

EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA ENFERMERA COMO HERRAMIENTA DE AYUDA EN LA ELABORACIÓN DEL DUELO INFANTIL

EFFECTIVENESS OF A NURSING PSYCHOEDUCATIVE INTERVENTION AS A HELPING TOOL IN CHILDREN'S MOURNING WORK

Autor: María del Carmen Pérez González.

Dirección de contacto: carmeneui@hotmail.com

Cómo citar este artículo: Pérez González MC. Efectividad de una intervención psicoeducativa enfermera como herramienta de ayuda en la elaboración del duelo infantil. NURE Inv. [Revista en Internet] 2009 Jul-Ago. [fecha acceso]; 6 (41): [aprox 17 pant]. Disponible en:

http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/proydueinf_41.pdf

Fecha recepción: 05/05/2008

Aceptado para su publicación: 20/01/2009

Resumen: El proceso de elaboración del duelo infantil presenta unos rasgos peculiares determinados por las características de la infancia. Diversos estudios coinciden en que los niños puedan tener reacciones de ansiedad, miedo, depresión y conductas desadaptativas ante la pérdida de un ser querido.

El objetivo del estudio es evaluar la efectividad de una intervención psicoeducativa en la prevención de respuestas no adaptativas asociadas al proceso de elaboración de duelo infantil; llevada a cabo por una enfermera de Atención Primaria.

Para ello se ha diseñado un estudio analítico experimental con un grupo experimental y un grupo control. Se incluirán 196 niños y adolescentes (se asignaran aleatoriamente 98 sujetos en cada grupo) de 5 a 16 años, que hayan experimentado el proceso de muerte en su entorno, que pertenezcan a Centros de Atención Primaria de los Áreas 9, 10 y 11 de la Comunidad de Madrid.

Los niños y adolescentes incluidos en el grupo de intervención recibirán una intervención psicoeducativa basada en 7 sesiones semanales individualizadas. Se realizarán mediciones de las puntuaciones obtenidas en el Test Conducta de los Niños en el momento de inclusión en el estudio y a los 3, 6 y 12 meses.

Palabras clave: Duelo, Pérdidas en la infancia, Alteración de la conducta, Psicopatología, Intervención psicoeducativa.

Abstract: The children grief has many special characteristics determined by the childhood features. Several studies consider that children may have anxiety reactions, fears, depression and disadaptated behaviour when a relative is fort.

The objective of this study is to know the effectiveness of a psychoeducative intervention of a Primary Care nurse in preventing misadaptative behaviours related to grief in children.

To achieve this objective, a randomized controlled trial with an experimental group and a control group has been designed. 198 children and teenagers will be included in it (there will be randomized assigned 98 on each group) from 5 to16 years old, having been affected of a relating grief, belonging to the Primary Care Centers of the 9, 10 and 11 areas in Madrid Community.

Children and teenagers included in the experimental group will take a psychoeducative intervention based on 7 individualized weekly sessions. Measures of the punctuations obtained on the Children Behaviour Test will be made when children will be included in the study and after 3, 6 and 12 months.

Key words: Grief, Children grief, Disadapted behaviour, Psychopathology, Psychoeducational intervention.

Centro de Trabajo: Enfermera Especialista en Salud Mental. Unidad docente Comunidad de Madrid 2007-2008.

INTRODUCCIÓN

El tema de la muerte ha sido desde épocas antiguas un tabú en nuestra sociedad. La muerte de alguien cercano puede provocar sentimientos difíciles de resolver en aquellos que permanecen con vida y éstos pueden no ser capaces de manejarlos por ellos mismos (1). Nuestra sociedad vive de espaldas a la muerte, ante la pérdida de un ser querido se nos incita a olvidar, a reponernos enseguida, a no sentir, a no expresar el dolor en público, etc. Como consecuencia de estas actitudes, cada vez son más las personas que no viven sanamente la muerte de un ser querido y no llegan a completar de manera adecuada el proceso de duelo (2).

Entendemos como proceso de duelo el conjunto de fenómenos psicológicos que se ponen en marcha en cualquiera de nosotros ante cualquier pérdida, frustración o dolor. Las reacciones ante una pérdida son muy variables y abarcan una amplia gama de sentimientos y emociones (tristeza, nostalgia, odio, rabia, etc.) Hablamos de elaboración del duelo al proceso que nos lleva progresivamente al reconocimiento, tanto intelectual como emocional, del valor de lo perdido, así como el sufrimiento y frustración que comporta. La elaboración del duelo implica, pues una tarea fundamentalmente interna, dolorosa y que comporta un trayecto desde la pérdida inicial hasta el reconocimiento de que en la memoria se puede recuperar (internamente) lo que se ha perdido (externamente). Esta cognición a veces inconsciente, acostumbra a ir unida a la modulación del sufrimiento, a la desaparición de la tristeza, a la capacidad de establecer nuevas relaciones aceptando los retos de la vida. La viabilidad de esta tarea depende de muchos factores, entre los que podríamos destacar: la naturaleza de la persona perdida, el tipo de relación que mantenía con la familia, el papel que cumplía dentro de la dinámica familiar y las características de la muerte (brusca, lenta, por accidente, por enfermedad, suicidio etc.) (3).

Durante años en la mayoría de los autores ha existido una tendencia a minimizar el impacto que la muerte puede tener en la infancia, por la menor capacidad de comprensión y la inmadurez de los procesos psicológicos de los niños (4), ya que los niños tienen mecanismos de defensa distintos a los adultos: utilizan más la negación, mantienen la capacidad de disfrutar con situaciones agradables, no pierden la autoestima y podrían no demostrar sus sentimientos tan abiertamente. Este comportamiento es interpretado de manera errónea como que “el niño no entiende” o “que ya ha superado su dolor” (5).

Sin embargo, el Diagnostic and Statistical Manual for Primary Care (DSM-PC) Child and Adolescent establece otra categoría para designar el proceso de duelo en esta población: “muerte de uno de los padres o algún otro miembro de la familia” (6,7).

La edad en la que se puede empezar a hablar de duelo crea discrepancias entre diferentes autores y corrientes teóricas (8-10). Mientras Wolfenstein y Najera coinciden en que no se puede hablar de duelo hasta la adolescencia (8), para Bowlby desde los 6 meses se pueden observar manifestaciones de duelo. Este autor y Freud hipotetizaron entre un duelo infantil no resuelto y un

desarrollo psicopatológico en el adulto (11). Sin embargo existen autores y estudios que no están de acuerdo con estas teorías. Afirman que lo que produciría en un niño, adolescente o adulto depresión, hostilidad, fobias, hipertensión, hipercolesterolemia, sería la asociación de déficit de cuidados, imposibilidad de satisfacción de las necesidades básicas, adversidades sociales y económicas tras la muerte durante la infancia (8,12,13,14).

Para los niños menores de 3 años la muerte equivale a la separación desde la percepción de que falta algo o alguien, entre los 3 y 5 años la vida y la muerte aparece como un proceso reversible; entre los 6 y los 9 años la muerte se personifica como algo externo aunque le resulta difícil imaginar su muerte o la de sus padres (15). El duelo en forma semejante a la del adulto comienza a formarse alrededor de los 9 años, la mayoría de los niños han desarrollado una comprensión de la muerte como final, irreversible e imposible de escapar (16).

Las expresiones intensas emocionales y de comportamiento no son continuas en los niños, esta es la principal diferencia entre el duelo en un niño y en el adulto (8). La pena en un niño puede aparecer de manera más intermitente y corta que en los adultos, pero el proceso dura mucho más tiempo debido a que ellos no pueden explorar de manera racional todo su pensamiento como lo hace el adulto. Según un estudio en niños entre 6 y 17 años de edad el 13% de los niños todavía semanalmente lloraba aún después del transcurso de un año (4).

Pese a la escasez de estudios específicos respecto al duelo en los niños y adolescentes que han sufrido la muerte en su ambiente, en la actualidad es reconocido que el duelo en los niños presenta unos rasgos peculiares, determinados por las características propias de la infancia, ya que "se trata de una etapa en la que el carácter y los recursos personales del individuo están en proceso de desarrollo, existe por tanto una gran dependencia del adulto para afrontar y resolver las situaciones problemáticas por encontrarse en proceso de formación". En consecuencia, la reacción de un niño frente a la pérdida dependerá del momento evolutivo, de circunstancias externas y en especial de la situación y actitud de los adultos que rodean al niño. Las experiencias de pérdidas son parte integrante del desarrollo infantil y forman parte del ciclo vital tanto del niño como del adulto; la manera en que se resuelven estas situaciones determinará la capacidad para afrontar y resolver experiencias de pérdidas posteriores (15).

Los primeros artículos publicados en España datan de los años setenta, cuando dos psiquiatras se interesaron por la comprensión en la clínica de las repercusiones de las pérdidas precoces y tardías de las figuras afectivamente significativas, así como las implicaciones teóricas que estos hechos tienen en el desarrollo tanto normal como patológico del individuo, llegando a la conclusión de que: "si la pérdida es precoz y la sustitución es deficiente pueden aparecer cuadros psicopatológicos muy graves (hospitalismo, psicosis, trastornos de personalidad, alteraciones psicopáticas, enfermedades psicosomáticas graves), mientras que si la pérdida es más tardía y la sustitución es adecuada pueden presentarse cuadros menos graves" (12, 17,18).

El duelo patológico en niños y adolescentes se caracteriza por una intensificación del dolor que invade a la persona, bloqueando sus mecanismos para la elaboración del duelo y cuyo resultado generalmente, se manifiesta en conductas no adaptativas, tales como: alteración de la conducta (31.5%); alteración del rendimiento escolar o rechazo a la escuela (20.2%); trastorno depresivo; desinterés y negación prolongada (15.7%); trastorno por ansiedad (15.2%); alteraciones corporales o somatizaciones (14%); alteración socialización o aislamiento de sus amigos (3.4%) (4,8,13,14).

Aunque los límites entre pena normal y complicada en niños y adolescentes no están bien entendidos ni definidos (14), los niños pueden desarrollar reacciones de pena patológica a causa de sus limitaciones en la comprensión, falta de información y los cambios en su vida (15).

Otras señales que pueden mostrar los niños con problemas serios de pena y pérdida son: insomnio, pérdida del apetito, miedo prolongado a estar sólo, sentimientos de culpabilidad, regresión prolongada de su comportamiento, desinterés por actividades, necesidad de permanecer con las personas sobrevivientes por temor a nuevas pérdidas, trastorno de estrés postraumático, percepciones distorsionadas, enuresis, ira manifestada en juegos violentos, pesadillas o irritabilidad, imitación excesiva de la persona desaparecida, expresiones repetidas de deseo de unirse con ella (5,10,19,20). Estas manifestaciones son formas de respuesta normal ante una situación anormal pero cuando se evidencia una intensidad y persistencia de la sintomatología se puede determinar la existencia de un duelo no resuelto (7,9,19). Se han descrito diferencias significativas según la aparición de un tipo de sintomatología asociada al sexo; apareciendo los síntomas depresivos más en niñas, a su vez éstas presentan más síntomas por somatización y los varones más alteraciones de conducta y fracaso escolar (8).

La muerte de un padre/madre o ser querido durante la niñez puede tener efectos profundos y duraderos. Como consecuencia condiciona la aparición de psicopatología inmediata e incrementa el riesgo de padecer trastornos psicopatológicos posteriores en estos niños (7,8,15).

En general se admite que la muerte o pérdida (separación/abandono) de uno de los padres constituye uno de los mayores estresores a los que un niño debe enfrentarse, y la familia, en muchas ocasiones, no puede contener el duelo de un niño, debido a que esos familiares lloran también esa misma muerte y no pueden asumir adecuadamente la responsabilidad normal de cuidar al niño, debiendo recurrir a las redes sociales más próximas cuando este segundo nivel de contención falla o resulta insuficiente, la familia decide buscar ayuda en los sistemas profesionalizados (3).

En la búsqueda bibliográfica realizada hemos constatado la escasez de estudios específicos existentes sobre el impacto de la muerte en los niños, y por tanto, la existencia de pocas escalas de valoración del duelo infantil. Entre los diversos instrumentos utilizados para la repercusión del duelo encontramos el Inventario de Experiencias de Duelo (IED) de Catherine Sanders aplicado en

adultos, The Expanded Grief Inventory de Layne (EGI) sin publicar ni validar, la Traumatic Dissociation and Grief Scale (TDGS) que fue aplicada en niños y adolescentes que vivieron los terremotos de Turquía en 1999 (4), pero que no está validada en castellano, y el Test de Conducta de los Niños, que sí se encuentra validada en castellano.

Uno de los primeros estudios realizados para abordar la eficacia de una intervención en niños y adolescentes fue realizado en Estados Unidos, en 2004, pues hasta entonces todos versaban sobre el impacto y síntomas de las pérdidas, sin evaluar los efectos de una terapia. El estudio lo formaban 22 niños y la terapia cognitivo-conductual consistía en 16 sesiones semanales incluyendo a los cuidadores. Los resultados fueron favorables, ya que disminuyeron los síntomas de estrés postraumático, depresión, ansiedad, problemas del comportamiento y favoreciendo la elaboración del duelo. Sin embargo, para asegurar la eficacia de este estudio se hubiera necesitado de la existencia de un grupo control (21).

El Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud en Atención Primaria (PAPPS), que se planteó en 1991 con el objetivo de hacer unas recomendaciones para su utilización en el ámbito de la Atención Primaria, indica que uno de los factores de riesgo o transiciones psicosociales en la infancia y adolescencia son la pérdida o separación de los padres, del hogar y escuela, pese a que sí se describen subprogramas y actividades que abordan el duelo del adulto y anciano, no se evidencian subprogramas que aborden el duelo infantil (22,23), sin embargo, parecería oportuno implementar programas específicos de atención al duelo en los centros de Atención Primaria; puesto que ésta representa el primer eslabón de la red sanitaria y de la capacidad de contención de los profesionales dependerá que los familiares puedan encarar el duelo en condiciones adecuadas o inicien la escalada iatrogénica hacia la cronificación medicalizada. Hasta ahora no se han podido realizar estudios de intervención en este ámbito por carecer de un instrumento de medición del duelo en castellano (3,24), y es por este motivo, y a la vista de los resultados obtenidos en el estudio realizado en Estados Unidos, por lo que nos planteamos la necesidad de realizar un estudio experimental para comprobar si una intervención psicoeducativa enfermera podría servir como herramienta de ayuda para que aquellos niños que han sufrido pérdidas de sus padres y/o hermanos con los que conviven puedan completar adecuadamente las tareas de duelo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Morganett RS. Afrontar la aflicción y la pérdida de seres queridos. En: Morganett RS. Técnicas de intervención psicológica para adolescentes. Barcelona: Martínez roca; 1995. p. 193-213.
2. Giacchi Urzainqui A, Legabra Zubiría A. El duelo ante la muerte de un allegado. Atención de enfermería. Rev Rol Enferm. 2003; 26 (12): 858-862.
3. Recasens y Torrás JM. La muerte en la familia. Atención Primaria; 1992; 10 (1):562-565.

4. McEntire N. Los niños y el duelo: La muerte de un ser querido. CEEP. Archive of ERIC/EECE Digests en Español [en línea] 2003 Agosto. Disponible en: <http://ceep.crc.uiuc.edu/eecearchive/digests/2003/mcentire03s.html> [consultado 13-2-08].
5. Los niños y la pena por la muerte de un ser querido. American Academy Of child and Adolescent psychiatry. 2004 oct.
6. American Academy Of pediatrics. The Classification of child and adolescent mental diagnoses in primary care. Washington, D.C. 1996.
7. Peña Frade L, Montaña de Barragán C. Manejo del duelo en niños y adolescentes desde el enfoque cognitivo-conductual. En: Manual clínico de psicología en niños y adolescentes. Madrid: Pirámide; 2000. p.187-209
8. Villanueva Suárez C, García Sanz J. Especificidad del duelo en la infancia. Psiquiatría Pública. 2000; 12 (3): 219-228.
9. XIX Congreso de la AEEC. Mesa Redonda: Aspectos éticos en enfermería. Ponencia: Atención al duelo.
10. Villanueva C. Duelo en la infancia. En: Gamo Medina E organizado por el Servicio de Salud mental de Parla. Seminario Teoría y clínica del duelo. Madrid primer trimestre.1998: 99-125.
11. Dowdney L. Annotation Childhood bereavement following parental death. Journal Reviews of Child Psychology and Psyciatry and Allied Disciplines.2000; 41(7):819-830.
12. Corominas R, Rallo J. Repercusión de la pérdida de figuras paternas en psicología normal y patológica. Revista Clínica española.1972;124 (5): 433-444
13. Luecken J. Childhood Attachment and Loss Experiences Affect Adult Cardiovascular and Cortisol Function. Psychosomatic Medicine.1998; 60(6):765-772.
14. Luecken J. Attachment and loss experiences during childhood are associated with adult hostility, depression, and social support. Journal of Psychosomatic Research.2000;49:85-91.
15. Sipsos Gálvez L., Solano Sanz C. Duelo en los niños. II Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 1 de febrero- 7 de marzo 2001. Disponible en www.psiquiatria.com/congreso. [consultado 13-2-08]
16. Nathaniel Laor MD, Leo Wolmer MA, Meltem Kora MD, Deniz Yucel MA, Smadar Spirman MA, Yanki Yazgan MD. Posttraumatic, Dissociative and Grief Symptoms in Turkish Children Exposed to the 1999 Earthquakes. The Journal of Nervous and mental Disease.2002;190 (12) 824-832.
17. Corominas R, Rallo J, Diago F, Albert J. Consecuencias tardías de la pérdida precoz de los padres (estudio estadístico de una población psiquiátrica ambulatoria). Revista clínica española.1973;129(4): 369-379.
18. Corominas R, Rallo J, Diago F, Albert J. Consecuencias tardías de la pérdida precoz de los padres (estudio estadístico de una población psiquiátrica institucional).Revista clínica española.1975;136(5): 429-437.
19. Pérez Sales P, Vázquez Valverde C. Psicoterapia de apoyo en situaciones traumáticas. Rev Rol Enferm. 2003; 26 (12): 848-856.

20. Saldinger A, Cain A, Porterfiel K. Tensión traumática de manejo en los niños que anticipan la muerte de los padres. *Psychiatry*.2003;66 (2): 168.

21. Cohen J.A, Anthony A, Mannarino P, Knudsen K. Treating Childhood Traumatic Grief: A Pilot Study. *Journal American Academy Child Adolesc. Psychiatry*.2004;43(10):1225- 1233.

22. Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocron Bentata L, Fernández Alonso C, García Campayo J, Montón Fanco C, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. *Atención Primaria*. 1999; 24 supl 1: 133-192.

23. Tizón García JL. PAPPS: Prevención e intervención en la salud mental de la primera infancia, desde los dispositivos de Atención Primaria. *Revista Pediatría de Atención Primaria*. 2002; 5(13): 98-100.

24. García-García JA, Landa Petralanda V, Trigueros Manzano MC. Inventario de experiencias en duelo (IED) de Catherine Sanders (1977): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Atención Primaria*. 2001; 27: 86-93.

HIPOTESIS

La intervención psicoeducativa enfermera disminuirá la aparición de conductas desadaptativas en niños de 6 a 13 años.

OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL

Evaluar la efectividad de una intervención psicoeducativa enfermera en la aparición de respuestas no adaptativas asociadas al proceso disfuncional de elaboración de duelo infantil.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar la efectividad de la intervención psicoeducativa enfermera en la aparición de alteraciones educativas que puedan influir en el rendimiento escolar.
- Valorar si la intervención psicoeducativa enfermera modificará la aparición de alteraciones de la afectividad.
- Valorar si la intervención psicoeducativa enfermera modificará la aparición de conflictos familiares.

- Evaluar la efectividad de la intervención psicoeducativa enfermera en la aparición de conductas disyuntivas.
- Evaluar la efectividad de la intervención psicoeducativa enfermera en la aparición de alteraciones en las actividades de la vida diaria.
- Valorar si la intervención psicoeducativa enfermera modificará la aparición agresividad verbal o física hacia personas y/u objetos.

METODOLOGIA

Diseño: Estudio experimental de tipo ensayo clínico aleatorizado con dos grupos: un grupo experimental cuyos sujetos recibirán la intervención psicoeducativa protocolizada que facilitará la expresión de sus sentimientos, facilitando así la adaptación a la nueva situación en la que se encuentran (Anexo 1) y un grupo control, con las mismas características que el grupo experimental, que no recibirá dicha intervención y al que sólo se le hará el seguimiento habitual en las consultas de Atención Primaria.

Para cuantificar la efectividad de la intervención, se realizará una evaluación pretest-postest en ambos grupos mediante la administración del Test Conducta de los Niños (Anexo 2) y del cuestionario para la recogida de datos de la entrevista familiar (Anexo 3), que nos permitirán conocer la realidad de la que partimos en ambos grupos previa a la intervención y al final de la misma.

Para la recogida de los datos postest se realizarán dos mediciones, a los 6 y a los 12 meses tras finalizar la intervención.

Ámbito de estudio: El estudio será desarrollado, en Centros de Atención Primaria de los áreas 9, 10 y 11 de la Comunidad de Madrid.

Sujetos de estudio: Se incluirán 196 niños y adolescentes (se asignaran aleatoriamente 98 sujetos en cada grupo) de 6 a 13 años, (ya que en el Real Decreto 1575/1993 del 10 de Septiembre, se amplió la visita por el pediatra de 7 a 14 años,) que sean atendidos en los centros de Atención Primaria pertenecientes a los áreas 9,10 y 11 y que hayan experimentado el proceso de muerte de algún familiar de primer grado (padre, madre o hermanos).

El reclutamiento de los posibles participantes en el estudio se efectuará a partir del Programa de Atención a Pacientes Terminales de los Centros de Atención Primaria en los que se desarrolle el estudio. Dicho Programa está implantado desde 1993, con carácter obligatorio, en todas las Gerencias de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Se hará un seguimiento a los pacientes incluidos en este programa, identificando aquellos casos en los que el paciente tuviera hijos o

hermanos de edades comprendidas entre 6 y 13 años, para, en el momento en el que se produzca el fallecimiento, ofertar a la familia la posibilidad de participar en el estudio.

Asimismo, se pedirá la colaboración a los pediatras y enfermeras que trabajen en consultas de pediatría de los Centros de Atención Primaria de las áreas 9,10 y 11 para que remitan a todos aquellos pacientes a los que atiendan y cuyos padres y/o hermanos hayan fallecido en un periodo no superior a 1 año.

Criterios de inclusión:

- Edad comprendida entre 6 y 13 años.
- Fallecimiento de padre, madre o hermano que conviva con el sujeto en un periodo no superior a 1 año.

Criterios de exclusión:

- Divorcio de los padres en los 2 años previos.
- Niños con trastornos conductuales de base.
- Niños y adolescentes con antecedentes psiquiátricos o tratamiento psicológico.

Tamaño muestral: En base a estudios anteriores, hemos considerado un efecto estimado de 0.40, con este dato, admitiendo un error $\alpha = 0.05$, un poder de 0.80, el tamaño total de la muestra será de 196 individuos, 98 en cada grupo.

Selección de la muestra: El equipo investigador seleccionará la muestra empleando un tipo de muestreo aleatorio sistemático de usuarios atendidos en los centros de salud de las áreas en las que se realizará el estudio (áreas 9, 10 y 11). El plazo de reclutamiento se interrumpirá cuando se alcance el tamaño muestral calculado. La asignación de cada sujeto a los grupos experimentales se realizará utilizando un procedimiento de aleatorización.

Procedimiento de aleatorización: La asignación aleatorizada a los grupos experimental y control se hará mediante un listado de números aleatorios. El programa informático determinará los números correspondientes a los sujetos que formarán parte del grupo experimental. Personas ajenas a la investigación numerarán un número de sobres igual al tamaño muestral e introducirán en los sobres un papel en el que se informará si el sujeto pertenecerá al grupo control o al experimental, según el listado de números aleatorios obtenido. Estos sobres se cerrarán y serán entregados al investigador, quien, tras incluir a cada sujeto al estudio y procederá a la apertura del sobre correspondiente donde figurará el grupo asignado al sujeto.

El listado de números aleatorios será guardado por si fuera necesaria su posterior auditoría.

Variables:

Variables de estudio

- Edad.
- Curso escolar real/ideal.
- Rendimiento escolar: nº asignaturas suspendidas en el trimestre anterior
- Parentesco del niño con el fallecido: Hijo/hermano
- Número de pérdidas acaecidas.
- Tiempo en meses que ha transcurrido desde el fallecimiento.
- Reajuste de roles familiares y sustitución: Si/No. Tipo
- Número de hermanos.

Variable Independiente:

Intervención psicoeducativa enfermera (Anexo 2) : Los niños y adolescentes incluidos en el grupo de intervención recibirán una intervención psicoeducativa basada en 7 sesiones semanales individualizadas de 45 minutos, adaptándolas al desarrollo cognitivo y la evolución a lo largo de las sesiones del sujeto (Anexo 1). Para ello se dedicarán 15 minutos extra de interacción con los padres/tutores y se les proporcionará una hoja de registro en el que anotar los comportamientos y experiencias del niño/adolescente (anexo 4).

Variables Dependientes:

Se tendrá en cuenta la puntuación obtenida en el test conducta de los niños, que analiza los siguientes campos:

- Alteraciones educativas.
- Alteraciones de la afectividad.
- Conflictiva familiar.
- Conductas disyuntivas.
- Alteraciones en las actividades de la vida diaria básicas.
- Agresividad verbal o física hacia personas y/u objetos.

Intervención

Se realizará una entrevista familiar con los padres y niños siguiendo un protocolo de acogida a los participantes del grupo control y grupo experimental (Anexo 3). Los niños y adolescentes incluidos en el grupo experimental recibirán una intervención psicoeducativa basada en 7 sesiones semanales individualizadas de 45 minutos, adaptándolas al desarrollo cognitivo y la evolución a lo largo de las sesiones del sujeto. Para ello se dedicarán 15 minutos extra de interacción con los

padres y se les proporcionará una hoja de registro en el que anotar los comportamientos y experiencias del niño/adolescente (Anexo 4).

Instrumentos y mediciones: Para monitorizar el desarrollo de conductas desadaptativas asociadas a la elaboración del duelo se utilizará el Test de Conducta de los niños, el cual consta de 37 preguntas, éstas se evalúan con una puntuación de 0 a 2 (Nunca, alguna vez, siempre o casi siempre). La suma máxima de las puntuaciones obtenida en los ítems es de 74 donde se evidencia una conducta anómala, considerándose conductas adaptativas las que se encuentran entre los valores 0 y 27 (Anexo 5).

La monitorización se hará, en el grupo experimental, antes de iniciar las sesiones psicoeducativas, a los 3, a los 6 y a los 12 meses. Los niños y adolescentes del grupo control serán monitorizados en el momento de la inclusión en el estudio y a los 3, 6 y 12 meses, ya que las conductas desadaptativas pueden variar en estos periodos de tiempo.

Recogida y Análisis de los datos:

Se realizará un análisis descriptivo mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes para las diferentes variables del estudio. Se efectuarán medidas repetidas, al inicio del estudio, a los seis meses y al año de la intervención. Los datos se agruparán en torno a valores centrales (media, mediana) y desviación típica, acompañados del rango y amplitud. Como en este estudio manejaremos variables cuantitativas y cualitativas en ambos grupos, para las comparaciones entre ellas emplearemos la T-Student o ANOVA cuando se comparen variables cuantitativas y cualitativas, y la Chi-cuadrado para relacionar variables cualitativas. Además, mediremos la diferencia entre pre y post en cada grupo con el estadístico de contraste para medidas relacionadas o repetidas y para las determinaciones de las diferencias de los dos grupos en el postratamiento, el estadístico de contraste para muestras independientes o su equivalente no paramétrico.

Todo ello se realizará mediante paquete estadístico SPSS.

Para fijar la significación estadística se asumirá un riesgo de error alfa del 5%.

Limitaciones del estudio

- Imposibilidad de doble ciego. El investigador conocerá qué individuos pertenecen al grupo experimental y cuáles al control. Intentaremos solventar el problema en la fase de análisis de los datos, ya que la persona que analice los datos no conocerá la identidad de cada grupo, de tal forma no sabrá a qué grupo pertenecen los resultados.

- Falta de derivación de los pacientes que cumplan los criterios de inclusión. Es preciso que los niños que cumplan los criterios de inclusión al estudio, sean derivados por parte de otros profesionales (pediatra y enfermera de Atención Primaria), a quienes solicitaremos su colaboración.

- Al realizarse el estudio en diferentes áreas sanitarias, puede haber cierta variabilidad socioeconómica, pero entendemos que las repercusiones que ello pueda tener serían comparables en ambos grupos y podrán ser evaluadas con la variable de reajuste de roles familiares.
- Alguno de los sujetos que participen en el estudio pueden ser conscientes de este hecho y condicionar así sus respuestas, o también por el condicionamiento que supone la aplicación de un mismo instrumento de medida en más de una ocasión.
- Colaboración insuficiente por parte de los padres/tutores legales de los niños para facilitar su participación en el estudio, así como posibles abandonos, sujetos a variaciones socio-económicas (imposibilidad de asistencia a las consultas de seguimiento, cambios de domicilio, etc.).
- Interacciones entre sujetos de diferentes grupos, aunque este hecho no es muy probable, ya que se excluirá a aquellos niños cuyos hermanos hayan sido previamente incluidos en un grupo diferente del estudio. Se eliminan y se aceptan a varios hermanos en el tratamiento si reúnen los criterios de inclusión en el estudio.

Aspectos éticos

- Se pondrá en conocimiento de la Dirección de Gerencia de las Áreas de la Comunidad de Madrid la realización del estudio, y se solicitará la autorización del mismo por el Comité de la Fiscalía de Menores.
- Se informará a los sujetos que cumplan los criterios de selección que tienen derecho a decidir voluntariamente si participarán en el estudio sin el riesgo de exponerse a represalias o a un trato perjudicado, así mismo tienen derecho a dar por terminada su participación en cualquier momento.
- Antes de incluir a un participante en el estudio se le informará verbalmente de los objetivos del estudio y en qué consistirá su actuación en el mismo, y se entregará un documento de consentimiento informado (Anexo 5) en el que se reforzará por escrito la información dada verbalmente y se hará hincapié en la confidencialidad de los datos y el tratamiento agregado de los mismos.
- La participación en el estudio será consentida tanto por aquellos menores con capacidad para decidir si participan o no, como, y en todo caso, por los padres/tutores de todos los sujetos que se incluyan en el estudio.

- Se explicará a los padres/tutores y niños que se mantendrá una absoluta confidencialidad de la información obtenida en el estudio, garantizando así el derecho a la privacidad de los sujetos participantes.

- Si se corrobora la hipótesis de investigación, realizaríamos la intervención en los niños que formaron parte del grupo control, así como en los niños que fueron excluidos debido a los criterios de selección de la muestra establecidos.

UTILIDAD PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS

Si se confirma la hipótesis de investigación se podrían implementar programas específicos de atención al duelo en esta población dentro del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de Atención Primaria (PAPPS), que, como ya hemos comentado, actualmente no describe subprogramas de atención en el duelo infantil, aunque sí incluye subprogramas y actividades que abordan el duelo del adulto y del anciano. Se podría elaborar una guía de actuación que dotaría así a los profesionales sanitarios de conocimientos para la puesta en práctica en su quehacer diario de actividades que facilitarían su actuación en aras de ayudar al niño y al adolescente a resolver los conflictos inherentes a la separación y facilitarle la elaboración de su duelo.

Si la intervención enfermera se confirma como herramienta de ayuda en la elaboración del duelo infantil, se evitará la aparición de psicopatología inmediata y el incremento del riesgo de padecer trastornos psicopatológicos posteriores (alteraciones conductuales en la edad adulta, no elaboración del duelo, alteraciones del rol familiar, trastornos de ansiedad y depresión en la edad adulta debidos a un afrontamiento ineficaz del duelo), fomentando, consecuentemente, la calidad de vida del niño tanto en futuro inmediato como a largo plazo.

Aunque el ámbito de estudio del proyecto de investigación versa sobre Atención Primaria, no queremos olvidar la red asistencial de Salud Mental desde la cual también se aborda el "El Duelo"; y sobre todo los Centros de Salud Mental que dispongan de enfermería con agenda de pacientes pediátricos. Estos profesionales de enfermería podría utilizar esta herramienta para la continuidad de cuidados de sus pacientes infantiles.

Si se consigue ayudar a los niños en la elaboración del duelo, conseguiríamos también reducir la ansiedad familiar al adquirir éstos mecanismos de afrontamiento eficaces, lo que, junto con la no aparición de conductas desadaptativas, mejorará la convivencia del núcleo familiar.

Los resultados de la investigación serán difundidos en congresos nacionales e internacionales, revistas especializadas, así como a representantes sanitarios y de colegios y otros lugares considerados de interés.

PLAN DE TRABAJO

Cronograma

Duración del estudio: 2 años

Primera etapa: Fase de actualización de la revisión de la literatura existente y preparación de los registros (3 meses).

- Revisión crítica de la literatura existente (equipo investigador).
- Reunión con Dirección de Enfermería.
- Información de los objetivos del estudio y de su forma de desarrollo (investigador principal).
- Realización de encuentros y reuniones del equipo investigador para coordinar y homogeneizar los criterios para la recogida de datos (equipo investigador)
- Preparación de la hoja de registro de datos (equipo investigador).
- Definición y revisión de la intervención psicoeducativa.
- Realización de una prueba del registro piloto para ver la idoneidad del mismo (equipo investigador)

Segunda etapa: Fase de recogida de los datos (12 meses).

- Selección de los sujetos de estudio según los criterios de inclusión por muestreo aleatorio.
- Información y consentimiento a los participantes (equipo investigador).
- Realización de la intervención psicoeducativa.
- Recogida de datos (equipo investigador).

Tercera etapa: Fase de análisis de los datos (4 meses).

- Seguimiento y evaluación de la intervención psicoeducativa.
- Construcción de la base de datos (apoyo externo)
- Inclusión de los datos recogidos en la base de datos para su posterior análisis estadístico (SPSS). (apoyo externo)
- Explotación estadística de los datos recogidos (apoyo externo)
- Elaboración de los resultados de la investigación (equipo investigador)
- Elaboración de conclusiones (equipo investigador)
- Elaboración de la versión definitiva del estudio (investigador principal).

Cuarta etapa: Fase de divulgación de resultados (5 meses).

María del Carmen Pérez González

- Elaboración detallada del informe (equipo investigador).
- Redacción del artículo científico en español y en inglés para su publicación en revistas científicas. (equipo investigador).
- Redacción del artículo científico en español y en inglés para su difusión en congresos (equipo investigador).
- Difusión de los resultados en diferentes medios y en diferentes ámbitos (profesional, comunitario y científico) (equipo investigador).

AYUDA SOLICITADA Y JUSTIFICACIÓN DE LA MISMA

Material inventariable:

Material informático: Sería necesario contar con el programa informático SPSS, que supone un soporte informático imprescindible para el análisis de los datos de obtenidos.

Asimismo, sería imprescindible el uso de un ordenador portátil que permitiría a los investigadores agilizar el procesamiento de los datos recogidos, así como pen-drives que permitirían la grabación de datos.

Material fungible: En cuanto al material fungible, precisaremos todo lo necesario para la elaboración del proyecto y la posterior difusión de los resultados del mismo.

Los resultados de la investigación serán difundidos a la autoridades y profesionales sanitarios de la Comunidad Autónoma de Castilla y León, y a nivel comunitario dirigido a las asociaciones de la tercera edad, de mujeres y centros cívicos, por lo que se hace necesario realizar folletos de carácter divulgativo.

Viajes y dietas: Precisaremos el dinero necesario para los viajes de campo que deberá realizar el equipo investigador en la realización del mismo, ya que es necesario que se produzcan reuniones entre el equipo investigador para la preparación y coordinación del equipo. También será necesaria la asistencia a un congreso para difundir los resultados.

Contratación servicios externos: Parte del dinero obtenido se destinará a la contratación de personas que realicen labores como la creación de la base de datos, la inclusión de los datos en la base, y el análisis de los datos estadísticos.

María del Carmen Pérez González

PRESUPUESTO

a) Adquisición de bienes y contratación de servicios (Inventariable, fungible y otros gastos)	
Material informático	1.800,00 €
Bibliografía (global)	500,00 €
Material oficina Fase recogida y análisis datos: Edición cuestionarios registro	300,00 €
Material oficina Fase verificación resultados: Material proceso verificación e informes resultados	1.000,00 €
Material oficina Fase divulgativa: Edición informe investigación, redacción artículos científicos, folletos divulgativos para sesiones informativas en C. Sanitarios CCMM, asociaciones comunitarias y material evento presentación resultados Autoridades y Responsables C. Sanitarios CCMM	600,00 €
Diseño-Elaboración Base Datos Estadística	150,00 €
Registro Información Base Datos (60h)	960,00 €
Asesoramiento Estadístico Análisis Datos	1.300,00 €
Servicios externos, una enfermera especialista en salud mental contratada a media jornada durante ocho meses	8.000,00 €
Traducción Resultados a Inglés	610,00 €
Alquiler de local para presentación de resultados del estudio en Comunidad Madrid.	500,00 €
SUBTOTAL	15.720,00 €
b) Viajes y dietas	
Dietas de campo	300,00 €
Divulgación resultados:	
Congreso Nacional Enfermería Salud Mental	1.500,00 €
Congreso Internacional de Enfermería en Salud Mental	3.000,00 €
Encuentro Investen: Foro investigaciones	2.000,00 €
SUBTOTAL	6.800,00 €
SUBTOTAL GASTOS EJECUCIÓN	22.520,00 €
TOTAL AYUDA SOLICITADA	22.520,00 €

ANEXO I: CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PADRES/TUTORES LEGALES PARA EL ESTUDIO EXPERIMENTAL BASADO EN LA EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA ENFERMERA COMO HERRAMIENTA DE AYUDA EN LA ELABORACIÓN DEL DUELO INFANTIL.

Estamos realizando un estudio experimental para crear una herramienta de ayuda en la elaboración del duelo infantil, mediante la realización de siete sesiones psicoeducativas con sus correspondiente test de valoración.

D/D^a.....

A los efectos oportunos y para que conste donde proceda; declaro, en la fecha de hoy.....en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente autorizo a mi hij@/tutorizad@:en la participación en el proyecto.

Que he sido informado/a por D^a..... de mi autorización en el estudio. Que mi autorización tiene carácter voluntario.

Los datos obtenidos tendrán carácter confidencial y serán tratados en su conjunto, no de forma individual.

Además he comprendido que existe una mejoría de los pacientes que realizan el protocolo.

Que he comprendido correctamente la información referida sobre el tratamiento propuesto y los beneficios y riesgos que conlleva, información que se me ha dado con claridad. Y que doy mi consentimiento para que se me incluya en el estudio a mi hijo o tutorizado, pudiendo en todo momento, retirarme de él voluntariamente, sin que esto repercuta en mis cuidados enfermeros.

Y, para que así conste, firme el presente documento.

En....., a.... de.....de 20...

Paciente: D/Dña:.....

Fdo:..... DNI:.....

ANEXO II: INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

SESIÓN 1: INTRODUCCIÓN

Objetivos:

1. Establecer relación empática con el paciente.
2. Identificar por qué el paciente quiere acudir a la consulta y qué espera aprender con ello.
3. Ayudar a los niños y adolescentes a comprender y expresar sus sentimientos relacionados con sus experiencias de pérdida de personas allegadas.
4. Proveerle de figuras intermedias (familiares).
5. Estimular lo social.

Procedimiento:

1. Pedirle que explique algo sobre la persona allegada que ha fallecido o está gravemente enferma. Brindarles el tiempo necesario.
2. Repartir papel y rotuladores, pedir que doblen el papel horizontalmente y luego verticalmente por la mitad; el papel quedará dividido en cuatro rectángulos. Pedirles que escriban en cada rectángulo un sentimiento relacionado con la muerte o la enfermedad y que dibujen en cada rectángulo una cara que exprese su sentimiento.
3. Hablar sobre los sentimientos que han experimentado sin forzar las situaciones pues algunas personas no quieren reconocer cómo se sienten.
4. Preguntar si es útil hablar de los sentimientos con otras personas, y reforzar positivamente por haberlo hecho.
5. Recordar la confidencialidad.

SESIÓN 2: ¿QUÉ ES LA MUERTE Y CÓMO SUCEDE?

Objetivos:

1. Ayudar a comprender la definición de muerte y procurar que ellos mismos la definan con sus propias palabras.
2. Tomar conciencia de que la muerte es una parte inevitable del ciclo natural.
3. Crear el espacio y el lugar que impide el acceso a nuevas personas
4. Promover el conocimiento de las diversas causas de la muerte y cómo las diversas circunstancias pueden afectar las reacciones de la persona ante la muerte.

Procedimiento:

1. Pedir que digan una definición de muerte según su opinión.
2. Explicar la definición legal de la muerte.
3. Preguntar si sólo se mueren las personas. Remarcar que el morir es parte de la naturaleza, comentar que cómo todos los elementos de la naturaleza (plantas, animales, insectos, personas, etc.) siguen este patrón cíclico.
4. Pedir que hagan un resumen de lo tratado en el día.

SESIÓN 3: SENTIMIENTOS PRODUCIDOS POR LA PÉRDIDA

Objetivos:

1. Informar sobre algunos de los sentimientos principales asociados con el fallecimiento de personas conocidas.
2. Proporcionar oportunidad de ver que estas emociones pueden ser experimentadas por la persona que va a fallecer así como por sus amigos y familiares
3. Ayudar a reconocer y entender esas emociones en ellos mismos.
4. Aceptar pulsiones agresivas sin culpa

Procedimiento:

1. Explicar las fases y emociones del duelo que muchas familias de personas fallecidas experimentan. Comentar las siguientes emociones según Küber-Ros: negación, aislamiento, enojo, negociación, depresión y aceptación
2. Preguntan si se han sentido alguna vez de esas maneras, que pueden hacer cuando se sientan así, si pueden ser ayudados de alguna forma.
3. Remarcar la idea de que esas emociones pueden presentarse una y otra vez durante el proceso de muerte o anticiparse mucho antes de que tenga lugar el fallecimiento.
4. Enfatizar que son emociones y sentimientos normales cuya comprensión ayuda a saber qué se puede esperar.

SESIÓN 4: LA IMPORTANCIA DEL FUNERAL

Objetivo:

1. Brindar la ocasión para que los niños y adolescentes comenten sus deseos y experiencias al asistir a funerales.
2. Comprender la importancia del rito funerario al abordar la muerte.
3. Ilustrar que todas las culturas comparten la necesidad de conmemorar a sus difuntos.

Procedimiento:

1. Comentar lo que sucede después de la muerte de una persona: la mayoría de las veces el cuerpo permanece en un servicio de pompas fúnebres, los familiares se encargan de los preparativos para el entierro o la incineración, se elige el ataúd o la urna; se decide si habrá ceremonia religiosa y se planifica el proceso.
2. Si muestran curiosidad acerca de los detalles relacionados con el entierro, procurar responder del modo más sincero posible.

SESION 5: UN EPITAFIO PERSONAL

Objetivo:

1. Dar oportunidad para que los niños y adolescentes elaboren un último documento, dibujo, fotografía; expresando sus sentimientos relativos a la persona que va a fallecer o ha muerto.

Procedimiento:

1. Comentar el hecho de que mucha gente acude al entierro en un acto público. Exponer que también puede ser útil encontrar formas privadas de recordar a la persona que ha fallecido. Pueden incluir algunos de los siguientes contenidos: nombre de la persona, edad, relación, alguna afición, qué hizo en su vida, algún acontecimiento relevante que vivió, comida, color, estación, canción favorita.....; algo que compartieron.

SESIÓN 6: AUTOSUPERACIÓN.

Objetivos:

1. Ofrecer métodos alternativos de afrontamiento de los profundos sentimientos generados por la pérdida de personas conocidas.
2. Comprender que para superar una pérdida es un lento proceso en el que los adolescentes pueden elegir los métodos para conseguirlo de forma saludable.

Procedimiento:

1. Pedir que cierren los ojos y recuerden una situación en la que se encontraron muy tristes alterados o desanimados. Comentar respuestas autodestructivas que podrían haberse realizado para afrontar sus problemas.
2. Insistir que para superar el fallecimiento de alguien a quien queríamos requiere tiempo. Si escogemos métodos de afrontamiento positivos puede ayudar a acelerarlo; proponer entre paciente y terapeuta algunas formas positivas que pueden ayudar a superarlo.
3. Enseñar técnicas de relajación como método tranquilizador, relajación física (método Jacobson) e imaginación mental. Remarcar la idea de que "la represión del odio impide desarrollar la capacidad de amor".

SESIÓN 7: DESPEDIDA

Objetivos:

1. Repasar lo tratado en anteriores sesiones.
2. Ilustrar la importancia de las despedidas.
3. Informar sobre lo que ha supuesto las 8 sesiones en el proceso de duelo.
4. Sesión compartida por los pacientes y los padres, que el niño narre su experiencia de la terapia a los padres y entre ambos que identifiquen y preparen los recuerdos de la persona fallecida para el futuro.

ANEXO III: PROTOCOLO DE RECEPCIÓN

1. DATOS PERSONALES

Nombre:.....
Teléfono: Sexo.....
Fecha y lugar de nacimiento: Edad:
Nombre de la madre:
Nombre del padre:
Pediatra:.....
Colegio:..... Curso:
Corresponde con su edad: Peso: Talla: IMC:

2. ANÁLISIS DE LA DEMANDA

-Derivación:

- Urgencia hospitalaria
- Ingreso hospitalario
- Atención primaria
- Servicios sociales
- Otros:.....

-Origen de la demanda:

- Familia
- Escuela
- Médico
- Institución
- Petición propia

3. GENOGRAMA

4. HISTORIA PERSONAL:

- Desarrollo evolutivo: Planificación, embarazo, parto, alimentación, sueño, miedos, desarrollo psicomotor (sonrisa social, mantenimiento de la mirada, sostén cefálico, contacto físico, sentarse, marcha, primeras palabras, lenguaje, control de esfínteres primario y secundario, relaciones con padres y adultos)

-Antecedentes somáticos, psicológicos, psiquiátricos y tratamientos previos:

-Acontecimientos significativos relativos al niño y la familia: (Nacimientos, muertes, separaciones, cambios laborales, escolares o residenciales....)

María del Carmen Pérez González

5. HISTORIA ESCOLAR:

Guardería, colegio, cambios de centro, adaptación, relación con otros niños y profesores, resultados escolares, ayudas pedagógicas complementarias, atención psicológica).

6. OCIO Y TIEMPO LIBRE

- Actividades extraescolares, hobbies, deportes, etc...)
- Esquema de un día normal.

ANEXO IV: HOJA DE CONDUCTA DE LOS NIÑOS

Cambios de conducta							
Aplicación en la práctica							
Sentimientos después							
Sentimientos antes							
Sesión							
Fecha							

ANEXO 5: TEST DE CONDUCTA DE LOS NIÑOS

NORMAS: este test va dirigido a padres y madres, que deben responder sobre cuestiones referidas a su hijo o hija. El test es aplicable a niños/as entre 2 y 17 años. Lea atentamente cada frase y conteste una de las opciones (Médicodirecto, S.L. Diciembre 2000).

Nunca o casi nunca Alguna vez Siempre o casi siempre

	0 PUNTOS	1 PUNTO	2 PUNTOS
1. Tarda mucho en vestirse			
2. En cada es muy desobediente			
3. Tiene malos modales en casa			
4. Lloriquea o gimotea			
5. Se niega a hacer las tareas que se le piden			
6. Tarda o pierde el tiempo cuando es hora de ir a la cama			
7. Tiene poca capacidad de atención			
8. Se comporta de forma desafiante cuando se le pide que haga algo			
9. Se niega a obedecer hasta que se le amenaza con castigos			
10. Fastidia a otros niños			
11. Insulta y discute con sus hermanos/as o compañeros/as			
12. Se enfada cuando no se sale con la suya			
13. Reclama atención constantemente			
14. Es un contestón/a			
15. Se niega a comer la comida que se le ofrece			
16. Se distrae con facilidad			
17. Se pega con sus hermanos/as o compañeros/as			
18. Pega a sus padres			
19. Maltrata sus juguetes u otros objetos			
20. miente			
21. Tarda mucho en vestirse			
22. Coge cosas que no le pertenecen			
23. Discute con los padres sobre normas de la casa			
24. Insulta y discute con los niños de su edad			
25. Tiene dificultad para entretenerse solo/a			

26. Se pega con niños de su edad			
27. Es muy gritón/a o chillón/a			
28. Es descuidado/a con los juguetes y las cosas			
29. Interrumpe a los adultos			
30. Tarda mucho en vestirse			
31. Lloro con facilidad			
32. Se niega a ir a la cama a la hora			
33. Tiene dificultad para acabar lo que empieza			
34. Tiene rabietas			
35. Tiene dificultad para concentrarse en las cosas			
36. Le cuesta estar quieto/a un momento			
37. Se hace pis en la cama			

PUNTUACIÓN TOTAL:

Baremaciones por alteraciones:

- Alteraciones educativas (número de pregunta: 7, 10, 16, 22, 33, 35)
- Alteraciones de la afectividad (número de pregunta: 4, 12, 13, 25, 31, 34, 36)
- Conflictiva familiar (número de pregunta: 2, 3, 5, 6, 8, 9, 23, 27, 29, 32)
- Conductas disyuntivas (número de pregunta: 14, 15, 20)
- alteraciones en las actividades de la vida diaria básicas (AVD-B) (número de pregunta: 1, 21, 37)
- Agresividad verbal o física hacia personas y/u objetos (número de pregunta: 11, 17, 18, 19, 24, 26, 28, 30)

Resultados:

- Ø De 0 a 27: conducta dentro de la normalidad
- Ø De 28 a 74: conducta anómala que precisa de ayuda