



**Evaluación y diagnóstico de necesidades
específicas de apoyo educativo**

Herenia Miralles Liborio

Palmito Books

Título: Evaluación y diagnóstico de necesidades específicas de apoyo educativo

© Herenia Miralles Liborio, 2025

Reservados todos los derechos

De acuerdo con lo dispuesto en el art. 270 del Código Penal, podrán ser castigados con penas de multa y privación de libertad quienes reproduzcan o plagien, en todo o en parte, una obra literaria, artística o científica, fijada en cualquier tipo de soporte sin la preceptiva autorización.

Palmito Books®

Publicado en formato digital

1ª edición: agosto 2025

ISBN: 979-13-87676-50-6

DOI: 10.56533/LHNZ6588

URL: <https://doi.org/10.56533/LHNZ6588>



ÍNDICE

• Bases conceptuales: evaluación y diagnóstico.....	6
• Diagnóstico biológico. Bases conceptuales.....	7
• Diagnóstico biológico. Diagnóstico de visión y audición.....	9
• Diagnóstico psicológico. Bases conceptuales.....	11
• Diagnóstico psicológico. Instrumentos diagnósticos.....	23
• Diagnóstico social. Bases conceptuales y diagnóstico social.....	30
• Diagnóstico pedagógico. Bases conceptuales.....	33
• Diagnóstico pedagógico. Instrumentos diagnósticos.....	36
• Diagnóstico ambiental del aula.....	40
• El suicidio, una conducta en incremento.....	42
• Bibliografía.....	43

1. BASES CONCEPTUALES: EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Hay rasgos característicos de cada persona que no son susceptibles de diagnóstico (por ejemplo, ser alto, llevar gafas, estar delgado...), pues no indican ningún problema.

Es importante que, al realizar una evaluación psicopedagógica a una persona, le expliquemos que estamos haciendo y porque, pero siempre adaptándolo a su edad. Así mismo también es muy importante que la persona esté más descansada y lo menos estresada posible.

El diagnóstico pedagógico, o tal y como es denominada por la Generalitat de Catalunya, evaluación psicopedagógica (aunque la evaluación solo se realiza después de que haya habido una intervención y queramos saber, por tanto, si los objetivos propuestos se han cumplido o no), implica explicar por qué el sujeto se comporta como se comporta en el ámbito educativo y poder de esta manera intervenir para su mejora, prevención o reestructuración.

El concepto de diagnóstico ha ido evolucionando a lo largo del tiempo, desde concepciones demonológicas hasta la actual.

El procedimiento diagnóstico requiere de:

1º Hacer un análisis de la demanda (por qué nos derivan a la persona, qué tipo demanda es y unas hipótesis iniciales que nos orienten para empezar).

2º planificar qué y cómo lo vamos a hacer (tiempos, espacios, exploración, interpretación, diagnóstico e informe...).

La anamnesis es una parte fundamental dentro del proceso de evaluación psicopedagógica, la cual consiste en recoger información de los alumnos previamente a nuestra exploración, con el fin de obtener la mayor cantidad de información posible del niño/a. Esta anamnesis se lleva a cabo con entrevistas a profesores, padres y el propio alumno/a, revisando otros informes previos etc.).

3º Una vez estamos en la fase de diagnóstico, debemos saber que a éste se llega a través de una exploración del ámbito biológico, una exploración pedagógica, otra de los aspectos psicológicos y también una exploración del ámbito social y educativo.

4º Una vez tenemos el diagnóstico debemos redactar el informe en el que quedará plasmada la información obtenida en todo el proceso (corrección de las pruebas administradas y valoración e interpretación de resultados).

5º Se deben dar toda una serie de orientaciones para intervenir con la persona, tanto a profesores, familia como a otros que se considere oportuno. Estas orientaciones deben ser tanto a nivel conductual, como metodológico, didácticas, para la adaptación de materiales e instrumentos de evaluación y seguimiento del individuo.

6º Por último, debemos establecer tiempos, espacios y procedimientos para evaluar la intervención realizada con el niño y poder hacer un adecuado seguimiento de su situación a través, por ejemplo, de sesiones de seguimiento con padres, con profesores, con el alumno/a, con profesionales externos...).

Es muy importante que a la hora de realizar la exploración haya una justificación de la misma, que se tenga el consentimiento de los padres o tutores legales del niño/a (en caso de ser menos de edad) o de la persona en pleno uso de su voluntad y sus facultades y a sabiendas del tipo de diagnóstico (en caso de ser mayor de edad).

En cuanto a los aspectos legales del consentimiento necesario para la exploración de los niños menores de edad, debemos tener en cuenta que hay que pedir permiso a AMBOS padres en caso de que ambos tengan la patria potestad, aunque solo uno tenga la custodia del niño (la custodia en estos casos no nos dice nada). En caso de que uno acepte, pero el otro se niegue, se debe llevar el caso ante la justicia para que esta resuelva.

Una vez se realice el diagnóstico el resultado es estrictamente confidencial, es decir, la ley de protección de datos nos obliga a dar parte solo a los padres o tutores legales de los niños/as.

2. DIAGNÓSTICO BIOLÓGICO. BASES CONCEPTUALES

Los humanos poseemos un sistema nervioso central (SNC) y un sistema nervioso periférico (SNP).

El SNC está conformado por el encéfalo, de la medula que surge de este y de los nervios que a su vez surgen de la médula y enervan todo el cuerpo.

Los nervios tienen cobertura de mielina, y en su interior a su vez se encuentran otra especie de tubos formados por neuronas. Dichos nervios pueden ser: aferentes (llevan la información desde el cerebro a fuera) o eferentes (llevan la información del exterior hasta el cerebro).

Hay diferentes tipos de neuronas: con el cuerpo en medio y los axones a los lados, con el cuerpo situado más hacia un lado y neuronas con más de dos axones.

La estructura de las neuronas está formada por: núcleo, axón y dendritas (las dendritas forman sinapsis con otras neuronas, pero sin tocarse).

Las neuronas en función de las sustancias químicas que reciben (neurotransmisores) provocarán una reacción u otra.

Las dendritas son las que envían los neurotransmisores y los axones son lo que dejan o no entrar dichos neurotransmisores (serán recaptadores o inhibidores). Muchos de los fármacos empleados se dirigen a las neuronas para que estas recaptan o inhiban. Sin embargo, debemos tener claro que los psicofármacos NO curan, sino que anulan los síntomas, pero una vez dejen de ingerirse, volverán a aparecer. El único medio a través del que se puede curar es la terapia psicológica.

Los trastornos como por ejemplo la depresión, pueden ser debidos a causas internas (por ejemplo, mala alimentación o una patología cerebral) o a causas externas al individuo (por ejemplo, se muere un familiar, bullying...). Y dependiendo de dónde venga la causa se trata de una forma u otra.

Las áreas corticales del cerebro están especializadas (por ejemplo, el lóbulo frontal regula el código moral y ético).

El cuerpo caloso es el encargado de unir y comunicar ambos hemisferios, y juega un papel muy importante en el proceso de aprendizaje, ya que para aprender es necesario emplear ambos hemisferios y que estos se coordinen adecuadamente.

Al fin y al cabo, el cerebro es química y los procesos de aprendizaje, y las dificultades en dicho proceso también son debidos a la química.

Es importante saber que el cerebro tiene asimetrías en tanto en cuanto al oído, la vista y el tacto (la información entra por el oído, el ojo o la mano derecha o izquierda, pero es recibida por el hemisferio cerebral contrario), excepto en el caso del olfato.

Para el diagnóstico biológico tenemos test como:

- **Bender.** Mide la maduración del cerebro.
- **Stroop.** Diagnostica lesiones cerebrales.
- **Luria.** Es más preciso que el anterior y diagnostica lesiones cerebrales y dónde. Lo debe pasar personal muy especializado como los y las psiquiatras.
- **Brazelton.** Mide el temperamento.

Para el diagnóstico es importante saber las puntuaciones que obtuvo la persona al nacer en el test Apgar, el cual mide el estado neurológico del neonato justo después de nacer, tras 5 minutos y tras 15 minutos.

3. DIAGNÓSTICO BIOLÓGICO. DIAGNÓSTICO DE VISIÓN Y AUDICIÓN

La **primera** de las pruebas que se pueden realizar es la de los **optotipos**, la cual mide la **agudeza visual lejana**.

Para su realización debemos tener en cuenta que la lámina de optotipos debe situarse a la altura de los ojos de la persona evaluada, a tres metros de distancia y con buena iluminación.

No se debe realizar esta prueba ni con letras ni con números, ni tampoco pidiendo que nos digan derecha, izquierda, arriba o abajo, y menos con niños. Siempre debemos pedir que señale con el brazo hacia qué lado está abierta la figura.

La primera vez que se hace se realiza con los dos ojos abiertos, la segunda con uno abierto y el otro cerrado y la tercera con el ojo contrario abierto. Si la persona lleva gafas o lentillas de normal las debe llevar puestas durante toda la prueba.

Con respecto a la lámina se empieza siempre por la fila de abajo (la que contiene los caracteres más pequeños). Cuando se realizan dos filas bien de forma consecutiva ya no se sigue con la prueba.

Por otro lado, hay que llevar mucho cuidado conforme vayamos señalando que figura debe nombrar la persona, pues sin querer podemos tapas o dificultar la visión.

En caso de que se observe alguna disfunción, se debe derivar a un especialista para su diagnóstico preciso.

En **segundo** lugar, la actividad es la de **optotipo**, pero en este caso para medir la **agudeza visual cercana**.

Para llevar a cabo esta prueba empleamos un optotipo impreso que contiene 4 pequeños textos con diferentes tamaños de letra.

La prueba consiste en que el propio alumno coja con sus manos la tarjeta con los textos, la sitúa a la altura de sus ojos a una distancia de 30 cm y lea en voz alta el texto más pequeño y luego justo el de arriba etc. Si realiza los dos primeros textos bien, no hace falta que siga. En caso de que la persona lleve gafas o lentillas debe conservarlas durante la realización de esta prueba.

En caso de que se observe alguna disfunción se debe derivar a un especialista para su diagnóstico preciso.

La **tercera** de las pruebas consiste en una serie de láminas cuya función es evaluar si la persona sufre algún tipo de **trastorno daltónico**.

En este caso se nos mostraron 10 láminas cuyos dibujos en forma de circunferencia tienen en su interior formas y números de colores diferentes, pero dibujados de igual forma con pequeños círculos de colores.

Si la persona no reconoce los números y formas contenidos en estas láminas se deberá derivar a la persona a un especialista para su diagnóstico preciso.

La **cuarta** prueba diagnóstica evalúa las **habilidades visoespaciales, más concretamente la lateralidad motórica cercana.**

Esta prueba se realiza mediante un espejo de mano en el que hay un centímetro de espejo y los laterales están forrados de cinta negra opaca. La persona debe coger este espejo con las manos y situar su nariz en el espejo hasta que la vea en el centro. Una vez la persona está en esa posición le tapamos con un oclisor un ojo y le preguntamos si continúa viendo la nariz y después tapamos el ojo contrario y realizamos la misma pregunta.

La persona debe continuar viendo la nariz con uno de sus ojos, pero deberá desaparecer cuando tapemos el otro. En el caso de que el ojo con el que continúa viendo su nariz sea el contrario a la mano dominante (con la que escribe), se podrán dar problemas en la escritura, llegando a producir mucha fatiga, retraso escolar, aversión a la escuela, dificultades en lectoescritura que pueden confundirse con dislexia o disgrafía, etc.

En **quinto** lugar, la actividad está enfocada a la evaluación de habilidades visoespaciales, más concretamente, de la lateralidad motórica lejana.

La prueba consiste en mirar con uno de los ojos un objeto lejano a través de un tubo y según el ojo con el que miramos por dicho tubo es el dominante.

En habilidades físicas y, por lo tanto, por ejemplo, para los deportes, lo ideal es tener la lateralidad de ojo (lejano) y pie, del mismo lado, pues si no habrá dificultades en el equilibrio, la coordinación, etc.

La **sexta** de las pruebas es la evaluación de las **habilidades visoespaciales, más concretamente la lateralidad sensorial.**

A través de esta prueba se evalúa con qué ojo procesamos la información, es decir, por qué ojo entra la información a nuestro cerebro.

Para realizar esta prueba se situaba la linterna a 30 cm de la cara de la persona apuntando a la zona del entrecejo. La persona que está siendo diagnosticada debe mirar a la luz mientras el profesional va tapando de forma alternativa los ojos de la persona con un metacrilato rojo traslucido.

La persona debe decir con qué ojo ve la luz de color rojo y con cuál continúa viendo la luz blanca a pesar de que tiene el ojo tapado con el metacrilato.

Si en otras pruebas el ojo por el que entra la información (que es con el que se ve la luz roja) tiene alguna alteración (por ejemplo, en las pruebas de agudeza visual) debemos tratar el problema lo más rápidamente posible, pues tener este ojo con algún tipo de afectación es potencialmente muy negativo.

La **séptima** prueba diagnóstica evalúa las **habilidades oculomotrices, más concretamente, los movimientos sacádicos**.

Esta prueba mide la velocidad de los movimientos oculares al leer los números de una lámina de forma vertical y de forma horizontal. Si se tarda menos en leer de forma vertical que de forma horizontal indicará que las habilidades oculomotrices son deficitarias y habrá que rehabilitar dichas habilidades a través de ejercicios, por ejemplo, mediante la pelota de Marseden o la tabla de Hart.

En **octavo** lugar, la actividad que evalúa la **visión binocular**, con la cual medimos si los ejes oculares están simétricos.

La prueba trata de situar un boli-linterna a 50cm de la nariz del alumno y este debe mirar a la luz. Si los ejes están simétricos la luz de la linterna reflejada en los ojos de la persona debe quedar a la misma posición en ambos ojos.

En **noveno**, se evalúa el **nervio óptico** y la prueba consiste en situar nuestra mano de forma vertical entre los dos ojos del alumno y apuntar con la linterna a uno de los ojos de la persona evaluada.

Si el nervio óptico está óptimo, ambas pupilas se estrecharán de igual manera, y no solo aquella a la que hemos apuntado con el boli-linterna.

La **última** prueba trata de evaluar la **audición dicótica**.

Esta prueba consiste en escuchar a través de cascos un audio en el que simultáneamente se oyen dos sonidos (cada una por una oreja) y si hay algún problema en la escucha normalmente es provocado por una alteración en el sistema nervioso central.

4. DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO. BASES CONCEPTUALES

BENDER - TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR

(Autor L. Bender, aplicable a partir de 4 años, 40 min aproximadamente de duración)

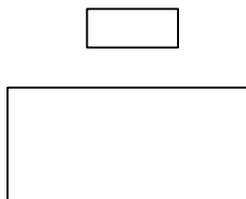
El test de Bender mide:

- Edad madurativa del cerebro del niño.

- Si existe alguna lesión cerebral (si hay una lesión debemos derivar al médico).

Para pasarlo se da a la persona un folio en blanco en horizontal y centrado delante de la persona. Se le tiene que decir que no puede girar el folio, siempre tiene que estar de la misma forma en la que hemos puesto (si lo gira pondremos celo para que no se pueda mover). Se le facilitara un lápiz sin borrador.

Una vez tiene todo cogemos la ficha que debe dibujar y la situaremos justo arriba del folio, de forma centrada.



Le decimos a la persona que dibuje lo que hay en la tarjeta pequeña de forma que se parezca lo máximo posible en tamaño y forma. No hay tiempo.

Una vez dibujamos cambiamos y ponemos de la misma forma otra de las tarjetas con dibujos. Deberá dibujarlo los 9 dibujos en el mismo folio de antes.

En caso de que los dibujos se han realizado de forma muy extraña y distorsionada, con lo que es difícil o imposible reconocer el dibujo de la persona con las imágenes de cada ficha, cada vez que termine un dibujo señalaremos a su lado si es el N° 1,2,3, etc.

Las puntuaciones del vender son: 0 (si todo es correcto y no hay error) y 1 (si hay algún tipo de error alteración en tamaño y/o forma).

En la hoja de registro aparece para cada dibujo una serie de variables que debemos evaluar con 0 o 1 (rotación, integración, perseverancia etc.) y en la casilla E.M (edad mental) se suman los puntos de todas las variables.

Debemos tener en cuenta que para todos los dibujos NO se puntúan todas las variables (por ejemplo, hay en una imagen en que la variable de rotación no se mide).

En la casilla de “signos de lesión cerebral (L.C.)” se puntúa en caso de que haya signos de lesión cerebral y se debe volver a puntuar todas las figuras dibujadas, pero siguiendo otros criterios de puntuación.

Si la puntuación total es igual o mayor que 15 debemos diagnosticar si hay lesión cerebral y por tanto puntuaremos otra vez los dibujos mediante unos criterios diferentes. Si en esta segunda puntuación da 14 o más puntos indicará que SI hay lesión cerebral.

FIGURA A

- **Distorsión.** Ya sea de la forma (a partir de los 7 años, si no NO) y/o del tamaño (uno es más grande que el otro). Si la forma y/o el tamaño están alterados, sean los dos o solo uno, se pone un 1.
- **Rotación.** Si es de 45° o más. NO se pide en niños menores de 9 años.
- **Integración.** Es decir, si hay una separación entre las dos figuras de más de 3mm se puntúa con un 1. No se mide en niños menores de 7 años.

El resto de las variables NO se miden.

FIGURA 1

- **Distorsión de la forma.** Se puntúa con 1 cuando hay más de 5 puntos convertidos en círculos, es decir, vacíos por dentro.
- **Rotación.** Se puntúa con 1 cuando se rota la figura más de 45°.
- **Perseveración.** Pone más de 15 puntos por fila. Solo se puntúa esto cuando la persona tiene más de 8 años.

FIGURA 2

- **Rotación.** Se rota la figura más de 45°.
- **Integración.** Se puntúa con 1 punto cuando se omiten 1 o 2 hileras de círculos, se añaden 4 o más círculos en cada columna (adición de una hilera). Esto solo se puntúa a partir de los 6 años.
- **Perseveración.** Cuando hay más de 14 círculos por cada hilera horizontal. Esto solo se puntúa a partir de los 6 años.

FIGURA 3

- **Distorsión de la forma.** Convierte en círculos vacíos 5 o más puntos. Los círculos parcialmente rellenos, más grandes de lo normal o los sustituidos por rayas NO se puntúan.
- **Rotación.** Se rota la figura más de 45°. Solo se evalúa si la persona tiene más de 8 años.
- **Integración.** Si la figura está desintegrada (es irreconocible o casi irreconocible con respecto al dibujo original), por ejemplo, junta mucho los puntos, no se reconoce la cabeza de la flecha o esta invertida de lado, solo hay una hilera de puntos...

FIGURA 4

- **Rotación.** Se rota la figura más de 45°. Solo se evalúa si la persona tiene más de 8 años.
- **Integración.** La separación entre la curva y el ángulo adyacente es de más de 3mm o se superponen más de 3mm.

FIGURA 5

- **Modificación.** Se puntúa con 1 punto cuando hay más de 5 o más puntos convertidos en círculos. Los círculos parcialmente rellenos, más grandes de lo normal o los sustituidos por rayas NO se puntúan.
- **Rotación.** Se rota la figura más de 45°.
- **Integración.** Desintegración del diseño. Por ejemplo, los puntos están conglomerados, hay una línea recta o un círculo de puntos en lugar de puntos en el arco, la extensión o en ambos.

FIGURA 6

- **Distorsión de la forma.** Se puntúa con 1 punto cuando haya sustituido tres o más curvas por ángulos o cuando dibuje líneas rectas y ninguna curva.
- **Integración.** Cuando las dos líneas no se cruzan o se cruzan en el extremo de una o de ambas líneas.

- **Perseverancia.** Cuando ha dibujado 6 o más curvas.

FIGURA 7

- **Distorsión de la forma.** Cuando hay desproporción entre el tamaño de los dos hexágonos (uno es el doble de grande o más que el otro), los hexágonos están excesivamente deformados o pone/quita ángulos en una u otra figura.
- **Rotación.** Se rota la figura más de 45°.
- **Integración.** Los hexágonos están mal ubicados o uno penetra mucho en el otro. Se evalúa a partir de los 6 años.

FIGURA 8

- **Distorsión de la forma.** El hexágono y/o el rombo están excesivamente deformados.
- **Rotación.** Se rota la figura más de 45°.

Una vez tenemos la puntuación total sumada de la prueba, nos vamos a la tabla de baremos y nos fijamos en el percentil 50 y buscamos en la línea de números horizontal del percentil 50, la puntuación que nos ha dado la prueba. Una vez la hemos encontrado, miramos a qué edad pertenece esa puntuación.

Debemos considerar que el problema viene cuando la edad a la que corresponde la puntuación de la prueba difiere en +/- 2 años con respecto a la edad del niño (por ejemplo, si el niño tiene 9 años y la prueba le da una edad correspondiente de 11 o 7 años, nos encontraríamos dentro de la normalidad, pero si teniendo 9 años la edad que corresponde a la puntuación de la prueba es de 6 años es que hay un problema por falta de maduración y si da 12 es que ha madurado por encima de la norma).

El máximo de edad a la que llegan TODOS los cerebros, independientemente de la edad y a no ser que haya algún problema cerebral, es de 12 años.

El cociente intelectual NO tiene nada que ver con la madurez cerebral. Por lo tanto, un niño de 6 años con una edad cerebral madurativa de 11 años NO significa que tenga una alta capacidad.

Cierta inmadurez no implica patología/lesión cerebral, y muchas veces delante de la inmadurez solo podemos esperar y estimular mucho por todas las vías (trabajando los 12 pares craneales).

Si hay signos de lesión cerebral puntuaremos otra vez los dibujos con estos criterios:

FIGURA A

- **Distorsión.** Todas las edades.
- **Desproporción.** A partir de 6 años.
- **Rotación.** A partir de 9 años.
- **Integración.** A partir de 7 años.

FIGURA 1

- **Sustitución de puntos por círculos.** Todas las edades.
- **Rotación.** Casi exclusivo de lesionados.
- **Perserveración.** A partir de 7 años.

FIGURA 2

- **Rotación.** A partir de 8 años.
- **Integración.** A partir de 6 años.
- **Perseveración.** A partir de 7 años.

FIGURA 3

- **Sustitución de puntos por círculos.** A partir de 6 años.
- **Rotación.** A partir de 7 años.
- **Integración.** A partir de 5 años.
- **Sustitución de puntos por líneas.** Exclusivo de lesionados.

FIGURA 4

- **Rotación.** Todas las edades.
- **Integración de la curva y el cuadrado.** Todas las edades.

FIGURA 5

- **Sustitución de puntos por círculos o líneas.** A partir de 8 años.
- **Rotación.** Todas las edades.

FIGURA 6

- **Sustitución de curvas por ángulos o rectas.** Todas las edades.
- **Perserveración.** A partir de 7 años.

FIGURA 7

- **Desproporción.** A partir de 7 años.
- **Adición u omisión.** A partir de 8 años.
- **Rotación.** A partir de 6 años.
- **Integración.** A partir de 5 años.

FIGURA 8

- **Distorsión.** A partir de 6 años.
- **Rotación.** Todas las edades.

BASES PSICOLÓGICAS

- La percepción es un eje primordial en el ámbito de la psicología.

- La percepción es una conducta psicológica compleja en la que el individuo organiza sus sensaciones y toman conciencia de la realidad (nuestra realidad).
- La percepción es única en cada individuo y hace que percibamos el mundo de una forma u otra.
- La percepción está influenciada por elementos biológicos y por elementos sociales.

Con respecto a los elementos biológicos:

A través de pruebas se puede comprobar, por ejemplo, qué hemisferio cerebral es el dominante (derecho o izquierdo), si tendemos a ver primero las diferencias o las similitudes, según nuestro tipo de memoria innata (auditiva, kinestésica y visual) percibiremos y recordaremos unas cosas u otras y preferiremos relacionarnos con el aprendizaje/objeto/lugar de una forma u otra.

Hay unos reflejos oculares automáticos que se dan de una forma u otra cuando le hacemos una pregunta a una persona. Si al hacer una pregunta a una persona y miran para arriba son visuales, si miran al horizonte auditivos y si miran para abajo kinestésicos, ya sea en los tres movimientos para un lado o para el otro (este movimiento ocular suele durar décimas de segundo por lo que hay que estar atentos). Es importante mirar a la persona incluso cuando estamos haciendo la pregunta, ya que si no podemos perdernos información. Con la edad esto se va contaminando, pero con niños suele dar resultados más puros e innatos.

Con respecto a los elementos sociales:

Se dice que la percepción según los valores puede ser moderna (se pone el acento en lo relativo, lo subjetivo, la diversidad, los sentimientos, el placer, el agnosticismo...), posmoderna (lo absoluto, lo objetivo, la unidad, la razón, el esfuerzo, la certeza...) o de transición entre ambas.

Tres claves:

1. No es que una percepción sea mejor que otra, simplemente son diferentes.
2. Es importante NO juzgar sino entender.

Siempre se juzga según nuestra percepción que viene dada por nuestras experiencias y nuestras experiencias son subjetivas y dadas por toda una serie de variables que difieren de una persona a otra.

3. Hay que aceptar a los demás como son.

Muchas veces intentamos cambiar a las personas para que sean como nosotros queremos que sean y esto suele ser negativo.

EMOCION VS SENTIMIENTO

- **Emoción:** al recibir estímulos externos o un pensamiento nos provoca un estado emocional específico que puede ser negativo o positivo.
- **Sentimiento:** cuando a la emoción se le añade la cognición aparecen los sentimientos.
- **Miedo:** es provocado por la imaginación, ya que se le atribuyen características NO reales a determinada situación, personas, objeto, animal etc.
- **Mecanismos de defensa:** se emplean para llegar al equilibrio emocional (por ejemplo, la proyección de la culpa en otras personas, la negación).
- **TEP:** Cuando se dan ciertos estímulos (olfativos, gustativos, visuales, sonoros...) aparecen los sentimientos y el malestar o el bienestar.

Cuando nuestro estado emocional nos altera o condiciona nuestro día a día estaremos delante de un estado patológico.

PERFILES RAZÓN-EMOCIÓN

Hay personas que emplean la razón para todos y prácticamente nunca sienten, es decir, que todo lo pasan por la razón. Delante de estas personas tenemos que intentar ver cómo procesa la información y llevarlos, poco a poco, a la emoción.

Existe lo llamado “dureza emocional”, que es un mecanismo de defensa para protegerse de lo que puede provocar dicha emoción.

Por otro lado, existen personas que piensa y algunas veces sienten (es lo ideal).

Por último, hay personas en la que los sentimientos predominan sobre la razón. En estas personas debemos, partiendo de sus emociones y sentimientos, y llevarlos hacia la razón.

Cuando los estímulos nos sobrepasan y nos salimos del equilibrio entramos en lo patológico. Cuando esto pasa podemos tener alteraciones digestivas, dolores de cabeza, cambios en la menstruación, entre muchas otras.

Si en lo patológico nos vamos yendo poco a poco a los extremos, pasamos de la patología psicológica a la patología psiquiátrica. En último lugar una patología muy grave puede llevar al individuo a fuertes depresiones e incluso a la muerte.

La resiliencia es la capacidad de gestionar la presión del ambiente. Los optimistas tienen más posibilidades de ser resilientes.

CONSCIENTE VS INCOSCIENTE

El consciente es la realidad de la que tomamos conciencia (por ejemplo, sabemos que estamos en el trabajo o en casa porque somos conscientes de ello).

El inconsciente son procesos intrapsíquicos de los que NO tenemos conciencia, pero que si nos provocan síntomas y signos.

CAUSAS DEL DESEQUILIBRIO EMOCIONAL

- La pérdida de algo o alguien.
- Un deseo reprimido (de logro, afectivo o sexual).
- Una obligación muy difícil (puede ser una obligación de logro, afectiva o sexual muy difícil de llevar a cabo).

El suicidio es la primera causa de muerte no natural, seguido de los accidentes de tráfico.

MECANISMO DE DEFENSA

Es un mecanismo psicológico inconsciente destinado a reducir o suprimir todo elemento susceptible de poner en peligro el equilibrio psicológico del individuo.

El mecanismo de defensa se pone en funcionamiento cuando le incomoda psicológicamente algo. El mecanismo de defensa es positivo siempre y cuando se desarrolle dentro de los parámetros del equilibrio, pero su uso excesivo es psicológicamente negativo.

Algunos de estos mecanismos son: la negación, la proyección (la culpa es del otro), la racionalización (justificar una conducta mediante razones diferentes a las reales), la devaluación (cuando, por ejemplo, pedimos que haga un dibujo y la persona diga que vale pero que no sabe dibujar) o la sublimación.

MANIFESTACIONES DEL INCONSCIENTE

Hay manifestaciones no patológicas como son los actos fallidos, los lapsus y los sueños. Y también las hay patológicas.

MODELOS COGNITIVOS

A través de la prueba (prueba EFT), se evalúa el modelo cognitivo predominante (independiente o dependiente de campo).

El modelo cognitivo es innato de la persona y explica como percibimos el entorno.

PRUEBA EFT:

La 1º sección es de entrenamiento y tiene una duración de 2 minutos.

Las secciones 2º y 3º duran 5 minutos cada una y la suma de los aciertos (1 punto por cada figura bien encontrada. Máximo 18 puntos) da la puntuación directa (PD).

Los dependientes de campo son aquellas personas que ven la globalidad y les cuesta mucho ver la singularidad o las partes.

Por tanto, les serán más fáciles las carreras que no sean técnicas y científicas. Tendrá menos problemas con las lenguas.

Al independiente de campo le es muy difícil ver la globalidad.

Por tanto, tendrán más facilidad para carreras científicas y técnicas. Tendrá más problema con las lenguas. Se sienten seguros yendo a comprar, por ejemplo, con listas de la compra. Se debe describir muy bien las cosas, las variables, lo que tiene que hacer etc.

PROCESOS DE FORMACIÓN DE LA AUTOESTIMA

La autoestima es un estado de percepción interna de autoconcepto que se forma a raíz de los inputs/informaciones que nos llegan del exterior (verbales, gestuales, etc.).

Según lo que nos digan (por ejemplo, “eres guapo/a”) lo contextualizaremos en nuestra cultura (guapo en nuestra cultura es algo positivo) y eso nos aporta una autoestima positiva.

Por otro lado, debemos tener en cuenta que hay varios contextos/ámbitos de autoestima (social, corporal, académica...).

Una buena autoestima potencia nuestra capacidad para hacer cosas en un determinado contexto, mientras que una autoestima baja inhibe.

TIPOS DE TEMPERAMENTO

Hay 4 tipos:

- Colérico: quisquilloso, excitable, activo etc.
- Flemático: pasivo, fiable, calmado, confiable, pacífico etc.
- Sanguíneo
- Melancólico

El temperamento es innato, pero se le debe sumar la experiencia/cultura/educación y las posibles patologías que pueden aparecer. Esto dará lugar a la personalidad.

El temperamento es el mismo siempre, pero la personalidad varía a lo largo de la vida.

La comunidad científica ha acordado que hasta los 18 años la personalidad NO se configura, por lo que hasta los 18 podemos hablar de rasgos de personalidad, pero NO de personalidad como tal o de trastornos de la personalidad.

El test Brazelton puede medir el temperamento de los neonatos y a partir de los resultados se puede empezar a reeducar etc.

ETIOLOGÍA DE LAS CONDUCTAS PERTURBADORAS

Las conductas perturbadoras siempre tienen origen multicausal (biológicas, psicológicas, pedagógicas y sociológicas).

El niño con conductas problemáticas suele ser visto como un iceberg (solo se ve el 10% pero el 90% es lo que debemos diagnosticar y averiguar).

La teoría psicoanalítica nos dice que la agresividad de una persona tiene como causa la frustración de una persona.

La agresividad es un estado emocional interno, pero cuando esa agresividad se externaliza (gritar, pegar, romper cosas etc.) es cuando hablamos de violencia.

ESCALA BRAZELTON

Evalúa el comportamiento neonatal y nos da datos neurológicos y el temperamento del niño.

4 demandas: del sistema nervioso autónomo (regulación de la temperatura y la regulación), sistema motor, sistema regulador y sistema social interactivo (se lleva a cabo una vez los otros sistemas se han conseguido).

Desde el primer día del nacimiento hasta el 1 mes, pero lo ideal es entre los 5 primeros días.

Se hace en una habitación con unas condiciones de luz, temperatura e higiene determinadas.

El material utilizado es una linterna, una caja sonajero, una campana un punzón de plástico y una pelota roja y dura 25 minutos.

Se fijan mucho en los estados del niño:

- Estado de sueño- Cuando él bebe duerme.
- Sueño ligero- Se mueve un poco, pero permanece dormido.
- Estado de vigilia- Está adormilado, pero en proceso de despertarse.
- Alerta – La mirada se centra, pero la actividad motriz es mínima.
- Estado 5- Ojos abiertos y actividad motriz.
- Estado 6- El lloro.

La prueba consta de una observación inicial, un módulo de habituación a diferentes estímulos (con la luz de la linterna, el sonajero, la campana, se quita la sabana que tapa al bebe y se estimula con el punzón de plástico), un módulo de evaluación motora, troncal, vestibular (reflejos, tono muscular) y un módulo social interactivo (si nos mira, nos sigue con la mirada, sigue objetos, sigue sonidos...).

5. DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO. INSTRUMENTOS DIAGNÓSTICOS

FICHAS:

Nombre: STAI (state-trait anxiety inventory)

Autores: C.D Spielberg, R.L Gorsuch y R.E. Lushene

Edad: Adolescentes y adultos

Qué mide: Cuestionario de ansiedad estado-rasgo

Nombre: D-2 – Test de atención

Autor: Rolf Brickenkamp

Edad: Niños, adolescentes y adultos

Qué mide: varios aspectos de la atención selectiva y de la concentración.

Nombre: MFF-20 Test de emparejamiento de figuras

Autor: E.D. Cairns y J. Cammock

Edad: niños de 6-12 años

Qué mide: Evaluación del estilo cognitivo reflexividad-impulsividad

Nombre: CECAD

Autor: Luis Lozano, Eduardo García, Luis Manuel Lozano

Edad: de 7 a 25 años

Qué mide: Evaluación global de la ansiedad, la depresión y tres aspectos relacionados (inutilidad, irritabilidad y pensamientos automáticos)

Nombre: Caras

Autor: L.L. Thurstone

Edad: 6/7 años en adelante

Qué mide: aptitudes perceptivas y atencionales

Nombre: HSPQ- High School Personality Questionnaire

Autor: R.B. Catell

Edad: 12-18 años

Qué mide: Apreciación de diversos rasgos de la personalidad

Nombre: CDI- Inventario de depresión infantil

Autor: Maria Kovacs

Edad: 7-15 años

Qué mide: sintomatología depresiva

Nombre: Registro antropométrico- Curva de crecimiento para niños/as

Autor: Kabi Fides

Edad: 2-19 años

Qué mide: Desarrollo antropométrico del niño

Nombre: Test de Glasgow

Autor: desconocido

Edad: Todas las edades

Qué mide: Existencia de lesión cerebral

Nombre: Figura de rey

Autor: A. Rey

Edad: 4-7 años

Qué mide: Evaluación de posibles trastornos neurológicos relacionados con problemas de carácter perceptivo o motriz y grado de desarrollo y maduración de la actividad gráfica.

Nombre: CET-DE

Autor: Francisco Alonso Fernández

Edad: 12 años en adelante

Qué mide: Depresión

Nombre: CPEI- Cuestionario de Conducta perturbadora en Educación Infantil

Autor: Francesc Xavier Moreno y Oliver

Edad: entre 3-5 años

Qué mide: Detección de conductas perturbadoras en infantil

Nombre: EMIC- Escala Magallanes de Impulsividad Computerizadas

Autor: M. Servera y J. Llabrés

Edad: 6-11 años

Qué mide: Estilo cognitivo reflexivo-impulsivo

Nombre: CAQ- Cuestionario de Análisis Clínico

Autor: S.E. Krug

Edad: adolescentes y adultos

Qué mide: Evalúa variables clínicas de la personalidad

Nombre: AF5- Autoconcepto Forma 5

Autor: F. García y G. Musitu

Edad: 5º-6º primaria, ESO, Bachillerato, universitarios y adultos no escolarizados en el momento de la aplicación.

Qué mide: Autoconcepto

Nombre: Fábula de Düss

Autor: L. Düss

Edad: A partir de 3 años, pero con limitaciones en adultos

Qué mide: Complejos inconscientes y conflictos de comportamiento

Nombre: CDS- Cuestionario de depresión para niños

Autor: M. Lang y M. Tisher

Edad: 8-16 años

Qué mide: Evaluación global y específica de la depresión en los niños.

Nombre: EPI- Cuestionario de Personalidad

Autor: H.J. Eysenk y Sybil B.G. Eysenk

Edad: Adolescentes y adultos

Qué mide: Personalidad, neuroticismo y escala de sinceridad

Nombre: Diagnóstico neuropsicológico de Luria.

Autor: A. Christensen.

Edad: adultos.

Qué mide: posibles lesiones cerebrales.

Nombre: Test de Emparejamiento de Figuras Conocidas 20 (MFF-20).

Autor: E.D. Cairns i J. Cammock.

Edad: 6 a 12 años.

Qué mide: Estilo cognitivo reflexividad-impulsividad.

Nombre: Caras.

Autor: L.L. Thrustone.

Edad: 6 a los 18 años.

Qué mide: aptitudes perceptivas y atencionales.

Nombre: Test de Mesura Auditiva Inmediata (MAI).

Autor: A. Cordero.

Edad: 4º primaria a 2º ESO.

Qué mide: memoria lógica, numérica y asociativa

Nombre: A-D Cuestionarios de conductas antisociales y delictivas.

Autor: N. Seisdedos.

Edad: Niños y adolescentes.

Qué mide: aspectos antisociales y delictivos de la conducta desviada.

Nombre: Cuestionario de auto-control infantil y adolescente (CACIA)

Autor: A. Capafóns Bonet i F. Silva Moreno

Edad: 11-19 años.

Qué mide: autocontrol.

Nombre: Cuestionario de personalidad para niños (EPQ-J)

Autor: H. J. Eysenck y Sybil B. G. Eysenck

Edad: Adolescentes y adultos.

Qué mide: personalidad

Nombre: Formas idénticas

Autor: L. L. Thurstone

Edad: a partir de los 10 años.

Qué mide: aptitudes perceptivas y atencionales.

Nombre: Stroop

Autor: Charles J. Golden

Edad: 7-80 años

Qué mide: problemas neurológicos, abuso de sustancias, demencia, estrés...

Nombre: Test de Bender

Autor: E. Koppitz

Edad: a partir de 4 años

Qué mide: edad madurativa del cerebro.

Nombre: ISRA- Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad.

Autor: J.J. Miguel Tobal y A.R. Cano Vindel

Edad: a partir de los 16 años

Qué mide: Evaluación de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana.

Nombre: PAI- Escala de percepción del autoconcepto infantil

Autor: A. Villa y E. Escribano

Edad: 5-6 años

Qué mide: Aurelio Villa Sánchez y Elena Auzmendi Escribano

Nombre: EFT- Test de Figuras Enmascaradas.

Autor: H. Witkin

Edad: niños y adultos

Qué mide: Mayor o menos dependencia de campo y el estilo cognitivo

Nombre: El Test del árbol

Autor: R. Store.

Edad: a partir de los 3 años

Qué mide: aspectos emocionales

Nombre: Test de los colores

Autor: M. Lüscher

Edad: Adultos

Qué mide: personalidad

6. DIAGNÓSTICO SOCIAL. BASES CONCEPTUALES Y DIAGNÓSTICO SOCIAL.

Hay dos tipos de informes que hacen los EAPs de Cataluña (Equips d'Assessorament i Orientació Psicopedagògica), uno es de necesidades específicas de apoyo educativo (NESE) y otro para alumnos social y culturalmente desfavorecidos.

El informe sirve para reconocer administrativamente las necesidades educativas y acceder a una serie de recursos educativos (apoyos, medidas, materiales, de recursos humanos, etc.).

Por otro lado, y con la finalidad de conocer las dinámicas sociales dentro de un grupo-clase, tenemos el sociograma da información sobre la estructura interna de un aula. Para hacerlo se pasa un papel con tres preguntas a los alumnos (con quién harías un trabajo, con quién te gustaría compartir actividades de ocio y otra respecto a con quién te gustaría compartir espacio). Con los resultados se detectan los alumnos líderes, los marginados, los líderes negativos, etc. y esto nos permite saber las relaciones entre los miembros del grupo e intervenir sobre ellas.

Para hacer el sociograma conviene que como mínimo los alumnos se conozcan desde hace unos 2-3 meses.

Los factores de riesgo que pueden provocar problemas sociales son, entre otras, parentales (abandono, padres delincuentes, abusos y maltratos, escasa supervisión, estrategias poco pedagógicas, baja implicación parental etc.).

Las relaciones (vínculos afectivos) entre las personas son: de dependencia (uno depende del otro-es tóxico), independencia (ninguno depende de ninguno- es tóxico) o interdependencia (dependemos los dos de los dos- es lo ideal).

Por otro lado, los estilos educativos de los padres son: autoritario (normas abundantes y rígidas, muchos castigos, críticas, exigencias...), sobreprotector (no dejarlo solo, preocuparse en exceso, hacérselo todo...), permisivo (normas laxas, dejadez, ahora están y luego no...) y asertivo (estilo democrático y asertivo- es lo ideal).

El síndrome del emperador es cada vez más frecuente en una familia. Este síndrome se caracteriza porque el niño acostumbra a tener la autoridad, a mandar y a que se haga todo sobre su voluntad.

Los niños llave son niños que suelen vivir prácticamente “solos”, normalmente, porque los padres trabajan, y suelen tener las llaves de la casa ya que tienen que hacer su vida prácticamente solos.

SÍNDROME DE PETER PAN

Son niños e incluso adultos que no quieren crecer por temor a la responsabilidad que eso conlleva, mostrando por ello conductas infantiles e involutivas (por ejemplo, enuresis y encopresis, se chupan el pulgar, etc.).

SÍNDROME DEL ESTRÉS TEMPRANO

Son niños que entran en estado de fatiga (cuidado porque a la fatiga nos podemos acostumbrar y creer que ya estamos recuperados, pero simplemente nos hemos adaptado).

La fatiga produce patologías psicosomáticas (dolores musculares, esquelético, problemas gastrointestinales etc.) y problemas emocionales.

Hay niños que se levantan muy pronto, van a la escuela, luego tienen varias clases extraescolares, después hacen los deberes, los fines de semana tienen otras actividades etc. lo que provoca procesos de fatiga. Además, hay padres que son muy exigentes con los resultados que obtienen sus hijos y eso genera una fatiga mayor y más rápida.

SÍNDROME DE LA PUERTA GIRATORIA

Sucede mucho con familias cuyos padres están separados, en familias monoparentales, etc. en las cuales el padre o la madre tiene diversas relaciones con diferentes parejas y eso provoca que vayan pasando por la casa personas que luego se van, pudiendo llegar a conllevar un impacto negativo.

SÍNDROME DE INCOMUNICACIÓN

Ha aparecido sobre todo junto con la llegada de las TIC. Muchas veces estas tecnologías hacen que las familias no se comuniquen o lo hagan mucho menos, ya que pasan el tiempo con el móvil, internet etc.

SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL

Los padres, delante del hijo, desacreditan e insultan al otro progenitor. Suele pasar sobre todo en parejas separadas que tienen custodia compartida, pero también dentro de parejas que todavía están juntas.

ABSENTISMO

Hay tres niveles (según la Generalitat de Cataluña):

- Leve: falta menos del 5%
- Medio: falta entre el 5% y el 25%
- Severo: falta más del 25%

Existen absentismos puntuales, intermitentes, existe la desescolarización, el prematuro etc.

Hay profesores que van a casa de los niños y a las aulas hospitalarias, y también en las cárceles, circos y en centros de menores.

Los profesos de inadaptación escolar empiezan con escuelas que tienen una serie de estructuras, valores, normas, horarios etc. a los cuales si no nos adaptamos se dan situaciones de inadaptación escolar (la cultura escolar cree que es el alumno quien se tiene que adaptar a la escuela y no al revés), luego vendría una etapa de marginación escolar (si te comportas más le expulsan del aula, el centro, etc.) que suele venir acompañada de dejadez en los estudios, más faltas de asistencia, peores comportamientos y actitudes o una reeducación.

MODELOS DE INTERVENCIÓN

Tipos de prevención:

- Primaria: Se realiza ANTES de que se dé el problema y con la población de riesgo.
- Secundaria: Se realiza una vez ya se ha dado el problema, pero lo hacemos para que la situación no vaya a más.

- Terciaria: Se realiza cuando un individuo/s ya ha tenido un problema, lo ha superado a través de un tratamiento, y esta prevención está dirigida a evitar la recaída.

7. DIAGNÓSTICO PEDAGÓGICO. BASES CONCEPTUALES

Si no se produce aprendizaje, no existe la enseñanza. Además, este aprendizaje debe ser funcional, es decir, ligado a nuestra vida cotidiana, a nuestro contexto, a nuestras necesidades e intereses.

Actualmente, muchos profesores dan clase, pero estos contenidos que dan NO producen aprendizajes, por lo que NO se puede considerar que haya una verdadera enseñanza.

Cuando un niño tiene dificultades de aprendizaje es recomendable que, cuando tenga cierto control, explique a otros alumnos esos aprendizajes, ya que explicando se entiende y se aprende muchísimo, además de aumentar la autoestima.

Debemos tener en cuenta siempre que, el aprendizaje activo hace que los aprendizajes sean mucho mayores que a través del aprendizaje pasivo.

TAXONOMIA DE BLOOM

Cuando un individuo adquiere aprendizaje entiende lo que está haciendo y además lo recuerda.

Una vez se consolida y se profundiza en el aprendizaje a través de su aplicación o uso, se consolida dicho aprendizaje.

Por último, alcanzamos el punto más álgido del aprendizaje cuando somos capaces de crear algo nuevo con respecto a ese aprendizaje. Lo ideal es que los alumnos lleguen a este punto.

Cuando tenemos a un niño que presenta un problema, sea del tipo que sea, **debemos preguntarnos primero si puede hacerlo (por qué y cómo), segundo si quiere hacerlo (por qué y cómo), tercero si sabe hacerlo (por qué y cómo).**

Para que una persona quiera hacer algo debemos crearle la necesidad y para crearle la necesidad debemos conocer que le gusta, que le interesa etc.

Para crear la necesidad debemos hacer 3 cosas:

1. Que tenga conciencia de que hay un problema.

2. Que sea consciente de que ese problema el mismo no lo puede solucionar.
3. Que sepa ver que la solución del problema le va a reportar un beneficio.

CONSIDERACIONES PREVIAS

Características de los estudiantes, tipos de materiales a usar y las exigencias a demandar en el alumno. A través de estas 3 consideraciones se establecen las estrategias de aprendizaje.

LAS VÍAS DE APRENDIZAJE

Visión, audición, sistema háptico, sabor y olfato.

Las vías de aprendizaje deberían trabajarse todas, sin embargo, nuestro sistema educativo actual no lo hace o lo hace muy poco.

ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS VISUALES, AUDITIVAS, KINESTÉSICAS

Hay muchas estrategias didácticas que se pueden emplear y que ayudarán a los alumnos a llegar a los aprendizajes, sobre todo aquellas estrategias didácticas que coincidan con su estrategia de aprendizaje personal.

APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO

Para que se produzca es necesario:

- Que el aprendizaje tenga un sentido funcional para el alumno.
- Que la información que se presenta tenga significado lógico para el alumno.

MATERIALES DIDÁCTICOS

Su uso es muy aconsejado para llegar a los aprendizajes.

Deben dar resultados inmediatos, ser cercanos a la vida cotidiana del alumno, que se ajusten al nivel del alumno, que los aprendizajes desprendidos nos sirvan para la vida cotidiana, que considere el currículum oculto (experiencias y aprendizajes provocados de forma involuntaria).

ADAPTACIONES CURRICULARES

Pueden ser de dos tipos:

- Significativas: modificación de objetivos, contenidos, entre otros.
- No significativas: modificación de metodología, tiempo...

ORIENTACION EDUCATIVA

Son cuatro tipos:

- Académica
- Familiar
- Profesional
- Personal

TIPO E INTERVENCIÓN

De dos tipos:

- Intraprofesional: aquello que podemos hacer nosotros sin necesidad de personas externas al centro.
- Interprofesional: aquello que podemos hacer a partir y con la ayuda de personas e instituciones externas al centro que nos den apoyo.

ESTRUCTURA TEMPORAL SESIÓN. ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA

5 minutos para aclimatarse a la llegada del docente.

5 minutos para presentar el tema a trabajar.

5 para recuperar conocimientos previos.

15 minutos de exposición de nuevos contenidos.

15 minutos de ejercicios prácticos de los nuevos contenidos.

5 minutos de corrección de ejercicios en la pizarra.

5 minutos resumen de ideas claves explicadas.

5 minutos para generar un clima de relajación y desconexión.

8. DIAGNÓSTICO PEDAGÓGICO. INSTRUMENTOS DIAGNÓSTICOS

FICHAS:

Nombre: Formas ocultas.

Autor: N. Seisdedos.

Edad: niños, adolescentes y adultos.

Qué mide: evaluación de dependencia-independencia del campo.

Nombre: PEE.

Autor: A. Magaz y E.M. García.

Edad:

Qué mide: Estilos educativos de padres y profesores.

Nombre: WISC-V.

Autor: D. Weschler.

Edad: 6 a 16 años.

Qué mide: inteligencia.

* Es una prueba de inteligencia verbal y muy ligada a conocimientos académicos y culturales, lo que puede ser un obstáculo para personas con problemas de comprensión y/o expresión del lenguaje, así como para las personas de entornos socioculturales desfavorecidos.

Hay pruebas de inteligencia de tipo NO verbal como el TONI-4 o las Matrices de Raven.

Nombre: TAMAI.

Autor: P. Hernández.

Edad: De 7 en adelante.

Qué mide: adaptación-inadaptación infantil.

Nombre: Inventario de Hábitos de Estudio (IHE)

Autor: F. F. Pozar

Edad: a partir de 12 años

Qué mide: Hábitos de estudio

Nombre: IAC- Inventario de adaptación de conducta

Autor: M. V. de la Cruz

Edad: Adolescentes a partir de 12 años

Qué mide: grado de adaptación familiar, persona, escolar y social.

Nombre: IPP- Intereses y preferencias profesionales

Autor: M. V. de la Cruz

Edad: Adolescentes y adultos

Qué mide: Apreciación de los intereses de los sujetos en 17 campos profesionales.

Nombre: ACRA- Escalas de estrategias de aprendizaje

Autor: J.M. Román

Edad: 12-16 años

Qué mide: identifica estrategias de aprendizaje

Nombre: Test de factor "G"

Autor: R.B. Cattell, A.K.S. Cattell

Edad: Escala 2, de 8 a 14 y adultos de nivel cultural medio. Escala 3, de 15 años en adelante y adultos.

Qué mide: la inteligencia general, factor "g"

Nombre: PROESC. Evaluación de los Procesos de Escritura

Autor: F. Cuetos

Edad: 3º primaria - 4º ESO

Qué mide: Procesos implicados en la escritura

Nombre: Test de factor G - Escala 1

Autor: R.B. Cattell

Edad: niños de 4-8 años o adultos con deficiencia mental

Qué mide: la inteligencia general, factor "g".

Nombre: Batería de aptitudes diferenciales y generales

Autor: C. Yuste

Edad: Jóvenes de la ESO

Qué mide: Discriminar aptitudes básicas en escolares al mismo tiempo que se obtienen estimaciones de aptitudes más generales como factores de grupo y de la más general e Inteligencia General.

Nombre: Escala de Estilos de Socialización Parental en la Adolescencia (ESPA29)

Autor: G. Musitu

Edad: 10-18 años

Qué mide: Evaluación del estilo de socialización de cada padre

Nombre: BADyG/M, Batería de Aptitudes Diferenciales y Generales, Nivel M

Autor: C. Yuste

Edad: Jóvenes de Enseñanza Secundaria Obligatoria.

Qué mide: discrimina aptitudes básicas de 1º, 2º, 3º y 4º de ESO, al mismo tiempo que se obtienen estimaciones de aptitudes más generales como factores de grupo y de la más general, de Inteligencia General.

Nombre: Batería psicopedagógica Evalúa-3

Autor: J. García

Edad: Finales de 3º primaria a comienzos de 4º.

Qué mide: Evaluaciones psicopedagógicas individuales (estilo de aprendizaje del alumno o alumna y el potencial de aprendizaje). Evaluaciones psicopedagógicas grupales (medidas generales de adaptación del currículum a las necesidades educativas y medidas de adaptación inespecífica y poco significativa del currículum).

9. INFORME DIAGNÓSTICO Y ORIENTACIONES

TIPOS DE INFORMES PSICOPEDAGÓGICOS

- Internos del servicio psicopedagógico – Su principal objetivo es organizar la respuesta educativa a las necesidades detectadas.
- Derivaciones profesionales técnicas
- Periciales
- Para la familia.
- Para el alumno si es mayor de edad.

PARTES DE UN INFORME

1. Datos de filiación (nombre, edad, curso, dirección...).
2. Anamnesis (historia clínica, académica, biológica etc. previa al informe).
3. Instrumentos diagnósticos utilizados (pruebas que he pasado), observaciones directas o indirectas, entrevistas etc.
4. resultados (puntuación directa y percentil) Interpretación de resultados.
5. Conclusiones diagnósticas.
6. Orientaciones, pautas y recursos.

10. DIAGNÓSTICO AMBIENTAL DEL AULA

La ergonomía escolar es un punto importante tanto para docentes como para el alumnado, ya que su correcta integración en la escuela lleva a un mejor rendimiento por parte de ambos, es decir, un aumento de la calidad docente y de los aprendizajes del estudiante, reduciendo la fatiga de ambos.

Para alcanzar dicha ergonomía los docentes deberían contar con instrumentos que les permitieran diagnosticar las condiciones ambientales con el fin de corregir aquellas que sean inadecuadas.

Las principales variables ambientales básicas a estudiar:

- **Ionización del aire:**

El aire de la atmósfera está cargado electrostáticamente debido a la concentración iónica. Dichos iones pueden tener carga positiva o negativa y, por tanto, producir unos efectos u otros.

El predominio de iones positivos genera en los organismos humanos una serie de alteraciones fisiológicas y psíquicas que también dependerán de la sensibilidad del propio individuo. Estas alteraciones suelen ser: aumento de los niveles de serotonina en sangre, la cual produce alteraciones del estado emocional, y en consecuencia una alteración del comportamiento y una disminución de las capacidades de aprendizaje.

Estos iones positivos se generan por fuentes naturales de radioactividad, las tormentas, las fases de la luna llena y la emisión de vientos fuertes, principalmente.

Por otro lado, los iones negativos producen efectos beneficiosos.

- **Condiciones termo-higrométricas:**

El confort térmico depende de variables como la temperatura, la humedad, la velocidad del aire, la temperatura de los objetos que nos rodean, la actividad física y el tipo de ropa que llevemos.

No situarnos dentro los parámetros térmicos ideales genera en la persona diferentes niveles de estrés térmico que interfieren en sus capacidades psíquicas, especialmente en sus niveles de rendimiento cognitivo y físico.

En una escuela debemos diferenciar dos principales ambientes térmicos, uno destinado a actividades sedentarias y otro para las dinámicas.

- **Contaminación acústica:**

Unos niveles de ruido elevados dentro del ámbito escolar dificultan el rendimiento de los alumnos.

Cuando hablamos de ruidos tenemos que distinguir dos conceptos diferenciados, el volumen (medido en decibelios- dB) y la intensidad (medido en Hercios- Hz) del mismo.

Para la actividad docentes se considera ideal una intensidad sonora que no supere los 50dB pero el umbral idóneo entre 10 y 30 dB. En cambio, en los ambientes externos a las aulas, no se debe exceder de los 80dB.

La contaminación sonora causa fatiga auditiva cuyos efectos pueden producir cambios en la conducta, así como una disminución de la atención y la memoria inmediata.

- **Vibraciones:**

El efecto de las vibraciones depende de la intensidad y la frecuencia de las mismas.

Se considera que las vibraciones no deben sobrepasar 80Hz ni ser inferiores a 0,1-0,63Hz.

En el caso de los centros escolares, esto suelen verse sometidos a vibraciones fuertes provenientes del tráfico exterior o a los transportes subterráneos. Sin embargo, son las vibraciones de muy baja frecuencia las más habituales en el medio escolar.

- **Iluminación:**

Una iluminación inferior o superior a lo que necesitamos para aquello que estemos llevando a cabo causa fatiga o sobreestimulación visual.

Otro de los factores a tener en cuenta es el llamado efecto flicker (parpadeo), el cual provoca que al cabo de un tiempo el parpadeo producido por los fluorescentes provoque fatiga, migrañas y estrés. Este efecto se puede prevenir empleando luz natural, lámparas incandescentes o halógenas.

El flujo de luz de un aula debes situarse entre 500 y 1000 lux.

- **Radiaciones ionizantes:**

En todos los edificios, en mayor o menor medida, existen concentraciones de gas radón (Rn) que es un gas radioactivo de origen natural. El radón pesa más que el aire así que suele situarse en la parte baja de los edificios.

La cantidad de gas radón no puede superar los 4pCi/l.

- **Radiaciones no ionizantes:**

Este tipo de radiaciones también pueden tener un origen natural (campo magnético terrestre) pero también artificial (instalaciones o aparatos eléctricos como ordenadores, TV etc.)

Los valores de contaminación de dichas radiaciones no deberían sobrepasar los 10V/m, aunque las cifras deseables serían los 0V/m, 2 Mg en los campos electromagnéticos y de 200.000 nW/cm² en el caso de las radiofrecuencias.

11. EL SUICIDIO, UNA CONDUCTA EN INCREMENTO

El suicidio es la acción de quitarse voluntariamente la vida.

Es muy preocupante el hecho de que en los últimos años los suicidios han aumentado significativamente. En nuestro país esta conducta es mayor en hombre que en mujeres y la franja de edad más propensa es entre los 30-40 años, sin embargo, en los últimos años ha aumentado mucho entre las personas de 15-24 años.

En el caso de España, las comunidades autónomas con mayor índice de suicidio en Andalucía y Cataluña, siendo Barcelona la que más casos presenta en nuestro país.

Los medios más empleados son: el ahorcamiento, la precipitación al vacío y el envenenamiento.

En cuanto a los factores neurobiológicos y genéticos vinculados a la propensión al suicidio son la alteración de la serotonina, la dopamina y la noradrenalina. Por otro lado, el 98% de los casos de suicidio están relacionados con el estado de ánimo o el alcoholismo y otras drogodependencias.

Además, está demostrado que las personas con antecedentes familiares de suicidio, tendrán más riesgo de suicidio. Otro factor de riesgo son las personas que sufren sentimientos de soledad, sufrimiento y dolor interminable por enfermedades físicas y mentales...

Por otro lado, las principales estrategias de tipo preventivas recomendadas por la OMS es restringir el acceso a los medios de suicidio (armas, sustancias tóxicas...), así como tratamientos psicoterapéuticos y una cobertura responsable por parte de los medios de comunicación.

Tras un suicidio se calcula que hay una media de 6 personas relacionadas con la víctima que sufren las consecuencias morales y emocionales de la situación.

Además, los tabúes y las creencias religiosas fomentan el aislamiento y la estigmatización de las personas, lo cual complica los procesos de duelo.

Es de vital importancia la detección de factores de riesgo desde el ámbito educativo para poder prevenir e intervenir el suicidio en el alumnado.

BIBLIOGRAFÍA

Bella, M. (Buenos Aires). *Evaluación Psicopedagógica en Niños de 6 a 12 Años Perfil neuropsicológico*. Buenos Aires: Akadia Editorial.

Catalunya. Resolución ENS/1544/2013, de julio, de atención educativa al alumnado con trastornos del aprendizaje (DOGC, núm. 6419, 17-7-2013).

Moreno, F.J. (s.f.). Diagnóstico ambiental en el aula. *Perspectiva escolar* 294. pp. 67-72.

Moreno, F.J. (2014). El suicidio, una conducta en incremento. *El Vallés del S. XXI*. pp. 42-44.

Moreno, F.J. (2002). Meteoropedagogía. *Full informatiu*. pp. 2-3.

Este libro ofrece una visión integral y actualizada sobre los procesos de evaluación y diagnóstico de las necesidades específicas de apoyo educativo, abordando de forma rigurosa las dimensiones biológica, psicológica, pedagógica, social y ambiental del alumnado. A través de un enfoque interdisciplinar, la autora analiza los fundamentos teóricos, técnicas e instrumentos más relevantes para identificar y comprender las dificultades de aprendizaje, los estilos cognitivos, los trastornos del desarrollo y los factores contextuales que influyen en el rendimiento escolar. Incluye protocolos detallados, pruebas diagnósticas y orientaciones prácticas para la elaboración de informes psicopedagógicos eficaces y ajustados a la normativa vigente. Además, se profundiza en temas clave como el suicidio en jóvenes, el estrés temprano o los estilos parentales, aportando herramientas útiles para la intervención educativa y familiar. Una obra imprescindible para profesionales de la educación, la psicología y la pedagogía interesados en promover entornos escolares inclusivos, sensibles y adaptados a la diversidad.

