



---

**Universidad de Valladolid**

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EN DAÑO  
CEREBRAL ADQUIRIDO ENFOCADA HACIA  
UNA MEJORA DEL RENDIMIENTO  
ACADÉMICO**

---

**FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO  
SOCIAL**

**Máster Universitario en Psicopedagogía**

**Alumna: M<sup>a</sup> Teresa Rodríguez López**

**Tutora: M<sup>a</sup> Jesús Pérez Curiel**

**Valladolid, Junio 2015**

## ÍNDICE DE SIGLAS

ACV	Accidente cerebrovascular
APA	American Psychiatric Association
APANEFA	Asociación de Daño Cerebral Sobvenido de Madrid
CEADAC	Centro de Referencia Estatal de Atención al Daño Cerebral
CERMI	Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad
DCA	Daño Cerebral Adquirido
FEAPS	Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual
FEDACE	Federación Española de Daño Cerebral
IMSERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
ONCE	Organización Nacional de Ciegos Españoles
TCE	Traumatismo craneoencefálico

## **RESUMEN**

El objetivo de dicho trabajo de investigación, se centra en la revisión bibliográfica de una serie de nociones básicas (Daño Cerebral Adquirido, motivación académica, técnicas de estudio, etc.) para poder plantear la intervención que a posteriori se pondrá en práctica. A continuación se procede a la realización de un estudio de caso, valorando cada uno de los aspectos a mejorar en el paciente, concluyendo con una propuesta de intervención lo más ajustada a las necesidades personales.

Por ello, esta propuesta de intervención en pacientes con Daño Cerebral Adquirido, pretende desarrollar en el paciente una serie de competencias y estrategias a la hora de desarrollar su mejora en el rendimiento académico. Además de suscitar la importancia y la necesidad de intervención en dichos pacientes.

**Palabras clave:** Daño Cerebral Adquirido, motivación académica, autoestima, hábitos de estudio, técnicas de estudio y psicopedagogía.

## **ABSTRACT**

The objective of this research focuses on the literature review of some basic notions (Acquired Brain Injury, academic motivation, study skills, etc.) to raise the subsequent intervention will be implemented. Then we proceed to carry out a case study, evaluating each of the areas for improvement in the patient, concluding with a proposal for intervention as adjusted to personal needs.

Therefore, this proposed intervention in patients with acquired brain injury, the patient intends to develop a range of skills and strategies in developing their improved academic performance. In addition to raising the importance and the need for intervention in such patients.

**Palabras clave:** brain damage acquired, academic motivation, self-esteem, study habit, study tecnics, Psychopedagogy.

# ÍNDICE

ÍNDICE DE SIGLAS.....	1
RESUMEN.....	2
1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. OBJETIVOS.....	8
3. JUSTIFICACIÓN.....	9
3.1. Importancia del tema.....	9
3.2. Relación con las competencias del título.....	9
3.2.1. Competencias generales.....	10
3.2.2. Competencias específicas.....	11
4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	12
4.1. Daño Cerebral Adquirido.....	12
4.2. Causas.....	14
4.2.1. Traumatismos craneoencefálicos.....	14
4.2.2. Accidentes cardiovasculares o ictus.....	15
4.2.3. Tumores cerebrales.....	15
4.2.4. Anoxias o hipoxias.....	15
4.3. Alteraciones del Daño Cerebral Adquirido.....	16
4.3.1. Déficits motores.....	16
4.3.2. Déficits sensoriales.....	17
4.3.3. Déficits cognitivos.....	18

4.3.4. Alteraciones emocionales y conductuales.....	19
4.3.5. Ausencia de conciencia de dificultades.....	22
4.4. Intervención multidisciplinar.....	23
5. La familia del paciente con Daño Cerebral Adquirido.....	25
6. Orientación educativa.....	27
6.1. Modelos de intervención.....	31
6.1.1. Modelo Clínico.....	32
6.2. Intervención Psicopedagógica en dificultades de aprendizaje.....	33
6.3. Intervención Psicopedagógica en hábitos y técnicas de estudio.....	36
6.4. Intervención Psicopedagógica en problemas de motivación académica.....	39
6.5. Intervención Psicopedagógica en autoconcepto y autoestima.....	44
7. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	49
7.1. Introducción.....	49
7.2. Justificación.....	50
7.3. Identificación del caso.....	51
7.4. Identificación del centro.....	52
7.5. Objetivos generales.....	52
7.6. Objetivos específicos.....	53
7.7. Procedimientos.....	53
7.8. Metodología.....	54
7.9. Diseño de la propuesta.....	56

7.10. Instrumentos de recogida de información.....	75
8. EVALUACIÓN Y RESULTADOS.....	77
9. ALCANCE DEL TRABAJO.....	80
10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	82
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84

## ANEXOS

ANEXO I: CUESTIONARIO DE HÁBITOS Y TÉCNICAS DE ESTUDIO

ANEXO II: CUESTIONARIO MULTIDIMENSIONAL DE AUTOCONCEPTO

ANEXO III: GUÍA DE OBSERVACIÓN PARA EL PROFESORADO DE MOTIVACIÓN ACADÉMICA Y ESTILO DE APRENDIZAJE DEL ALUMNO

# 1. INTRODUCCIÓN

Con el presente trabajo se pretende analizar y reflexionar sobre la patología del Daño Cerebral Adquirido que cada vez está más presente en la sociedad. Como consecuencia de la gran cantidad de accidentes de tráfico, laborales y cardiovasculares, el número de personas afectadas por Daño Cerebral Adquirido junto con la esperanza de vida de estos pacientes ha sufrido un aumento en los últimos años.

Aunque se trata de una enfermedad estrechamente relacionada con el ámbito sanitario, se perciben una serie de aspectos necesarios de ser considerados desde el punto de vista educativo, ya que existe un número significativo de niños que padecen Daño Cerebral Adquirido debido a diversos motivos. La finalidad es cierta mediada es dar una respuesta adecuada a las diferencias individuales de cada persona, ya que la presencia de este trastorno produce en el paciente alteraciones, ya sean cognitivas, emocionales y conductuales. Este tipo de patología necesita de un tratamiento e intervención multidisciplinar, formado por Neuropsicólogos, Terapeutas Ocupacionales, Psicólogos y Psicopedagogos entre otros. Estos profesionales, van a ser claves en todo el proceso evolutivo de la patología. Produciendo en el paciente avances en todos los aspectos que conforman al individuo.

En este equipo multidisciplinar y con motivo de la realización de este trabajo, en relación al Máster de Psicopedagogía, se resalta la función del Psicopedagogo como profesional principal para solventar en la medida de lo posible, dificultades de aprendizaje, proporcionando al paciente una serie de recursos, estrategias y técnicas de estudio. Por sus competencias profesionales, citadas en el cuerpo del trabajo, el Psicopedagogo se encuentra con una formación específica para desarrollar este rol profesional. Por ello, el profesional será un guía, apoyo y ayuda en todo el proceso de intervención. Además de encargarse de orientar y asesorar a la familia tras la conmoción producida al conocer el diagnóstico, en todos los aspectos de la vida diaria.

Dicho trabajo es una investigación educativa real llevada a la práctica, mediante la elección de un paradigma de investigación, con un diseño y ejecución de la misma.

A través, de la puesta en práctica, se obtuvieron y analizaron los datos extraídos, para posteriormente elaborar conclusiones finales descriptivas.

En primer lugar se presenta una revisión de la literatura académica sobre Daño Cerebral Adquirido (DCA), hábitos y técnicas de estudio, motivación académica, orientación educativa, etc. Con el fin de conocer las principales características y alteraciones de esta enfermedad en relación con la educación.

En segundo lugar, se enmarca la propuesta de intervención en una fundamentación teórica, abordándose temas relacionados la orientación psicopedagógica, los modelos funcionales de orientación y la intervención psicopedagógica en dificultades de aprendizaje, autoconcepto y autoestima y motivación académica.

Y por último, se plantea la propuesta de intervención extraída de la observación directa y del análisis cuantitativo y cualitativo de las necesidades educativas, mediante la utilización de una prueba de evaluación psicopedagógica sobre hábitos y técnicas de estudio, donde se mostraron los diferentes aspectos a trabajar desde la perspectiva Sanitaria-Pedagógica.

La finalidad de este trabajo es dar respuesta educativa a todos los posibles problemas académicos presentes en las personas con Daño Cerebral Adquirido. Se trata de acercar posturas educativo-sanitarias y científicas, bajo un enfoque sistémico con el fin de abordar la atención a las personas afectadas de Daño Cerebral Adquirido y sus familiares.

A nivel metodológico se ha desarrollado un estudio de caso que mediante la observación durante un largo periodo, se han podido constatar las necesidades generales que presenta esta patología, además de una profunda revisión de informes sanitarios y educativos, resultando apreciable las necesidades que presenta este tipo de alumnado.

Teniendo en cuenta la presencia de dificultades en dichos pacientes, se propone una intervención global centrada en aspectos educativos, cuyo objetivo principal es conseguir, mediante un entrenamiento de técnicas de estudio, la máxima autonomía del paciente en el ámbito académico, mejorando los resultados y desarrollar una autoestima y motivación académica adecuada a su situación.

## **2. OBJETIVOS**

- Sensibilizar sobre la importancia de una intervención educativa para mejorar procesos de aprendizaje en pacientes con Daño Cerebral Adquirido.
- Resaltar las competencias generales y específicas del Psicopedagogo como profesional formado para desarrollar dicha propuesta.
- Lograr mayor independencia y autonomía del paciente en actividades escolares.
- Desarrollar técnicas de estudio para personas con Daño Cerebral Adquirido.
- Facilitar instrumentos de trabajo y estrategias de acción que mejoren la planificación y la gestión de la información del paciente.

## **3. JUSTIFICACIÓN**

### **3.1. IMPORTANCIA DEL TEMA**

La elección de este tema fue en gran medida por la relación que existe entre las competencias del título y el tema tratado en dicho trabajo. Además de la curiosidad e incertidumbre de la labor del Psicopedagogo fuera del ámbito educativo, descubriendo otros contextos de actuación de educación no formal, en concreto en el ámbito sanitario.

A su vez, el Psicopedagogo posee una serie de competencias que le habilitan para trabajar en ámbitos diferentes al educativo. Dicho profesional sirve de unión entre dos campos de actuación que pueden verse complementados en intervenciones comunes. Al tratarse de un ámbito sanitario donde se desarrolla la investigación, el Psicopedagogo puede aportar ideas que partan del ámbito educativo y que el ámbito sanitario se ve deficitario. Así ambos contextos se verán respaldados, consiguiendo una intervención global.

Al considerarse una patología con alteraciones que dependen de una serie de factores, es complicado establecer un modelo general de afectación. Por ello, la importancia de realizar una valoración personal, ya que ayudará a determinar un pronóstico y una intervención acertada.

### **3.2. RELACIÓN CON LAS COMPETENCIAS DEL TÍTULO**

Partiendo de lo estipulado en el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establecen la ordenación de las enseñanzas universitarias en relación con el Título de Máster, el tema seleccionado contribuye al desarrollo de las siguientes competencias generales y específicas.

### **3.2.1. Competencias generales**

En lo que se refiere a, resolver problemas en entornos nuevos o poco conocidos, de forma autónoma y creativa, y en contextos más amplios o multidisciplinarios. Al tratarse de un ámbito poco conocido, permite desarrollar una serie de competencias y enfrentarse directamente con la problemática, sabiendo resolver problemas que se planteen en los diferentes entornos.

En cuanto a la toma de decisiones a partir del análisis reflexivo de los problemas, aplicando los conocimientos y avances de la Psicopedagogía con actitud crítica y hacer frente a la complejidad a partir de una información incompleta.

Una vez que se haya producido la observación de las necesidades de cada paciente, proceder a la toma de decisiones para solventar en la medida de lo posible esas carencias, ya que supone adquirir una actitud crítica y una adecuada utilización y aplicación de conocimientos aprendidos.

Comunicar las decisiones profesionales y las conclusiones así como, los conocimientos y razones que las sustentan a públicos especializados y no especializados, de manera clara y sin ambigüedades.

Que se produzca una retroalimentación entre la familia y el profesional, de forma clara, con el fin de que se establezca la intervención de forma paralela con la familia.

Tomar conciencia de las creencias y estereotipos sobre la propia y las demás culturas o grupos y de las implicaciones sobre su actuación profesional, potenciando el respeto de las diferencias individuales y sociales. Tener en cuenta las diferencias individuales y sociales de cada paciente, ofreciendo a todos las mismas posibilidades de desarrollo humano.

Responder y actuar de manera adecuada y profesional, teniendo en cuenta el código ético y deontológico de la profesión, en todos y cada uno de los procesos de intervención. Ser consciente de la labor de la profesionalidad. Respondiendo de manera cercana e inmediata a los problemas que se planteen, además de, ofrecer una serie de alternativas, en las que el sujeto debe ser autónomo a la hora de elegir la más adecuada a su situación.

Implicarse en la propia formación permanente, reconocer los aspectos críticos que ha de mejorar en el ejercicio de la profesión, adquiriendo independencia y autonomía. Responsabilizándose del desarrollo de sus habilidades para mantener e incrementar la competencia profesional. Toda labor profesional implica una formación permanente, proceso continuo de aprendizaje personal, ya que va a ser guía en toda la intervención y debe tener una serie de competencias profesionales.

### **3.2.2. Competencias específicas**

En lo que se reseña, a diagnosticar y evaluar las necesidades socioeducativas de las personas, grupos y organizaciones utilizando diferentes metodologías, instrumentos y técnicas, teniendo en cuenta las peculiaridades del contexto.

Además de facilitar la atención a la diversidad y la igualdad de oportunidades. Diseñando actuaciones favorecedoras del desarrollo personal y/o profesional de las personas. Para formular nuevas propuestas de mejora de la intervención psicopedagógica, fundamentadas en los resultados de la investigación psicopedagógica.

## 4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

### 4.1. DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO (DCA)

Para introducir dicho trabajo, en primer lugar se muestra un breve acercamiento al término Daño Cerebral Adquirido, considerada como una de las enfermedades mayoritarias, que supone un cambio brusco en la vida de la persona que lo padece y de su familia.

González (2012) afirma que:

El término Daño Cerebral Adquirido (DCA), hace referencia a un grupo de pacientes que tienen como característica común la de haber sufrido una lesión cerebral que irrumpe en su desarrollo vital. [...]. El daño cerebral marca un antes y un después en las personas y las familias que se ven afectadas. (p.21)

Así mismo, un concepto más globalizado es el desarrollado por la Fundación de Daño Cerebral (FEDACE). Definido como: “el resultado de una lesión súbita en el cerebro que produce diversas secuelas de carácter físico, psíquico y sensorial. Estas secuelas desarrollan anomalías en la percepción sensorial, alteraciones cognitivas y alteraciones del plano emocional”. (FEDACE, 2013).

Por otro lado, el Centro de Referencia Estatal de Atención al Daño Cerebral (CEADAC, 2009), define Daño Cerebral Adquirido como:

Diversas lesiones cerebrales, cuyo origen más común son los traumatismos craneoencefálicos, accidentes cerebrovasculares y secuelas de tumores cerebrales. Las consecuencias más frecuentes son déficits: motores, sensoriales y neurocognitivos, que requieren una intervención integral, física, psicológica y social en la que juega un papel fundamental la implicación de la familia.

De manera similar al término definido por la Fundación de Daño Cerebral Adquirido, la Consejería de Sanidad de Castilla y León argumenta que el Daño Cerebral Adquirido se produce por una lesión en el cerebro, que ocurre de forma súbita y cuyo origen no es degenerativo ni congénito. Como resultado se producen alteraciones que afectan al

funcionamiento normal del cerebro, en consecuencia, a las capacidades físicas del organismo, a nivel cognitivo y conductual.

Y por último, enmarcando dicho término en la Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V-TM, se considera uno de los trastornos neurocognitivos mayores y leves, producido por traumatismos cerebrales.

Uniendo estos conceptos, podemos decir que, el Daño Cerebral Adquirido es una lesión cerebral producida por varias causas que suele provocar en la mayoría de los casos consecuencias tanto a nivel cognitivo como emocional-afectivo y social.

Una vez definido el término Daño Cerebral Adquirido desde diferentes ámbitos y asociaciones, resulta necesario mencionar la prevalencia de este trastorno en la actualidad.

Según la Asociación Camino de Daño Cerebral Adquirido en Valladolid,

Los datos obtenidos de las personas valoradas en los Centros Base de la Comunidad de Castilla y León en el año 2006 indican que la prevalencia global del Daño Cerebral Adquirido es aproximadamente de 5/1.000 habitantes. Considerándose León, Burgos, Salamanca y Valladolid, como las provincias con más afectados por Daño Cerebral Adquirido. Más concretamente en Valladolid (capital y provincia) existen al menos 2.500 afectados.

Además, los resultados de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD) del año 2008, realizada por el Instituto Nacional de Estadística muestra que:

- En España residen 420.064 personas con Daño Cerebral Adquirido (9,3/1.000 habitantes). Mayor prevalencia que la observada en Castilla y León en 2006.
- El 78% de estos casos se deben a accidentes cerebrovasculares, ictus. Siendo el 22% restante causado por traumatismos craneoencefálicos, anoxias, tumores e infecciones cerebrales, fundamentalmente.
- En cuanto a la distribución por edad y sexo, se observa que un 52,5% de las personas con DCA son mujeres frente a un 47,5% de varones.

## **4.2. CAUSAS**

La etiología del Daño Cerebral Adquirido es muy diversa, destacando entre sus principales lesiones, traumatismos craneoencefálicos, accidentes cerebrovasculares (ictus), tumores cerebrales y anoxias o hipoxias. Según la autora González (2012), se destaca la siguiente clasificación:

### **4.2.1. Traumatismos craneoencefálicos (TCE)**

Los traumatismos craneoencefálicos son considerados como: “Una afectación del cerebro causada por una fuerza externa que puede producir una disminución o alteración del estado de conciencia, que conlleva una alteración de las habilidades cognitivas o del funcionamiento físico”. (Defensor del Pueblo, 2006, p26).

Según Hospitales Nisa (2014), la clasificación en base al estado de conciencia o escala de coma de Glasgow de los traumatismos craneoencefálicos, es la siguiente:

- Leve: los pacientes que han sufrido este tipo de traumatismo, presentan una pérdida de conciencia menor junto con amnesia. Las secuelas de este tipo de traumatismo, se pueden recuperar completamente aunque pueden existir problemas de memoria o concentración.
- Moderado: estos pacientes requieren de un periodo de hospitalización e incluso intervención quirúrgica. En ellos, se muestran síntomas de fatiga, mareo o incluso dificultad para la concentración.
- Grave: en esta clasificación se engloban pacientes que se encuentran en estado de coma y que necesitan de cuidados intensivos para sobrevivir.

#### **4.2.2. Accidentes cerebrovasculares o ictus (ACV)**

A su vez, otras de las causas que conlleva la presencia del Daño Cerebral Adquirido son los accidentes cerebrovasculares o ictus. Son definidos como :

Lesión producida por una interrupción o alteración del flujo sanguíneo cerebral, cuyas consecuencias dependen del vaso sanguíneo afectado. Se clasifican en: isquémicos (también denominado infarto cerebral) y hemorrágicos (hemorragia cerebral o apoplejía) [...] Se producen por la rotura de un vaso sanguíneo cerebral, cuya causa puede ser una malformación congénita o una subida brusca de presión arterial. (González, 2012, p32)

Según la Asociación Americana del Corazón (AHA) se calcula que:

Cada año aproximadamente 795.000 estadounidenses sufren un primer accidente cerebrovascular. Los pacientes que consiguen sobrevivir pueden quedar paralíticos, sufrir problemas emocionales o padecer trastornos del habla, la memoria o el juicio. El grado de la lesión o del trastorno depende de cuál haya sido la arteria obstruida y durante cuánto tiempo quedó obstruida. (Texas Heart Institute, 2014)

#### **4.2.3. Tumores cerebrales**

Los tumores intracraneales están permanentemente dañando el tejido cerebral, lo que da lugar a la aparición de síntomas neurológicos. Si no se tratan, la destrucción puede ser tan grande que puede llevar a la muerte. Sin embargo, cuanto antes se descubran y traten, mayor será la posibilidad de recuperación completa. (Apanefa, 2015)

#### **4.2.4. Anoxias o hipoxias**

Y por último pero no de menos importancia, el Daño Cerebral Adquirido producido como consecuencia de anoxias o hipoxias. Según González (2012), son:

Problemas de oxigenación en el cerebro durante un determinado periodo de tiempo, lo que se traduce en muerte neuronal del tejido cerebral. Cuanto más se prolongue en el tiempo la falta de oxígeno mayor será el daño causado. La falta total o casi total se denomina anoxia, mientras que la hipoxia se refiere a la disminución del aporte de oxígeno al cerebro. (p.32)

### **4.3. ALTERACIONES DEL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO (DCA).**

Las consecuencias producidas por un Daño Cerebral Adquirido suelen afectar a diferentes áreas del desarrollo humano. Según la Consejería de Sanidad de Castilla y León, una de las consecuencias inmediatas del Daño Cerebral Adquirido es la alteración del nivel de conciencia, que puede variar desde una situación de confusión transitoria, que se recupera en poco tiempo, a una situación de coma profundo que no siempre va a ser reversible.

Además de afectar al nivel de conciencia, el Daño Cerebral Adquirido puede perturbar otras funciones que dirige el cerebro, produciendo alteraciones físicas, cognitivas y alteraciones de la conducta. Como consecuencia, la relación de secuelas puede incluir la parálisis de una mitad del organismo, dificultad para hablar y para comprender lo que se oye, trastornos de la atención, falta de concentración, trastornos el aprendizaje, irritabilidad, inestabilidad emocional, etc.

El tipo de secuelas está relacionado con el grado de la lesión, su extensión, la zona afectada del cerebro, la duración de la interrupción del riego cerebral y también, con el estado previo de la persona que sufrió el Daño Cerebral Adquirido.

Partiendo de la base de las secuelas planteadas, la autora González (2012) destaca las siguientes:

#### **4.3.1. Déficit motores**

Una de las principales áreas que puede verse afectada con algún tipo de alteración por la afectación de un Daño Cerebral es el área motora.

Algunas de las consecuencias presentes en estos pacientes son: la alteración en la bipedestación, equilibrio, control postural, control de la cabeza, etc. De este modo hablamos de casos más generales y leves, teniendo en cuenta que el caso más grave puede llegar a perder la movilidad total de algunos de los miembros entre otras causas. (González, 2012, p.34)

Además, como consecuencia de un Daño Cerebral Adquirido, los déficits pueden ser numerosos. CEADAC (2013) resalta que algunas de las consecuencias relacionadas son:

- Dificultad en motricidad voluntaria y control postural: con la presencia de una movilidad reducida en cuanto a movimientos que requieren un esfuerzo personal. Por ejemplo: girarse en la cama, no sujeción de la cabeza, dificultad para levantarse de la silla...
- Espasticidad: aumento del tono muscular que impide mantener los músculos relajados.
- Alteración en coordinación de movimientos: se denota la presencia de temblor en las manos y fallo en el control de las órdenes que manda.

#### **4.3.2. Déficit sensoriales**

Continuando con algunas de las dificultades a nivel sensorial podemos encontrarnos con pacientes con Daño Cerebral Adquirido, que presenten un deterioro en algunas de las funciones sensoriales.

CEADAC (2013), considera que existen:

- Alteraciones sensitivas: encontrándose dificultades para detectar cualquier sensación en el cuerpo (frío, calor, etc.)
- Dolor: puede percibirse una ausencia de la sensación de dolor en el paciente. Es necesario recordar al paciente si tiene alguna herida o algún hematoma ya que puede no ser consciente de ello.
- Alteración en la deglución: dificultad en la deglución de alimentos de forma coordinada. La acción de comer supone un esfuerzo mayor que provoca fatiga en el paciente, ya que requiere de la organización de varios procesos.
- Alteraciones visuales: con la presencia de problemas en la visualización de personas u objetos, no por una atención afectada sino porque, presentan dificultades visuales que se interpretan como faltas de atención.

### 4.3.3. Déficit cognitivos

Otro de los problemas más frecuentes que aparecen al existir un Daño Cerebral Adquirido, son los déficits cognitivos. Al producirse, ya sea un golpe, una parada o un tumor, son sucesos que van a conllevar la afectación de los procesos psicológicos básicos.

González (2012) argumenta que, la presencia de estos déficits depende en gran medida del área afectada del cerebro. Aunque las alteraciones presentes con más frecuencia tras un DCA son déficits atencionales, reducción de la velocidad de procesamiento, dificultad en la adquisición de nueva información, dificultades en el lenguaje, funciones ejecutivas, razonamiento, resolución de problemas, etc.

Así mismo, otro de los aspectos involucrados y afectados por un Daño Cerebral Adquirido son las funciones ejecutivas.

Arango y Parra (2008) las definen como: “todo lo relacionado con la capacidad de transformar los pensamientos en acción”. (p.1)

Las funciones ejecutivas (iniciativa, planificación, flexibilidad, inhibición y toma de decisiones) es el término utilizado para englobar una serie de facultades imprescindibles para poder completar con total independencia actividades diarias más o menos complejas. Se encuentran localizadas en los lóbulos frontales, por lo que se alteran con mayor frecuencia en cualquier Daño Cerebral Adquirido de diverso origen. (Fundación MAPFRE Medicina, 2002, p127)

Además los pacientes con Daño Cerebral Adquirido presentan dificultades relacionadas con (IMSERSO, 2013):

- Orientación: desorientación relacionada con no saber ni dónde están, ni con quién, ni el día, ni año, etc.
- Atención: la capacidad de atención de estos pacientes también se encuentra alterada, viéndose una gran dificultad en la escucha activa de un intercambio comunicativo. La atención que más problemas presenta es la atención dividida y es la que más tarde se recupera.

- Lenguaje: en este campo nos podemos encontrar a pacientes que han perdido por completo cualquier medio de comunicación, como es el caso de la afasia. O incluso pacientes que presentan cierta limitación a la hora de comunicarse pero pueden hacerlo de manera escrita.
- Aprendizaje y memoria: la mayoría de los pacientes con Daño Cerebral Adquirido tienen que volver a aprender cosas que hacían con anterioridad, relacionadas con el propio aseo y autonomía personal. Presentan dificultades a la hora de recordar los nombres de las personas y las conversaciones que han tenido con ellas.
- Pensamiento: se percibe en estos pacientes una pérdida de abstracción y de pensamiento complejo.

#### **4.3.4. Alteraciones emocionales y conductuales**

El componente emocional es otro de los ámbitos que se deben tratar con este tipo de pacientes. En las personas con DCA, se muestran cambios o alteraciones en las emociones y la conducta.

Estos cambios muestran dos perfiles de personas, por un lado las personas que muestran falta de inhibición o autocontrol (dicen lo primero que se les pasa por la cabeza sin pensar en las consecuencias que esto conlleva) y por otro lado las personas que muestran un exceso de control y una iniciativa conductual pobre. (González, 2012, p.34)

Además, la Fundación MAPFRE Medicina (2002), considera importantes algunas de las alteraciones emocionales y conductuales más comunes, tales como la irritabilidad, impulsividad, agresividad, falta de control emocional, depresión, apatía, falta de iniciativas, egocentrismo, infantilismo, etc. El componente emocional, supone entender a la otra persona, además de mostrar implicación emocional. Percibir de manera cercana las emociones de los demás y saberlas interpretar.

Jiménez-Cortés et al. (2012) lo definen como: “la respuesta afectiva hacia las otras personas que, a menudo, aunque no siempre, implica compartir su estado emocional, es decir, el grado en que uno es capaz de experimentar indirectamente las emociones de los demás”. (p.1)

Desarrollar un adecuado componente emocional conlleva ampliar las funciones mentales. Reconociendo o identificando las emociones de los otros y la propia respuesta emocional; la sensibilidad emocional y la posibilidad de expresar los sentimientos de empatía. (Jiménez-Cortés et al., 2012)

Por otro lado se aprecian síntomas de apatía, mostrándose como uno de los indicios más característicos de estas personas.

Sánchez-Cubillo, Lertxundi, Quemada y Ruiz-Ruiz, (2007) consideran que:

Se manifiesta en forma de disminución de la actividad que el paciente inicia por sí mismo (acción auto-iniciada) por falta de motivación, emoción o nivel de conciencia. Se evidencia por tres aspectos fundamentales, la disminución de la conducta, de la cognición y de la emoción. (p.5)

A continuación de modo aclaratorio, se presentan una serie de características clínicas de la apatía en relación con la disminución de la conducta, la cognición y la emoción. (*Tabla 1*)

Tabla 1. *Características clínicas de la apatía*

<b>Características de la disminución de la conducta</b>	<b>Características de la disminución de la cognición</b>	<b>Características de la disminución de la emoción</b>
<b>Falta de productividad</b>	Falta de interés tanto a nivel general como en el aprendizaje de nuevos conocimientos o experiencias.	Falta de sensibilidad emocional hacia sucesos positivos o negativos.
<b>Falta de esfuerzo</b>		
<b>Falta de tiempo invertido e iniciativa</b>	Despreocupación por uno mismo, la propia salud y los propios problemas.	Afectividad invariable
<b>Aumento de perseveraciones</b>		Aplanamiento afectivo
<b>Conductas de sumisión o dependencia</b>	Disminución del valor atribuido a la socialización, recreación, productividad, iniciativa, perseverancia, curiosidad.	Ausencia de excitación o intensidad emocional.
<b>Disminución de la socialización y de actividades de ocio</b>		

Fuente: Sánchez-Cubillo, Lertxundi, Quemada y Ruiz-Ruiz, 2007, p.105

#### **4.3.5. Ausencia de conciencia de las dificultades**

En algunas de las situaciones el paciente no es consciente de sus dificultades y limitaciones. Por ello, González (2012), utiliza el término anosognosia. Atribuyéndose al desconocimiento de las capacidades y limitaciones de la propia persona. Este problema, hace que el proceso de rehabilitación sea mucho más complicado. Ya que el paciente se muestra reacio a cualquier propuesta planteada por el profesional, porque la considera innecesaria y no se encuentra con un estado confortable.

Todos estos procesos se ven alterados en el paciente como consecuencia de cualquier Daño Cerebral Adquirido, pero también es necesario citar algunos cambios producidos con consecuencias negativas planteados por la Fundación MAPFRE Medicina (2002), relacionados con:

- El propio paciente: debido a la inconsciencia de sus dificultades, le llevará a realizar actividades peligrosas y a la no participación en las sesiones de rehabilitación.
- Sus familiares: conllevará a la demanda excesiva de atención, de cuidados que con anterioridad no eran necesarios, etc. Todo ello unido a las implicaciones emocionales producidas por la aceptación de la nueva situación.
- Amigos y conocidos: las conductas de las personas con Daño Cerebral Adquirido van a provocar en el grupo de amigos interés y preocupación inicial, que irá disminuyendo con el paso del tiempo. Estos pacientes tienden a aislarse socialmente.
- Readaptación laboral o profesional: resulta casi imposible mantener el puesto de trabajo, debido a las dificultades personales, sociales y emocionales.

#### 4.4. INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR

Teniendo en cuenta la diversidad de población afectada por un Daño Cerebral Adquirido, debemos plantear intervenciones que se adapten a las necesidades de cada paciente. Para ello no basta con la valoración de un profesional, sino de varios profesionales que intervienen o tienen la posibilidad de intervenir con dicho paciente para mejorar sus capacidades, siempre teniendo en cuenta sus posibilidades.

Es fundamental desarrollar un enfoque multidisciplinar ya que varios profesionales valorarán el estado personal del paciente y se complementarán en sus funciones como profesionales para conseguir objetivos comunes. A continuación, se presenta un gráfico (*Figura 1*) con cada uno de los profesionales de este equipo multidisciplinar sin olvidarnos del papel fundamental de la familia, que será un apoyo y ayuda necesaria en todo el proceso.

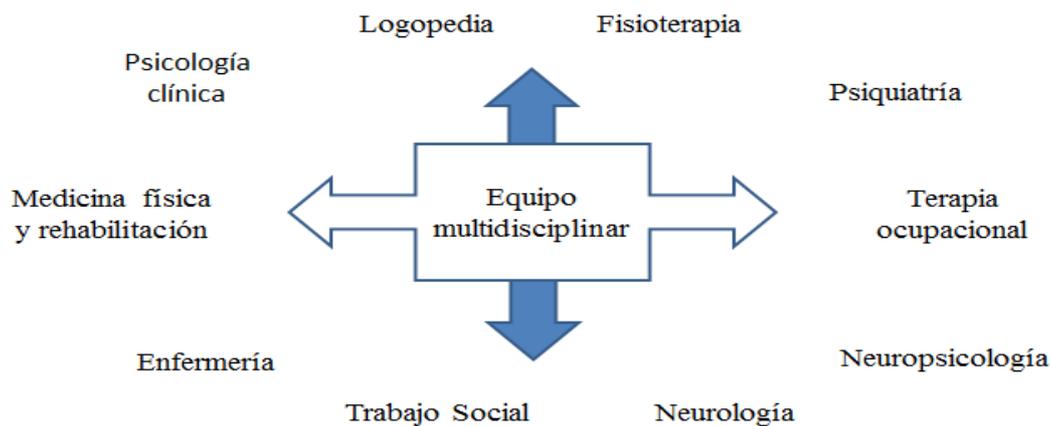


Figura 1. Miembros de un equipo multidisciplinar (González, 2012, p.55)

Pero, debemos mencionar el concepto de rehabilitación desde diferentes ámbitos para que el paciente consiga mayor autonomía en todas las áreas de su desarrollo.

De Noreña et al. (2010), resaltan de especial interés la rehabilitación neuropsicológica, implicadas las funciones ejecutivas como procesos cognitivos que determinan una conducta intencional. Además de trabajar aspectos principales como es la atención, la memoria junto con la velocidad de procesamiento, el lenguaje, etc.

Así, “La rehabilitación neuropsicológica es un área de la neuropsicología aplicada que consiste en la intervención de los procesos cognitivos alterados, mediante la aplicación de procedimientos, técnicas y empleo de apoyos externos”. (Carvajal-Castrilló y Restrepo, 2013, p.2). Para el tratamiento e intervención de estos pacientes se encuentra a disposición del paciente y de las familias, “el Centro de Referencia Estatal de Atención al Daño Cerebral (CEADAC), que en 2002 inició su actividad como centro monográfico de rehabilitación integral, dependiente del IMSERSO”. (Defensor del Pueblo, 2006, p.180)

Según el Defensor del Pueblo (2006), “este centro ofrece una rehabilitación de alto nivel, tanto a las personas afectadas como a familiares, preparando su reinserción a los entornos domiciliarios y procurando la máxima habilitación para la vida autónoma”. (p.183)

Pero no únicamente nos encontramos con la rehabilitación neuropsicológica y con los demás profesionales mencionados anteriormente, Moreno, Montero y García-Baamonde, (2004) resaltan el papel del Psicopedagogo como:

El profesional que nos puede informar sobre el nivel cognitivo, su capacidad de aprendizaje, la conducta, el rendimiento escolar y la utilización en el entorno escolar del lenguaje. Además de la relación con los compañeros, la actitud hacia el aprendizaje y la actividad lúdica. (p.24)

Podemos concretar que, el perfil profesional del Psicopedagogo le habilita para trabajar en otros ámbitos. Hernández (2009) plantea una serie de ámbitos en los cuales puede verse desarrollado este rol. En cuanto al desarrollo y la integración personal a través de la oferta de educación no formal mediante los programas de animación sociocultural. La intervención socio-comunitaria a través de los servicios sociales de atención primaria. La atención a colectivos específicos como la infancia y adolescencia, las personas con discapacidades, diversas problemáticas sociales como la drogadicción, la población reclusa o los inmigrantes como sectores de la sociedad con necesidades derivadas de una situación concreta. Y la integración y desarrollo laboral, que incluyen tanto los servicios destinados a facilitar la incorporación al mercado de trabajo, como al ajuste al entorno laboral y la formación permanente.

## **5. LA FAMILIA DEL PACIENTE CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO**

Al producirse un Daño Cerebral Adquirido en el paciente, se percibe la presencia de alteraciones cognitivas y emocionales, pero quizás a la que más importancia damos es a la discapacidad motora o física. Esta discapacidad supone para la familia una responsabilidad de cuidado con pocos recursos a su alcance.

Una de las principales necesidades que sigue estando por cubrirse en las familias y en el paciente, son las necesidades de apoyo emocional. Estas carencias van a interferir en el ámbito profesional, produciéndose una relación inestable durante la intervención. Por ello, Calvete y López de Arroyabe (2012), consideran que “los profesionales que acompañen al familiar en todo el proceso, deberían tener en cuenta la satisfacción del apoyo emocional ya que, reducirá los síntomas psicológicos”. (p.734)

Los principales factores que el Defensor del Pueblo (2006) muestra y que van a determinar las diferencias en las situaciones familiares son:

- El tipo de funciones alteradas, gravedad de la discapacidad y dependencia.
- La edad del afectado.
- Su situación de actividad e inserción laboral.
- El tipo de vínculo familiar del afectado.
- Etapa en el ciclo de la lesión.
- Componentes culturales, ideológicos y económicos en la familia.

Por tanto, el grado de afectación de la familia, dependerá en gran medida de las situaciones mencionadas anteriormente. Se producirán cambios que se van a mostrar con mayor incidencia en alteraciones emocionales y del comportamiento.

Como consecuencia, el Daño Cerebral Adquirido provoca en ocasiones, una desestructuración familiar, produciéndose el cambio de roles en cuanto al cuidado del

paciente. Para aminorar la situación, la familia dispone de una serie de recursos a su alcance para conseguir un mayor cuidado. (IMSERSO, 2007)

El apoyo por parte de los profesionales es un pilar fundamental para la familia. En diversas ocasiones el profesional actúa como terapeuta familiar, respondiendo a dudas o planteamientos de las familias. Por ello, sería necesaria e imprescindible realizar una intervención familiar que involucre al paciente.

El IMSERSO (2007), confirma que “este impacto puede ser tan devastador para la persona afectada como para la familia. Por tanto, las consecuencias derivadas de un Daño Cerebral Adquirido repercuten de forma muy importante en la red familiar y en el entorno social”. (p. 79-80).

Según se muestra, “las familias padecen diferentes etapas. Pasando desde la incertidumbre inicial y el desconocimiento del pronóstico, hasta el afrontamiento de los cambios y la convivencia con una persona con discapacidad”. (IMSERSO, 2007, p79-80).

Por todo lo que acarrea la enfermedad, las familias van a ser objeto de atención e intervención, ya que son el ambiente más cercano e involucrado con la persona afectada de Daño Cerebral Adquirido. La intervención que se realizará con el propio paciente será de forma paralela a la de la familia. (IMSERSO, 2007)

## **6. ORIENTACIÓN EDUCATIVA Y ASESORAMIENTO PSICOPEDAGÓGICO**

Para enfocar dicha propuesta de intervención, ya que en cierta medida se va a realizar de forma paralela un proceso de orientación hacia el alumno, es necesario enmarcar dicha propuesta en una fundamentación teórica con conceptos considerables en relación con la orientación educativa. Para ello, los modelos funcionales de orientación e intervención psicopedagógica, son la base para determinar qué queremos conseguir mediante esa intervención.

El término orientación educativa hace referencia al proceso de intervención, ayuda o acompañamiento que el terapeuta desarrolla a lo largo de toda la vida. (Álvarez y Bisquerra, 2012).

Tiene como ámbitos de desarrollo, multitud de enfoques, tales como, la orientación educativa, orientación laboral, escolar, psicopedagógica, etc.

Por ello, la orientación educativa abarca un amplio abanico de posibilidades de actuación. Así mismo, a continuación se muestran una serie de respuestas a algunos de los interrogantes que se nos pueden plantear a la hora de definir la orientación educativa (*Tabla 2*).

Tabla 2: *Concepto de orientación educativa*

### ORIENTACIÓN EDUCATIVA

<b>¿Qué es?</b>	Un proceso de ayuda y acompañamiento en todos los aspectos del desarrollo, esto incluye una serie de áreas de intervención: orientación profesional, procesos de enseñanza-aprendizaje, atención a la diversidad, prevención y desarrollo humano.
<b>¿Quién la realiza?</b>	Los agentes de la orientación: orientadores, profesorado, tutores, familia, agentes sociales, etc.
<b>¿Cómo se realiza?</b>	A través de modelos de intervención: modelo de consulta (asesoramiento), modelo de programas y modelo clínico.
<b>¿Cuándo se realiza?</b>	A lo largo de toda la escolarización
<b>¿Dónde se realiza?</b>	En el aula con todo el grupo y de forma individualizada en su despacho que permita la intimidad
<b>¿Por qué?</b>	Para potenciar la prevención y el desarrollo de la personalidad integral
<b>¿A quién va dirigida?</b>	A todo el alumnado y a las familias

Fuente: Álvarez y Bisquerra, 2012, p.21

Así mismo, la orientación educativa, desde una terminología similar, Núñez del Río, Carpintero, García, Serrano y Ordoñez, (2011) lo definen como: “una guía, un camino, una ayuda para el desarrollo individual”. (p.18)

Desde otro punto de vista pero en un ámbito conocido,

Se trata de un conjunto de teorías que ayudan a establecer las bases metodológicas para abordar la planificación, el seguimiento y la evaluación de la intervención psicopedagógica y socio-pedagógica de una manera más ajustada, teniendo en cuenta diversidad de factores implicados en el proceso: evolutivos, sociales, personales. (Del Río y Martínez, 2007, p.18)

A su vez, el concepto de orientación educativa ha producido el planteamiento de una serie de principios de especial interés, contemplados por Miller (1971). Algunos de los principios de la orientación que este autor plantea son:

Es para todos los alumnos de todas las edades, ha de aplicarse a todos los aspectos del desarrollo del alumno, debe estimular el descubrimiento y desarrollo de uno mismo, ha de ser una tarea cooperativa en la que se comprometen el alumno, los padres, los profesores, el orientador y el director, ha de considerarse como una parte principal del proceso total de educación y ha de ser responsable ante el individuo y la sociedad. (p.26)

De igual forma, Rodríguez Espinar (1993), resume dichos principios en cuatro nociones de actuación que debe contemplar la orientación. (p.26-27)

- Principio antropológico: en este principio se da sentido al tipo de hombre que se pretende llegar, además de las características personales en todo el proceso.
- Principio de prevención: lo que se pretende con este principio es proporcionar al individuo una serie de orientaciones para afrontar los retos que se plantean en una situación conflictiva.
- Principio de desarrollo: proceso en el que el orientador será un guía y apoyo.
- Principio de intervención social: concienciación sobre las dificultades que pueden encontrarse a lo largo del camino recorrido, en este principio “se busca cómo modificar el entorno para mejorar el proceso de desarrollo personal”. (p.27)

Por otro lado, es necesario mencionar la importancia del asesoramiento psicopedagógico como un instrumento de orientación educativa. Teniendo en cuenta la tarea principal que debe desarrollar el orientador en todo el proceso, es necesario que su labor se desarrolle e intervenga en aspectos relacionados con la atención a la diversidad y la acción tutorial. (Lago y Onrubia, 2011)

Además, este proceso de asesoramiento puede ir dirigido a profesores o incluso al centro donde se desarrolla la actividad docente. Pero esta función no es de una sola dirección ya que puede servir de asesoramiento familiar. Aportando perspectivas o ayudas a las familias sobre las situaciones de desarrollo académico de sus hijos y creando la participación e inclusión de las familias en el proceso de aprendizaje del alumno. (Barrero, 2013)

El asesoramiento supone una relación de ayuda, y como práctica profesional implica contar con las necesarias habilidades interprofesionales para establecer un apoyo a la relación en el seno de un grupo que pretende abordar la mejora en el día a día, y esto indefectiblemente supone asumir que el conflicto forma parte de estas relaciones. (Mas y Torrego, 2014, p. 20)

## 6.1. MODELOS DE INTERVENCIÓN

Para el desarrollo de intervenciones es necesario tomar como referencia los modelos funcionales de intervención. Para ello, es de especial interés mencionar el término modelo funcional definido como: “Marco de referencia para diseñar intervenciones que está integrado por una serie de elementos organizados de cara a la consecución eficaz de unos objetivos establecidos” (Hernández, 2009, p141)

Pero, aun así, para enmarcar la propuesta de intervención que se pretende desarrollar, es necesario distinguir los tres modelos de intervención que Álvarez y Bisquerra (2012) plantean:

➤ **Modelo Clínico (counseling):** modelo centrado en una atención individualizada, donde la entrevista personal es la técnica principal. Se establece cuando el alumno solicita ayuda para tratar problemas personales con un seguimiento paralelo.

➤ **Modelo de Programas:** en este modelo se desarrollan un conjunto de acciones planificadas y estructuradas para alcanzar unos objetivos definidos. “Los programas son iniciativas del propio equipo de especialistas. La actuación suele ser directa, aunque también puede ser indirecta. El carácter de los programas suelen ser preventivos y los destinatarios, grupos o colectivos” [...] (Hernández, 2009, p.143)

Además, Álvarez y Bisquerra (2012), lo definen como “un modelo que se propone anticiparse a los problemas y cuya finalidad es prevención de los mismos y el desarrollo integral de la persona”. (p. 22)

➤ **Modelo de Consulta (asesoramiento):** en este modelo se fortalece la figura del mediador que puede aparecer en algunos programas o en alguna intervención de carácter clínico.

El especialista diseña una intervención para ser llevada a cabo sobre un sujeto a demanda de otra persona que será quien la implemente. La iniciativa es del consultante. La actuación del orientador puede ser sobre un individuo o un colectivo y suele tener un carácter reactivo [...] (Álvarez y Bisquerra, 2012, p. 143).

Una vez planteados los diferentes Modelos de intervención psicopedagógica, a continuación, se muestra un enfoque más amplio y desarrollado sobre el Modelo Clínico, ya que va a ser el modelo a utilizar en dicha propuesta en un caso real, junto con algunas de sus características principales más representativas.

### **6.1.1. Modelo clínico**

Comparando dicho modelo con la intervención que se plantea, ambos se complementan. Ya sea por un lado el modelo clínico, que se realiza de manera individual, tanto como la propuesta que se desarrollará de manera similar, partiendo de la iniciativa del alumno. Teniendo en cuenta la propuesta de intervención, se asemeja al Modelo clínico (counseling), ya que dentro de la actividad orientadora es el extremo opuesto a la intervención mediante programas (guidance), destacando las siguientes características (Hernández, 2009, p. 145):

- Valoración de las necesidades personales del alumno y basado en la relación personal e individualizada con el usuario.
- Realización de acciones directas y puntuales dentro de un ámbito amplio y flexible.
- La intervención planteada además, suscita la iniciativa del usuario.
- Se cuida especialmente el establecimiento de la relación.
- Por ello, la propuesta centrada en el Modelo clínico aborda las características de las problemáticas. Además de poseer un papel de apoyo para el usuario en la clarificación y comprensión de su propia situación, facilitando la toma de decisiones.

El fin principal del Modelo Clínico y concretamente el de la propuesta que se plantea, es la satisfacción de necesidades personales, educativas y sociales de forma individualizada. Se desarrollará la función terapéutica, ya que una vez que acude el paciente a la consulta, presenta alguna dificultad en los ámbitos en los que se desarrolla. Además de la utilización de este modelo con un enfoque colaborativo, que todos los colectivos, ya sean profesores,

alumnos o familias, intercomunican sus ideas y planteamientos, con el fin de solventar problemas que pueden aparecer. (Álvarez y Bisquerra, 2012).

## **6.2. INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA EN DIFICULTADES DE APRENDIZAJE**

Es necesario además, que la propuesta de intervención de este trabajo se encuadre dentro de algunas de las concepciones fundamentales de la intervención psicopedagógica. Los principios que plantean Santiuste y González-Pérez (2005), acerca del beneficio de una intervención psicopedagógica son los siguientes:

- Se desarrollan habilidades cognitivas y comunicativas del niño (analizando las capacidades del niño, las que la tarea le exige y los procedimientos para resolver los problemas).
- Se mejoran las funciones psicológicas y las capacidades de aprendizaje (coordinación, fuerza, velocidad, equilibrio).
- Se percibe un avance de los problemas de conducta (desorganización, inatención, impulsividad, hiperactividad).
- Se trata los problemas emocionales (baja autoestima, autoconcepto y sensibilidad).

La intervención psicopedagógica y las dificultades de aprendizaje tienen una estrecha relación, debido a la necesidad que suscitan las dificultades de aprendizaje de ser corregidas por una intervención real. Se consideran importantes campos de actuación y de investigación. Aun así, al término dificultades de aprendizaje se le han asignado diferentes enfoques, debido a las influencias sociales y culturales. (González, Barba, Delgado y Martín, 2012).

En relación a las dificultades de aprendizaje, y concretamente en Daño Cerebral Adquirido, dependiendo de la edad en la que se produzca el daño, los efectos pueden ser distintos. Ya que como consecuencia de un traumatismo en una edad temprana, se va a observar un enlentecimiento académico, en comparación con los demás compañeros. (Semrud-Clikeman y Ellison, 2011).

Por ello, “todos los niños con Traumatismos cráneo-encefálicos, necesitan apoyo intensivo y constante para que tenga lugar un avance académico”. (p.327)

Dependiendo de la legislación de cada país, el término dificultades de aprendizaje alude a diferentes interpretaciones. Concretamente en Alemania, atribuyen la presencia de dificultades de aprendizaje a la existencia de problemas en las disfunciones cerebrales. (González et al. 2012)

Por consiguiente, la principal figura profesional para desarrollar el proceso de intervención psicopedagógica es el Psicopedagogo, aportando una perspectiva educativa. El Psicopedagogo pasa a ser un elemento esencial dentro de todo el proceso, encargándose de diferentes áreas de intervención. (Santiuste y González-Pérez, 2005).

En el área del alumno, el carácter de la intervención es preventivo, incluyendo procesos de orientación académica y profesional.

Centrándonos en el tema en cuestión, al hablar de dificultades de aprendizaje nos referimos a un grupo en general de personas que posee alguna dificultad en su desarrollo normal académico pero dentro del perfil de niños con dificultades de aprendizaje, Santiuste y González-Pérez (2005) resaltan que podemos encontrarnos con:

- Niños con retraso escolar, debido a absentismo o mala calidad educativa.
- Niños con déficits sensorial o cognitivo.
- Niños que fracasan temporalmente.
- Niños con retrasos o dificultades del lenguaje.
- Dificultades del lenguaje escrito.
- Dificultades motoras.
- Problemas de personalidad.
- Deficiencias intelectuales.

Pero antes de continuar, se debe hacer mención al origen de estas dificultades. Muchas de ellas tienen relación con alteraciones en el desarrollo personal o trastornos por deficiencia, pero existen muchos otros problemas que tienen su origen en aspectos relacionados con la interacción social o cultural. (Badía, 2012)

Por consiguiente, debemos analizar dos denominaciones que resultan confusas a la hora de redactar la definición de dificultad. Al hablar de ello, Fiuza y Fernández (2013), consideran que “hace referencia a un retraso evolutivo y por tanto tiene carácter funcional”. Y por otro lado, no conviene olvidarnos del término trastorno que “se relaciona con una alteración o incapacidad en el plano orgánico”. (p.35)

De ahí la importancia, para conseguir un mayor tratamiento de todos estos problemas del desarrollo de manera individual con la realización de una evaluación psicopedagógica, detectando todas las necesidades de nuestro alumno para ofrecerle alternativas que conduzcan a un adecuado desarrollo. “El proceso de evaluación psicopedagógica conduce a obtener información relativa al alumno en el que se han identificado dificultades” (Martín, Solé, Sánchez, Ricardo, Huguet, Castells, Rodríguez, Velaz de Medrano, Paniagua, Almirall, Babío y Bassedas, 2011, p.78).

Para poder realizar una evaluación psicopedagógica adecuada es necesario que se recabe información del alumno y de su contexto familia y escolar. (Galve, 2014).

Por todo ello, una intervención acertada conlleva tener en cuenta las características cognitivas y la personalidad del niño, los recursos familiares y el estado socioeconómico. (Semrud-Clikeman y Ellison, 2011).

A la hora de desarrollar una intervención psicopedagógica, una de las nociones importante es la identificación de problemas de aprendizaje unida a la acción preventiva. (Badía, 2012)

Para posteriormente proceder a la elaboración de un informe psicopedagógico. En él, se recogerá toda la información relevante del alumno, identificando sus datos personales, historia del escolar y motivo de evaluación. Además del desarrollo general del alumno, especificando aspectos emocionales, afectivos, intelectuales, etc. Se determinarán además las necesidades de apoyo educativo que sean necesarias, junto con los intereses, motivaciones y objetivos que se plantea conseguir. (Galve, 2014)

Se determinarán aspectos relevantes en relación con el proceso de enseñanza-aprendizaje en el aula y en el centro escolar. La influencia de la familia y el contexto social, las medidas organizativas, recursos personales y materiales disponibles y las orientaciones para la elaboración de un plan de actuación. (Galve, 2014)

### **6.3. INTERVENCIÓN PSICOPEDAAGÓGICA EN HÁBITOS Y TÉCNICAS DE ESTUDIO**

Teniendo como referencia el estudio de caso a tratar en dicho trabajo, conviene desarrollar las dificultades presentadas en relación con hábitos y técnicas de estudio.

Así pues, ser un buen estudiante conlleva una agrupación de factores tanto personales como sociales además de, desarrollar una serie de técnicas adecuadas para conseguir una evolución académica eficaz. (Blanquet, 2012)

En relación con los factores ambientales que influyen en el alumno, en primer lugar, es necesario realizar una observación detallada de todo el ambiente de estudio que engloba al estudiante. Es decir, un lugar que contribuya a una adecuada concentración y aprovechamiento. Además de, todo lo que se refiere a inmobiliario, iluminación, estado emocional, etc. En la actualidad, ocurre que muchos casos de fracaso escolar, se producen por problemas relacionados con hábitos y técnicas de estudio, y que en cierta medida no tienen relación con dificultades intelectuales. (Salas, 2012)

Salas (2012), muestra una serie de elementos ambientales que inciden directamente en el rendimiento personal del alumnado. Un aspecto importante que se resalta es el lugar de estudio. Este lugar, debe ser un sitio en el que el alumno se encuentre concentrado y tenga las condiciones suficientes de iluminación, temperatura, silencio, etc. Otro de los aspectos a considerar, es el mobiliario y la postura corporal. Todo lo que tenga relación con la mesa de estudio, la silla, estanterías, etc. Además de, la evitación una postura corporal demasiado cómoda.

Por otro lado, Blanquet (2012), considera que además de factores ambientales, intervienen una serie de factores personales y emocionales. Para que se produzca el aprendizaje es necesario, que la mente se encuentre en un estado de relajación, evitando cualquier preocupación que nos oriente a la desconcentración.

Desarrollar una buena planificación del tiempo de estudio supone, crear un hábito en el alumno para que consiga por sí mismo e identifique el momento adecuado para desarrollar su tiempo de estudio. Esto conllevará a un ahorro de tiempo y energías, ya que se producirá un mayor rendimiento académico en menor tiempo, además de la satisfacción personal. (Salas, 2014)

De otro modo, León (2014) argumenta que una planificación si resulta eficaz y ventajosa, puede aportar una serie de beneficios a la persona que lo desarrolle. Con un adecuado uso de esta planificación, puede llegarse a crear en el alumno, un correcto hábito de estudio, adaptado a sus necesidades. Más aún, si se cumplen los objetivos propuestos, la recompensa por conseguir llegar al final de la meta será mayor. Y servirá además, para organizar el tiempo, siendo consciente del aprovechamiento eficaz.

De igual forma, un periodo de tiempo de estudio con larga duración, puede conllevar a la presencia de cierta desconcentración. Para conseguir mantener esta concentración, Salas (2012) muestra una serie de recomendaciones para mantener ese nivel de concentración durante más tiempo:

- Eliminar cualquier distracción interna o externa que produzca una atención dividida.
- Desarrollar una planificación horaria de estudio, con sus respectivos descansos.
- Evitar cualquier postura cómoda que permita mantener el estado de alerta.
- Consigue mantener una concentración relajada.
- El lugar donde se desarrolla el estudio, debe tener las condiciones adecuadas.
- No es aconsejable cambiar constantemente de lugar de estudio y horarios.
- Recompensa el tiempo de estudio con algo que consideres necesario para continuar.

Como método de planificación y organización el tiempo de estudio, Blanquet (2012), resalta de especial interés el uso personal de la agenda escolar. Este material servirá como método de estructuración de tareas, ejercicios, exámenes, etc. Si además, se desarrolla un hábito autónomo de este material, el alumno pasará a ser independiente en el proceso y no dependerá de otra información.

Por otro lado y centrándonos en el uso de técnicas y hábitos de estudio, que mejoren el desarrollo académico Izquierdo (2005), considera que: “la técnica de trabajo en equipo ayuda a crear un ambiente que produce experiencias significativas y conduce a la formación de actividades positivas” (p.11)

Pero para conseguir que ese aprendizaje se adquiriera en menor tiempo y sea recordado eficazmente, Kahn (2012), desarrolla una serie de actitudes y procedimientos muy útiles:

- Despertar la atención hacia lo que se pretende recordar.
- Relacionar la información que se pretende aprender con otra que tenga relación.
- Utilizar varios sentidos a la vez para procesar la información.
- Utilizar mecanismos para recordar la información (reglas mnemotécnicas)

González (2007) afirma que, toda programación de estudios debe estar adaptada a la propia persona, al ritmo, a la memoria, a la capacidad, etc. Debe ser personal, de elaboración propia. Además, es necesario que se pueda llevar a cabo y se ajuste a las necesidades individuales. También ha de ser flexible, expuesta a modificaciones ante cualquier imprevisto.

Pero no todo el proceso de estudio conlleva únicamente la correcta planificación del tiempo. Es necesario además, fomentar el proceso de lectura comprensiva como bien menciona Cano, Rubio y Serrat (2010). A través de la lectura se podrán adquirir una serie de conocimientos nuevos con la posibilidad de incorporarlos a nuestras ideas. Pero una lectura comprensiva va más allá de la mera lectura superficial. Es necesario que, para la comprensión de un texto, se resalten una serie de ideas principales y notables, y a su vez que el lector, formule un juicio crítico sobre ello.

Salas (2014), considera que primero de todo es necesario realizar una lectura identificando las ideas principales, para posteriormente realizar una lectura más profunda. Esta técnica, para poderse desarrollar, sería apropiado la utilización del subrayado e incluso la utilización del diccionario, si aparecen palabras desconocidas y que dificultan el entendimiento del texto. En esta lectura “se busca desentrañar el significado de las frases, integrando cada expresión dentro del contexto semántico que le da sentido”. (p.91)

#### **6.4. INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA EN PROBLEMAS DE MOTIVACIÓN ACADÉMICA**

El tema de la desmotivación académica se encuentra muy presente en la actualidad, e influye en gran medida en el abandono escolar que existe. Esto supone desarrollar un análisis de la funcionalidad docente y de todo lo que este proceso conlleva. Si conseguimos que los alumnos dispongan de cierto interés y motivación por el aprendizaje, desarrollaremos alumnos competentes e interesados por lo que aprenden.

Así pues, Salas (2012) define: “la motivación es uno de los principales factores que explican el éxito en los estudios, junto con las aptitudes del alumno, los conocimientos básicos que posee y el manejo de las técnicas de estudio adecuadas”. (p.76)

Como muestra el autor Marina (2013), “la motivación es el combustible de todo el trabajo”. Porque la capacidad o la inteligencia se pueden trabajar con el paso del tiempo, pero sin motivación no se avanza. (p.1)

Por ello, “el auténtico determinante de la motivación es el esfuerzo, y el objetivo de la motivación es aumentar el esfuerzo”. (Curwin, 2014, p.21)

Un concepto más actualizado y matizando lo anteriormente planteado, León (2014) define motivación como: “el conjunto de elementos o factores (necesidades fisiológicas o psíquicas, pulsiones inconscientes, valores y modelos interiorizados, etc.) que determinan dinámicamente la conducta del individuo activándola y dirigiéndola hacia un determinado objetivo” (p. 52)

Por tanto, para que nuestros alumnos muestren interés y cierta motivación por lo que aprenden, es necesario que exista un equilibrio entre los sentimientos que le produce la materia, la conciencia sobre sus posibilidades personales y sus apreciaciones sobre el efecto de su compromiso para conseguir unos objetivos claros. (Rodríguez, Valle, González y Núñez, 2010).

Las claves que definen la motivación por la actividad, ya que en sí misma produce en el alumno cierto interés y gusto por desarrollarla, según León (2014) son:

- Que la actividad que se desarrolle parta de los gustos del sujeto y se considere partícipe de todo el proceso.
- Que el resultado obtenido después del trabajo realizado sea o se corresponda con el agrado de la persona.
- Que la persona se sienta identificada con el proceso de aprendizaje.

Así mismo, uno de los recursos pedagógicos que se muestran, es la relación que debe existir entre la tarea que se propone al alumno y sus deseos básicos. Consiguiendo que el alumno muestre cierta predisposición por aprender, conllevará a un aumento de su deseo por explorar y conocer.

Así pues, si existe un desarrollo adecuado de la motivación, irá ligado a un aumento del rendimiento. Y ese rendimiento a su vez, posee un conjunto de dimensiones que van a repercutir en gran medida en el estilo de aprendizaje.

Álvarez y Fernández (2015), abordan una serie de dimensiones que son necesarias y además, que van a determinar ese rendimiento:

- Dimensión personal: en esta dimensión se incluyen aspectos relacionados con las potencialidades del alumno, los intereses y su motivación personal.
- Dimensión socio-familiar: el ambiente en el que se desarrolla el individuo junto con el vínculo afectivo establecido, van a influir en el aprendizaje y a su vez en el rendimiento.
- Dimensión formativa: hace referencia al método empleado de estudio, técnicas o métodos para desarrollar un buen aprendizaje.

El rendimiento a su vez, según Adell (2002), se puede predecir desde variables relacionadas con el ámbito personal, familiar, escolar y comportamental. Desde la perspectiva del ámbito personal, tanto el autoconcepto como la autoestima, conceptos anteriormente mencionados, son factores que influyen en el rendimiento. La confianza y la valoración del trabajo intelectual como “factor principal de éxito o fracaso”. (Adell, 2002, p. 68)

Toda actividad debe tener estrecha relación con el objetivo final, impulsado por el deseo. Y por último, y no menos importante, los factores personales que van a influir en el modo de percibir la consecución de un objetivo o meta propuesta. Relacionándose estos con los concepciones o pensamientos sobre nuestras capacidades personales. (Marina, 2013).

A continuación se citan una serie de pautas de intervención extraídas de Méndez, Espada y Orgilés (2006) sobre algunas nociones en el desarrollo de la motivación:

- Favorecer un desarrollo del aprendizaje motivado. Todas las actividades que plantee el profesor debe partir de la motivación del alumno, sino será un proceso de aprendizaje no duradero.
- Detectar aquellos aspectos motivacionales negativos. Tanto personales como sociales.
- Primar la autorregulación y el desarrollo autónomo del alumno. Que el alumno sea el propio creador de su aprendizaje y reconozca sus propias posibilidades y limitaciones.
- Plantear actividades en las que pueda tener éxito. Conocer sus potencialidades y a partir de ahí, proponer actividades que contribuyan al éxito personal.
- Proponer actividades variadas, de su interés, novedosas y útiles para la vida.
- Plantear metas y resaltar los resultados como éxito en todo un proceso.
- Considerar los errores como fuentes y retos de aprendizaje.
- Proporcionar estrategias motivacionales.
- Facilitar la opción de elegir entre dos opciones dadas.

Según Méndez et al. (2006), el término motivación académica alude a “la actitud del paciente hacia la escuela. Unido a la relación entre capacidad y voluntad. Además de un compendio entre autoestima, autoconcepto, motivación, metas, interés por la tarea y funcionalidad de ese aprendizaje”.

Para ello, conseguir que el alumno disponga de motivación académica supone la valorización y percepción de sus propias capacidades.

Algunos puntos que Leal (2009) muestra y que debemos tener en cuenta los tutores o profesores a la hora de desarrollar la motivación en el aula son:

- Identificar factores personales (pensamientos, emociones y rutinas) que contribuyan a la desmotivación.
- Enseñar maneras de afrontamiento de la motivación por aprender. El valor positivo de lo que hay que estudiar, afrontar el estudio como un desafío, tratar de resolver problemas que se planteen y aplicar lo que se aprende. Junto con la propuesta de modos de cómo enfrentarse y superar las dificultades.
- Estimular la curiosidad, mostrar la relevancia y facilitar el interés por las actividades.
- Aceptación y apoyo durante el proceso de enseñanza y aprendizaje.
- Evitar que el alumno se sienta obligado a la realización de actividades sin tener en cuenta sus posibilidades ni sus intereses.
- Transmitir o enseñar la aplicabilidad de los conocimientos a la vida real. Que se practique lo que se aprende.

Las relaciones sociales y la integración del alumno en el grupo, va a contribuir al aumento de la motivación, y se convertirá en un factor determinante de rendimiento, debido al intercambio de opiniones que se producirá. Se generará además la reflexión entre los participantes y la búsqueda de alternativas más consensuadas. (Adell, 2002)

Si consideramos que existe una relación entre adolescencia y autoestima, es necesario hacer mención a cada uno de estos aspectos.

Silva-Escorcía y Mejía-Pérez (2014), resaltan que: el término autoestima en las personas adolescentes es un tema de gran importancia, en primer lugar por el alumno, en segundo lugar por todo el proceso académico y por último por la educación.

Así pues, “la creación de fuertes lazos de amistad es una característica fundamental del adolescente que le permite sentirse protegido dentro del grupo de iguales”. (Gualtero y Soriano, 2013, p.140). En este aspecto se van a tener más en consideración las opiniones de las relaciones de amistad, pasando a segundo plano las de la familia.

No obstante, las relaciones que el adolescente desarrolle, dependen de la personalidad y de la conducta social que muestre. Y por ello, es importante remarcar que el rechazo que sufra el adolescente va a afectar en su vida personal. Ese rechazo, se convertirá en un impedimento a la hora de relacionarse y una reducción de confianza en sí mismo. (Musitu, G. et al, 2013)

No cabe duda que, el componente personal de la autoestima, va a influir en el modo de afrontar el proceso de estudio. Aquellas ideas o pensamientos sobre la capacidad de autorrealización del individuo se corresponderán con el nivel de autoeficacia y capacidad del mismo. (Rodríguez et al. 2010)

Es importante que el profesorado conozca los elementos de autorreferencia que dan forma y nutren la autoestima, para poder trabajarlos como procesos educativos implicados en la función docente. (Silva-Escorcía y Mejía-Pérez, 2015)

Y por último, para finalizar este punto, otro tema en relación con la motivación, es la implicación en los deberes escolares a lo largo de la escolaridad obligatoria. Regueiro, Suárez, Valle, Núñez, y Rosário (2015), figuran que en el análisis que plantearon los resultados obtenidos en su estudio, indicaban que existen diferencias significativas en función del curso y la implicación en los deberes; y que además, el rendimiento académico previo está relacionado con las variables motivacionales e implicación.

## **6.5. INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA EN AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA**

Siguiendo con el desarrollo del punto anterior, otro de los aspectos que debemos considerar y que existe la intención de que se trabajen en la intervención propuesta, es el término autoestima y autoconcepto.

Blanquet (2012), define el término autoestima como: “la suma de confianza y el respeto que cada persona tiene de sí misma”. (p.41). Así pues, esa confianza en sí mismo, se convierte en una competencia o mérito personal. Por otro lado, para conseguir aumentar o mantener una autoestima adecuada, lo primero de todo es valorarse a sí mismo, aunque se cometan errores, además de un esfuerzo y superación de los propios errores.

Por otro lado, Castanyer (2013) sitúa la autoestima muy cerca del término asertividad, como habilidad que se encuentra muy relacionada con la pasión hacia uno mismo y hacia los demás. Generalmente las personas asertivas poseen una buena autoestima y un gran control de las emociones.

Por consiguiente, para poder desarrollar una adecuada autoestima en nuestro paciente es necesario reforzar cualquier conducta que se aproxime a la que se pretende conseguir. (Castanyer, 2013), aunque esto suponga desarrollar las habilidades sociales de forma paralela. Además de la existencia de una estrecha relación entre autoconcepto y autoestima. (Heinsen, 2012)

De modo aclaratorio, Álvarez y Fernández (2015), consideran que: “el desarrollo del autoconcepto, la autoestima y la autoconfianza constituyen un paso esencial en el desarrollo personal, formativo y profesional” (p. 55)

Para conseguir un buen desarrollo de la autoestima, Rojas (2013), plantea diez claves esenciales:

- Centrarse en las potencialidades individuales.
- No realizarse preguntas autocríticas, es decir, sobre si los demás piensan mal de mí.
- Fijarnos en las personas que poseen un nivel alto de autoestima y observar lo que es necesario para conseguir el mismo estado de autoestima.
- Proponernos metas.
- Si no se consiguen las metas propuestas, elaborar metas más reducidas.
- Ser asertivo.
- Aceptar las críticas de los demás.
- Eliminar cualquier exceso de autocritica y exigencia.
- Evadir el sentimiento de culpa.
- Ser optimista.

A lo largo del tiempo, el término autoestima se ve modificado e influenciado por diferentes factores. Es en la adolescencia, donde los valores de los demás acerca de la propia persona, pasan a ser interiorizados y toman valor para el adolescente. La adolescencia es la edad de las carencias y las posibilidades (Rojas, 2013). Es una etapa en la que se producen numerosos aprendizajes. Al tener a su disposición gran cantidad de recursos y elementos, se producen excesos o prohibiciones.

Aun así, la autoestima se encuentra estrechamente unida al término autoconcepto personal. Definido como “la idea que cada persona tiene de sí misma en cuanto ser individual” (Goñi, 2008, p.45), en el que se pueden encontrar cuatro dimensiones:

- Autoconcepto afectivo-emocional (cómo una persona se ve a sí misma en cuanto a la relación de sus emociones)
- Autoconcepto ético/moral (concepción de sí misma como honrada).
- Autoconcepto de la autonomía (decisión sobre su vida).
- Autoconcepto de la autorrealización (visión de uno mismo en relación hacia los objetivos propuestos).

Por otro lado, Heinsen (2012), muestra otra concepción sobre la definición de autoconcepto. Este autor lo define como: “la representación mental que la persona tiene de sí misma, es decir, de sus características, habilidades y cualidades”. (p.22)

A modo de comparación, entre autoconcepto y autoestima, y concretamente en el caso de los adolescentes, van a estar influenciados e incluso van a considerar más importante, las opiniones de los amigos o los ídolos de la clase, dejando de lado a sus familias. Es la etapa fundamental en la que se desarrolla la personalidad. (Rojas, 2013)

Por ello, la construcción del autoconcepto va a depender de varios factores tanto de origen genético como ambientales. (Heinsen, 2012)

“La intervención en el desarrollo de la formación y mejora del autoconcepto multidimensional implica entrenar habilidades socio-personales que presentan un plano conductual, un plano cognitivo y un plano emocional”. (Sureda, 2001, p.18)

Centrándonos en el caso de autoconcepto académico, se diferencian tres vertientes importantes. Una de ellas, relacionada con los éxitos y fracasos del estudiante, los resultados obtenidos en relación con las aspiraciones y el rendimiento obtenido comparado con el esfuerzo empleado. (Rodríguez et al., 2010)

Algunas de las técnicas psicológicas (*Tabla 3*) que se desarrollen para que el alumno moldee su conducta y consiga un mayor grado de autoconcepto que Sureda (2001) presenta son las siguientes:

Tabla 3. *Técnicas psicológicas*

TÉCNICAS	OBJETIVOS
a) <b>Instrucciones</b>	Informar al sujeto sobre cómo debe dar una respuesta o realizar una conducta
b) <b>Modelado o demostración</b>	Observar cómo debe darse una respuesta o realizarse una conducta
c) <b>Ensayo de conducta o role-playing</b>	Practicar la respuesta para aprenderla
d) <b>Refuerzo y retroalimentación</b>	Conseguir el fortalecimiento de la respuesta e informar de la calidad de la ejecución de la conducta
e) <b>Tareas para casa</b>	Generalizar y transferir los aprendizajes
f) <b>Modificar distorsiones cognitivas</b>	Cambiar pensamientos irracionales por otros más adaptados

Fuente: Sureda, 2001, p.25

Como en todo proceso de aprendizaje y adquisición de nuevas conductas es importante el desarrollo de técnicas psicopedagógicas (*Tabla 4*), algunas de las analizadas por Sureda (2001), son:

Tabla 4: *Técnicas pedagógicas*

<b>TÉCNICAS</b>	<b>OBJETIVOS</b>
<b>Aprendizaje cooperativo</b>	Aprender conductas sociales no competitivas, ni individualistas
<b>Dinámica de grupo</b>	Fomentar el crecimiento personal y social de forma grupal
<b>Procedimientos didácticos específicos</b>	Madurar aprendizajes
<b>Estrategias de tutor-compañero</b>	Exponer modelos adecuados al sujeto
<b>Estrategias del control del entorno-clase</b>	Organizar el contexto para un mejor aprendizaje
<b>Diálogo entre profesor-alumno</b>	Fomentar la reflexión y mejora del autoconocimiento

Fuente: Sureda, 2001, p. 29

En definitiva, todas estas técnicas van a contribuir al desarrollo adecuado del aprendizaje, junto con un aumento de autoestima y autoconcepto personal. El deterioro de la autoestima y la autoconfianza en sí mismo, repercute sobre la posición asertiva que adopte la persona ante diferentes situaciones. Viéndose afectada la comunicación de sentimientos personales, opiniones, pensamientos, etc. (Muñoz, 2014)

## **7. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN**

### **7.1. INTRODUCCIÓN**

La propuesta de intervención que se presenta, se elabora en función de la observación directa y de la valoración psicopedagógica del paciente con Daño Cerebral Adquirido que asiste de forma regular al Centro Hospitalario Benito Menni. Dicha evaluación y valoración, tuvo lugar durante el periodo de prácticas del Máster Universitario en Psicopedagogía, en dicho centro.

Para completar el proceso, se realizó la recogida de información personal y familiar del paciente, junto con la realización de la prueba psicopedagógica (CHTE), valorando aspectos relacionados con hábitos y técnicas de estudio, actitud general ante el estudio, lugar de estudio, estado físico del escolar, plan de trabajo, técnicas de estudio, exámenes, trabajos y ejercicios.

Tras la evaluación a través de la prueba psicopedagógica (CHTE), se percibieron algunas necesidades y dificultades que el paciente con Daño Cerebral Adquirido presentaba.

Por ello, dicha intervención toma como punto de partida estos resultados y a partir de ahí, lo que se pretende es solventar esas dificultades presentes en el alumno.

De acuerdo a estos resultados se plantea una propuesta de intervención terapéutica para que el paciente consiga unos avances satisfactorios en relación a todo el proceso académico, tanto a nivel personal como social y emocional.

Se trata de una intervención global que pretende desarrollar tres aspectos importantes a tener en cuenta. En primer lugar, hábitos y técnicas de estudio, en segundo lugar, autoestima y autoconocimiento unido a motivación académica.

Y concretando más, la propuesta se divide en cinco actividades “tipo” por cada bloque a trabajar con el alumno. Dentro de cada actividad se podrán hacer las modificaciones y adaptaciones correspondientes. Y estas actividades se desarrollarán durante varias semanas hasta conseguir avances apreciables.

## 7.2. JUSTIFICACIÓN

El motivo de la elaboración de dicha intervención es principalmente por la presencia de necesidades y dificultades de aprendizaje en el alumno. Al tratarse de Daño Cerebral Adquirido unido a problemas de motivación académica, autoconcepto y autoestima, son factores que van a determinar el éxito o el fracaso en todo el proceso académico del alumno. Debido a la presencia de los déficits que acarrea el Daño Cerebral Adquirido, el mecanismo de procesamiento de la información se ralentiza lo que conlleva o supone, un mayor esfuerzo personal de la persona que lo tiene.

Por tanto, el psicopedagogo tiene un papel fundamental en todo el proceso, proporcionará una serie de técnicas y estrategias para que el alumno valore la opción que más se adapte a sus necesidades y considere adecuada.

He aquí la importancia de trabajar especialmente técnicas de estudio unido a motivación académica, autoconcepto y autoestima para lograr grandes resultados académicos. Ya que, los problemas relacionados con la motivación académica como se citaba en el cuerpo del trabajo, si no se ven resueltos con anterioridad pueden ser un síntoma claro de un posterior fracaso o abandono escolar.

Para ello, dos conceptos esenciales que se tendrán en cuenta serán la capacidad y la voluntad del sujeto. Partiendo de sus capacidades personales se creará en el alumno cierto interés por estudiar y por formarse, proponiéndole metas cercanas y objetivos claros con aplicabilidad en la vida real.

Además, es de especial importancia resaltar que la intervención que se plantea, integre la coordinación con los demás profesionales y con la familia. Ambos contextos de intervención ayudarán a la consecución de todos los objetivos que se proponen.

### **7.3. IDENTIFICACIÓN DEL CASO**

El caso sobre el que se plantea la intervención, es un paciente que recibe tratamiento neurorrehabilitador, en la Unidad Infanto-juvenil del Centro Hospitalario Padre Benito Menni, de las secuelas de un Traumatismo craneoencefálico (TCE) severo que sufrió en 2009.

Actualmente, se encuentra en el curso académico 1º de ESO y presenta dificultades, especialmente en el ámbito escolar, un bajo rendimiento académico, problemas atencionales, desmotivación, problemas conductuales en el hogar y un rechazo a continuar tomando la medicación pautada.

Como se ha podido comprobar, tales fueron las secuelas del accidente que gracias a la rehabilitación multidisciplinar, ha conseguido ser autónomo en las diferentes actividades de la vida diaria y escolar, aunque necesitando apoyo académico a lo largo de su escolaridad.

En cuanto al ambiente familiar, es el mediano de 3 hermanos. En relación con el ambiente social, se denota ciertas faltas de habilidades sociales para crear nuevas amistades. El ambiente de amigos en el que se ve inmerso, pertenece a un grupo de personas de edades superiores a las del alumno a tratar. Teniendo en cuenta esto, y que además es menor de edad, relacionarse con personas que superan su edad, le pueden conducir a desarrollar conductas desapropiadas para él.

En lo que se refiere al ámbito educativo, se muestra una cierta resistencia hacia las materias bilingües y hacia materias que considera innecesarias. Los resultados académicos no se consideran sobresalientes, pero teniendo en cuentas los problemas que dificultan todo el proceso, se encuentra dentro de un nivel normal a su situación, sin compararlo con el nivel de la clase. Se insiste mucho en la responsabilidad y en el no abandono escolar ya que los profesores apuestan y ayudan en todas las adaptaciones que necesita.

## **7.4. IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO**

El centro donde se desarrolló parte de esta propuesta de intervención es el Centro Hospitalario Benito Menni, ubicado en Valladolid. Este centro es una institución sin ánimo de lucro, de ideario católico, de naturaleza privada, con personalidad jurídica propia, que pertenece a la Congregación de Hermanas Hospitalarias.

Es un centro que se ha dedicado desde entonces a ofrecer atención a personas con enfermedad mental, patologías psicogerítricas, problemas psíquicos y/o físicos y además a personas que necesiten cuidados paliativos o una asistencia de calidad que promueve la salud integral. Se conjugan aspectos biológicos, psíquicos y sociales con los espirituales, éticos y relacionales. La asistencia se completa con programas docentes e investigadores. En definitiva, se trata fundamentalmente de un centro asistencial socio-sanitario.

Teniendo en cuenta que este centro dispone de una unidad de Daño Cerebral Adquirido fue más fácil llevar a la práctica parte de la propuesta de intervención que se plantea en dicho trabajo.

## **7.5. OBJETIVOS GENERALES**

- Satisfacer las necesidades afectivas y emocionales.
- Solventar en la medida de lo posible, las dificultades que se perciban en el ámbito académico.
- Aumentar la autoestima, será otro de los puntos fuertes de esta intervención ya que, un suceso producido de repente como es el Daño Cerebral Adquirido, produce tales desajustes personales que requieren de atención personalizada.
- Desarrollar la motivación a partir del deseo de saber.
- Promover una actitud crítica y positiva hacia el estudio.
- Favorecer el autoconocimiento personal en relación con las propias capacidades.
- Proporcionar técnicas y hábitos de estudio que faciliten la adquisición de información nueva.

## **7.6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Proporcionar estrategias y técnicas de estudio para conseguir mejores resultados académicos (Bloque I)
- Fomentar el autoconcepto y la autoestima (Bloque II)
- Despertar la motivación intrínseca académica (Bloque III)

## **7.7. PROCEDIMIENTO**

El procedimiento que se llevó a cabo fue la evaluación psicopedagógica de necesidades personales del alumno mediante el cuestionario sobre hábitos y técnicas de estudio (CHTE), unido a la evaluación de un cuestionario multidimensional sobre autoconcepto. Así mismo, la propuesta planteada se fundamenta en estos resultados y se llevará a cabo de forma paralela y en comunicación directa con el centro educativo del que procede el alumno.

Se comenzará con la realización de las actividades del primer bloque durante un periodo de tiempo hasta que se consigan avances notables en el alumno. El tiempo estimado dependerá del alumno, de su predisposición, de las respuestas, etc. Y una vez se perciban avances en el primer bloque se continuará con los demás bloques planteados. Si no se perciben avances y no resulta eficaz para el alumno, puede verse modificada.

## **7.8. METODOLOGÍA**

La metodología planteada se focaliza en el paciente al que va destinada la intervención. El alumno, será el auténtico protagonista en todas las sesiones que se desarrollen. Promoviendo un aprendizaje significativo y aplicable a su desarrollo académico y personal. Se realizarán una serie de actividades durante varias sesiones de duración aproximada de 1 hora, agrupadas dentro de los diferentes bloques planteados.

Dicha propuesta se enfatiza en proporcionar al alumno de una serie de hábitos y técnicas de estudio, además de, desarrollar en él una capacidad de esfuerzo y autoestima necesaria para obtener resultados satisfactorios. Incluso el dar sentido a lo que estudia, despertar en el alumno la funcionalidad del aprendizaje actual para el desarrollo personal a lo largo de la vida.

La metodología usada es cualitativa y cuantitativa, ya que además de obtener datos, se resaltarán aspectos cualitativos del paciente. Descriptiva, ya que expone de manera clara lo que se pretende conseguir y lo que se obtiene y normativa porque valora lo obtenido ofreciendo propuestas de mejora de esos resultados. Metodologías educativas, tales como, trabajos individuales y tutorización.

Se basa en una metodología teórica-práctica e integradora. Estableciendo una conexión entre teoría y práctica. Además de un estudio de investigación, análisis e interpretación de datos en torno a los resultados obtenidos de la prueba psicopedagógica (CHTE).

Y a nivel del psicopedagogo, la metodología ha sido diagnóstica, al detectar las necesidades individuales del alumno, y formativa y personalizada, ya que se realizará de manera individual y proporcionando materiales accesibles para ser utilizados con posterioridad.

En definitiva, en cuanto a los agentes intervinientes, el proceso de investigación se desarrolló en primer lugar, gracias a la colaboración del centro Hospitalario Benito Menni, por conceder tanto la posibilidad de desarrollar parte de la investigación como el ofrecimiento de dicha prueba psicopedagógica. En segundo lugar, el alumno y su familia, ya que sin su

compromiso (objeto de estudio), los resultados no se hubiesen podido valorar ni realizar la intervención ajustada a sus necesidades. Y en tercer lugar, pero no de menos importancia el psicopedagogo del centro, que permitió realizar dicha valoración en una de sus sesiones prefijadas.

## 7.9. DISEÑO DE LA PROPUESTA

La propuesta de intervención que se presenta a continuación, se encuentra dividida en tres bloques. Correspondiendo cada bloque con cada uno de los objetivos principales de la intervención. Los bloques en los que se divide son: Estrategias y Técnicas de estudio, Autoestima y Autoconcepto y Motivación Académica. La intención es que se trabaje primero un bloque durante un tiempo aproximado de un mes, a continuación se lleve a cabo una postevaluación, para comprobar el grado de adquisición, para posteriormente continuar con los demás bloques. A continuación, se muestra la planificación de organización de las actividades (*Tabla 5*), que se desarrollarán en dicha propuesta.

Tabla 5. *Plan de organización de actividades*

<b>BLOQUE I</b>	<b>ACTIVIDAD 1:</b> Un correcto hábito de estudio
	<b>ACTIVIDAD 2:</b> Planifico mi tiempo
	<b>ACTIVIDAD 3:</b> Comprensión lectora y técnica del subrayado
	<b>ACTIVIDAD 4:</b> Técnica de esquematización
	<b>ACTIVIDAD 5:</b> Técnica de estudio: Mapa mental
	<b>ACTIVIDAD 6:</b> Reglas mnemotécnicas
<b>BLOQUE II</b>	<b>ACTIVIDAD 1:</b> Me conozco a mí mismo
	<b>ACTIVIDAD 2:</b> ¿Te contagias por los demás?
	<b>ACTIVIDAD 3:</b> Así soy yo
<b>BLOQUE III</b>	<b>ACTIVIDAD 4:</b> El árbol de la autoestima
	<b>ACTIVIDAD 5:</b> ¿Cuáles son mis pensamientos negativos?
	<b>ACTIVIDAD 6:</b> ¿Cómo me ven los demás?
<b>BLOQUE III</b>	<b>ACTIVIDAD 1:</b> ¿Por qué no me gusta ir al Instituto?
	<b>ACTIVIDAD 2:</b> Muy fácil para mí
	<b>ACTIVIDAD 3:</b> Puedo elegir
	<b>ACTIVIDAD 4:</b> Lo conseguí
	<b>ACTIVIDAD 5:</b> Mi iniciativa
	<b>ACTIVIDAD 6:</b> Dispongo de expectativas y metas

Fuente: Elaboración “ad hoc”

Tabla 6. *Actividad 1. Boque I: Estrategias y Técnicas de Estudio*

**Bloque I: Estrategias y Técnicas de Estudio**

**Actividad 1: Un correcto hábito de estudio**

<p><b>Desarrollo</b></p>	<p>En esta actividad el Psicopedagogo permanecerá con una actitud de escucha activa hacia los comentarios que el paciente comente. El alumno a su vez, irá explicando las condiciones ambientales en las que estudia, lugar de estudio, aspectos relacionados en gran medida con el ámbito de estudio en el hogar.</p>
	<p>Orientar al paciente sobre las condiciones adecuadas para un buen desarrollo del aprendizaje y estudio.</p>
<p><b>Objetivos específicos</b></p>	<p>Favorecer la escucha activa en el paciente.</p>
	<p>Concienciar sobre la necesidad de desarrollar una serie de condiciones ambientales y personales para lograr éxitos académicos.</p>
<p><b>Temporización</b></p>	<p>1 hora</p>
<p><b>Recursos</b></p>	<p>Folios, bolígrafo y materiales proporcionados por el Psicopedagogo del centro.</p>

Fuente: Elaboración “ad hoc”

Tabla 7. Actividad 2. Bloque I: Estrategias y Técnicas de Estudio

**Bloque I: Estrategias y Técnicas de Estudio**

<b><u>Actividad 2: Planifico mi tiempo</u></b>	
<b>Desarrollo</b>	<p>En esta actividad el objetivo principal es la utilización de la agenda escolar, como mecanismo de planificación del tiempo en relación con los exámenes, trabajos, tiempo de estudio y tiempo libre.</p> <p>A continuación, se elaborará un horario con un plan de trabajo para toda la semana, distribuido en tiempo de estudio, exámenes, trabajos y tiempo libre, adaptado a las necesidades personales y familiares.</p>
<b>Objetivos específicos</b>	<p>Organizar el tiempo de estudio del paciente.</p> <p>Planificar las diferentes actividades y exámenes de cada semana.</p> <p>Elaborar un plan de trabajo a seguir.</p>
<b>Temporización</b>	1 hora
<b>Recursos</b>	Bolígrafo, reglas, rotuladores y agenda escolar.

Fuente: Elaboración “ad hoc”

Tabla 8. *Actividad 3. Bloque I: Estrategias y Técnicas de Estudio*

<b>Bloque I: Estrategias y Técnicas de Estudio</b>	
<b><u>Actividad 3: Comprensión lectora y técnica del subrayado</u></b>	
<b>Desarrollo</b>	<p>En esta actividad el paciente realizará una lectura comprensiva de toda la unidad didáctica de Lengua Castellana y Literatura. Una vez realizada la lectura, se procederá a la realización de ejercicios complementarios de comprensión lectora.</p> <p>Posteriormente, se empleará el uso de la técnica del subrayado, destacando las ideas principales y secundarias del tema en cuestión. Este proceso de selección de ideas claves, será útil a la hora de planificar el tiempo de estudio de la unidad y para retener la información.</p>
	Desarrollar la técnica del subrayado.
<b>Objetivos específicos</b>	Utilizar la lectura comprensiva como mecanismo de planificación y organización de la información.
	Identificar ideas principales y secundarias de un texto.
<b>Temporización</b>	1 hora
<b>Recursos</b>	Libro de texto, folios, lápiz y bolígrafo.

Fuente: Elaboración “ad hoc”

Tabla 9. Actividad 4. Bloque I: Estrategias y Técnicas de Estudio

<b>Bloque I: Estrategias y Técnicas de Estudio</b>	
<b><u>Actividad 4: Técnica de esquematización</u></b>	
<b>Desarrollo</b>	<p>En esta actividad se desarrollará la técnica de esquematización. Irá unida a la lectura comprensiva del tema de la unidad que corresponda y se escogerán aquellas ideas que resulten imprescindibles para entender el texto.</p> <p>Posteriormente a ello, se elaborará un esquema con las ideas principales del tema, para que a la hora de estudiar, resulte más interesante y entendible.</p>
	Desarrollar la técnica de estudio: esquema.
<b>Objetivos específicos</b>	Adquirir un manejo adecuado en el uso de dicha técnica para futuros aprendizajes.
	Promover la autonomía del paciente en la realización del mismo.
<b>Temporización</b>	1 hora
<b>Recursos</b>	Libro de texto, folios y bolígrafo.

Fuente: Elaboración “ad hoc”

Tabla 10. *Actividad 5. Bloque I: Estrategias y Técnicas de Estudio*

<b>Bloque I: Estrategias y Técnicas de Estudio</b>	
<b><u>Actividad 5: Técnica de estudio: Mapa Mental</u></b>	
<b>Desarrollo</b>	<p>En esta actividad se elaborará un mapa mental con el fin de facilitar el proceso de adquisición de conocimientos. El tema central se plasmará en una imagen y los principales temas del asunto procederán de la imagen central.</p> <p>El paciente deberá elaborar un mapa mental con la ayuda y supervisión del Psicopedagogo, que se corresponda con la unidad didáctica trabajada de forma paralela en el centro escolar.</p>
<b>Objetivos específicos</b>	<p>Esquematizar ideas, mediante la técnica mapa mental.</p> <p>Lograr la adquisición de conocimientos de forma permanente.</p>
<b>Temporización</b>	<p>Aplicar esta técnica en diferentes unidades didácticas.</p> <p>1 hora</p>
<b>Recursos</b>	<p>Libro de texto, folios, lápiz, bolígrafo, lápices de colores, goma, etc.</p>

Fuente: Elaboración “ad hoc”

Tabla 11. *Actividad 6. Bloque I: Estrategias y Técnicas de Estudio*

<b>Bloque I: Estrategias y Técnicas de Estudio</b>	
<b><u>Actividad 6: Reglas mnemotécnicas</u></b>	
<b>Desarrollo</b>	<p>En esta actividad se le presentará al paciente una nueva técnica de estudio, las reglas mnemotécnicas. A continuación, se realizará una breve explicación aclaratoria sobre ellas y se resaltarán la importancia de estas, por la gran utilidad para memorizar contenidos específicos.</p> <p>Unido a la explicación de la técnica, se aplicará a la materia a trabajar en cada sesión. La realización de estas técnicas va a depender de la persona y del modo de estudio.</p>
	Desarrollar las reglas mnemotécnicas.
<b>Objetivos específicos</b>	Alcanzar un adecuado uso de dichas técnicas, aplicándolas a las diferentes materias.
	Realizar de manera individual el desarrollo de las técnicas mencionadas.
<b>Temporización</b>	1 hora
<b>Recursos</b>	Folios, bolígrafos, libro de texto, etc.

Fuente: Elaboración “ad hoc”

Tabla 12. *Actividad 1. Bloque II: Autoconcepto y Autoestima*

**Bloque II: Autoconcepto y Autoestima**

<b><u>Actividad 1: Me conozco a mí mismo</u></b>	
<b>Desarrollo</b>	<p>Durante esta actividad, el paciente cogerá un folio y deberá doblarlo por la mitad. En una de las mitades, escribirá algunas de las cualidades positivas que reconozca de sí mismo y en la otra parte del folio, los aspectos a mejorar.</p> <p>Y por último, para finalizar la sesión se creará un tiempo de reflexión donde se comentará que todos tenemos cualidades positivas y aspectos que debemos mejorar. Se promoverá además la reflexión en cuanto a: ¿Qué cualidades te han gustado más de las que te ha colocado el Psicopedagogo? ¿Cuál escribirá en el folio algunas de las cualidades positivas que resalten en el paciente.</p>
<b>Objetivos específicos</b>	<p>Reconocer cualidades de uno mismo.</p> <p>Identificar aspectos a mejorar.</p>
<b>Temporización</b>	<p>1 hora</p>
<b>Recursos</b>	<p>Folios y bolígrafos.</p>

Fuente: Elaboración “ad hoc”

Tabla 13. *Actividad 2. Bloque II: Autoconcepto y Autoestima*

<b>Bloque II: Autoconcepto y Autoestima</b>	
<b><u>Actividad 2: ¿Te contagias por los demás?</u></b>	
<b>Desarrollo</b>	<p>Esta actividad se comenzará con la visualización del video: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=xOiMws3Isaw">https://www.youtube.com/watch?v=xOiMws3Isaw</a>, titulado “Te contagias por los demás” Después de visualizar el video, se promoverá la reflexión del paciente, mediante preguntas.</p> <p>¿En qué posición estarías? ¿Haces lo mismo que los demás? ¿Tienes tus propias opiniones y formas de ver las cosas?</p>
	Resaltar la importancia de los propios valores.
<b>Objetivos específicos</b>	Promover una imagen ajustada de sí mismo.
	Valorar las opiniones de los demás.
<b>Temporización</b>	1 hora
<b>Recursos</b>	Ordenador, conexión a Internet, folios y bolígrafos.

Fuente: Elaboración “ad hoc”

Tabla 14. *Actividad 3. Bloque II: Autoconcepto y Autoestima*

<b>Bloque II: Autoconcepto y Autoestima</b>	
<b><u>Actividad 3: Así soy yo</u></b>	
<b>Desarrollo</b>	<p>En esta actividad, el paciente elaborará una lista de cualidades que se correspondan con cada una de las siguientes cuestiones: lo mejor que ha conseguido, la cualidad con la que está más satisfecho y lo que le gustaría conseguir en un futuro.</p> <p>Una vez elaborada esta lista, se le pedirá al paciente que las muestre. A continuación se le preguntará para desarrollar la capacidad de reflexión y autoconocimiento. ¿Estas satisfecho con lo que has realizado hasta ahora? ¿Crees que conseguirás más?</p>
<b>Objetivos específicos</b>	<p>Desarrollar una imagen de logro.</p> <p>Descubrir cualidades personales.</p> <p>Fomentar el razonamiento personal.</p>
<b>Temporización</b>	1 hora
<b>Recursos</b>	Folios y bolígrafos.

Fuente: Elaboración “ad hoc”

Tabla 15. *Actividad 4. Bloque II: Autoconcepto y Autoestima*

<b>Bloque II: Autoconcepto y Autoestima</b>	
<b>Actividad 4: El árbol de la autoestima</b>	
<b>Desarrollo</b>	<p>En esta actividad se desarrollará la técnica del árbol de la autoestima. El paciente dibujará en un folio un árbol con las raíces, la copa y el tronco. En las raíces, el paciente colocará las cualidades positivas de su personalidad y en la copa, sus logros.</p> <p>Una vez elaborado lo planteado, se fijará un tiempo de reflexión para que se produzca un intercambio de ideas entre el Psicopedagogo y el paciente. Así, el Psicopedagogo reconocerá los puntos más débiles presentes en el paciente, siendo estos motivo de intervención.</p>
<b>Objetivos específicos</b>	<p>Nombrar cualidades positivas de uno mismo.</p> <p>Elaborar la técnica del árbol de la autoestima.</p> <p>Expresar de forma escrita los logros obtenidos a lo largo de la vida.</p>
<b>Temporización</b>	1 hora
<b>Recursos</b>	Folios y bolígrafos.

Fuente: Elaboración “ad hoc”

Tabla 16. *Actividad 5. Bloque II: Autoconcepto y Autoestima*

<b>Bloque II: Autoconcepto y Autoestima</b>	
<b><u>Actividad 5: ¿Cuáles son mis pensamientos negativos?</u></b>	
<b>Desarrollo</b>	<p>En esta actividad el paciente escribirá en un folio todos los pensamientos negativos que le dificultan para un adecuado desarrollo del estudio.</p> <p>Posteriormente a ello, con ayuda del Psicopedagogo se intentará modificar cada pensamiento negativo por uno positivo. Además de proponer soluciones o posibilidades para eliminar cualquier aspecto que dificulte el proceso.</p>
<b>Objetivos específicos</b>	Rectificar el pensamiento irracional o erróneo.
	Aumentar el autoconcepto.
<b>Temporización</b>	Desarrollar una dimensión emocional.
	1 hora
<b>Recursos</b>	Folios y bolígrafos

Fuente: Elaboración “ad hoc”

Tabla 17. *Actividad 6. Bloque II: Autoconcepto y Autoestima*

<b>Bloque II: Autoconcepto y Autoestima</b>	
<b>Actividad 6: ¿Cómo me ven los demás?</b>	
<b>Desarrollo</b>	<p>Esta actividad se podrá realizar de forma paralela a la 3ª actividad de este bloque. En ella, se pretende que el paciente muestre algunas de las características que considera que los demás piensan de él.</p> <p>Una vez que paciente exprese esta serie de características, se continuará en la realización de la actividad, con el planteamiento de preguntas por parte del Psicopedagogo. Tales como: ¿En realidad crees que los demás piensan así de ti? ¿Te consideras así?</p>
<b>Objetivos específicos</b>	<p>Reconocer e identificar las características personales.</p> <p>Valorar cada una de las características planteadas.</p> <p>Aprender de los propios pensamientos negativos que puedan aparecer.</p>
<b>Temporización</b>	1 hora
<b>Recursos</b>	Folio y bolígrafo

Fuente: Elaboración “ad hoc”

Tabla 18. *Actividad 1. Bloque III: Motivación académica*

<b>Bloque III: Motivación académica</b>	
<b><u>Actividad 1: ¿Por qué no me gusta ir al Instituto?</u></b>	
<b>Desarrollo</b>	<p>Esta actividad servirá de reflexión personal del paciente. En ella, el alumno enumerará los pensamientos y emociones que le provocan desmotivación académica.</p> <p>Una vez definidos todos los pensamientos, se tratará de convertirlos en positivo y sacar algún beneficio de ello.</p>
<b>Objetivos específicos</b>	<p>Determinar posibles acontecimientos que provoquen desmotivación académica.</p> <p>Descripción de pensamientos y emociones negativas hacia el estudio.</p> <p>Proponer soluciones para resolver las necesidades.</p>
<b>Temporización</b>	1 hora
<b>Recursos</b>	Folios y bolígrafos.

Fuente: Elaboración “ad hoc”

Tabla 19. *Actividad 2. Bloque III: Motivación académica*

<b>Bloque III: Motivación académica</b>	
<b><u>Actividad 2: Muy fácil para mí</u></b>	
<b>Desarrollo</b>	<p>La temática que se trabajará en esta actividad será el razonamiento matemático. La elección de la temática, es en gran parte por el interés y capacidad en este ámbito del paciente. La capacidad y motivación en esta materia, conllevará a producirle un aumento de sus expectativas y sus sentimientos.</p> <p>En esta actividad, se realizarán ejercicios de refuerzo matemático, ya sean problemas, ejercicios, etc, relacionados con la unidad didáctica tratada en su centro educativo.</p>
<b>Objetivos específicos</b>	<p>Desarrollar el razonamiento matemático, partiendo de sus intereses.</p> <p style="text-align: right;">Proponer metas alcanzables.</p>
<b>Temporización</b>	<p>Reforzar los logros obtenidos</p> <p>1 hora</p>
<b>Recursos</b>	<p>Folios, bolígrafos, lápiz y ficha de ejercicios.</p>

Fuente: Elaboración “ad hoc”

Tabla 20. *Actividad 3. Bloque III: Motivación académica*

<b>Bloque III: Motivación académica</b>	
<b><u>Actividad 3: Puedo elegir</u></b>	
<b>Desarrollo</b>	<p>En esta actividad, se mostrarán dos tareas diferentes y motivadoras para el paciente. Una de ellas sería la ampliación de conocimientos a través de la búsqueda por Internet y otra, la elaboración propia de un proyecto.</p> <p>Ofrecerle la oportunidad al alumno de elegir la tarea a realizar, conllevará un aumento de la autonomía, responsabilidad e implicación del alumno en actividades escolares.</p>
<b>Objetivos específicos</b>	<p>Desarrollar la autonomía, responsabilidad e implicación personal.</p> <p>Proporcionar diferentes procedimientos para la resolución de una misma tarea.</p> <p>Reforzar los logros obtenidos.</p>
<b>Temporización</b>	1 hora
<b>Recursos</b>	Folios, bolígrafos, conexión a Internet y ordenador.

Fuente: Elaboración “ad hoc”

Tabla 21. *Actividad 4. Bloque III: Motivación académica*

<b>Bloque III: Motivación académica</b>	
<b><u>Actividad 4: Lo conseguí</u></b>	
<b>Desarrollo</b>	<p>En esta actividad lo que se pretende es que el paciente a través de la visualización de todos los trabajos realizados anteriormente, considere los resultados como éxito y fruto de todo el esfuerzo empleado.</p> <p>Se observará junto al paciente lo realizado anteriormente e incluso de los demás bloques, para que el alumno sea consciente de todo lo que ha realizado y logrado.</p>
	<p>Considerar los avances mostrados como esfuerzo personal del alumno.</p>
<b>Objetivos específicos</b>	<p>Proporcionarle orientación y adquisición de nuevos conocimientos.</p>
	<p>Despertar en el alumno la necesidad de estar motivado para la consecución de los objetivos que se le planteen.</p>
<b>Temporización</b>	<p>1 hora</p>
<b>Recursos</b>	<p>Material elaborado con anterioridad.</p>

Fuente: Elaboración “ad hoc”

Tabla 22. *Actividad 5. Bloque III: Motivación académica*

<b>Bloque III: Motivación académica</b>	
<b><u>Actividad 5: Mi iniciativa</u></b>	
<b>Desarrollo</b>	<p>Antes de comenzar esta actividad, en la sesión anterior se le pedirá al paciente que piense sobre un tema de trabajo que lo desarrollaremos en esta sesión. Esto provocará en el paciente cierto interés hacia lo que aprende y ese aprendizaje partirá de su iniciativa personal.</p> <p>El tema elegido se ampliará con conocimientos del libro de texto escolar, búsqueda en Internet, enciclopedias, etc. Junto con la elaboración de un mural con aspectos destacados del tema en relación.</p>
<b>Objetivos específicos</b>	<p>Proporcionar conductas que impliquen un aprendizaje profundo.</p> <p style="text-align: right;">Desarrollo de la creatividad.</p> <p>Aumentar la motivación académica a través de actividades que partan del propio interés.</p>
<b>Temporización</b>	1 hora
<b>Recursos</b>	Libro de texto, conexión a Internet, ordenador, tijeras, mural, etc.

Fuente: Elaboración “ad hoc”

Tabla 23. *Actividad 6. Bloque III: Motivación académica*

<b>Bloque III: Motivación académica</b>	
<b><u>Actividad 6: Dispongo de expectativas y metas</u></b>	
<b>Desarrollo</b>	<p>La actividad consistirá en la orientación del profesional hacia el alumno de forma personal e individualizada. El alumno comentará al Psicopedagogo una serie de expectativas y metas de su aprendizaje. Mediante la escucha activa, el Psicopedagogo irá anotando cada una de ellas.</p> <p>Posteriormente con la ayuda del alumno, se identificará cuál correspondería a una motivación intrínseca o extrínseca. Y se resaltarán la importancia de estudiar a tiempo para conseguir esas metas o expectativas que se plantea.</p>
<b>Objetivos específicos</b>	<p>Elaborar metas y expectativas cercanas a las posibilidades del paciente.</p> <p>Despertar motivación académica con objetivos y metas bien definidos</p> <p>Tomar conciencia del valor de un estudio correcto para la consecución de las metas personales.</p>
<b>Temporización</b>	1 hora
<b>Recursos</b>	Folio y bolígrafos

Fuente: Elaboración “ad hoc”

## 7.10. INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Los permisos solicitados para poder evaluar las necesidades del alumno a través del Cuestionario de Hábitos y Técnicas de Estudio, fueron tramitados por el centro de prácticas, el Centro Hospitalario Benito Menni. Mediante la firma personal de los documentos pertinentes, permanecía bajo responsabilidad propia la reserva de datos personales del paciente.

Los métodos de análisis utilizados, para que la propuesta de intervención que se plantea fuese lo más acertada y adaptada a las necesidades del alumno, fueron en primer lugar una valoración psicopedagógica, mediante la utilización de un instrumento de evaluación “Cuestionario de Hábitos y Técnicas de Estudio” (*Véase anexo I*). Es una prueba que se puede realizar de manera individual o colectiva, siendo el ámbito de aplicación desde 5º de Primaria hasta 1º de Bachillerato (de 10 a 18 años). La finalidad de esta prueba es evaluar aspectos relacionados con hábitos y técnicas de estudio (actitud general hacia el estudio, lugar de estudio, estado físico del escolar, plan de trabajo, técnicas de estudio, exámenes, ejercicios y trabajos), clasificados en siete escalas, con baremos de percentiles divididos en cursos escolares y un baremo general, sin hacer distinción por sexo.

Esta prueba está destinada a intensificar los aspectos positivos y modificar las necesidades personales del paciente.

El perfil del alumno, puede ser elaborado tanto por un profesional como por el propio alumno. En el caso de que lo realice el alumno, deberá estar supervisado por un profesional.

Por otro lado, para demostrar el grado de autoconcepto personal del alumno, se procedió a la realización de un cuestionario multidimensional. (*Véase anexo II*). El alumno lo cumplimentó de manera personal y a partir de aquí, se valoraron varios aspectos y se plantea la opción de trabajar este aspecto a nivel global en la propuesta.

Y por último, para comprobar el grado de consecución de los objetivos planteados y el avance satisfactorio del alumno, el profesor utilizará un instrumento como recogida de información sobre puntos relacionados con su estilo de aprendizaje y aspectos motivacionales que promueven al alumno. Este instrumento servirá, al profesor o psicopedagogo para realizar

las modificaciones oportunas al proceso de la intervención. (Véase anexo III). De esta manera, se adaptarán los objetivos consiguiendo un mayor grado de aplicabilidad y éxito de dicha propuesta.

A continuación y de manera aclaratoria se presenta un gráfico con todo el proceso desarrollado en la investigación. (Figura 2)

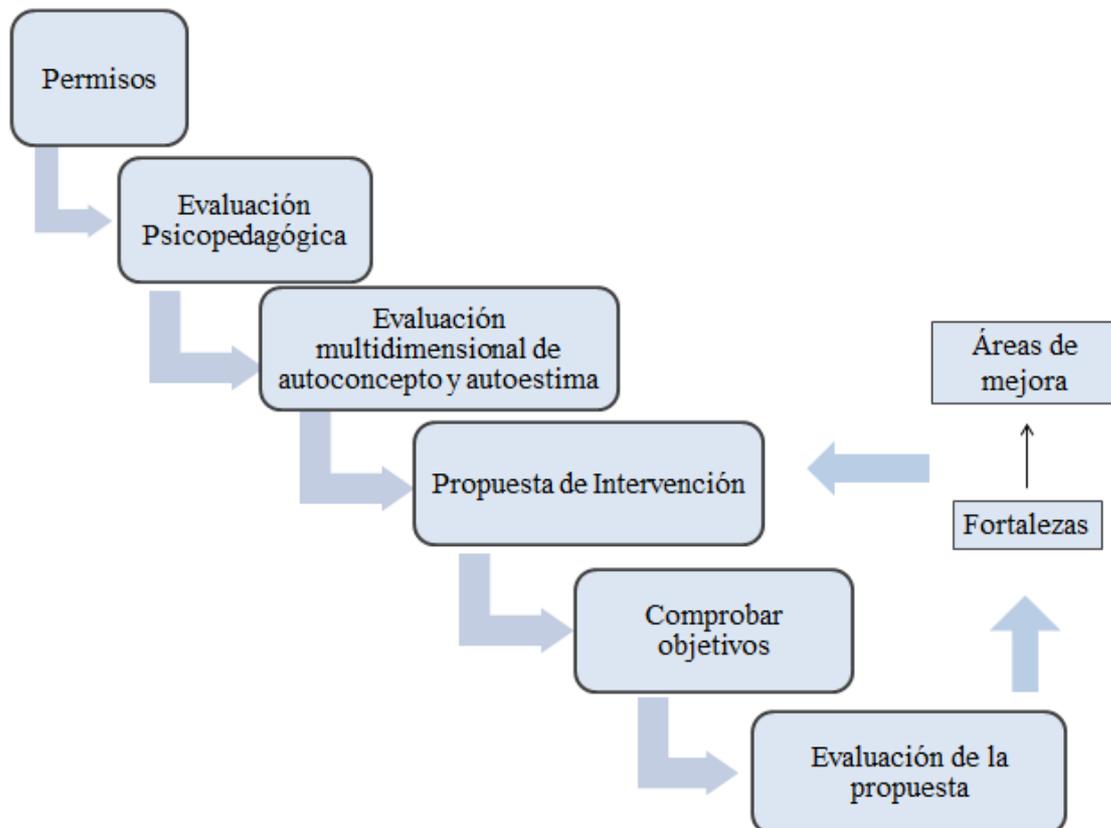


Figura 2. Pasos del proceso de investigación, Elaboración “ad hoc”

## 8. EVALUACIÓN Y RESULTADOS

Los resultados que se han obtenido a través de la observación directa y la realización de la recogida de información, desarrollada durante el periodo de prácticas, fueron muy semejantes a las que se esperaban. Se comprobaron algunas de las preconcepciones iniciales que se tenían sobre el alumno.

A través del Cuestionario de Hábitos y Técnicas de Estudio (CHTE), los resultados obtenidos, provocaron el planteamiento de dicha intervención para “remediar” las posibles carencias o dificultades que impiden el desarrollo académico normal del alumno.

El proceso de intervención que desarrolla el alumno forma parte de un continuo en el tiempo. El paciente tiene establecido habitualmente un programa de intervención, que se complementará con esta nueva intervención que se propone, es decir, no es un proceso puntual, sino que se encuentra involucrado en un proceso largo. Aun, así se siguen percibiendo algunas dificultades en cuanto a la organización y predisposición hacia el estudio.

Para completar la información sobre los resultados obtenidos y extraer conclusiones, se procedió al cumplimiento de la hoja de perfil (hoja de corrección), teniendo en cuenta una serie de nociones básicas. En primer lugar, se realizó una comprobación de las preguntas respondidas, asegurándose que todas estaban contestadas. A continuación, se calculó la puntuación directa del alumno y paralelo a ello, su correspondiente en tanto por ciento.

Ahora bien, los datos obtenidos debían expresarse en puntuaciones relacionadas con los baremos de su curso académico. Para obtener esa puntuación dentro los baremos, se restó la puntuación directa del alumno menos la media y posteriormente, se dividió entre la desviación típica.

Algunos de los resultados significativos en relación con las dificultades que se mostraron en dicho cuestionario se pueden clasificar en:

- Dificultades muy significativas en relación con el plan de trabajo (haciendo referencia a una adecuada planificación y estructuración del tiempo que se va a dedicar al estudio, teniendo en cuenta el número de materias y dificultad), el uso de técnicas de estudio (disponibilidad de pautas de cómo estudiar, diferentes pasos para el estudio de un tema) y los trabajos (esquema inicial, fuentes de información, el

desarrollo y la presentación). Todo ello, valorado con una puntuación directa, como paciente que no sabe utilizar esta habilidad.

- Aspectos importantes a mejorar se percibieron en relación con la actitud general hacia el estudio (predisposición, interés, motivación hacia el estudio), lugar de estudio (ubicación física) y exámenes (pautas a seguir cuando se va a realizar un examen o trabajo).
- Y por último, considerado como dominio aceptable de esta habilidad aunque podría mejorar en algún aspecto, el estado físico del escolar (condiciones físicas personales, situación del organismo que le permitan rendimiento).

A continuación, de modo aclaratorio se muestra un gráfico (*Figura 3*), con un ejemplo de un caso similar. Debido a la protección de datos, no se han podido plasmar los resultados reales del alumno, pero si las conclusiones anteriormente mencionadas.

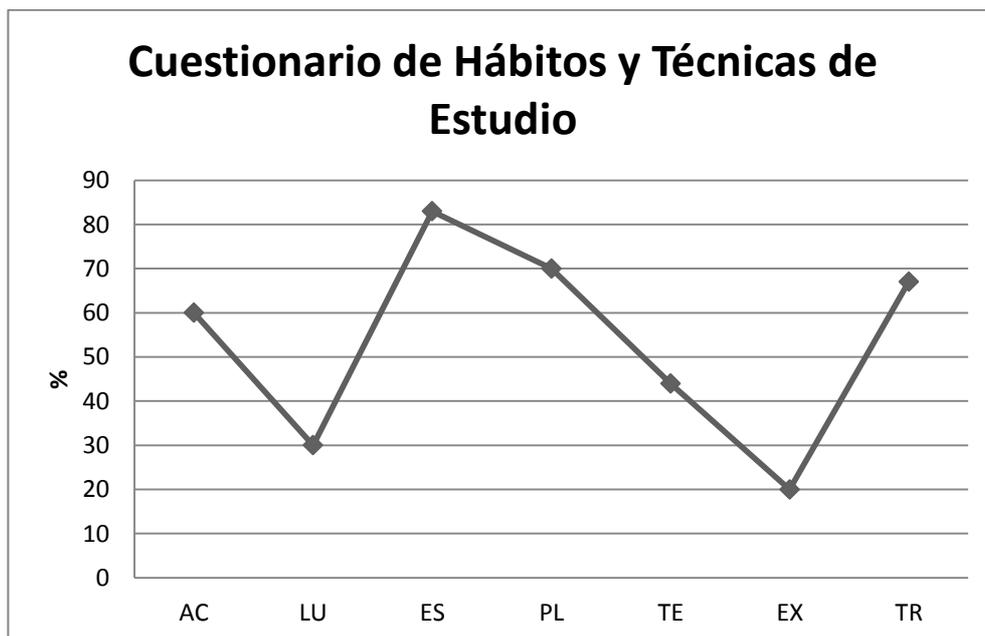


Figura 3. Resultados sobre el Cuestionario de Hábitos y Técnicas de estudio. (Álvarez y Fernández, 2015, p. 38)

Así mismo, las puntuaciones resultantes se interpretan teniendo en cuenta que el rango normalizado se encuentra entre 1 y -1. Considerándose así, que todas las puntuaciones que se obtengan por debajo de -1, son aspectos a trabajar o mejorar y por el contrario, la puntuación que se sitúe por encima de 1, se considera un manejo adecuado de la habilidad.

En cuanto a los resultados obtenidos a través del cuestionario multidimensional de autoconcepto (*Véase anexo II*), se percibieron ciertas carencias en este ámbito. Resultando de especial interés la falta de relación y entendimiento familiar, así como una conexión intrafamiliar deficitaria. Por otro lado, en relación al grupo de amistades, se observó cierta inseguridad o dificultad a la hora de crear amistades nuevas. Debido a la existencia de una actitud autocrítica muy alta y a la falta de confianza en sus propias posibilidades. Y por último, y por ello no menos importante, remarcar la desvalorización de sus propias capacidades y la inexistencia de una imagen de logro, con bajas expectativas hacia la previsión del futuro.

## **9. ALCANCE DEL TRABAJO**

El planteamiento de dicho trabajo se elabora con la intención de valorar la necesidad de una adecuada intervención educativa con pacientes con Daño Cerebral Adquirido. Al tener en cuenta una serie de dificultades que la enfermedad conlleva, es primordial ofrecer ayuda personalizada a dichas personas.

Como requisito imprescindible la propuesta de intervención debe ser aceptada por parte del alumno, la familia y la institución..

Las sesiones en las que se dividirá la propuesta de intervención, tendrán una duración de 1 hora aproximadamente. Las actividades que se desarrollarán, formarán parte de diferentes bloques temáticos, considerando cada bloque con cada una de las necesidades percibidas en el paciente. Y referente al material que se utilizará, correrá a cargo del Centro Hospitalario Benito Menni y del material personal del alumno.

Las razones de la elaboración de esta propuesta es por la necesidad de cubrir una serie de carencias presentes en el alumno, que mediante su escolarización en el centro escolar y su ambiente familiar no pueden verse resultas. Además de facilitar técnicas y estrategias de estudio con el fin de conseguir mejores resultados académicos.

Unido al desarrollo del proceso de orientación del psicopedagogo hacia el alumno, en cuanto a la relación que existe entre los conocimientos que aprende y las expectativas futuras.

Lo que se pretende obtener con dicha propuesta, es que el alumno, a través de las sesiones que se plantean, consiga mayor autonomía en todo su proceso educativo y además desarrolle un autoconcepto y una autoestima adecuada.

El tema de esta investigación nace por la curiosidad de la formación en un ámbito completamente diferente al comúnmente tratado y a la necesidad de una intervención eficaz y directa en la que se vean los resultados en dichos pacientes.

El término Daño Cerebral Adquirido, al tratarse de un tema fundamentalmente médico y clínico, observé la necesidad de intervenir desde el punto de vista educativo, con el propósito de crear sinergias entre un ámbito y otro. Además de solventar las carencias que provienen del Daño Cerebral Adquirido y que van a influir en todo su trascurso académico.

La eficacia de la intervención se valorará una vez puesta en práctica de la propuesta, teniendo como base las conductas observadas, las modificaciones en técnicas de estudio y el grado de autoestima y autoconcepto del paciente. Los profesionales que formarán parte de esta propuesta serán tanto el Neuropsicólogo como el Psicopedagogo. Es importante mantener durante toda la intervención una estrecha relación de comunicación de información entre profesionales y con el propio alumno.

La fecha de iniciación de esta propuesta se considera que será a comienzos del mes de Septiembre.

Lo que se pretende es examinar un tema o problema de investigación, familiarizándose con términos nuevos o poco conocidos, estableciendo prioridades para estudios futuros.

Más aún, suscitar la profesionalidad, con el fin de desarrollar intervenciones lo más acertadas a las posibilidades de acción de las personas a las que va dirigida.

A su vez, es necesario mencionar que, pueden existir una serie de límites y fronteras que no se pueden concretar con especificidad. Pero por experiencia personal durante el periodo de prácticas, los límites que pueden aparecer, son en relación con la limitación del tiempo de las sesiones, el estado personal del alumno, la disponibilidad de los materiales, etc.

## 10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Una de las conclusiones extraídas con dicho trabajo es, la necesidad de realizar una intervención y evaluación psicopedagógica, a través de la observación directa del alumno como punto de partida en futuras intervenciones y fundamentada con resultados exactos, extraídos de pruebas psicopedagógicas validadas, para que a partir de ahí se realicen las propuestas más ajustadas a la realidad.

Debido a la gran variabilidad de la enfermedad objeto de estudio, los diferentes grados de afectación y el carácter innovador de la propia investigación, se considera conveniente continuar analizando y estudiando esta línea de investigación con el fin de obtener resultados y poder generalizar intervenciones. Ya no sólo plantear una intervención individual, sino evaluar a un grupo de pacientes, ya sean con Daño Cerebral Adquirido o no, y comparar resultados de una muestra. Realizar una evaluación psicopedagógica con un muestreo más amplio y contractar información.

Como recomendación y como punto planteado en dicho trabajo, para comprobar los resultados obtenidos y la eficacia de la propuesta de intervención, una vez puesta en práctica, se procederá a proporcionar al alumno, el cuestionario sobre autoconcepto, y así, asegurarnos del grado de aplicabilidad y éxito de la propuesta. Además, el profesional rellenará un cuestionario evaluando la motivación del alumno hacia el aprendizaje. Así pues, con estos instrumentos, el alumno se mostrará tal y como es, y servirá al Psicopedagogo como método de evaluación de dicha propuesta.

Gracias a la oportunidad que la institución Centro Hospitalario Benito Menni, me ha ofrecido para presentar dicho trabajo, se han abierto campos de estudio sobre temas relacionados con la problemática investigada cercanas a la trabajada, tales como:

- Desarrollo de la atención y memoria
- Control de la impulsividad
- Desarrollo de habilidades sociales e Inteligencia Emocional

Otra de las conclusiones, es la necesidad de la colaboración familiar en todo el proceso de intervención. Sin la ayuda de las familias, las intervenciones que se planteen no se podrían llevar a cabo, ya que el tiempo que pasa el alumno en intervención con el profesional, es mínimo. De hecho, la intervención no se puede quedar únicamente en el centro, es imprescindible que se trasfiera al ámbito familiar, para ello, es necesario eliminar barreras que dificulten el proceso, motivando e informando de toda la intervención a dicho ámbito.

Concretando sobre el perfil profesional del Psicopedagogo que desarrolle la intervención, es imprescindible servir de apoyo y guía al alumno en todo el proceso. Adaptando dicha propuesta a las características individuales del alumno.

De igual modo, este trabajo ha ampliado mi perspectiva sobre la discapacidad y atención a la diversidad concretamente, sobre Daño Cerebral Adquirido. Además del, fomento de un nuevo planteamiento de trabajo en el ámbito no formal.

Por último, espero que mi trabajo haya servido para concienciar sobre la importancia de una intervención acertada en pacientes con Daño Cerebral Adquirido, con el fin de prevenir posibles problemas en relación con el ámbito académico, personal y socio-emocional.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adell, M. (2002). *Estrategias para mejorar el rendimiento académico de los adolescentes*. Madrid: Ediciones Pirámide
- Álvarez, M. & Bisquerra, R. (2012). *Orientación educativa. Modelos, áreas, estrategias y recursos (1a. ed.)*. Madrid: Wolters Kluwer España
- Álvarez, M. & Bisquerra, R. (2012). Modelos de Intervención. En Álvarez, M. y Bisquerra, R. (Ed.). *Orientación educativa. Modelos, áreas, estrategias y recursos (1a. ed.)*(p. 21-22). Madrid: Wolters Kluwer España
- Álvarez, M. & Fernández, R. (2015). *Manual Cuestionario de Hábitos y Técnicas de Estudio (CHTE). Propuesta de un programa de métodos de estudio*. Madrid: TEA, Ediciones
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos DSM-V-TM*. Barcelona: Masson
- APANEFSA. (2015). Causas Daño Cerebral Sobvenido. Recuperado el 3 de mayo de 2015 en: <http://www.apanefa.org/danocerebral/causas/>
- Arango, J.C. & Parra, M.A. (2008). Rehabilitación de las funciones ejecutivas en caso de Patología Cerebral. *Rev. Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(1), 159-178. Recuperado el 14 de Febrero del 2015 en: [http://neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO\\_vol8\\_num1\\_14.pdf](http://neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO_vol8_num1_14.pdf)
- Asociación Camino Valladolid. (2015). Daño Cerebral Adquirido: Generalidades. Recuperado el 29 de Abril de 2015 en: <http://www.caminodca.org/>
- Badía, A. (coord.). (2012). *Dificultades de aprendizaje de los contenidos curriculares*. Barcelona: Editorial UOC
- Barrero, B. (2013). *La práctica del asesoramiento para la mejora de los centros desde los Equipos de Orientación Educativa: Un estudio de caso*. (Tesis doctoral). Universidad de Granada, Granada. Recuperada el 9 de Diciembre de 2014 en: <http://hdl.handle.net/10481/30848>

- Blanquet, J. (2012). *Técnicas de estudio. Recursos básicos para estudiar*. Barcelona: Ediciones del Serbal
- Cano, E., Rubio, A. & Serrat, N. (2010). *Organizarse mejor. Habilidades, estrategias, técnicas y hábitos de estudio*. Barcelona: Editorial GRAÓ
- Carvajal-Castrillón, J. & Restrepo, A. (2013). Fundamentos teóricos y estrategias de intervención en la rehabilitación neuropsicológica en adultos con daño cerebral adquirido. *CES Psicología*, 6(2), 135-148. Recuperado el 10 de Diciembre de 2014 en: [dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4549495.pdf](http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4549495.pdf)
- Castanyer, O. (2013). *La asertividad: expresión de una sana autoestima*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer
- CEADAC. (2009). Daño Cerebral. Recuperado el 10 de Abril de 2015 en: [http://www.ceadac.es/ceadac\\_01/auxiliares/dano\\_cerebral/index.htm](http://www.ceadac.es/ceadac_01/auxiliares/dano_cerebral/index.htm)
- CEADAC. (2013). *He sufrido un daño cerebral, y ahora ¿qué?. Una guía de pautas de manejo físico, cognitivo-conductual y social*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado el 2 de Marzo de 2015 en: [http://www.imserso.es/imserso\\_01/documentacion/publicaciones/colecciones/informacion\\_publicacion/index.htm?id=225](http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/publicaciones/colecciones/informacion_publicacion/index.htm?id=225)
- Centro Hospitalario Padre Benito Menni. (2015). Historia del centro. Recuperado el 17 de Mayo de 2015 en: <http://www.benitomenni.org/historia/historia-centro.html>.
- Curwin, R. L. (2014). *Motivar a estudiantes difíciles en contextos educativos desfavorecidos y de exclusión*. Madrid: NARCEA
- De Arroyabe-Castillo, E. & Calvete, E. (2012). Evaluación de las necesidades de los familiares de personas afectadas de Daño Cerebral Adquirido mediante el Cuestionario de Necesidades Familiares. *Anales de Psicología*, 28(3), 728-735. Recuperado el 19 de Marzo de 2015 en: <http://www.researchgate.net/publication/266589304>

- Defensor del Pueblo. (2006). *Daño cerebral sobrevenido en España: un acercamiento epidemiológico y sociosanitario. Informes, estudios y documentos*. Madrid: Clossas-Orcoyen
- De Noreña, D., Ríos-Lago, M., Bombín-González, I., Sánchez-Cubillo, I., García-Molina, A. y Tirapu-Ustárriz, J. (2010). Efectividad de la rehabilitación neuropsicológica en el daño cerebral adquirido (I): atención, velocidad de procesamiento, memoria y lenguaje. *Rev Neurol*, 51(11), 733-744. Recuperado el 2 de Marzo de 2015 en: <http://psyciencia.com/wp-content/uploads/2012/12/efectividad-de-la-rehabilitaci%C3%B3n-neuropsicol%C3%B3gica.pdf>
- FEDACE. (2013). Daño Cerebral Adquirido. Recuperado el 26 de Mayo de 2015 en: <http://fedace.org/dano-cerebral-adquirido-3/>
- Fernández, F.J. (2011). Orientación Andújar. *Guía de observación para el profesorado de motivación y estilo de aprendizaje del alumno*. Recuperado el 5 de Junio de 2015 en: [http://chopo.pntic.mec.es/~fferna23/Documentos/ncc/ncc\\_7.pdf](http://chopo.pntic.mec.es/~fferna23/Documentos/ncc/ncc_7.pdf)
- Fiuza, M.J. & Fernández, M.P. (2013). *Dificultades de aprendizaje y trastornos del desarrollo. Manual didáctico*. Madrid: Ediciones Pirámide
- Fundación MAPFRE Medicina. (2002). *Cerebro y Salud Mental*. Madrid: Editorial MAPFRE
- Galve, J.L. (2014). *Evaluación Psicopedagógica de las Dificultades de Aprendizaje. Consideraciones, procedimientos, instrumentos de evaluación y elaboración de informes. Volumen I*. Madrid: CEPE
- González, B. (2012). *Daño cerebral adquirido: Evaluación, diagnóstico y rehabilitación*. Madrid: Editorial Síntesis
- González, B. (2012). Etapas del proceso de rehabilitación del daño cerebral adquirido. En González, B. (Ed.). *Daño cerebral adquirido: evaluación, diagnóstico y rehabilitación*. (pp. 31-32). Madrid: Editorial Síntesis.

- González, B. (2012). Consecuencias del daño cerebral adquirido. En González, B. (Ed). *Daño cerebral adquirido. Evaluación, diagnóstico y rehabilitación.* (pp. 32-35). Madrid: Editorial Síntesis
- González, M.J. (coord), Barba, M.J., Delgado, M. y Martín, I. (2012). *Prevención de las dificultades de aprendizaje.* Madrid: Ediciones Pirámide
- González, A. (2007). *Técnicas de estudio para adolescentes. Cómo superarse en Secundaria, Bachillerato y Ciclos.* Madrid: EDITORIAL CCS.
- Goñi, A. (coord). (2008). *El autoconcepto físico. Psicología y educación.* Madrid: Ediciones Pirámide
- Gualtero, R. & Soriano, A. (2013). *El adolescente cautivo. Adolescentes y adultos ante el reto de crecer en la sociedad actual.* Barcelona: Editorial Gedisa
- Heinsen, M. (2012). *Autoestima y tacto pedagógico en edad temprana. Orientaciones para educadores y familias.* Madrid: NARCEA
- Hernández, A. (2009). *Fundamentos de intervención psicopedagógica.* Santander: Publican, Ediciones de la Universidad de Cantabria
- Hospitales Nisa. (2014). Traumatismo craneoencefálico. Recuperado el 16 de Junio de 2015 en: <http://www.neurorhb.com/traumatismo-craneoencefalico.html>
- IMSERSO. (2007). *Modelo de atención a personas con daño cerebral.* Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. Recuperado el 22 de Abril de 2015 en: <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/atendancer.pdf>
- IMSERSO (2013): *Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con daño cerebral adquirido.* Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid. Recuperado el 22 de Diciembre de 2014 en: [http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/gv\\_depdc.pdf](http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/gv_depdc.pdf)

- INE. (2008). *Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD)*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Recuperado el 14 de Junio de 2015 en: <http://www.ine.es/prensa/np524.pdf>
- Izquierdo, C. (2005). *Técnicas de estudio y rendimiento escolar. Guía para estudiantes y maestros*. Sevilla: Editorial MAD
- Jiménez-Cortés M.P., Pelegrín-Valero, C., Tirapu-Ustároz, J., Guallart-Balet, M., Benabarre-Ciria, S. y Olivera-Pueyo, J. (2012). Trastornos de la empatía en el daño cerebral traumático. *Rev Neurol*, 55(1), 1-10. Recuperado el 27 de Marzo de 2015 en: <http://www.angiologia.es/pdf/Web/5501/bi010001.pdf>
- Kahn, N.B. (2012). *Cómo aprender más en menos tiempo: una guía para estudiantes, profesionales y para los que están continuamente aprendiendo*. Barcelona: Editorial Amat
- Leal, A. (2009). Cómo mejorar la motivación del alumnado. *Revista Digital Innovación y experiencias educativas*, (15). Recuperado el 7 de Febrero de 2015 en: [http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod\\_ense/revista/pdf/Numero\\_15/ALFONSO\\_LEAL\\_2.pdf](http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_15/ALFONSO_LEAL_2.pdf)
- León, E. (2014). *Guías de aprendizaje. Cómo aprender a estudiar*. Madrid: Editorial LIBSA
- Marina, J.A. (2013). *Talento, motivación e inteligencia: las claves de una buena educación*. Barcelona: Ariel.
- Martín, E., Solé, I., Sánchez, E., Ricardo, J., Huguet, T., Castells, N... & Bassedas, E. (2011). *Orientación educativa. Modelos y estrategias de intervención*. Barcelona: Editorial GRAÓ
- Martín, E., Onrubia, J. (coords.), Andrés, S., Barrios, A., Granizo, L., Huguet, T... Pujolàs, P. (2011). *Orientación educativa. Procesos de innovación y mejora de la enseñanza*. Barcelona: Editorial GRAÓ
- Mas, C. & Torrego, J.C. (2014). Asesoramiento y mediación de conflictos en los procesos de mejora escolar. *Innovación educativa*. (24), 19-34. Recuperado el 14 de Diciembre de 2014 en: <http://www.usc.es/revistas/index.php/ie/article/view/1920/2097>

- Méndez, F. X., Espada, J.P. y Orgilés, M. (2006). *Intervención psicológica y educativa con niños y adolescentes. Estudio de casos escolares*. Madrid: Ediciones Pirámide
- Miller, F.W. (1971). *Principios y servicios de orientación escolar*. Madrid: Magisterio Español.
- Moreno, J.M., Montero, P.J. y García-Baamonde, M.E. (2004). *Intervención educativa en la Parálisis Cerebral: actividades para la mejora de la expresión oral*. Mérida: Indugrafic
- Muñoz, J. (2014). *Sabiduría emocional y social. Protocolo de Intervención Social mediante la Inteligencia Emocional (PISIEM)*. Barcelona: Bosch Editor
- Musitu, G. (coord.). (2013). *Adolescencia y familia. Nuevos retos en el siglo XXI*. México: Editorial Trillas, S.A.
- Núñez del Río, M.C., Carpintero, E., García, M., Serrano, S. & Ordóñez, X. (2011). *Orientación Educativa. Manual de prácticas*. Madrid: Catarata
- Portal de Salud Castilla y León. (2014). Daño Cerebral Adquirido. Recuperado el 1 de Mayo de 2015 en: <https://www.saludcastillayleon.es/es>
- Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establecen la ordenación de las enseñanzas universitarias en relación con el Título de Máster. *BOE núm. 206*, 30 de Octubre de 2007.
- Regueiro, B, Suárez, N., Valle, A., Núñez, J.C. y Rosário, P. (2015). La motivación e implicación en los deberes escolares a lo largo de la escolaridad obligatoria. *Revista de Psicodidáctica*, 20(1), 47-63. Recuperado el 23 de Marzo del 2015 en: <http://www.redalyc.org/pdf/175/17532968002.pdf>
- Río, D. (coord) & Martínez, M. (2007). *Orientación educativa y tutoría*. Madrid: Sanz y Torres.

- Rodríguez, S., Valle, A., González, R. y Núñez, J.C. (2010). *Motivar enseñando. La integración de estrategias motivadoras en el currículo escolar*. Madrid: EDITORIAL CCS.
- Rodríguez, S. (coord.) (1993). *Teoría y Práctica de la Orientación Educativa*. Barcelona: PPU
- Rojas, E. (2013). *Vive tu Vida: La autoestima en las distintas etapas de la vida*. Madrid: Ediciones Planeta
- Salas, M. (2012). *Técnicas de estudio para Secundaria y Universidad*. (1a. ed.). Madrid: Alianza Editorial
- Salas, M. (2014). *Técnicas de estudio para Secundaria y Universidad*. (5a. ed.). Madrid: Alianza Editorial
- Sánchez, A. (2011). Orientación Andújar. *Cuestionario multidimensional de autoconcepto*. Recuperado el 2 de Junio de 2015 en: <https://aulapt.files.wordpress.com/2008/09/cuestionario-de-autoconcepto.pdf>
- Sánchez-Cubillo, I., Lertxundi, N., Quemada, J.I. y Ruíz-Ruíz, R. (2007). Trastornos del comportamiento en daño cerebral adquirido. *ACCIÓN PSICOLÓGICA*, 4(3), 101-113. Recuperado el 3 de Abril de 2015 en: [revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/download/477/416](http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/download/477/416)
- Santiuste, V. & González, J. (2005). *Dificultades de aprendizaje e intervención psicopedagógica*. Madrid: Editorial CCS
- Semrud-Clikeman, M. & Teeter, E.P. (2011). *Neuropsicología infantil. Evaluación e intervención en los trastornos neuroevolutivos*. Madrid: PEARSON EDUCACIÓN
- Silva-Escorcía, I. & Mejía-Pérez, O. (2015). Autoestima, adolescencia y pedagogía. *Revista Electrónica Educare (Educare Electronic Journal)*, 19(1), 241-256. Recuperado el 9 de Abril de 2015 en: <http://www.redalyc.org/pdf/1941/194132805013.pdf>

Sureda, I. (2001). *Cómo mejorar el autoconcepto: Programa de intervención para la mejora de habilidades socio-personales en alumnos de Secundaria*. Madrid: Editorial CCS

Texas Heart Institute. (2014). Accidente cerebrovascular. Recuperado el 1 de Febrero de 2015 en: [http://www.texasheart.org/HIC/Topics\\_Esp/Cond/strok\\_sp.cfm](http://www.texasheart.org/HIC/Topics_Esp/Cond/strok_sp.cfm)

Universidad de Valladolid. (2014). *Guía docente del Máster Universitario en Psicopedagogía*. Facultad de Educación y Trabajo Social de la Universidad de Valladolid. Recuperado el 9 de Diciembre de 2014 en: [http://www.uva.es/export/sites/uva/2.docencia/2.02.mastersoficiales/2.02.01.ofertaeducativa/\\_documentos/COMPETENCIAS-PSICOPEDAGOGIA.pdf](http://www.uva.es/export/sites/uva/2.docencia/2.02.mastersoficiales/2.02.01.ofertaeducativa/_documentos/COMPETENCIAS-PSICOPEDAGOGIA.pdf)

# **ANEXOS**

**Anexo I: Cuestionario de Hábitos y  
Técnicas de Estudio (CHTE)**

Apellidos y nombre

Edad

Sexo  V  M

Centro

Curso

A continuación encontrarás unas preguntas que se refieren a tu forma de estudiar. Léelas con detenimiento y contéstalas marcando el espacio del:

**SÍ**, si lo que se dice coincide **SIEMPRE** o **CASI SIEMPRE** con tu forma de estudiar.

**NO**, si lo que se dice coincide **NUNCA** o **CASI NUNCA** con tu forma de estudiar.

En caso de duda, contesta **SÍ** o **NO** teniendo en cuenta lo que te ocurre con más frecuencia. Recuerda que solo debes dar una respuesta a cada pregunta. Si te equivocas, debes borrar cuidadosamente la marca antes de señalar la otra.

Debes ser sincero y contestar a todas las preguntas, pues estos datos servirán para conocer cuál es tu situación en el estudio personal y mejorar, si es necesario, aquellos aspectos que lo requieran. Si no has comprendido algo puedes preguntarlo ahora.

**NO COMIENCES A CONTESTAR HASTA QUE TE LO INDIQUEN.**

1. ¿Tienes claras las razones por las que estudias? ..... **SÍ NO**
2. ¿Sueles cambiar con cierta frecuencia el lugar donde estudias en tu casa? ..... **SÍ NO**
3. ¿Procuras estudiar en aquellas horas en que te encuentras en mejores condiciones para aprender? ..... **SÍ NO**
4. ¿Te has parado a pensar sobre el número de actividades que realizas cada día y el tiempo que le dedicas a cada una de ellas? ..... **SÍ NO**
5. ¿Acostumbras a mirar el índice y los apartados más importantes de un tema antes de comenzar a estudiar? ..... **SÍ NO**
6. ¿Tomas nota de las explicaciones de los profesores? ..... **SÍ NO**
7. ¿Lees con detenimiento los enunciados de las preguntas? ..... **SÍ NO**
8. ¿Consideras el estudio una ocasión para aprender? ..... **SÍ NO**
9. ¿Tu lugar de estudio está alejado de ruidos y otras cosas que impidan concentrarte? ..... **SÍ NO**
10. Antes de empezar un trabajo, ¿haces un esquema de los aspectos más importantes que vas a desarrollar? ..... **SÍ NO**
11. ¿Sueles dormir, por lo menos, 8 horas cada día? ..... **SÍ NO**
12. ¿Tienes una idea general de lo que vas a estudiar a lo largo del curso en cada materia o asignatura? ..... **SÍ NO**
13. Antes de estudiar el tema con profundidad, ¿realizas una lectura rápida del mismo para hacerte una idea general? ..... **SÍ NO**
14. Antes de escribir la respuesta, ¿piensas detenidamente lo que vas a contestar y cómo lo vas a hacer? ..... **SÍ NO**
15. Cuando comienzas a estudiar, ¿tardas bastante tiempo en concentrarte? ..... **SÍ NO**
16. En el lugar donde estudias habitualmente, ¿hay personas o cosas que distraen tu atención? ..... **SÍ NO**
17. Cuando tomas notas, ¿sueles copiar al pie de la letra lo que dice el profesor? ..... **SÍ NO**
18. ¿Sueles dormir mal y por la mañana te sientes cansado y poco reparado? ..... **SÍ NO**
19. ¿Has elaborado un plan de trabajo en función del tiempo de que dispones y de las asignaturas que tienes? ..... **SÍ NO**

**NO TE DETENGAS, CONTINÚA EN LA PAGINA SIGUIENTE.**

20. Cuando has de hacer un trabajo, ¿sueles comentar con tu profesor el esquema y desarrollo del mismo?..... SÍ NO
21. Después de una primera lectura del tema, ¿haces una lectura lenta y reposada para buscar las ideas más importantes? ..... SÍ NO
22. Cuando faltas a clase, ¿sueles informarte a través de un compañero o del profesor de lo que se ha realizado y se ha de realizar? ..... SÍ NO
23. En un examen o ejercicio, ¿repartes el tiempo para cada pregunta?..... SÍ NO
24. Cuando no comprendes algo, ¿lo anotas para luego consultarlo? ..... SÍ NO
25. ¿Tienes luz suficiente (luz natural o lámpara) para estudiar sin forzar la vista? ..... SÍ NO
26. ¿Combinas el tiempo que dedicas al estudio con el tiempo de descanso? ..... SÍ NO
27. ¿Dedicas a cada asignatura el tiempo necesario que pueda asegurarte un buen resultado? ..... SÍ NO
28. ¿Subrayas las ideas más importantes a medida que vas estudiando un tema?..... SÍ NO
29. ¿Sueles abrir un poco la puerta o la ventana de tu habitación de estudio para que se ventile?..... SÍ NO
30. En el caso de que necesites información para hacer un trabajo, ¿sabes cómo encontrarla?..... SÍ NO
31. ¿Cuidas de que tu expresión escrita sea clara, ordenada y comprensiva?..... SÍ NO
32. ¿Tratas de estudiar solo lo justo para una prueba o control?..... SÍ NO
33. ¿Has notado que los resultados en tus estudios son bajos cuando tienes el tiempo demasiado ocupado en otras cosas? ..... SÍ NO
34. ¿Sigues el plan de trabajo que te has propuesto desde el principio de curso?..... SÍ NO
35. En tu lugar de estudio, ¿dispones de suficiente espacio para tener organizado y a mano todo el material que necesitas? ..... SÍ NO
36. Antes de empezar a estudiar, ¿piensas lo que vas a hacer y cómo vas a distribuir el tiempo?..... SÍ NO
37. ¿Resumes lo más importante de cada uno de los apartados del tema, para elaborar después una síntesis general? ..... SÍ NO
38. En tu mesa, ¿cabe todo lo que necesitas para el estudio?..... SÍ NO
39. Cuando buscas información en Internet o en un libro, enciclopedia, etc., para realizar un trabajo, ¿te limitas a copiar al pie de la letra lo que lees? ..... SÍ NO
40. ¿Sueles interrumpir tus sesiones de estudio en casa? ..... SÍ NO
41. ¿Te has acostumbrado a hacer esquemas, croquis, cuadros, gráficos, etc., cuando estudias un tema?..... SÍ NO
42. ¿Intentas sobreponerte con interés, con ánimo, ante un bajón en las notas? ..... SÍ NO
43. ¿A tu silla de estudio le falta respaldo?..... SÍ NO
44. ¿Tienes organizado todo el material que se ha trabajado en cada materia? ..... SÍ NO
45. ¿La altura de tu silla de estudio te permite apoyar bien los pies en el suelo? ..... SÍ NO
46. Cuando terminas tu sesión de estudio personal, ¿sueles acabar las tareas que te habías propuesto?..... SÍ NO
47. ¿La altura de la mesa está proporcionada a la de la silla? ..... SÍ NO
48. ¿Tienes la costumbre de preparar los exámenes con poco tiempo de antelación? ..... SÍ NO
49. ¿Relacionas el tema estudiado con lo aprendido anteriormente? ..... SÍ NO
50. ¿Descuidas la redacción y la presentación del trabajo?..... SÍ NO
51. ¿Acostumbras a memorizar las ideas más importantes que has resumido en un tema o lección?..... SÍ NO
52. ¿Pones de tu parte todo lo que puedes para asegurarte unos buenos resultados en tu tarea escolar?..... SÍ NO
53. ¿Te acercas excesivamente sobre el libro cuando estudias? ..... SÍ NO
54. ¿Aprovechas algún momento del fin de semana para repasar aquellos temas que te han quedado más flojos? ..... SÍ NO
55. Si te sobra tiempo, ¿entregas el examen inmediatamente sin repasar de nuevo las respuestas?..... SÍ NO
56. ¿Sueles indicar el nombre de todos aquellos materiales (libros, enciclopedias, revistas, Internet, etc.) que has utilizado en el trabajo?..... SÍ NO

**COMPRUEBA SI HAS CONTESTADO A TODAS LAS PREGUNTAS.**

**Hoja de Perfil del Cuestionario de  
Hábitos y Técnicas de Estudio  
(CHTE)**

Apellidos y nombre  Edad   
 Sexo  V  M Centro  Curso

A partir de este cuestionario se puede obtener **7 puntuaciones** en los siguientes aspectos o escalas:

- |  |                           |                                 |                    |
|--|---------------------------|---------------------------------|--------------------|
| <b>AC</b> Actitud general hacia el estudio | <b>ES</b> Estado físico   | <b>TE</b> Técnicas de estudio   | <b>TR</b> Trabajos |
| <b>LU</b> Lugar de estudio                 | <b>PL</b> Plan de trabajo | <b>EX</b> Exámenes y ejercicios |                    |

Para elaborar tu **perfil gráfico** de hábitos y técnicas de estudio realiza los siguientes pasos:

1. En cada columna, compara tus respuestas con las que aparecen indicadas (que se corresponderían con las que se ajustan más a lo que sería el ideal de buen estudiante) y marca con una X las que coincidan.
2. Cuenta el total de X en cada columna (o escala) y anota el resultado en la casilla PD que aparece al final.
3. Divide cada PD por la puntuación máxima (P.máx) que aparece debajo de cada casilla. Después multiplica el resultado por 100.
4. Anota esta cifra en la casilla % (porcentaje) de cada una de las escalas.
5. Traslada cada porcentaje al perfil gráfico haciendo una señal a la altura del porcentaje que hayas obtenido en cada escala. Finalmente, une los distintos puntos mediante una línea recta.

AC		LU		ES		PL		TE		EX		TR	
1	SÍ	2	NO	3	SÍ	4	SÍ	5	SÍ	7	SÍ	10	SÍ
6	SÍ	9	SÍ	11	SÍ	12	SÍ	13	SÍ	14	SÍ	20	SÍ
8	SÍ	16	NO	18	NO	19	SÍ	17	NO	23	SÍ	30	SÍ
15	NO	25	SÍ	26	SÍ	27	SÍ	21	SÍ	31	SÍ	39	NO
22	SÍ	29	SÍ	33	SÍ	34	SÍ	28	SÍ	55	NO	50	NO
24	SÍ	35	SÍ	53	NO	36	SÍ	37	SÍ			56	SÍ
32	NO	38	SÍ			40	NO	41	SÍ				
42	SÍ	43	NO			44	SÍ	49	SÍ				
46	SÍ	45	SÍ			48	NO	51	SÍ				
52	SÍ	47	SÍ			54	SÍ						
<b>PD</b>	<input type="text"/>												
	P. máx=10	P. máx=10	P. máx=6	P. máx=10	P. máx=9	P. máx=5	P. máx=6						
<b>%</b>	<input type="text"/>												

100	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	100
90	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	90
80	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	80
70	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	70
60	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	60
50	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	50
40	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	40
30	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	30
20	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	20
10	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	10
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	0
	<b>AC</b>	<b>LU</b>	<b>ES</b>	<b>PL</b>	<b>TE</b>	<b>EX</b>	<b>TR</b>							

**Anexo II: Cuestionario  
multidimensional de autoconcepto**

**CUESTIONARIO MULTIDIMENSIONAL DE AUTOCONCEPTO**

1. Se me dan bien los ejercicios de matemáticas	V	F
2. Aprendo rápidamente las asignaturas	V	F
3. Soy muy rápido/a corriendo	V	F
4. La mayoría de mis amigos son más guapos que yo	V	F
5. A mis compañeros les gustan mis ideas	V	F
6. Me resulta difícil hablar con mi madre	V	F
7. Odio leer	V	F
8. Siempre hago lo que tengo que hacer	V	F
9. Creo que seré capaz de aprobar las matemáticas en la próxima evaluación	V	F
10. Saco buenas notas	V	F
11. Me gusta leer	V	F
12. Tengo unas manos bonitas	V	F
13. Tengo muchos amigos y amigas	V	F
14. Mi madre siempre me está riñendo	V	F
15. Creo que aprobaré lenguaje la próxima evaluación	V	F
16. Me gusta toda la gente que conozco	V	F
17. Tengo buenas notas en matemáticas	V	F
18. Nunca conseguiré sacar buenas notas	V	F
19. Soy un buen deportista	V	F
20. Soy feo/a	V	F
21. A mis compañeros les gusta como soy	V	F
22. Discuto mucho con mi madre	V	F
23. Tengo una letra bonita	V	F
24. Nunca me han reñido por nada	V	F
25. Me gustan las clases de matemáticas	V	F
26. Estoy contento con mis notas	V	F
27. Soy de los/las últimos/as que llegan a la meta en las carreras cortas	V	F
28. Creo que tengo el pelo bonito	V	F
29. Siempre digo la verdad	V	F
30. Mis compañeros me eligen para los juegos y deportes	V	F
31. Mi madre y mis hermano me quieren mucho	V	F

1. Creo que leo bien	V	F
2. Me enfado algunas veces	V	F
3. Odio las matemáticas	V	F
4. Hago bien los ejercicios del colegio	V	F
5. Soy torpe para la mayoría de los deportes	V	F
6. Creo que tengo unos ojos bonitos	V	F
7. Saco buenas notas en educación física	V	F
8. A los/las chicos/as les gusta jugar conmigo	V	F
9. Soy obediente en casa	V	F
10. Me gusta escribir	V	F
11. A veces dejo para mañana lo que tenía que hacer hoy	V	F
12. Me gusta hacer problemas de matemáticas	V	F
13. Soy lento/a en acabar los ejercicios del colegio	V	F
14. Me gusta participar en carreras	V	F
15. Me llevo bien con mis compañeros/as	V	F
16. Mi madre y mis hermanos siempre me llevan la contraria	V	F
17. Soy de los/as que peor leen de mi clase	V	F
18. A veces tengo ganas de decir tacos y cosas malas	V	F
19. Las matemáticas son fáciles para mí	V	F
20. La mayoría de los/las chicos/as de mi clase son más listos que yo	V	F
21. Resisto mucho sin cansarme haciendo deporte	V	F
22. Creo que tengo una nariz bonita	V	F
23. Creo que los/las compañeros/as de mi clase me quieren	V	F
24. Mi madre y mis hermanos están contentos con las cosas que hago	V	F
25. Soy de los/las que peor escriben de la clase	V	F
26. Siempre sé lo que hay que decir	V	F
27. Soy de los/las que peor hacen los ejercicios de matemáticas de clase	V	F
28. Soy bueno/a en la mayoría de las asignaturas	V	F
29. Me gustaría cambiar algunas partes de mi cuerpo	V	F
30. Muchos/as de mis compañeros/as quieren que sea su amigo/a	V	F
31. Mis padres y yo pasamos mucho tiempo juntos	V	F

Fuente: Adaptado de Sánchez, A., 2011, Orientación Andújar.

**Anexo III: Guía de observación  
para el profesorado de motivación  
y estilo de aprendizaje del alumno**

<b>MOTIVACIÓN Y ESTILO DE APRENDIZAJE</b>				
<b>ASPECTOS DE VALORACIÓN</b>	<b>+</b>	<b>=</b>	<b>-</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
<b>ENFOQUE DEL APRENDIZAJE</b>				
<b>Muestra interés por aprender y se esfuerza en las tareas o sesiones</b>				
<b>Su ritmo de aprendizaje y ejecución de las tareas es adecuado a su capacidad real</b>				
<b>Suele traer las tareas propuestas para casa</b>				
<b>Tiene capacidad autónoma de trabajo</b>				
<b>Mantiene la atención durante la sesión</b>				
<b>Suele faltar a las sesiones</b>				
<b>ABORDAJE DE LA TAREA</b>				
<b>Se detiene a pensar antes de realizar la tarea propuesta</b>				
<b>Aborda el contenido que debe aprender de forma global</b>				
<b>Es ordenado/a y limpio/a en su trabajo</b>				
<b>Es sensible a los reforzadores sociales por parte del profesional a la hora de abordar la tarea</b>				

<b>Planifica la tarea y organiza los materiales que necesita</b>				
<b>MOTIVACIÓN DE TRABAJO</b>				
<b>Piensa frecuentemente que ha hecho mal las tareas</b>				
<b>Está desmotivado hacia el trabajo escolar</b>				
<b>Antes de enfrentarse a la tarea, duda sobre si podrá hacerla</b>				
<b>Trabaja por el deseo de saber más y por satisfacción del trabajo bien hecho</b>				

Fuente: Adaptado de Fernández, F.J., 2011, Orientación Andújar