño escucha simultáneamente en cada oído. Se miden los aciertos en cada uno de ellos, así como los errores cometidos. Es una forma sencilla de medir la lateralidad y la atención auditivas.

El **Continuous Performance Test**. Existen muchas versiones. Nosotros utilizamos un software elaborado por nosotros que presenta dos opciones:

- **CPT con estímulo simple**: Consiste en la presentación de varios estímulos en pantalla del ordenador cada 250 milisegundos. Se elige un estímulo diana de presentación aleatoria. El niño debe pulsar el espaciador cada vez que aparece el estímulo diana. La prueba nos dará el número de aciertos, el número de fallos por omisión (atención sostenida) y los fallos por comisión (impulsividad).
- **CPT con estímulo condicionado**: Básica es el mismo, aunque en este paradigma el niño debe pulsar el espaciador cuando aparece el estímulo diana acompañado del otro estímulo. Por ello hablamos de número de aciertos y número de errores que en este caso serán por omisión – aparecen los estímulos y el niño no reacciona – y por comisión, que serán de dos tipos: en los que no parece ni estímulo condición, y en los que parece unos de los estímulos, sea el diana o el condición, y el niño reacciona erróneamente pulsando el espaciador. Aquí se mide, igualmente, la impulsividad del niño ante un estímulo ilicitador de la respuesta.

Y el **Test de Stroop**. Es una prueba de interferencia que mide, tanto la impulsividad como la flexibilidad cognitiva. Forma parte de otras pruebas utilizadas para medir las funciones ejecutivas del sujeto.

Consiste en la presentación en pantalla del ordenador una serie de palabras en escritas en diferentes colores. Igualmente las palabras se refieren a los colores que aparecen el pantalla, aunque pueden coincidir o no. Ej.

VERDE - VERDE – AZUL – NEGRO- AZUL- AZUL etc.

La prueba consiste en decirle al niño que pulse lo más rápido posible la tecla **V = verdadero o F = falso**. La **V** cuando coincida el color y la palabra y, la **F** cuando no coincida. Mide los errores cometidos, así como los aciertos y el tiempo de reacción en ambas respuestas.

4.2.3. Escalas y cuestionarios.

Existen bastantes. Nosotros explicaremos la **de Conners** en sus versiones: reducida, para padres y profesores (véase APÉNDICE). En España se suele utilizar bastante la versión de Farré-Riva y Narbona (1996).

Consta de dos escalas, una para padres o familiar (EFC) y otra escolar (EEC). La fiabilidad (alfa de Cronbach) para la primera es de 0,936 y para la de padres es de 0,894. La validez convergente con el DSM-III de ambas escalas es de 0,612 para la escala escolar y de 0,252 para la escala familiar. Por tanto, ésta última presenta una correlación más bien pobre. Esto es importante, ya que muchos padres utilizan esta escala como screening del posible TDAH de sus hijos. Por último, la correlación entre ambas escalas también es baja: 0,380, aunque estadísticamente significativa.

Los autores factorializaron la escala escolar, encontrado cuatro factores y reduciendo la escala a 20 ítems (véase Apéndice). Estos son: Hiperactividad, Déficit de Atención, H-DA y Trastornos de Conducta. En la Tabla 3 exponemos las puntuaciones medias y típicas para la escala global y cada uno de los factores.

Tabla 3. Escala Escolar de Conners Revisada. Medias, desviaciones típicas y puntos de corte.

| Escala | Hiperactividad | D. atención | H-DA | T. Conducta | Total |
|----------|----------------|-------------|------|-------------|-------|
| Media | 4,41 | 4,15 | 8,55 | 4,41 | 12,97 |
| Desv. T. | 3,11 | 3,51 | 5,42 | 4,43 | 9,15 |
| P. Corte | 10 | 10 | 18 | 11 | 30 |

La **Validez Convergente** de esta escala con el DSM-III es, para la puntuación global, de 0,68 y para Hiperactividad-déficit de atención, 0,68. Esto quiere decir que cuando un paciente puntúa significativamente en la puntuación global, acertamos en el 68% de la veces y en cuando se produce en la factor hiperactividad-déficit de atención, el acierto sería, igualmente, en el 68% de la veces, si diagnosticamos con los criterios del DSM-III. Por tanto, hay que tener precaución con la interpretación que hacemos de los resultados de las diferentes escalas que utilizamos.

Creemos que esta escala puntúa excesivamente alto en trastornos de conducta ya que incluye “demasiados ítems” propios de este trastorno.

Nosotros utilizamos el **Cuestionario para Padres** y el **Cuestionarios para Profesores** (véase Apéndice correspondiente).

- *Cuestionario para Padres:*

Consta de 32 ítems con puntuación tipo Liker: En absoluto (0); Un poco (1); Mucho (2); Muchísimo (3). Está basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV y CIE-10. En su versión no factorializada se contemplan los siguientes aspectos clínicos: ATENCIÓN (ítems 1-10), HIPERACTIVIDAD (ítems 11-18), IMPULSIVIDAD (ítems 19-23), INTERFERENCIA SOCIAL (ítems 24-32).

Los puntos de corte que coinciden de forma **convergente** con el DSM-IV (instrumento diagnóstico de referencia), son una desviación estándar de la media, tanto para la puntuación total del cuestionario, como para las distintas subescalas. Así, la puntuación de corte para NIÑOS es: global (34), atención (11), hiperactividad (11), impulsividad (4) e interferencia social (6). En NIÑAS: global (39), atención (12), hiperactividad (12), impulsividad (3), e interferencia social (7).

- *Cuestionario para Profesores:*

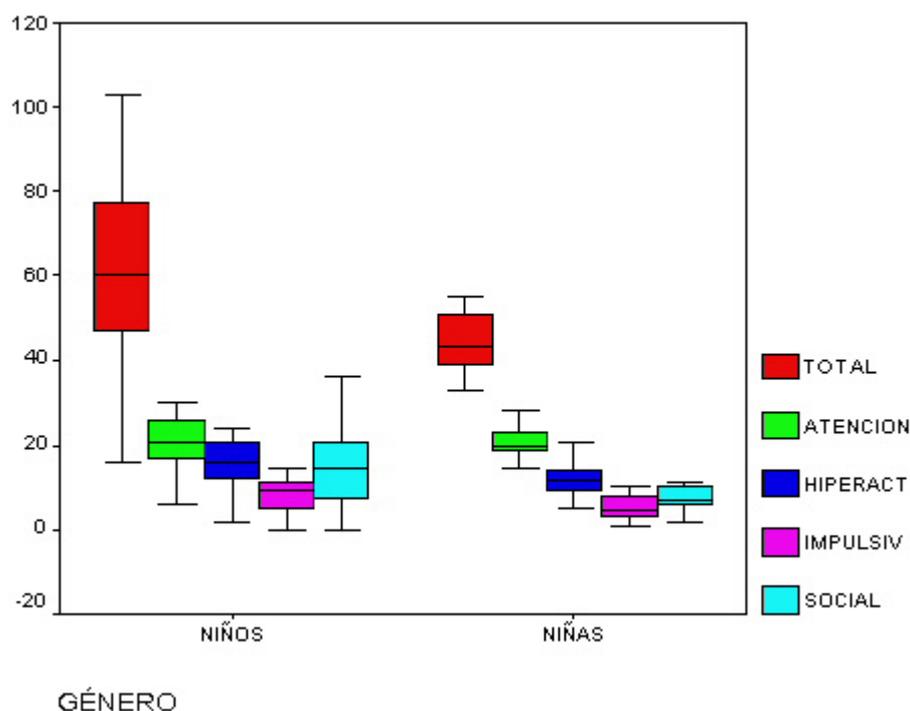
Consta de dos partes, la primera hace referencia a motivación y participación del alumno en las tareas escolares, así como su competencia en algunas áreas: lectura, grafismo, cálculo, escritura etc.. Igualmente se deja un espacio abierto para que el profesor realice los comentarios que considere útiles para evaluar el problema. La segunda parte es un cuestionario de 35 ítems. Como sucede con la de padres, en su versión no factorializada, se contemplan cuatro aspectos de la clínica TDAH: ATENCIÓN (ítems 1-10), HIPERACTIVIDAD (ítems 11-18), IMPULSIVIDAD (ítems 19-23) e INTERFERENCIA SOCIAL (ítems 24-35).

La puntuación de corte, tomando de forma convergente al DSM-IV, sería una desviación estándar de la media. Aquí también diferenciamos entre niños y niñas. Para los NIÑOS son: Global (39), atención (15), hiperactividad (10), impulsividad (4) e interferencia social (7).

A continuación se exponen, en primer lugar, los valores de fiabilidad y puntuaciones del Cuestionario de Profesores y, posteriormente, los valores del Cuestionario de Padres.

| Informe PROVISIONAL PROFESORES | | | | | | | |
|---------------------------------------|------------|--------------|--------------|----------------|--------------|--------------|--|
| SEXO | | TOTAL | ATENCION | HIPERACTIVIDAD | IMPULSIVIDAD | SOCIABILIDAD | |
| VARONES | Media | 59,73 | 20,91 | 15,87 | 8,30 | 14,64 | |
| | Desv. típ. | 20,86 | 6,28 | 5,50 | 3,91 | 8,38 | |
| MUJERES | Media | 44,9 | 19,10 | 12,00 | 5,10 | 8,70 | |
| | Desv. típ. | 17,87 | 6,95 | 4,35 | 2,99 | 7,30 | |
| Total | Media | 58,06 | 20,71 | 15,44 | 7,94 | 13,98 | |
| | Desv. típ. | 20,98 | 6,34 | 5,51 | 3,94 | 8,45 | |

Como punto de corte se aconseja restar a la media la desviación típica, tanto para el total de la escala como por sexo y categorías



TEST DE FIABILIDAD DE LA ESCALA

Alfa de Cronbach: 0.91

Test de las dos mitades: parte 1: 0,89; parte 2: 0,82

Test paralelo: 0.91 y Test paralelo estricto: 0,89

ATENCIÓN: ITEMS 1-10

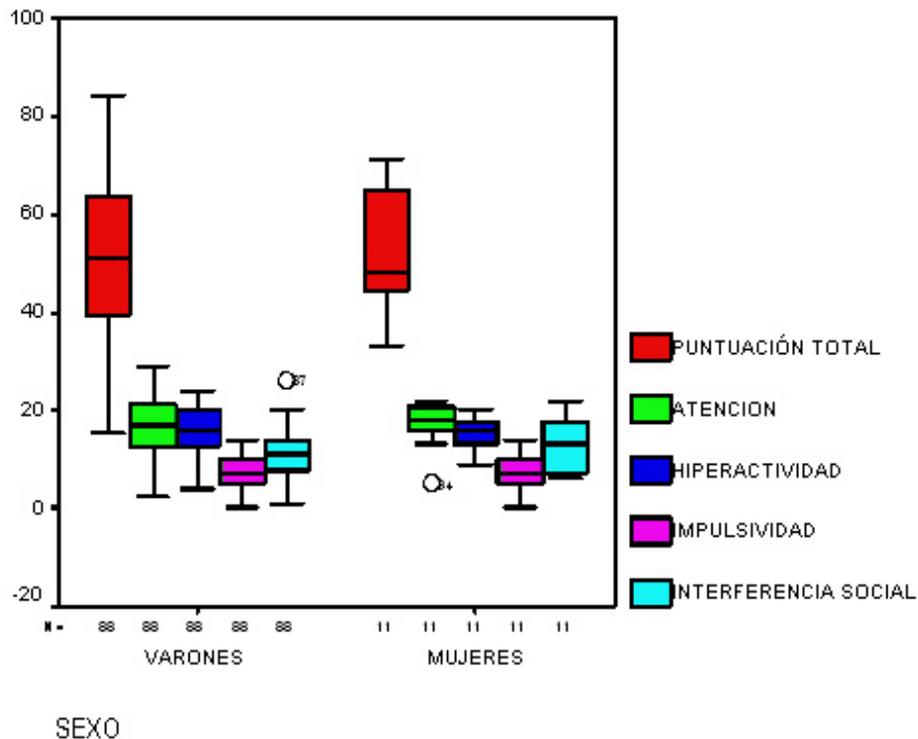
HIERACTIVIDAD: 11-18

IMPULSIVIDAD: 19-23

INTERFERENCIA SOCIAL: 24-35.

| Informe PROVISIONAL padres | | | | | | | |
|----------------------------|------------|----------------|----------------|----------------|---------------|----------------|--|
| SEXO | | TOTAL | ATENCION | HIPERACTIVIDAD | IMPULSIVIDAD | SOCIABILIDAD | |
| VARONES | Media | 50,8523 | 16,8068 | 15,6477 | 7,2614 | 11,1364 | |
| | Desv. típ. | 16,3977 | 5,9901 | 4,9131 | 3,4257 | 4,9298 | |
| MUJERES | Media | 52,0909 | 17,0909 | 15,0909 | 7,1818 | 12,7273 | |
| | Desv. típ. | 13,3600 | 4,8467 | 3,4483 | 3,8683 | 6,0015 | |
| Total | Media | 50,9899 | 16,8384 | 15,5859 | 7,2525 | 11,3131 | |
| | Desv. típ. | 16,0334 | 5,8531 | 4,7617 | 3,4563 | 5,0500 | |

Como punto de corte se aconseja restar a la media la desviación típica, tanto para el total de la escala como por sexo y categorías



TEST DE FIABILIDAD DE LA ESCALA

Alfa de Cronbach: 0.911

Test de las dos mitades: parte 1: 0,836; parte 2: 0,859

Test paralelo: 0.911 y Test paralelo estricto: 0,888

ATENCIÓN: ITEMS 1-10

HIERACTIVIDAD: 11-18

IMPULSIVIDAD: 19-23

INTERFERENCIA SOCIAL: 24-32.

- Factorialización del Cuestionario de Profesores.

Hemos realizado un estudio factorial de Cuestionario de Profesores dando resultados bastante interesantes para la investigación clínica. En esta sentido, nuestro cuestionario nos da los siguientes FACTORES:

- **FACTOR I: ATENCIÓN**
 - Items: 1, 2,3, 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 11.
- **FACTOR II: HIPERACTIVIDAD**
 - Items: 8, 13, 14, 15, 16, 17, 18.
- **FACTOR III: CONDUCTA:**
 - Items: 24, 25, 28, 30, 31, 32, 33
- **FACTOR IV: IMPULSIVIDAD**
 - Items: 19, 20, 21, 27
- **FACTOR V: SOCIABILIDAD**
 - Items: 26, 34,35

- **FACTOS VI: PLANIFICACIÓN**

- Items: 12 (Explica, por sí solo, el 87% de la varianza)

No entremos más detalladamente en este aspecto debido a que la investigación psicométrica de nuestra escala continúa.

4.3. Exámenes complementarios opcionales.

Son exámenes complementarios que se realizan sobre la base de la información clínica obtenida según los exámenes anteriores. Aunque no es exhaustivo, nosotros realizamos una serie de ellas siguiendo los siguientes planteamientos:

4.3.1. Cuando predomina la clínica motora.

Se complementa la evaluación con la *Resonancia Magnética Nuclear* y pedimos sistemáticamente un *screening metabólico* (ácido láctico, pirúvico, amoniemia, aminoácidos fraccionados en orina y suero. Igualmente, se debería pedir *cariotipo* y *fragilidad del cromosoma X*. Este último aún más imperativo si existen estigmas fenotípicos evidentes (ej. Orejas grandes y/o de implantación baja).

Todas estas pruebas son más necesarias cuanto más síntomas propios del DAMP (*Disorder of Attention Motor Control and Perception*) aparezcan en un paciente con TDAH (Clark y cols. 1999), un trastorno con síntomas de TDAH, motores y de la percepción que, en su vertiente grave, hay que realizar un diagnóstico diferencial con el autismo, el síndrome de Asperger y otros trastornos del desarrollo.

4.3.2. Presencia de Trastornos Específicos del desarrollo.

Como veremos en el capítulo dedicado a la comorbilidad, es muy frecuente en el niño con TDAH que presente simultáneamente algún tipo de los denominados Trastornos Específicos del Desarrollo Psicológico. La mejor forma de realizar un screening de ellos es través de la batería del Weschler, conjuntamente con la información que nos proporcione el centro escolar.

En estos casos, a veces sería apropiado, especialmente en niños con trastornos de la lecto-escritura y del lenguaje, realizar *Potenciales Aditivos de Tronco*.

Respecto a otras técnicas, como el PET (Tomografía por Emisión de Positrones) , SPECT (Tomografía por Emisión de Positrón Simple), los Potenciales Evocados Cognitivos y la Resonancia Magnética Nuclear Funcional, pertenecen más a la investigación que como instrumentos habituales de diagnóstico.

5. Conclusiones.

Hemos intentado en este capítulo exponer de forma clara, aunque algo reducida, los “mínimos” que deberíamos realizar a la hora de evaluar a un niño que, supuestamente, padece un trastorno por Déficit de Atención con/sin Hiperactividad.

En una primera parte, he presentado algunos aspectos relacionados con la fiabilidad y validez de cualquier instrumento de medida. En definitiva, hasta donde “sirven” para lo que son utilizados. Esto es importante porque

con más frecuencia de lo deseable se nos presenta información sin que sepamos realmente hasta dónde es fiable y válida.

A continuación exponemos todos aquellos aspectos relacionados con las distintas “fuentes de información”. He creído que sería más útil presentarla siguiendo la secuencia de la historia clínica semiestructurada que se suelen utilizar en mi trabajo cotidiano. No hay que decir que, en la mencionada historia clínica, se recogen también los antecedentes familiares antes de emitir el diagnóstico, así como el Plan de Tratamiento y el Seguimiento, tal como se expone en la Tabla 4.

Tabla 4. Contenidos de la Historia Clínica.

| BLOQUES DE LA HISTORIA CLÍNICA |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. MOTIVO DE CONSULTA.2. ANTECEDENTES PERSONALES.3. ESCOLARIZACIÓN.4. SOCIALIZACIÓN.5. DINÁMICA FAMILIAR.6. ANTECEDENTES FAMILIARES.7. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS.8. DIAGNÓSTICO.9. PLAN TERAPÉUTICO.10. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS. |

BIBLIOGRAFÍA

Arce C. Técnicas de construcción de escalas psicológicas. 1994. Editorial Síntesis. Madrid.

Clark y cols. Autistic symptoms in children with attention deficit-hyperactivity disorder. 1999. *Eu. Child Adolesc Psychiatry*. 8:50-55.

Díaz Atienza, J. Historia Clínica Semiestructurada. USMI-J. Almería. Trabajo no publicado.

Farré-Riva A, Carbona A. Escalas de Conners en la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad: nuevo estudio factorial en niños españoles. *Rev Neurol* 1997; 25 (138): 200-204.

González de Rivera y Revuelta JL, Rodríguez Pulido F, Sierra López, A. El método epidemiológico en salud mental. 1993. Masson. Barcelona.

Muñiz J. Teoría clásica de los test. 1992. Ediciones Pirámide.

INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO

APENDICE – 1. Escala de Conners – Revisada.

| | Nada | Poco | Bastante | Mucho |
|---|------|------|----------|-------|
| 1. Tiene excesiva inquietud motora | | | | |
| 2. Tiene dificultades de aprendizaje escolar | | | | |
| 3. Molesta frecuentemente a los niños | | | | |
| 4. Se distrae frecuentemente, escasa atención | | | | |
| 5. Exigen inmediata satisfacción a sus demandas | | | | |
| 6. Tiene dificultades para las actividades cooperativas | | | | |
| 7. Está en las nubes, ensimismado | | | | |
| 8. Deja por terminar la tarea que empieza | | | | |
| 9. Es mal aceptado en el grupo | | | | |
| 10. Niega sus errores y echa la culpa a los otros | | | | |
| 11. Emite sonidos de calidad y en situación inapropiada | | | | |
| 12. Se comporta con arrogancia, es irrespetuoso | | | | |
| 13. Intranquilo, siempre en movimiento | | | | |
| 14. Discute y pelea por cualquier cosa | | | | |
| 15. Tiene explosiones impredecibles de mal genio | | | | |
| 16. La falta el sentido de la regla, de "juego limpio" | | | | |
| 17. Es impulsivo e irritable | | | | |
| 18. Se lleva mal con la mayoría de sus compañeros | | | | |
| 19. Sus esfuerzos se frustran fácilmente | | | | |
| 20. Acepta mal las indicaciones del profesor | | | | |

APÉNDICE – 2. Cuestionario para Padres.

CUESTIONARIO PARA PADRES

CRITERIOS DISGNÓSTICOS DEL D.S.M. – IV Y DE LA O.M.S. (C.I.E. 10)
JOAQUÍN DÍAZ ATIENZA

EN ABSOLUTO = 0; UN POCO = 1; MUCHO = 2; MUCHÍSIMO = 3

| | EN ABSOLUTO | UN POCO | MUCHO | MUCHÍSIMO |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.- Tiene dificultades para mantener la atención cuando realiza cualquier cosa en casa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.- Parece no escuchar, aún cuando se le habla directamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.- Cuando se le manda algo no obedece por su despiste o falta de atención | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.- No finaliza los juegos que comienza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.- Tiene dificultades para organizarse, incluso en el juego | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.- Cambia frecuentemente de un juego a otro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.- Pierde el material escolar y/o los juguetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.- Se distrae ante estímulos poco importantes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.- Es descuidado en sus actividades cotidianas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.- Presenta una exagerada falta de persistencia en la realización de sus tareas o juegos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.- Cambia frecuentemente de una actividad a otra | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.- No cesa de mover los pies, las manos en el asiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13.- Se levanta de su asiento, aún cuando se espera de él que permanezca sentado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14.- Salta o corre excesivamente en situaciones poco apropiadas (escaleras, pasillos, habitaciones..) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15.- Tiene dificultades para jugar “tranquilamente” con sus compañeros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.- No cesa, no para, es como si tuviera “un motor” | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO

EN UN
ABSOLUTO POCO MUCHO MUCHÍSIMO

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17.- Habla en exceso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18.- Se contorsiona y gesticula en exceso en situaciones que se espera esté tranquilo (comida...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19.- Se precipita en las respuestas antes de haber finalizado las preguntas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20.- Tiene dificultades para guardar su turno | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21.- Interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros compañeros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22.- Su forma de ser le crea problemas con los compañeros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23.- Es rechazado por sus compañeros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24.- Tiene dificultades para hacerse de amigos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25.- A veces es el chivo expiatorio entre sus compañeros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26.- Es excesivamente ruidoso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27.- Tengo dificultades para mantener un mínimo de orden en la casa como consecuencia de su actividad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28.- Presenta crisis de cólera y/o rabietas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29.- Fanfarronea y/o nos amenaza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30.- Rompe deliberadamente cosas en casa o de sus compañeros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31.- Como consecuencia de su conducta se aísla de sus compañeros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32.- Parece que sufre como consecuencia del rechazo de sus compañeros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¿DESEA REALIZAR ALGUNA OBSERVACIÓN?

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

CUESTIONARIO PSICOPEDAGÓGICO Y DE EVALUACIÓN DEL TDAH (6-12 años)

En la **Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil** se ha creado una consulta especializada para la evaluación y tratamiento de los denominados **Trastornos Específicos del Desarrollo** (lenguaje oral y escrito, habilidades en lecto-escritura, cálculo etc.) y **Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad** que, como sabe, repercuten muy directamente en el aprendizaje escolar.

Nuestra intención es detectar lo más precozmente posible el trastorno y orientar a profesores y padres sobre las necesidades del alumno en colaboración con los **Equipos de Apoyo Externo**. Así misma, nuestra finalidad es la prevención de algunos problemas psicológicos que, normalmente, se asocian a los trastornos específicos y a la hiperactividad.

Como comprenderá su colaboración es imprescindible, si tenemos en cuenta que el profesor o el educador infantil del alumno es quién dispone de la información más objetiva y, al mismo tiempo, puede comparar determinados rendimientos y conductas con el resto del alumnado. Por ello, le pedimos su colaboración **agradeciéndoselo muy sinceramente**.

Cualquier consulta que desee formular y que pueda ser de interés para ayudar al alumno puede realizarla en la **UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL, Hospital Provincial. C/ Hospital s/n, 04002. Teléfono: 950/017697 (Srta. Ester Suárez). E-mail: atiENZA@paidopsiquiatria.com**

El cuestionario que presentamos a continuación ES CONFIDENCIAL por lo que debería entregarse a los padres en sobre cerrado. Nuevamente le agradecemos su colaboración.

DATOS DEL NIÑO/A:

APELLIDOS:

NOMBRE:

EDAD:

DATOS DE LA GUARDERÍA O COLEGIO:

NOMBRE Y APELLIDOS DEL/LA PROFESOR/A:

NOMBRE DE LA GUARDERÍA O COLEGIO, DIRECCIÓN Y TELÉFONO PARA CONTACTO:

OBSERVACIÓN PSICOPEDAGOGICA Y ADAPTACION ESCOLAR DE 6 A 12 AÑOS.

I) INFORMACION SOBRE ESCOLARIZACIÓN:

1.- ¿Desde cuando conoce al alumno?:

2.- ¿Ha repetido algún curso?

SI NO

¿ Cuántos y cuales?

3.- En el supuesto de no haber repetido ¿Cree usted que, pedagógicamente, sería conveniente?

SI NO

4.- ¿Le plantea problemas en el aula?

SI NO

En caso afirmativo ¿Cuáles?:

5.- ¿ Cómo evalúa usted su rendimiento escolar con respecto a la media de su clase?

- Superior

- Igual

- Inferior

6.- ¿ Falta con frecuencia a la escuela?

Si NO

En caso afirmativo ¿Sabe por qué?:

7.- ¿Ha sido visto este alumno por los Equipos de Apoyo Externo? (Psicólogo o Pedagogo)

SI NO

En caso afirmativo ¿Por qué motivos?:

8.- ¿ Se interesa la familia por la escolaridad del niño/a?

SI NO

II) INFORMACIÓN SOBRE RENDIMIENTO ACADÉMICO:

9.- Habilidades en la lectura:

| | Muy deficiente | Deficiente | Normal | Bien | Muy bien |
|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Calidad | <input type="checkbox"/> |
| Ritmo | <input type="checkbox"/> |
| Comprensión | <input type="checkbox"/> |
| Velocidad | <input type="checkbox"/> |

10.- Habilidades en escritura:

| | Muy deficiente | Deficiente | Normal | Bien | Muy bien |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Transcripción (grafismo) | <input type="checkbox"/> |
| Reglas Gramaticales | <input type="checkbox"/> |
| Ortografía | <input type="checkbox"/> |

INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO

¿Aumentan las faltas de ortografía conforme avanza el texto que escribe?

SI NO

¿Varía la calidad ortográfica de un día a otro?

SI NO

11.- Habilidades en cálculo:

| | Muy deficiente | Deficiente | Normal | Bien | Muy bien |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Aprendizaje de números | <input type="checkbox"/> |
| Operaciones | <input type="checkbox"/> |
| Razonamiento | <input type="checkbox"/> |
| Problemas | <input type="checkbox"/> |

12.- Calidad del lenguaje:

| | Muy deficiente | Deficiente | Normal | Bien | Muy bien |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Producción | <input type="checkbox"/> |
| Riqueza de vocabulario | <input type="checkbox"/> |
| Soltura | <input type="checkbox"/> |
| Sintaxis | <input type="checkbox"/> |
| Comprensión | <input type="checkbox"/> |

13.- En su opinión, las alteraciones recogidas en el apartado anterior ¿Influyen en la calidad del lenguaje escrito?

NO

Moderadamente

Mucho

14.- ¿Cómo valora la actitud del alumno/a en las actividades escolares?

Nada motivado

Poco motivado

Normalmente motivado

Bastante motivado

Muy motivado

15.- ¿Cómo cuantificaría usted el nivel de participación del alumno/a en las actividades escolares?

No participa

Algo participativo

Participa normalmente

Bastante participativo

Muy participativo

16.- Si este alumno presenta problemas escolares ¿Cómo definiría usted su gravedad, teniendo en cuenta las repercusiones negativas que pudieran tener en su futuro académico?

En absoluto importantes

Pueden ser graves

Revisten algo de gravedad

Son graves

Son muy graves

17.- En su opinión ¿Qué se debería hacer para solucionar los problemas que presenta este alumno/a, en el supuesto de que los presente?

Seguidamente, cumplimente el cuestionario que sigue procurando NO dejar ninguna pregunta en blanco. En él se recogen algunos de los síntomas que han motivado la consulta en nuestro servicio. Desearíamos saber si alguno de ellos también han sido observados en el colegio.

CUESTIONARIO PARA PROFESORES
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL D.S.M. –IV Y DE LA O.M.S (C.I.E.-10)
JOAQUÍN DÍAZ ATIENZA
UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL
HOSPITAL PROVINCIAL
Calle Hospital s/n C.P. 04002- ALMERÍA
Telef. 950 01 76 97

| | En Absoluto | Un Poco | Mucho | Muchísimo |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.- No presenta atención suficiente a los detalles, incumpliendo por ello en errores en las tareas escolares | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.- Tiene dificultades para mantener la atención durante la realización de tareas escolares | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.- Parece no escuchar, aún cuando se le habla directamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.- No sigue las instrucciones del profesor/a por falta de atención | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.- No finaliza las tareas escolares | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.- Tiene dificultades para organizar sus tareas y actividades | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.- Evita, le disgusta o se hace el “remolón” ante las tareas escolares que requieren un esfuerzo mental sostenido | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.- Cambia frecuentemente de un juego a otro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.- Pierde el material escolar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.- Se distrae ante estímulos poco importantes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.- Es descuidado en sus actividades cotidianas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.- Presenta una exagerada falta de persistencia en la realización de sus tareas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13.- Cambia frecuentemente de una actividad a otra | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14.- No cesa de mover los pies, las manos en el asiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15.- Se levanta de su asiento, aún cuando se espera de él que permanezca sentado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | En Absoluto | Un Poco | Mucho | Muchísimo |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16.- Salta o corre excesivamente en situaciones poco apropiadas (escaleras, pasillos, aula etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17.- Tiene dificultades para jugar “tranquilamente” con sus compañeros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18.- No cesa, no para, es como si tuviera “un motor” | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19.- Habla en exceso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20.- Se contorsiona y gesticula en exceso en situaciones de actividad estructurada y obligada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21.- Se precipita en las respuestas antes de haber finalizado las preguntas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22.- Tiene dificultades para guardar su turno | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23.- Interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros compañeros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24.- Su forma de ser le crea problemas con los compañeros de clase | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25.- Es rechazado por sus compañeros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26.- Tiene dificultades para hacerse de amigos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27.- A veces es el chivo expiatorio entre sus compañeros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28.- Es un alumno excesivamente ruidoso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29.- Tengo dificultades para mantener la clase como consecuencia de su actividad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30.- Presenta crisis de cólera y/o rabietas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31.- Fanfarronea y/o amenaza a los compañeros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32.- Inicia peleas físicas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33.- Rompe deliberadamente pertenencias de sus compañeros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34.- Como consecuencia de su conducta se aísla de sus compañeros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35.- Parece que sufre como consecuencia del rechazo de sus compañeros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¿DESEA REALIZAR ALGUNA OBSERVACIÓN?:
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN