

GUÍA DE CONSULTA

Lo que hoy sabemos de los niños altamente sensibles

Datos, fuentes y señales para comprender, distinguir y decidir cuándo consultar

EDICIÓN 2026 · MATERIAL COMPLEMENTARIO DE "NIÑOS ALTAMENTE SENSIBLES"

"Comprender antes de actuar"

Christian Duarte, PhD MSc

ALTAMENTESENSIBLE.COM

ZEN BOOKS

Guía de consulta. Lo que hoy sabemos de los niños altamente sensibles

Edición 2026. Material complementario de "Niños Altamente Sensibles. Conoce, comprende y acompaña a tu hijo sensible"

Christian Duarte, PhD MSc

Línea editorial: comprender antes de actuar.

Derechos reservados © 2024-2026, Christian Duarte Varela

Publicado por Zen Books

Esta guía es un material complementario de apoyo a la lectura del libro. Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta obra, así como su traducción a cualquier idioma, sin el permiso escrito del titular de los derechos de autor, salvo en el caso de citas breves incluidas en reseñas y de otros usos no comerciales permitidos por la ley.

Esta guía tiene una finalidad informativa y educativa. No sustituye la valoración de un profesional de la salud o de la educación. Ninguna lista de esta guía sirve para puntuar a un niño ni para diagnosticarlo.

Los datos y las fuentes se revisaron entre el 8 y el 10 de octubre de 2026. Las ediciones siguientes llevarán su propia fecha de revisión.

Para consultas y permisos, escribe a hola@christianduarte.com

altamentesensible.com

Antes de empezar

El hacha

Un hombre perdió el hacha. La buscó en el cobertizo, debajo del banco, entre la leña, y no estaba. Entonces se acordó del hijo del vecino, un chaval que andaba siempre por allí, y empezó a mirarlo.

Y cuanto más lo miraba, más claro lo veía. El chico andaba como anda un ladrón. Saludaba como saluda un ladrón, con la cabeza un poco gacha. Hablaba poco, como hablan los que tienen algo que esconder. Hasta la manera de apoyarse en la cerca, con las manos en los bolsillos, era la de alguien que sabe dónde hay un hacha que no es suya.

Unos días después el hombre fue a cavar al huerto y el hacha apareció bajo un montón de tierra, donde la había dejado la última tarde que estuvo allí. La limpió, la colgó en el cobertizo y volvió a la cerca. El hijo del vecino pasó, lo saludó con la cabeza un poco gacha y se apoyó con las manos en los bolsillos. Y no había nada en él, ni en el paso, ni en la voz, ni en las manos, que pareciera de ladrón.

Pienso en esa cerca cada vez que oigo a un padre decir "es que es muy sensible" con el mismo tono con el que se dice "es que es muy vago". A veces la palabra viene de un libro, a veces de una abuela, a veces de un foro. Y a partir de ahí todo lo que el niño hace la confirma: la rabieta, el silencio, el jersey que pica. La palabra explica tanto que deja de hacer falta mirar.

¿Cuánto de lo que ves en tu hijo es tu hijo, y cuánto es la palabra con la que lo miras?

Origen: Liezi, libro VIII, "El hombre que perdió el hacha" (China, siglo IV a. C. aproximadamente). Dominio público. Se quita el marco filosófico original y se añade la escena final en la cerca.

Esta guía está hecha para responder a esa pregunta con datos. "Niños Altamente Sensibles" cuenta qué le pasa a un niño que procesa el mundo con más detalle y por qué. Esta guía añade lo que un libro no puede llevar dentro: lo que la investigación ha comprobado y lo que no, dónde se parece la sensibilidad a otras cosas y en qué se distingue, qué es esperable a cada edad y cuándo conviene pedir una cita. Está escrita para consultar, no para leer de un tirón.

CÓMO USAR ESTA GUÍA

Cuatro maneras, según lo que necesites hoy.

1. **Repasar el libro.** La primera parte resume las cinco partes del libro en cinco páginas, con la remisión al capítulo. Sirve de mapa y de recordatorio.
2. **Comprobar un dato.** La segunda parte (lo que dice la ciencia) y la tercera (mitos y realidades) llevan cada afirmación con su fuente, con el nombre del primer autor y el año. La lista completa, con su identificador de PubMed, está al final.
3. **Salir de una duda.** "¿Es sensibilidad o es otra cosa?" y "Etapa por etapa" sirven para orientar, nunca para diagnosticar. Si al leerlas se te enciende una alarma, la séptima parte te dice qué llevar a la consulta.
4. **Hablar con el colegio.** La sexta parte explica cómo funciona la orientación en España y trae una ficha de presentación y una carta para el tutor, listas para rellenar.

Lo que no vas a encontrar aquí son ejercicios, guiones ni hojas de registro. Eso está en "Corazones valientes, niños sensibles" y en los cuadernos "El kit de calma" y "El mapa de la sobreestimulación". La tabla de la última parte dice dónde se entiende cada tema y dónde se practica.

Tres advertencias que valen para todo lo que sigue

La alta sensibilidad es un rasgo, no un diagnóstico. Describe una manera de procesar lo que se percibe y se siente. Todos la tenemos en mayor o menor grado; algunos niños la tienen alta. No está en ningún manual diagnóstico y no hace falta que esté: no es una enfermedad ni un trastorno.

Parecido no es igual. Un niño al que le molesta el ruido, que necesita rutinas y que tarda en entrar en un grupo puede ser muy sensible. También puede tener ansiedad, TDAH, autismo o varias cosas a la vez. La diferencia no está en el rasgo que ves, sino en cómo aparece, dónde y cuánto limita. Cuando dudes, consulta: esta guía te dice a quién.

Ningún dato de esta guía sirve para puntuar a tu hijo. Hay escalas validadas, y la guía dice cuáles son y a qué edad se pueden usar. Pero las aplica e interpreta un profesional, y ni siquiera entonces son un diagnóstico.

Lo esencial del libro en cinco páginas

Una página por cada parte del libro. No sustituye la lectura: recoge las ideas que sostienen cada bloque, tal como quedan en la edición revisada de 2026, y dice en qué capítulo se desarrollan. Si llevas tiempo sin abrir el libro, empieza por aquí.

Parte I. Introducción al mundo de los niños altamente sensibles Capítulos 1 a 3

La primera parte sienta el suelo: qué es el rasgo, cuántos niños lo tienen, de dónde viene y qué no es.

- La alta sensibilidad es un rasgo de temperamento, no una enfermedad ni un trastorno: consiste en procesar más a fondo lo que se percibe y se siente. Cap. 1
- Entre un 20 y un 35 % de los niños se sitúa en el grupo de sensibilidad alta según las escalas validadas. Es un continuo, no un sí o un no. Introducción y cap. 1
- Es en buena parte innata (los estudios con gemelos atribuyen a la herencia en torno al 47 % de las diferencias), pero el entorno modula cómo se expresa. Prólogo y cap. 2
- La crianza no causa el rasgo. Los padres no tienen la culpa, pero sí influyen mucho en cómo el niño aprende a manejarlo. Cap. 1, "Rompiendo mitos sobre la culpabilidad parental"
- No hay un "gen de la sensibilidad" ni pruebas de que estos niños tengan más dopamina o serotonina, una amígdala más reactiva o un nervio vago menos desarrollado. Los mecanismos cerebrales aún no se conocen bien. Cap. 2
- Sensibilidad no es timidez ni introversión. Muchos niños sensibles observan antes de participar; algunos son extrovertidos. Caps. 1 y 3
- La sensibilidad puede coexistir con TDAH, autismo o altas capacidades. Ante la duda, evaluación profesional, no etiqueta. Caps. 1 y 3
- Para valorar el rasgo existe una escala validada (HSC, con versión española para padres). Ninguna escala es un diagnóstico. Cap. 3 y preguntas frecuentes

Parte II. Desafíos comunes y cómo abordarlos Capítulos 4 a 7

La segunda parte entra en el día a día: las emociones intensas, la sobrecarga, las rutinas y la cooperación.

- Las emociones intensas no son un capricho. El niño necesita que el adulto le ayude a calmarse (corregulación) antes de poder hacerlo solo. Cap. 4
- Proteger y desafiar a la vez: el objetivo es un entorno seguro que también le haga crecer, no evitarle todo lo que le cuesta. Cap. 4, "Balanceando protección y desafío"
- La sobrecarga sensorial se acumula a lo largo del día. Se previene mejor que se apaga. Cap. 5
- El contacto afectuoso suele calmar. El libro ya no atribuye ese efecto a la oxitocina ni al nervio vago, porque no está demostrado en niños sensibles. Caps. 2, 4 y 5
- Las rutinas y los rituales dan previsibilidad y facilitan las transiciones. Cap. 6
- Cada niño sensible es distinto: el rasgo se combina con otros rasgos de temperamento (actividad, persistencia, tendencia a acercarse o a retirarse). Caps. 6 y 7
- Cooperación no es obediencia. El niño coopera mejor cuando entiende y se siente escuchado. Cap. 4

Parte III. Crianza y desarrollo emocional Capítulos 8 a 11

La tercera parte es la tesis del libro: con estos niños, lo que hacen los padres pesa más.

- La crianza marca más diferencia en los niños sensibles, para bien y para mal. Es la idea con más respaldo científico de todo el libro. Cap. 8, "La crianza marca la diferencia"
- El autocuidado de los padres no es un lujo. El agotamiento parental es real y tiene modelo teórico propio. Cap. 8
- Límites claros con empatía, en un entorno predecible. Cap. 8
- Padres sensibles y no sensibles aportan cosas distintas. Conocer la propia sensibilidad ayuda a no confundir lo del adulto con lo del niño. Cap. 9
- Validar y poner nombre a las emociones es la base de la competencia emocional y social. Cap. 10
- Corregir sin humillar: la disciplina dura perjudica más a los niños reactivos. Cap. 11
- Las diferencias de sensibilidad entre hermanos y en la pareja piden ajustar, no comparar. Cap. 10

Parte IV. De la cuna a la juventud Capítulos 12 a 17

La cuarta parte recorre las edades. Es la que más cambió en la revisión de 2026, sobre todo en bebés y en señales de alarma.

- En bebés no se puede identificar la alta sensibilidad. Se habla de "bebé muy reactivo", sin predecir qué será. Cap. 12
- Sueño seguro sin excepciones: boca arriba, cuna con colchón firme y plano, nada blando, nada de mantas con peso ni infusiones. Cap. 12
- Señales de alarma del llanto y del desarrollo: cuándo ir al pediatra y cuándo llamar al 112. Caps. 12 y 13
- Separaciones y miedos: pasos pequeños y graduales. Evitarlo todo mantiene el miedo. Caps. 13 y 14
- Si la insistencia en lo igual es muy rígida, evita mirar a los ojos o pierde habilidades que ya tenía, consultar: la sensibilidad no excluye el autismo. Caps. 13 y 14
- Tristeza o irritabilidad casi a diario durante más de dos semanas, o hablar de morir: consulta sin esperar. Línea 024 y 112. Caps. 15 y 17
- En España la escolarización es obligatoria de 6 a 16 años. Ante un colegio que abruma: tutor, orientación o cambio de centro. Ante acoso: protocolo del centro y 900 018 018. Cap. 16
- La adolescencia es la etapa de construir identidad e independencia con la familia como base. Cap. 17

Parte V. Recursos y estrategias avanzadas Capítulos 18 a 23

La quinta parte reúne lo que ayuda a largo plazo y retira lo que no está demostrado.

- La autorregulación se aprende con apoyo. Reducir estresores innecesarios no significa evitarlo todo. Cap. 18
- Sueño: hora fija y ritual flexible. Las horas recomendadas son las mismas que para cualquier niño. Caps. 18 y 22
- Mantas con peso, aceites esenciales y apps no son tratamientos. El mindfulness tiene efectos pequeños. Caps. 18 y 19
- Pantallas: la referencia en España es la Asociación Española de Pediatría (evitar hasta los 6 años; menos de 1 hora de 7 a 12; menos de 2 horas de 13 a 16). Cap. 19
- Comunicación: tono tranquilo, corregir en privado, disculparse cuando toca. Cap. 20
- Colegio y guardería: adaptación gradual y colaboración con los educadores. Cap. 21
- Recursos fiables: Sensitivity Research (grupo de Michael Pluess), Child Mind Institute en español, Línea 024, 112 y 900 018 018. Cap. 22

Lo que dice la ciencia hoy

Diez fichas. Cada una tiene tres líneas: el dato tal como lo publicaron los investigadores, lo que significa para un padre o una madre, y la fuente. Las fuentes aparecen con el primer autor y el año; la referencia completa está al final de la guía. Si un dato no está aquí, lo más probable es que no esté comprobado en niños.

Ficha 1. Qué es

EL DATO. La "sensibilidad ambiental" describe las diferencias entre personas en cómo perciben y procesan lo que les rodea, lo bueno y lo malo. La sensibilidad de procesamiento sensorial que describió Elaine Aron es una de las maneras de medir esa diferencia.

PARA PADRES. No es un diagnóstico ni una etiqueta clínica. Es un rasgo que todos tenemos en algún grado y que algunos niños tienen alto. Decir que un niño "es" altamente sensible es un atajo útil, pero lo exacto es decir que puntúa alto en una escala que mide ese rasgo.

Pluess 2015; Greven 2019.

Ficha 2. Cuántos niños

EL DATO. Con la escala HSC, el grupo de sensibilidad alta reúne entre el 20 y el 35 % de los niños y adolescentes de 8 a 19 años. En preescolares observados con un sistema validado, el 22,5 %.

PARA PADRES. No es raro: es frecuente. Los grupos son una manera de ordenar un continuo, y sus límites cambian según la muestra y según quién responda. En Alemania, cuando contestaron los padres, salieron dos grupos y no tres. Lo que no cambia es que no hay un punto de corte que convierta a un niño en "sensible" y a otro en "no sensible".

Pluess 2018; Weyn 2025; Wehrli 2026.

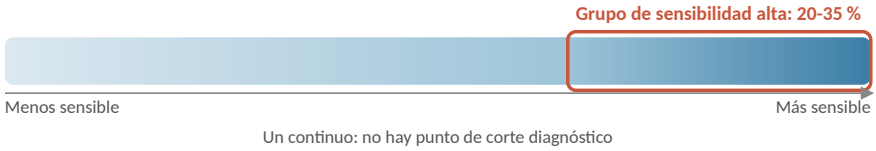


Figura 1. Un continuo, no un interruptor. Con la escala HSC, entre el 20 y el 35 %% de los niños y adolescentes de 8 a 19 años se sitúa en el grupo de sensibilidad alta. Los límites entre grupos cambian según la muestra y según quién responda. Fuente: Pluess 2018; Weyn 2025; Wehrli 2026.

Ficha 3. Herencia y entorno

EL DATO. En 2.868 gemelos adolescentes, la herencia explicó el 47 % de las diferencias en sensibilidad. El resto se atribuye al ambiente. No hay un gen único: son muchos genes de efecto pequeño.

PARA PADRES. El niño trae una predisposición, y la mitad de la historia la escribe el entorno. Eso descarta las dos ideas que más daño hacen: que los padres lo "han hecho" sensible, y que no hay nada que hacer.

Assary 2021; Assary 2025.



Figura 2. Herencia y entorno. Proporción de las diferencias en sensibilidad que se atribuye a la herencia en 2.868 gemelos adolescentes. Fuente: Assary 2021.

Ficha 4. Para bien y para mal

EL DATO. Un metaanálisis de 84 estudios encontró que los niños de temperamento más reactivo sufren más con una crianza negativa y se benefician más de una crianza positiva. En niños de infantil, la sensibilidad moduló el efecto de la crianza sobre los problemas de conducta.

PARA PADRES. Lo que hacéis en casa cuenta más con estos niños que con otros, en las dos direcciones. No es una carga: es palanca. Es la idea que sostiene todo el libro y la que más respaldo tiene.

Slagt 2016; Slagt 2018; Belsky y Pluess 2009.

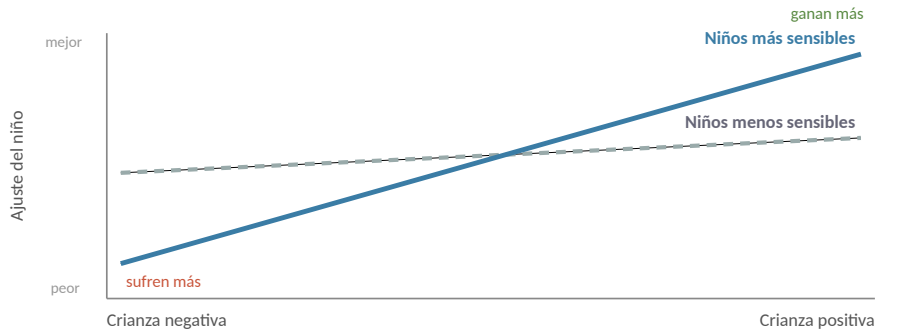


Figura 3. Para bien y para mal. Los niños de temperamento más reactivo se ajustan peor con una crianza negativa y mejor con una positiva que los demás niños (metaanálisis de 84 estudios). Fuente: Slagt 2016; Belsky y Pluess 2009.

Ficha 5. Aprovechan más un buen entorno

EL DATO. En un ensayo con 2.042 alumnos italianos, los chicos más sensibles se beneficiaron más del programa antiacoso KiVa: menos victimización y menos síntomas internalizantes. El efecto se observó en chicos; en chicas no se informa. En otro estudio, un programa de resiliencia funcionó mejor en las chicas de 11 a 13 años más sensibles.

PARA PADRES. Un buen colegio, una buena intervención o un buen hogar rinden más con ellos. Los investigadores lo llaman "sensibilidad a la ventaja" (vantage sensitivity). Cuando algo funciona en tu hijo, suele funcionar más que en los demás.

Nocentini 2018; Pluess y Belsky 2013; Pluess y Boniwell 2015.

Ficha 6. Dos caras del rasgo

EL DATO. La parte del rasgo que tiene que ver con excitarse con facilidad y con un umbral sensorial bajo se asocia a más problemas internalizantes (ansiedad, tristeza). La parte que tiene que ver con la sensibilidad estética se asocia a mejor rendimiento escolar y a más conducta prosocial.

PARA PADRES. "Sensible" mezcla cosas distintas. Un niño puede saturarse con facilidad y otro disfrutar mucho de los detalles, y los dos puntúan alto en la escala. No todos los niños sensibles son iguales, y conviene saber cuál de las dos caras pesa más en el tuyo.

Marhenke 2025; Attary y Ghazizadeh 2021.

Ficha 7. Sensible no es lo mismo que ansioso

EL DATO. En niños, la sensibilidad correlaciona con el neuroticismo (la tendencia a la emoción negativa) con un valor de r = 0,42: hay solapamiento, pero están lejos de ser lo mismo. No tiene relación con la extraversión.

PARA PADRES. Un niño sensible puede además ser ansioso. Si lo es, la ansiedad se trata como ansiedad, con lo que se sabe que funciona, y no se deja estar "porque es sensible".

Lionetti 2019 (J Res Pers).

Ficha 8. No hay prueba biológica

EL DATO. La sensibilidad observada en 541 preescolares no se relacionó con los genes candidatos, con el cortisol ni con el electroencefalograma. En adolescentes, tampoco con la frecuencia cardiaca ni con el cortisol.

PARA PADRES. No existe análisis, escáner ni test genético que diga si un niño es altamente sensible. Desconfía de quien lo ofrezca.

Weyn 2025; Weyn 2022; Licht 2020.

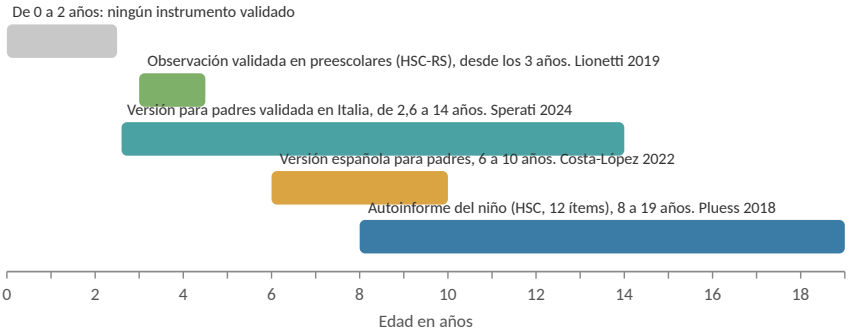


Figura 4. Cuándo se puede valorar la sensibilidad. A qué edad existe un instrumento validado para valorar el rasgo. Ninguno es diagnóstico y todos los aplica e interpreta un profesional. Fuentes: Lionetti 2019 (Dev Psychol); Sperati 2024; Costa-López 2022; Pluess 2018.

Ficha 9. Cómo se mide

EL DATO. La escala HSC tiene 12 ítems y la contesta el propio niño a partir de los 8 años. Hay una versión para padres validada en Italia (de 2 años y medio a 14) y una versión española para padres, probada en 141 niños de 6 a 10 años con buena consistencia interna (alfa de 0,84). Para preescolares existe un sistema de observación validado desde los 3 años.

PARA PADRES. Las escalas orientan, no diagnostican. Tienen derechos de autor y se descargan con registro, sin coste, en sensitivityresearch.com. Esta guía no reproduce sus ítems. Si un cuestionario de internet promete decirte si tu hijo "es PAS" en diez preguntas, no es ninguna de estas escalas.

Pluess 2018; Sperati 2024; Costa-López 2022; Lionetti 2019 (Dev Psychol); Sensitivity Research.

Ficha 10. Lo que todavía no sabemos

EL DATO. En 2.375 adolescentes japoneses, la sensibilidad no moduló el efecto del entorno: solo se vieron efectos aditivos (más problemas internalizantes y más conducta prosocial). No hay estudios que sigan a los mismos niños desde la infancia hasta la adultez con la misma escala.

PARA PADRES. La ciencia de este rasgo es joven. Muchas ideas populares (sentidos más finos, más creatividad, más empatía como grupo) no están demostradas en niños. Lo que sí está demostrado cabe en estas diez fichas; lo demás, de momento, es hipótesis o es divulgación.

Iimura 2026; Greven 2026.

Mitos y realidades

Dieciocho afirmaciones que circulan sobre los niños sensibles, con veredicto. Cuatro veredictos posibles: FALSO cuando la investigación dice lo contrario; EN PARTE cuando hay algo de verdad mal contado; SIN DATOS cuando nadie lo ha estudiado en niños; CIERTO cuando está comprobado. Varias de estas frases estaban en ediciones anteriores del libro y se han retirado en la revisión de 2026.

FALSO 1. "El niño sensible necesita dormir menos."

Las horas recomendadas no cambian con el temperamento: de 1 a 2 años, entre 11 y 14 horas; de 3 a 5, entre 10 y 13; de 6 a 12, entre 9 y 12; de 13 a 18, entre 8 y 10. Si tu hijo duerme claramente menos, es motivo de consulta, no un rasgo.

Paruthi 2016; OMS 2019.

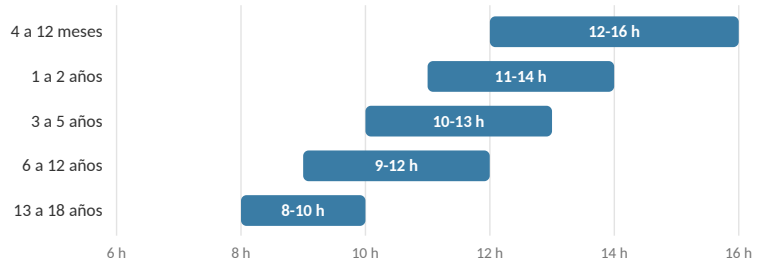


Figura 5. Cuánto necesita dormir un niño, sea sensible o no. Horas de sueño recomendadas cada 24 horas, siestas incluidas, según la Academia Americana de Medicina del Sueño. El temperamento no las cambia. Fuente: Paruthi 2016.

SIN DATOS 2. "Tienen más dopamina y serotonina."

Ningún estudio ha medido neurotransmisores en niños sensibles. Solo hay trabajos exploratorios en adultos sobre variantes o metilación de algunos genes, y no permiten decir nada sobre los niveles de nada.

Chen 2015; Bellia 2024.

FALSO 3. "El gen 5-HTTLPR es el marcador del niño sensible."

En 405 adultos no hubo relación entre esa variante y la sensibilidad, y los grandes estudios genéticos descartan los genes candidatos clásicos para rasgos complejos.

Licht 2020; Border 2019.

FALSO 4. "Tienen el nervio vago menos desarrollado."

No existe ningún estudio que lo muestre. La teoría polivagal en la que se apoya esa idea está muy cuestionada por la fisiología actual.

Grossman 2023.

SIN DATOS 5. "Su amígdala es hiperreactiva."

El estudio de imagen que suele citarse se hizo con 18 adultos y mostró más activación en la ínsula y el cíngulo, no en la amígdala. En adolescentes no se han encontrado diferencias fisiológicas medibles.

Acevedo 2014; Weyn 2022.

EN PARTE **6. "Uno de cada cinco niños es altamente sensible."**

La cifra del 15-20 % viene de Elaine Aron. Con las escalas validadas, el grupo alto está entre el 20 y el 35 %, y es un continuo sin punto de corte diagnóstico. La idea de fondo (es frecuente) es cierta; la cifra exacta, no.

Pluess 2018.

EN PARTE **7. "Nacen así y no se puede cambiar."**

La base es en parte genética (heredabilidad del 47 %), pero el entorno explica la otra mitad y modula cómo se expresa el rasgo. Lo que no cambia es el rasgo; lo que sí cambia, y mucho, es lo que el niño hace con él.

Assary 2021.

FALSO **8. "Se nota desde las primeras semanas que un bebé es altamente sensible."**

No hay ningún instrumento validado en lactantes. La observación validada empieza hacia los 3 años y la escala de autoinforme, a los 8. La "alta reactividad" que Jerome Kagan midió a los 4 meses es otro constructo y no predice la sensibilidad.

Lionetti 2019 (Dev Psychol); Sensitivity Research; Kagan 2018.

FALSO **9. "Hay que evitarles lo que les cuesta."**

La acomodación familiar (evitar la situación o facilitar la huida) se asocia a más ansiedad. Un programa que enseña a los padres a reducirla (SPACE) fue tan eficaz como la terapia cognitivo-conductual con el propio niño.

Iniesta-Sepúlveda 2021; Lebowitz 2020.

FALSO **10. "Las mantas pesadas les ayudan a dormir."**

En el ensayo controlado con niños autistas no mejoraron el sueño. En bebés están desaconsejadas por seguridad.

Gringras 2014; Moon 2022.

EN PARTE **11. "Tienen los sentidos más finos."**

Se sienten más sensibles, pero en adultos la sensibilidad no mejoró la detección sensorial ni la agudeza táctil. Un estudio sí encontró algo de ventaja al detectar palabras degradadas. Lo que cambia no parece ser el sentido, sino lo que se hace con lo que entra.

Gubler 2026; Schaefer 2022; Williams y Blagrove 2024.

FALSO **12. "Ser sensible es lo mismo que ser tímido o ansioso."**

Solapan en parte, pero la escala HSC es relativamente independiente de otros rasgos y no se relaciona con la extraversión. Hay niños sensibles tímidos y niños sensibles que entran en cualquier sitio.

Lionetti 2019 (J Res Pers); Pluess 2018.

FALSO **13. "Si es sensible, no puede tener TDAH ni autismo."**

La sensibilidad correlaciona con rasgos de TDAH y, por vía genética, con rasgos autistas. Pueden coexistir, y cuando coexisten lo que hace falta es la evaluación del otro cuadro, no la etiqueta de sensible.

Panagiotidi 2020; Assary 2024.

FALSO **14. "Golpear una almohada ayuda a soltar la rabia."**

Desahogar la ira golpeando algo aumentó la ira y la agresión en el experimento clásico. No hacer nada funcionó mejor.

Bushman 2002.

FALSO

15. "El azúcar los altera."

Un metaanálisis de 23 estudios doble ciego no encontró ningún efecto del azúcar sobre la conducta ni sobre la cognición. La cafeína sí conviene evitarla.

Wolraich 1995.

FALSO

16. "Las apps de mindfulness reducen un 30 % la ansiedad."

El "estudio de Columbia" que se citaba no existe. En el mayor ensayo escolar realizado (8.376 alumnos), el mindfulness no superó a las clases habituales; cuando se compara con un control activo, el efecto es pequeño.

Kuyken 2022; Dunning 2019.

FALSO

17. "El filtro de luz azul resuelve lo de las pantallas antes de dormir."

El modo nocturno no mejoró el sueño. Lo que funciona es apagar y sacar el móvil del dormitorio: tener acceso a él por la noche se asocia a dormir menos.

Duraccio 2021; Carter 2016.

FALSO

18. "El trastorno del procesamiento sensorial es un diagnóstico oficial."

No figura en el DSM-5. La Academia Americana de Pediatría desaconseja diagnosticarlo como entidad aparte y considera limitada la evidencia de la terapia de integración sensorial. Las dificultades sensoriales existen, pero aparecen dentro del autismo, el TDAH, la ansiedad y otros cuadros.

Zimmer y Desch 2012.

> CUIDADO CON ESTO
>
> Cuatro más que no han entrado en la lista por falta de espacio y que conviene tener en la cabeza. "Los aceites esenciales los calman": sin datos en niños y con riesgo de intoxicación (Lee 2020). "Los fidget spinners les ayudan a concentrarse": falso en niños con TDAH (Graziano 2020). "Los acosan más por ser empáticos": sin datos; lo que sí hay son datos de que aprovechan más los programas antiacoso (Nocentini 2018). "La educación en casa es una alternativa en España": falso; la enseñanza básica es obligatoria en un centro (Tribunal Constitucional, sentencia 133/2010).

¿Sensibilidad u otra cosa?

Esta es la parte que más dudas resuelve y la que más cuidado pide. La tabla no sirve para diagnosticar. Su mensaje es uno: parecido no es igual, y si dudas, consulta. En todos los cuadros de la tabla puede haber reacción intensa a sonidos o a texturas; la guía británica de autismo la recoge como posible signo, y no por eso todo niño al que le molestan las etiquetas tiene autismo.

Rasgos que se parecen y en qué se distinguen

Lo que ven los padres	Alta sensibilidad	Autismo (TEA)	TDAH	Ansiedad
Le molestan ruidos, etiquetas, texturas	Frecuente. Suele ser hiperrespuesta y se alivia al bajar el estímulo	Frecuente. Puede haber hiperrespuesta o hiporrespuesta (no reaccionar al dolor o al ruido)	Puede haberla	Puede haberla
Necesita rutinas y le cuestan los cambios	Le cuestan los cambios bruscos; con aviso y tiempo se adapta	Insistencia rígida en lo igual, angustia extrema ante cambios, intereses restringidos	Le cuestan por desorganización, no por necesidad de igualdad	Evita lo nuevo por miedo anticipado
Mira poco a los ojos, juega solo	No es propio del rasgo. Observa antes de entrar, pero comparte e imita	Contacto ocular y gestos sociales reducidos, poco juego compartido o imaginativo	No es característico	Puede retraerse con desconocidos (ansiedad social)
Se distrae, no para quieto	Se distrae en sitios ruidosos o cargados; recupera la atención en calma	Puede haberlo	Inatención o hiperactividad en dos o más contextos (casa, colegio, amigos), también en ambiente tranquilo	Distracción por preocupaciones
Desbordes y rabietas	Tras sobrecarga o cansancio; previsibles	"Crisis" ante sobrecarga o cambios	Impulsivas, por frustración	Ante lo temido
No habla en el colegio	Puede tardar en participar	Dificultad social y de comunicación de base	No es característico	Mutismo selectivo o ansiedad social: motivo de consulta
Come pocos alimentos	Rechazo de algunas texturas	Selectividad extrema	No es característico	Puede haberla. Si afecta al peso, consultar (trastorno de evitación o restricción de la ingesta)
Evita situaciones sociales	Prefiere grupos pequeños; disfruta de los amigos cercanos	Dificultad para entender la amistad	Conflictos por impulsividad	Evitación persistente que limita la vida diaria

Fuentes de la tabla: NICE CG128 (autismo en menores de 19 años, apéndice "Features suggesting possible autism"); Ben-Sasson 2009; NICE NG87 (TDAH, rec. 1.3.3); Wolraich 2019; NICE CG159 (ansiedad social); Muris 2026 (mutismo selectivo); Zimmer y Desch 2012; Sanchez-Cerezo 2023 (ARFID); Panagiotidi 2020.

> **EL DATO**
>
> ¿Y el "trastorno del procesamiento sensorial"? Es el núcleo de muchas webs y de bastantes terapias, pero no es un diagnóstico reconocido (mito 18). Lo que esa etiqueta describe aparece, cuando aparece, dentro de otros cuadros. Si a tu hijo le han dicho que "tiene TPS", la pregunta útil para el profesional es qué hay detrás y qué evaluación lo ha descartado.

Señales de alarma por edad

Son motivos para pedir cita, no diagnósticos. Están ordenadas por la edad en la que suelen aparecer; una señal de una franja anterior sigue valiendo si aparece más tarde.

De 0 a 2 años

- Llanto constante e inconsolable, distinto del habitual, con fiebre o rechazo de las tomas: pediatra. Convulsiones, color azulado o grisáceo, decaimiento, dificultad para respirar, vómito a chorro o más de 8 horas sin mojar el pañal: 112. NHS, "Soothing a crying baby".
- Hacia los 9 meses no mira cuando le llaman por su nombre; hacia el año no dice adiós con la mano. CDC, hitos de 9 y 12 meses; Zubler 2022.
- Pérdida de lenguaje o de habilidades sociales que ya tenía: derivación preferente. NICE CG128, rec. 1.3.1.
- En España, el pediatra supervisa el desarrollo de 0 a 36 meses y aplica el cuestionario M-CHAT-R/F entre los 16 y los 30 meses cuando hay señales de riesgo. La validación española, en 6.625 niños, obtuvo una sensibilidad de 0,79 y una especificidad de 0,99. Ante sospecha, derivación a atención temprana sin esperar. PrevInfad/AEPap 2026; Robins 2014; Magán-Maganto 2020; Hyman 2020.

De 3 a 5 años

- Poco contacto ocular social, poco juego imaginativo o compartido, juega solo, insiste en que todo sea igual, reacción extrema a los cambios, selectividad alimentaria extrema. NICE CG128.
- Rabietas imprevisibles, muy prolongadas o destructivas, o diarias. El 83,7 % de los preescolares tiene rabietas a veces; lo que llama la atención es la frecuencia, la duración y que no tengan desencadenante. Wakschlag 2012.
- Angustia de separación intensa que no cede con las semanas. Libro, cap. 13; Lebowitz 2020.
- Ronquido o respiración por la boca habitual al dormir: pediatra, que valorará si hace falta otorrino. Libro, cap. 4.

De 6 a 11 años

- Inatención, impulsividad o hiperactividad en casa, en el colegio y con los amigos, también en ambiente tranquilo. NICE NG87.
- Miedo social que impide ir al colegio, hablar en clase o tener amigos durante semanas o meses; no habla en el colegio. NICE CG159; Muris 2026.
- Rechazo escolar persistente. Lo que más lo distingue de una mala racha es la ansiedad y las necesidades de aprendizaje que suele haber debajo. Leduc 2024.
- Rituales que le roban tiempo o que le obligan ("tiene que estar justo así"), más allá de la molestia sensorial. NICE CG31.

- Tristeza o irritabilidad casi a diario durante más de dos semanas, pérdida de interés, aislamiento, cambios de sueño o de apetito. NICE QS48; libro, cap. 15.

De 12 a 18 años

- Las señales de depresión anteriores, caída en los estudios, hablar de morir o autolesiones: consulta sin esperar. Línea 024; 112 si hay riesgo inmediato. NICE QS48; NICE NG225.
- Restricción de la comida, pérdida de peso, vómitos o atracones. NICE NG69.
- Aversión al cambio que lleva a angustia o agresividad, poca comprensión de la amistad, gestos y contacto ocular poco integrados: posible autismo no detectado antes. NICE CG128.
- Consumo de sustancias para "aguantar" el estrés o para encajar. La sensibilidad no predice más consumo, pero sí consumir por motivos de afrontamiento. Rioux 2026.

A quién acudir en España

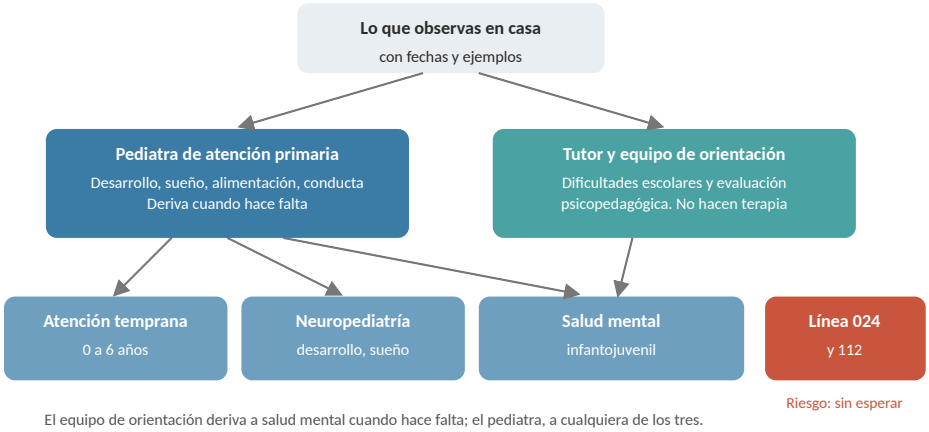


Figura 7. A quién acudir. Puertas de entrada en España y a quién derivan. Fuente: PrevInfad/AEPap 2026; Eurydice 2025; NICE NG87; Ministerio de Sanidad (Línea 024).

- **Pediatra de atención primaria** (o médico de familia en adolescentes). Primera puerta para todo lo anterior: supervisa el desarrollo y deriva a neuropediatría, a salud mental infantojuvenil o a atención temprana. En atención primaria no se diagnostica el TDAH: se deriva. PrevInfad/AEPap 2026; NICE NG87.
- **Equipo de orientación del centro.** Dificultades escolares y evaluación psicopedagógica. No hace terapia; si hace falta, deriva a salud mental. Eurydice, ficha de España, 2025.
- **Línea 024.** Atención a la conducta suicida, para la persona y para sus familiares. Las 24 horas, todos los días, gratuita y confidencial. Por teléfono, por chat y en lengua de signos. Ministerio de Sanidad.
- **112.** Emergencia con riesgo vital inminente.

Etapa por etapa, de 0 a 18 años

Cuatro etapas. En cada una, lo que es esperable, lo que conviene vigilar, un dato útil que no suele contarse y dónde lo desarrolla el libro. Las señales de alarma completas están en la cuarta parte.

De 0 a 1 año

ESPERABLE. Llanto, sobre todo en los primeros meses: el cólico afecta a uno de cada cinco bebés. Necesita al adulto para calmarse. De 12 a 16 horas de sueño entre los 4 y los 12 meses, siestas incluidas. Diferencias de reactividad desde muy pronto: en torno a un 20 % de los bebés de 4 meses muestran "alta reactividad" en los estudios de Kagan.

VIGILAR. Las señales de alarma del llanto. Que no responda a su nombre hacia los 9 meses. El sueño seguro, siempre. Y el ánimo de los padres: la depresión posparto afecta también a un 8,75 % de los padres varones.

LO QUE NO SE PUEDE. Saber si será un niño altamente sensible. No hay instrumento validado para esta edad, y la alta reactividad de Kagan es otra cosa. Los desajustes entre el bebé y el adulto, y su reparación, son parte normal de la relación, no un fallo.

AAP HealthyChildren (cólico); Paruthi 2016; Kagan y Snidman 1999; Moon 2022; Rao 2020; Tronick 1989.

En el libro: cap. 12, y en el cap. 5 "Identificación de un bebé altamente reactivo".

De 1 a 5 años

ESPERABLE. Rabietas (el 83,7 % de los preescolares las tiene a veces). Timidez o cautela ante lo nuevo; observar antes de participar. Preferencias marcadas de ropa o de comida. Entre 11 y 14 horas de sueño de 1 a 2 años, y entre 10 y 13 de 3 a 5. En muchos niños, el cortisol de la tarde es más alto los días de guardería que en casa.

VIGILAR. Las señales de 0 a 2 y de 3 a 5 años. Un retraimiento que crece cuando los padres son muy controladores o sobreprotectores. Una angustia de separación que no cede.

DATO ÚTIL. Con preescolares inhibidos, seis sesiones solo para los padres redujeron los diagnósticos de ansiedad un año después, sin intentar cambiar el temperamento del niño. La sensibilidad ya puede observarse con un sistema validado hacia los 3 o 4 años, y en ese estudio moderó el efecto de la crianza a los 3 y a los 6 años.

Wakschlag 2012; Rubin 2002; Nystad 2022; Rapee 2005; Lionetti 2019 (Dev Psychol); OMS 2019.

En el libro: caps. 13 y 14, y el cap. 21 para la guardería.

De 6 a 11 años

ESPERABLE. Cansancio y desahogo al volver del colegio (es una expresión divulgativa, no un hallazgo de investigación, pero cualquier padre la reconoce). Amistades pocas y cercanas. Sensibilidad a la crítica. Entre 9 y 12 horas de sueño. Pantallas por debajo de 1 hora al día, según la Asociación Española de Pediatría. Desde los 8 años el niño puede responder él mismo a la escala HSC.

VIGILAR. Inatención en varios contextos, ansiedad social, rechazo escolar, acoso, tristeza persistente.

DATO ÚTIL. Los niños más sensibles que perciben poco apoyo de sus padres desarrollan menos sensación de "base segura" y más problemas internalizantes. Y un buen clima de aula amortigua la soledad en los niños tímidos o reactivos: el colegio importa tanto como la casa.

Paruthi 2016; AEP, Plan Digital Familiar; Bosmans 2025; Katulis 2023; Gaffney 2021.

En el libro: caps. 15 y 16, y caps. 20 a 22.

De 12 a 18 años

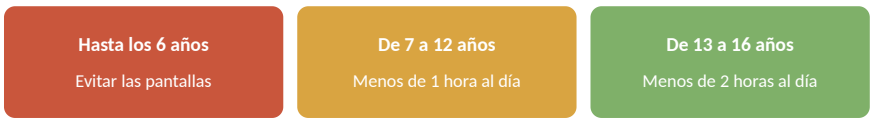
ESPERABLE. La OMS sitúa la adolescencia entre los 10 y los 19 años. Emociones más intensas, búsqueda de identidad, entre 8 y 10 horas de sueño con tendencia a acostarse tarde. Pantallas por debajo de 2 horas de 13 a 16 años, y retrasar el primer móvil con internet, según la AEP.

VIGILAR. Depresión, autolesiones, trastornos de la conducta alimentaria, consumo. En adolescentes, más sensibilidad se asocia a más problemas internalizantes y también a más conducta prosocial: las dos caras.

REDES. No hay estudios sobre adolescentes sensibles y redes sociales. Lo que sí se sabe es que el efecto de las redes varía mucho de un chico a otro: en un estudio de 100 días, una minoría (el 37 %) salía con más estrés y el resto no. Mirar al chico, no a la media.

OMS, "Adolescent health"; Paruthi 2016; Iimura 2026; Siebers 2026; Beyens 2020; NICE QS48, NG225 y NG69.

En el libro: cap. 17, y el cap. 19 para las pantallas.



Y retrasar el primer móvil con internet. Las mismas cifras valen para un niño sensible.

Figura 6. Pantallas: la referencia en España. Referencia de la Asociación Española de Pediatría para el uso de pantallas por edades. Fuente: AEP, Plan Digital Familiar.

El colegio en España

Lo primero que hay que saber es que la alta sensibilidad no figura entre las necesidades específicas de apoyo educativo que reconoce la ley. No es una mala noticia: significa que lo que puedes pedir son medidas ordinarias, acordadas con el tutor, y que no hace falta ningún papel para pedirlas. Lo que sigue explica cómo funciona el sistema y qué puerta tocar.

Cómo funciona

- **El tutor o la tutora** es el primer referente. Coordina al profesorado del grupo y mantiene, dice la norma, "una relación permanente con las familias". En el tercer ciclo de Primaria coordina además la orientación académica. Real Decreto 157/2022, art. 13.
- **La orientación** tiene estructuras externas (equipos de orientación educativa y psicopedagógica, de atención temprana y específicos) e internas (departamentos o unidades de orientación). Previene e identifica dificultades de aprendizaje, hace la evaluación psicopedagógica, participa en las adaptaciones y asesora a familias y profesorado. No hace terapia: si hace falta, deriva a salud mental. Cada comunidad autónoma tiene su propia normativa. Eurydice, ficha de España, actualizada el 19-12-2025.
- **El plan de acción tutorial** es el documento del centro que recoge las actividades de orientación y tutoría. Muchas comunidades llaman "plan de atención a la diversidad" al documento que recoge las medidas de apoyo; el nombre y el contenido cambian de una comunidad a otra, así que lo práctico es pedir al centro el suyo.
- **Las medidas ordinarias en Primaria** incluyen la detección precoz y la actuación en cuanto se detectan dificultades: apoyo dentro del grupo, agrupamientos flexibles, adaptaciones del currículo. Forman parte del proyecto educativo y "en ningún caso podrán suponer una discriminación" para promocionar. Real Decreto 157/2022, art. 16.
- **El alumnado con necesidad específica de apoyo educativo** (art. 71.2 de la LOE, en la redacción de la LOMLOE) incluye necesidades educativas especiales, retraso madurativo, trastornos del desarrollo del lenguaje y la comunicación, trastornos de atención o de aprendizaje, desconocimiento grave de la lengua de aprendizaje, vulnerabilidad socioeducativa, altas capacidades, incorporación tardía y condiciones personales o de historia escolar. La alta sensibilidad no está. Eurydice, ficha de España, 2025.
- **Consecuencia práctica.** Sin una necesidad reconocida, lo que cabe pedir son ajustes ordinarios acordados con el tutor: el sitio en el aula, el aviso de los cambios, las pausas. Si se sospecha TDAH, autismo, ansiedad o altas capacidades, se pide la evaluación al equipo de orientación.
- **Acoso y bienestar.** La Ley Orgánica 8/2021 de protección a la infancia (LOPIVI) exige protocolos de actuación ante el acoso, el ciberacoso, la autolesión y el suicidio, y un coordinador o coordinadora de bienestar y protección en todos los centros. Pregunta quién es en el de tu hijo. El teléfono contra el acoso escolar del Ministerio de Educación es el 900 018 018, gratuito y disponible las 24 horas; lo gestiona la Fundación ANAR.
- **Escolarización.** La enseñanza básica es obligatoria de los 6 a los 16 años y se cursa en un centro. La educación en casa no es un derecho reconocido en España. Las ratios vigentes son de 25 alumnos en Primaria y 30 en ESO. Tribunal Constitucional, STC 133/2010.

LO ESENCIAL

Al colegio no se va a pedir que reconozcan que el niño "es PAS". Se va a describir conductas concretas, a proponer dos o tres ajustes que no cuestan nada y a acordar cómo seguir hablando. Las dos herramientas siguientes están hechas para eso. No incluyas puntuaciones de escalas ni uses la etiqueta como diagnóstico: describe lo que se ve.

Carta al tutor para la primera reunión

Un modelo, no una plantilla rígida. Cambia lo que haga falta y quita lo que no venga al caso. Lo que importa es el orden: primero lo que se observa, después lo que se pide.

[Centro]
[Curso y grupo]
A la atención de [nombre del tutor o de la tutora]
[Fecha]

Estimado/a [nombre]:

Somos los padres de [nombre del niño], de [curso]. Le escribimos antes de la primera reunión para presentarnos y compartir algo de información que puede ayudar en clase. No se trata de ningún problema: es una forma de ganar tiempo.

En casa observamos tres cosas que pueden aparecer también en el aula. [Nombre] tarda un rato en entrar en las actividades nuevas, y entra mejor si sabe de antemano qué va a pasar. Los sitios con mucho ruido le cansan antes que a otros niños, y cuando se cansa se nota en [lo que se ve: se queda callado, llora, se enfada]. Y acepta mejor las correcciones cuando se le hacen aparte y en tono tranquilo. [Sustituya por lo que observe en su hijo; dos o tres conductas concretas, sin etiquetas.]

Nos gustaría saber cómo lo ve usted en clase, en el patio y en el comedor, y si hay algo que le llame la atención.

Si le parece bien, le proponemos tres ajustes que no suponen trabajo extra: [un sitio en el aula alejado de la puerta o de la ventana], [un aviso breve antes de los cambios de actividad] y [una pausa corta cuando lo vea saturado]. Adjuntamos una ficha de una página con lo que le ayuda y lo que le cuesta.

[Si procede:] Si en algún momento considera que conviene que lo vea el equipo de orientación, nos gustaría saberlo cuanto antes.

¿Le parece que volvamos a hablar en [un mes] para ver cómo va? Puede escribirnos a [correo] o llamarnos al [teléfono].

Gracias por su tiempo.

[Nombres y firma]

Anexo: ficha de presentación.

Ficha de presentación del niño

Una página. Rellénala a mano o cópiala. Va como anexo de la carta al tutor y sirve igual para la primera reunión de curso.

Datos básicos	Nombre: Curso: _____ Fecha: _____ Quién la rellena (madre, padre, ambos):
Cómo es, en pocas líneas	Tres palabras que lo describen: Qué le gusta:
Lo que le ayuda en el aula	Sitio preferido: Avisos previos de cambios: Pausas y forma de dar las instrucciones:
Lo que le cuesta	Ruido, cambios, exámenes, trabajos en grupo, patio, comedor:
Señales de que se está saturando	Lo que se ve antes del desborde:
Qué hacer si se satura	Lo que funciona en casa, en una o dos frases:
Cómo le sienta la corrección	Por ejemplo, preferencia por corregir en privado y en tono tranquilo:
Puntos fuertes	Dónde puede brillar:
Información de salud	Solo si la familia quiere compartirla (diagnósticos, seguimiento):
Contacto	Teléfono o correo y canal preferido con la familia:

Preguntas para llevar a la consulta

Doce preguntas para el pediatra o el psicólogo. No hace falta hacerlas todas: elige las tres o cuatro que respondan a tu duda y llévalas escritas. Una consulta dura poco y lo que no se pregunta no se contesta.

1. Lo que le pasa, ¿es esperable para su edad o conviene estudiarlo?
2. ¿Su desarrollo (lenguaje, juego, relación con otros niños) va como corresponde a su edad?
3. ¿Hay algo que haga pensar en TDAH, autismo, ansiedad u otro problema, además o en lugar de la sensibilidad?
4. ¿Qué tendríamos que observar y anotar hasta la próxima cita (cuándo pasa, dónde, cuánto dura)?
5. ¿Pasa también en el colegio? ¿Conviene que el tutor o el equipo de orientación aporten su visión?
6. ¿Duerme lo que necesita para su edad? ¿El ronquido o la respiración por la boca merecen una revisión?
7. ¿Su forma de comer afecta a su crecimiento o a su nutrición?
8. ¿Cuándo deberíamos volver, y qué señales nos harían adelantar la cita?
9. Si hace falta derivarlo, ¿a quién (salud mental infantojuvenil, neuropediatría, atención temprana) y cuánto se suele esperar?
10. Si es ansiedad, ¿podemos acceder a una terapia con evidencia, como la cognitivo-conductual con exposición gradual, o a un programa para padres?
11. ¿Qué estamos haciendo en casa que ayuda, y qué podría estar manteniendo el problema (por ejemplo, evitarle todo lo que le cuesta)?
12. ¿Hay recursos fiables que nos recomiende (la web de la Asociación Española de Pediatría, guías, grupos para padres)?

CÓMO PREPARAR LA CITA

- Lleva ejemplos concretos con fechas: "el martes pasado, al volver del colegio, estuvo cuarenta minutos llorando", no "llora mucho".
- Si el colegio ha dicho algo, llévalo por escrito o anotado.
- Lleva la lista de medicamentos y suplementos que toma. La melatonina no se da sin consultar: en Estados Unidos, las ingestiones pediátricas notificadas aumentaron un 530 % entre 2012 y 2021 (Lelak 2022).
- Id los dos si es posible. Combinar la visión de la madre y la del padre describe mejor al niño que cualquiera de las dos por separado (Sperati 2026).
- Anota las respuestas en la consulta. A la salida se olvidan la mitad.

Recursos verificados y remisiones

Solo recursos que existen y que se han comprobado para esta edición. En la columna de la derecha está cuándo y dónde se comprobó cada uno. Antes de la siguiente edición se volverán a comprobar todos.

Recurso	Qué es	Comprobación
Línea 024	Atención a la conducta suicida, del Ministerio de Sanidad. Para la persona y para sus familiares. 24 horas, gratuita y confidencial. Llamada, chat y lengua de signos	sanidad.gob.es/linea024, 9-10-2026
112	Emergencias con riesgo vital inminente	Web de la Línea 024, 9-10-2026
900 018 018	Teléfono contra el acoso escolar del Ministerio de Educación. Gratuito, 24 horas. Lo gestiona la Fundación ANAR	La Moncloa (nota de 29-11-2018), 9-10-2026
Fundación ANAR, 900 202 010	Teléfono y chat de ayuda a niños y adolescentes, gratuito y confidencial. Tiene también una línea para familias y centros escolares	anar.org, 9-10-2026
Pediatra de atención primaria	Puerta de entrada: supervisión del desarrollo y derivación	PrevInfad/AEPap, 9-10-2026
AEP, Plan Digital Familiar	Web de la Asociación Española de Pediatría para el plan de pantallas por edades	plandigitalfamiliar.aeped.es, 9-10-2026
AEP, En Familia	Web de la AEP para familias. Incluye "Señales de alerta para la detección del autismo"	aeped.es/enfamilia, 9-10-2026
PrevInfad (AEPap), cribado del autismo	Recomendaciones para atención primaria, actualizadas el 1-06-2026	previnfad.aepap.org, 9-10-2026
Escala HSC, versión española para padres	Costa-López 2022. Para niños de 6 a 10 años. No es diagnóstica	PubMed, 9-10-2026
Sensitivity Research	Web del grupo de investigación de Michael Pluess, en inglés. Escalas HSC con registro sin coste y con derechos de autor	sensitivityresearch.com, 9-10-2026
Child Mind Institute en español	Recursos sobre TDAH, ansiedad, autismo y rechazo escolar. No trata la alta sensibilidad	childmind.org/es, 9-10-2026
M-CHAT-R/F	Cuestionario de cribado del autismo de 16 a 30 meses que aplica el pediatra. Validado en España	PubMed, 9-10-2026
Lebowitz, E. R. (2021). "Breaking Free of Child Anxiety and OCD". Oxford University Press	Libro para padres basado en el programa SPACE, en inglés	Catálogo editorial, 9-10-2026
Aron, E. N. (2002). "The Highly Sensitive Child". Broadway Books	Obra de origen del concepto. Divulgación, no evidencia	Catálogo editorial, 8-10-2026

Dónde se entiende y dónde se practica

Esta guía y "Niños Altamente Sensibles" explican. "Corazones valientes, niños sensibles" y los dos cuadernos entrenan. La tabla dice, tema por tema, a qué libro ir para qué cosa. Los capítulos de "Corazones valientes" se indican según su índice de ejercicios.

Tema	Se entiende en NAS (cap.)	Se entiende en esta guía	Se practica en Corazones valientes (cap.)	Se practica en los cuadernos
Qué es la alta sensibilidad	1, 3	Parte 1; fichas 1 y 6	-	-
Cuántos son, herencia y ciencia	1, 2	Fichas 2, 3, 8, 9 y 10	-	-
Para bien y para mal: el peso de la crianza	8, 11	Fichas 4 y 5	7 (comunicación en familia)	-
Distinguir de autismo, TDAH y ansiedad	1, 3	Parte 4	-	-
Cuándo consultar y señales de alarma	3, 12, 13, 15, 17	Parte 4 y parte 7	-	-
Sobrecarga sensorial	5, 18	Ficha 6; mitos 10 y 18	10 (cuerpo y sensaciones), 11 (autorregulación)	El mapa de la sobreestimulación
Emociones intensas y desbordes	4, 7, 13	Mito 14; tabla de la parte 4	3 (calma y emociones), 11 (semáforo emocional)	El kit de calma
Rutinas y transiciones	6, 13	Parte 5	10 (rutinas de bienestar)	El mapa de la sobreestimulación
Miedos, separaciones y exposición gradual	13, 14, 18	Mito 9; parte 5	3 (diario de los desafíos)	El kit de calma
Sueño	12, 15, 18, 22	Mitos 1, 10 y 17; parte 5	5 y 10 (rutina de sueño)	-
Bebés: sueño seguro y llanto	12	Parte 4; parte 5 (0 a 1 año)	-	-
Colegio y relación con el tutor	16, 21	Parte 6	6 (habilidades sociales)	-
Acoso escolar	16, 22	Parte 6 y parte 8	-	-
Pantallas y redes	19	Mito 17; parte 5	9 (pantallas)	-
Comunicación y corrección	11, 20	Ficha 4	7	-
Padres sensibles y autocuidado	8, 9	Parte 7	3 (kit de autocuidado), 12	-
Familia y hermanos	10, 13	-	12 (atención exclusiva)	-
Adolescencia	17	Parte 5 (12 a 18 años)	-	-

Hasta dónde llega esta guía

Esta guía es material de consulta. No evalúa a tu hijo, no lo diagnostica y no sustituye a nadie. Lo que hace es ponerte delante lo que hoy se sabe, con su fuente, para que la conversación con el pediatra, con el psicólogo o con el tutor empiece más arriba.

Hay un uso de esta guía que conviene evitar: leer la tabla de la cuarta parte, encontrar dos coincidencias y decidir que tu hijo tiene tal cosa, o que no la tiene. Las dos decisiones son del profesional. La tuya es pedir la cita.

> **CUÁNDO CONSULTAR SIN ESPERAR**
>
> - Pierde lenguaje o habilidades sociales que ya tenía.
> - Tristeza o irritabilidad casi a diario durante más de dos semanas, o habla de morir. Línea 024; 112 si hay riesgo inmediato.
> - Deja de ir al colegio, o deja de hablar en él, durante semanas.
> - Restringe la comida, pierde peso, vomita o tiene atracones.
> - Las rabietas son diarias, muy largas o destructivas, o la angustia de separación no cede con las semanas.
> - Duerme claramente menos de lo que corresponde a su edad, o ronca de forma habitual.

Y una última cosa. El hombre del cuento no encontró el hacha mirando al vecino: la encontró cavando donde la había dejado. Casi todo lo que necesitas saber de tu hijo está en lo que hace, en qué momento y en qué sitio. Mirar eso, con calma y con fechas, es lo que mejor prepara cualquier consulta. Y es también, aunque no lo parezca, lo que más tranquiliza.

Fuentes

Por orden alfabético del primer autor. Las fuentes con PMID se comprobaron en PubMed; las demás, en la web oficial que se indica. Fechas de comprobación: 8 a 10 de octubre de 2026.

Acevedo, B. P., et al. (2014). The highly sensitive brain: an fMRI study of sensory processing sensitivity and response to others' emotions. Brain and Behavior, 4(4), 580-594. PMID 25161824.

American Academy of Pediatrics, HealthyChildren.org. Colic relief tips for parents. Actualizado el 22-04-2024.

Asociación Española de Pediatría. Plan Digital Familiar. plandigitalfamiliar.aeped.es.

Assary, E., et al. (2021). Genetic architecture of environmental sensitivity reflects multiple heritable components: a twin study with adolescents. Molecular Psychiatry, 26(9), 4896-4904. PMID 32488124.

Assary, E., et al. (2024). Genetics of environmental sensitivity and its association with variations in emotional problems, autistic traits, and wellbeing. Molecular Psychiatry, 29(8), 2438-2446. PMID 38499655.

Assary, E., et al. (2025). Nature Human Behaviour, 9(8), 1683-1696. PMID 40494901.

Attary, T., y Ghazizadeh, A. (2021). Localizing sensory processing sensitivity and its subdomains within its relevant trait space. Scientific Reports, 11, 20343. PMID 34645917.

Bellia, F., et al. (2024). Biomedicines. PMID 39335662.

Belsky, J., y Pluess, M. (2009). Beyond diathesis stress: differential susceptibility to environmental influences. Psychological Bulletin, 135(6), 885-908. PMID 19883141.

Ben-Sasson, A., et al. (2009). A meta-analysis of sensory modulation symptoms in individuals with autism spectrum disorders. Journal of Autism and Developmental Disorders, 39(1), 1-11. PMID 18512135.

Beyens, I., et al. (2020). The effect of social media on well-being differs from adolescent to adolescent. Scientific Reports, 10, 10763. PMID 32612108.

Border, R., et al. (2019). No support for historical candidate gene or candidate gene-by-interaction hypotheses for major depression across multiple large samples. American Journal of Psychiatry, 176(5), 376-387. PMID 30845820.

Bosmans, G., et al. (2025). Development and Psychopathology. PMID 41147251.

Bushman, B. J. (2002). Does venting anger feed or extinguish the flame? Personality and Social Psychology Bulletin, 28(6), 724-731. DOI 10.1177/0146167202289002.

Carter, B., et al. (2016). Association between portable screen-based media device access or use and sleep outcomes. JAMA Pediatrics, 170(12), 1202-1208. PMID 27802500.

CDC. Milestones by 9 months; by 1 year. Learn the Signs. Act Early.

Chen, C., et al. (2015). PLoS One. PMID 26308205.

Costa-López, B., et al. (2022). Spanish adaptation of the Highly Sensitive Child Scale: the parent version. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(5), 3101. PMID 35270793.

Dunning, D. L., et al. (2019). Research review: the effects of mindfulness-based interventions on cognition and mental health in children and adolescents. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 60(3), 244-258. PMID 30345511.

Duraccio, K. M., et al. (2021). Does iPhone night shift mitigate negative effects of smartphone use on sleep outcomes in emerging adults? Sleep Health, 7(4), 478-484. PMID 33867308.

Eurydice, Comisión Europea. España: Guidance and counselling in early childhood and school education; Atención a las necesidades educativas del alumnado en centros ordinarios. Actualizadas el 19-12-2025.

Gaffney, H., et al. (2021). What works in anti-bullying programs? Campbell Systematic Reviews, 17(2), e1143. PMID 37131921.

Graziano, P. A., et al. (2020). Fidget spinners in the classroom. PMID 29676193.

Greven, C. U., et al. (2019). Sensory processing sensitivity in the context of environmental sensitivity: a critical review and development of research agenda. Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 98, 287-305. PMID 30639671.

Greven, C. U., et al. (2026). Trends in Cognitive Sciences, 30(6), 530-545. PMID 41188085.

Gringras, P., et al. (2014). Weighted blankets and sleep in autistic children: a randomized controlled trial. Pediatrics, 134(2), 298-306. PMID 25022743.

Grossman, P. (2023). Fundamental challenges and likely refutations of the five basic premises of the polyvagal theory. Biological Psychology, 180, 108589. PMID 37230290.

Gubler, D. A., et al. (2025). Journal of Personality Assessment. PMID 39321392.

Gubler, D. A., et al. (2026). Journal of Research in Personality, 123, 104730. DOI 10.1016/j.jrp.2026.104730.

Hyman, S. L., et al. (2020). Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder. Pediatrics, 145(1), e20193447. PMID 31843864.

Iimura, S., et al. (2026). Journal of Personality Assessment. PMID 42770692.

Iniesta-Sepúlveda, M., et al. (2021). The relationship of family accommodation with pediatric anxiety severity: meta-analytic findings and child, family and treatment-level moderators. Child Psychiatry and Human Development, 52(1), 1-14. PMID 32246361.

Kagan, J. (2018). PMID 29483343.

Kagan, J., y Snidman, N. (1999). Early childhood predictors of adult anxiety disorders. Biological Psychiatry, 46(11), 1536-1541. PMID 10599481.

Katulis, G., et al. (2023). Frontiers in Psychiatry. PMID 37032957.

Kuyken, W., et al. (2022). Effectiveness and cost-effectiveness of universal school-based mindfulness training compared with normal school provision in reducing risk of mental health problems and promoting well-being in adolescence: the MYRIAD cluster randomised controlled trial. Evidence-Based Mental Health, 25(3), 99-109. PMID 35820992.

Lebowitz, E. R., et al. (2020). Parent-based treatment as efficacious as cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety: a randomized noninferiority study of supportive parenting for anxious childhood emotions. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 59(3), 362-372. PMID 30851397.

Leduc, K., et al. (2024). PMID 36422762.

Lee, K. A., et al. (2020). Medical Journal of Australia. PMID 31709543.

Lelak, K., et al. (2022). Pediatric melatonin ingestions, United States, 2012-2021. MMWR, 71(22), 725-729. PMID 35653284.

Licht, C. L., et al. (2020). Association between sensory processing sensitivity and the serotonin transporter polymorphism 5-HTTLPR short/short genotype. Molecular Genetics and Genomic Medicine, 8(8), e1352. PMID 32543106.

Lionetti, F., et al. (2019). Sensory processing sensitivity and its association with personality traits and affect: a meta-analysis. Journal of Research in Personality, 81, 138-152. DOI 10.1016/j.jrp.2019.05.013.

Lionetti, F., et al. (2019). Observer-rated environmental sensitivity moderates children's response to parenting quality in early childhood. Developmental Psychology, 55(11), 2389-2402. PMID 31414847.

Magán-Maganto, M., et al. (2020). Spanish cultural validation of the Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised. Journal of Autism and Developmental Disorders, 50(7), 2412-2423. PMID 30328577.

Marhenke, R., et al. (2025). Development and Psychopathology. PMID 40814217.

Ministerio de Sanidad. Línea 024 de atención a la conducta suicida. sanidad.gob.es/linea024.

Moon, R. Y., et al. (2022). Sleep-related infant deaths: updated 2022 recommendations for reducing infant deaths in the sleep environment. Pediatrics, 150(1), e2022057990. PMID 35726558.

Muris, P., et al. (2026). PMID 42721457.

NHS. Soothing a crying baby. Revisada el 22-04-2026.

NICE. CG128, Autism spectrum disorder in under 19s: recognition, referral and diagnosis. CG159, Social anxiety disorder. NG87, Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. CG31, Obsessive-compulsive disorder. QS48, Depression in children and young people. NG225, Self-harm. NG69, Eating disorders.

Nocentini, A., Menesini, E., y Pluess, M. (2018). The personality trait of environmental sensitivity predicts children's positive response to school-based antibullying intervention. Clinical Psychological Science, 6(6), 848-859. DOI 10.1177/2167702618782194.

Nystad, K., et al. (2022). Stress, 25(1), 156-165. PMID 35389301.

Organización Mundial de la Salud (2019). Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age. Y: Adolescent health.

Panagiotidi, M., et al. (2020). The relationship between sensory processing sensitivity and attention deficit hyperactivity disorder traits: a spectrum approach. Psychiatry Research, 293, 113477. PMID 33198048.

Paruthi, S., et al. (2016). Recommended amount of sleep for pediatric populations: a consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine. Journal of Clinical Sleep Medicine, 12(6), 785-786. PMID 27250809.

Pluess, M. (2015). Individual differences in environmental sensitivity. Child Development Perspectives, 9(3), 138-143. DOI 10.1111/cdep.12120.

Pluess, M., y Belsky, J. (2013). Vantage sensitivity: individual differences in response to positive experiences. Psychological Bulletin, 139(4), 901-916. PMID 23025924.

Pluess, M., y Boniwell, I. (2015). Sensory-processing sensitivity predicts treatment response to a school-based depression prevention program. Personality and Individual Differences, 82, 40-45. DOI 10.1016/j.paid.2015.03.011.

Pluess, M., et al. (2018). Environmental sensitivity in children: development of the Highly Sensitive Child Scale and identification of sensitivity groups. Developmental Psychology, 54(1), 51-70. PMID 28933890.

PrevInfad (AEPap). Cribado del trastorno del espectro autista. Actualizado el 1-06-2026.

Rao, W. W., et al. (2020). Prevalence of prenatal and postpartum depression in fathers: a comprehensive meta-analysis. Journal of Affective Disorders, 263, 491-499. PMID 31757623.

Rapee, R. M., et al. (2005). Prevention and early intervention of anxiety disorders in inhibited preschool children. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73(3), 488-497. PMID 15982146.

Real Decreto 157/2022, de 1 de marzo, por el que se establecen la ordenación y las enseñanzas mínimas de la Educación Primaria. BOE núm. 52, de 2-03-2022. Artículos 13 y 16.

Rioux, C., et al. (2026). Addictive Behaviors. PMID 42632332.

Robins, D. L., et al. (2014). Validation of the Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-up. Pediatrics, 133(1), 37-45. PMID 24366990.

Rubin, K. H., et al. (2002). The transition from toddlerhood to preschool: parenting behaviors and child temperament. Child Development, 73(2), 483-495. PMID 11949904.

Sanchez-Cerezo, J., et al. (2023). European Eating Disorders Review. PMID 36527163.

Schaefer, M., et al. (2022). Brain Sciences, 12(5), 641. PMID 35625027.

Sensitivity Research. Sensitivity measures. sensitivityresearch.com.

Siebers, T., et al. (2026). Journal of Adolescent Health. PMID 42820885.

Slagt, M., et al. (2016). Differences in sensitivity to parenting depending on child temperament: a meta-analysis. Psychological Bulletin, 142(10), 1068-1110. PMID 27513919.

Slagt, M., et al. (2018). Sensory processing sensitivity as a marker of differential susceptibility to parenting. Developmental Psychology, 54(3), 543-558. PMID 29154642.

Sperati, A., et al. (2024). Development and Psychopathology, 36(1), 415-428. PMID 36503569.

Sperati, A., et al. (2026). Journal of Family Psychology, 40(2), 287-298. PMID 41182694.

Tribunal Constitucional. Sentencia 133/2010, de 2 de diciembre.

Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. American Psychologist, 44(2), 112-119. PMID 2653124.

Wakschlag, L. S., et al. (2012). Defining the developmental parameters of temper loss in early childhood. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53(11), 1099-1108. PMID 22928674.

Wehrli, S., et al. (2026). Current Psychology, 45(7), 738. PMID 41884181.

Weyn, S., et al. (2022). International Journal of Psychophysiology, 176, 36-53. PMID 35301026.

Weyn, S., et al. (2025). Development and Psychopathology. PMID 39773816.

Williams, J., y Blagrove, M. (2024). Journal of Research in Personality, 113, 104539.

Wolraich, M. L., et al. (1995). The effect of sugar on behavior or cognition in children: a meta-analysis. JAMA, 274(20), 1617-1621. PMID 7474248.

Wolraich, M. L., et al. (2019). Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of ADHD in children and adolescents. Pediatrics, 144(4), e20192528. PMID 31570648.

Zimmer, M., y Desch, L.; American Academy of Pediatrics (2012). Sensory integration therapies for children with developmental and behavioral disorders. Pediatrics, 129(6), 1186-1189. PMID 22641765.

Zubler, J. M., et al. (2022). Evidence-informed milestones for developmental surveillance tools. Pediatrics, 149(3), e2021052138. PMID 35132439.

Duarte, C. (2024). Niños Altamente Sensibles. Conoce, comprende y acompaña a tu hijo sensible. Zen Books. Edición revisada en 2026.