

**LAS REEDUCACIONES
PSICOPEDAGÓGICAS DESDE EL
ABORDAGE COGNITIVO-CONDUCTUAL**

TDAH



**ADANA
FUNDACION**

AYUDA DEFICIT ATENCION
NIÑOS, ADOLESCENTES Y ADULTOS

UNIDAD 1:

¿QUÉ ES EL TDAH?

¿Y UNA REEDUCACIÓN
PSICOPEDAGÓGICA?

¿QUÉ ES EL TDAH?

TDAH (Trastorno por déficit de Atención con o sin Hiperactividad)

- **Aspectos previos a tener en cuenta sobre el TDAH:**
 - Trastorno de origen neurobiológico
 - De fuerte transmisión genética
 - De carácter crónico

El TDAH afecta en la capacidad de:

1.- Atender ante lo que hace



A lo que llamamos **INATENCIÓN**

- **En el niño observamos:** distracción fácil, falta de concentración, poco cumplimiento de órdenes o instrucciones, “parecen no escuchar”,...
- **En el joven observamos:** se muestran desorganizados o descuidados en las tareas diarias, olvidadizos, poco constantes ante las tareas académicas, poca autonomía de trabajo, parecen irresponsables ante las demandas (hábitos de casa y escuela)...
- **En el adulto observamos o manifiestan:** pobre planificación y organización, dificultades para acabar el trabajo diario, errores de memoria.

Afecta también en la capacidad de:

2.- Regular su actividad motora



A lo que llamamos **HIPERACTIVIDAD**

- **En el niño se observa:** movimiento excesivo e inapropiado, curiosidad constante, conductas de riesgo (“trepadores”), habla abundante, ruidos, cambios constantes de actividad,
- **En el joven se observa:** conducta hiperactiva menos aparente, sentimientos internos de inquietud motora, conductas de riesgo (deportes, consumo de tóxicos...)
- **En el adulto se observa o manifiesta:** continua la sensación de inquietud interna, buscamos actividades no sedentarias, “nuevas sensaciones”, con mayor frecuencia cambios de trabajo, pareja, amigos,...

Afecta también en la capacidad de:

3.- Inhibir su pensamiento o comportamiento



A lo que llamamos **IMPULSIVIDAD**

- **En el niño se observa:** “sin miedos”, juega a veces destructivo o agresivo, interrumpe, solicita atención constante, no sabe esperar, precipitación en responder...
- **En el joven se observa:** conductas de riesgo (actividad sexual, consumo de sustancias, conducción temeraria...), dificultades en las relaciones sociales (con los compañeros, amigos, familiares, autoridad...)
- **En el adulto se observa o manifiesta:** dificultades en las interrelaciones, control de las emociones, cambios laborales, de pareja...

Por lo tanto hablamos de 3 SÍNTOMAS CARACTERÍSTICOS:

- Déficit de atención
- Hiperactividad
- Impulsividad

¿Qué es el TDAH?

- Para saber qué es el TDAH, a la primera fuente que recorremos es el DSM-IV-TR:
 - Este Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM**) de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos (American Psychiatric Association) contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales. La edición vigente es la quinta (DSM-5).
 - El TDAH se encuentra definido en el apartado de los **Trastornos del Neurodesarrollo**.

Descripción del TDAH según el DSM-5

- **Los síntomas que refieren a la Desatención son:**
 - Fracasa en dar atención a los detalles, presenta errores por descuido en tareas escolares y otras actividades.
 - Frecuente incapacidad para mantener la atención en tareas o juegos.
 - A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
 - A menudo no sigue de forma completa las instrucciones y fracasa en acabar las tareas escolares, deberes u otras tareas asignadas en el trabajo.
 - A menudo presenta dificultades para organizar tareas y actividades.
 - A menudo evita o está poco dispuesto a ocuparse de tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
 - A menudo pierde objetos necesarios.
 - Fácilmente se distrae ante estímulos externos.
 - Con frecuencia es olvidadizo en sus actividades diarias.

Descripción del TDAH según el DSM-5

- **Los síntomas que refieren la Hiperactividad son:**
 - A menudo manifiesta inquietud en manos y pies o se retuerce en su asiento.
 - Abandona la silla durante la clase o en situaciones en las que se espera que se mantenga sentado.
 - A menudo corre o salta en exceso en situaciones inapropiadas.
 - A menudo tiene dificultades para jugar u ocupar el tiempo libre en actividades tranquilas.
 - A menudo actúa como conducido por un motor.
 - A menudo habla en exceso.

Descripción del TDAH según el DSM-5

- **Los síntomas que refieren a la Impulsividad son:**
 - A menudo se precipita y contesta a las preguntas antes de que se acaben de formular.
 - A menudo tiene dificultades para guardar el turno.
 - A menudo interrumpe o se inmiscuye en asuntos de otros.

Criterios diagnósticos según DSM-5:

- Para el diagnóstico de TDAH se deben cumplir los siguientes **criterios:**
 - Patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad (según los síntomas definidos anteriormente)
 - Se presenta **antes de los 12 años.**
 - Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes
 - Debe haber deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral
 - Los síntomas no aparecen exclusivamente por un Trastorno Generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico ni se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Así los SÍNTOMAS ESENCIALES:

- Según EINAQ (European Interdisciplinary Network for ADHD Quality Assurance 2004), los síntomas esenciales que se han de dar para hablar de TDAH:
 - Han de ser más graves que los otros niños de la misma edad
 - Han de ser más graves que los otros niños del mismo nivel de desarrollo
 - Han de estar presentes en varios entornos diferentes
 - Han de ser fuente de problemas graves en la vida cotidiana
 - Cambiarán con la edad y pueden durar toda la vida

Además el DSM 5 define 3 subtipos diferenciados según el patrón sintomático:

- **TDAH tipo con predominio del Déficit atención:** cuando persisten por lo menos durante 6 meses 6 o más síntomas del grupo de desatención
- **TDAH tipo con predominio del Hiperactivo-Impulsivo:** cuando persisten por lo menos durante 6 meses 6 o más síntomas del grupo de hiperactividad-impulsividad
- **TDAH tipo Combinado:** cuando persisten por lo menos durante 6 meses 6 o más síntomas del grupo de desatención y 6 o más síntomas del grupo de hiperactividad-impulsividad. La mayoría de niños y jóvenes con este trastorno se incluyen en este subtipo.

TIPO INATENTO

TIPO COMBINADO

- Presentan los síntomas de inatención más tarde en el desarrollo.

- Presentan los síntomas de inatención e hiperactividad a edades más tempranas.

- Presentan un estilo atencional llamado "tempo cognitivo lento"

- Presentan un patrón de desinhibición conductual y pobre autorregulación

- Son "menos lanzados" o dados a la acción y más auto controlados en las interacciones sociales.

- Muestran mayor grado de iniciativa social pero un menor grado de autocontrol en las interacciones sociales.

- Más propensos a sufrir trastornos de aprendizaje. Menos propensos a presentar trastornos perturbadores y problemas de conducta.

- Más propensos a presentar trastornos perturbadores y problemas de conducta.

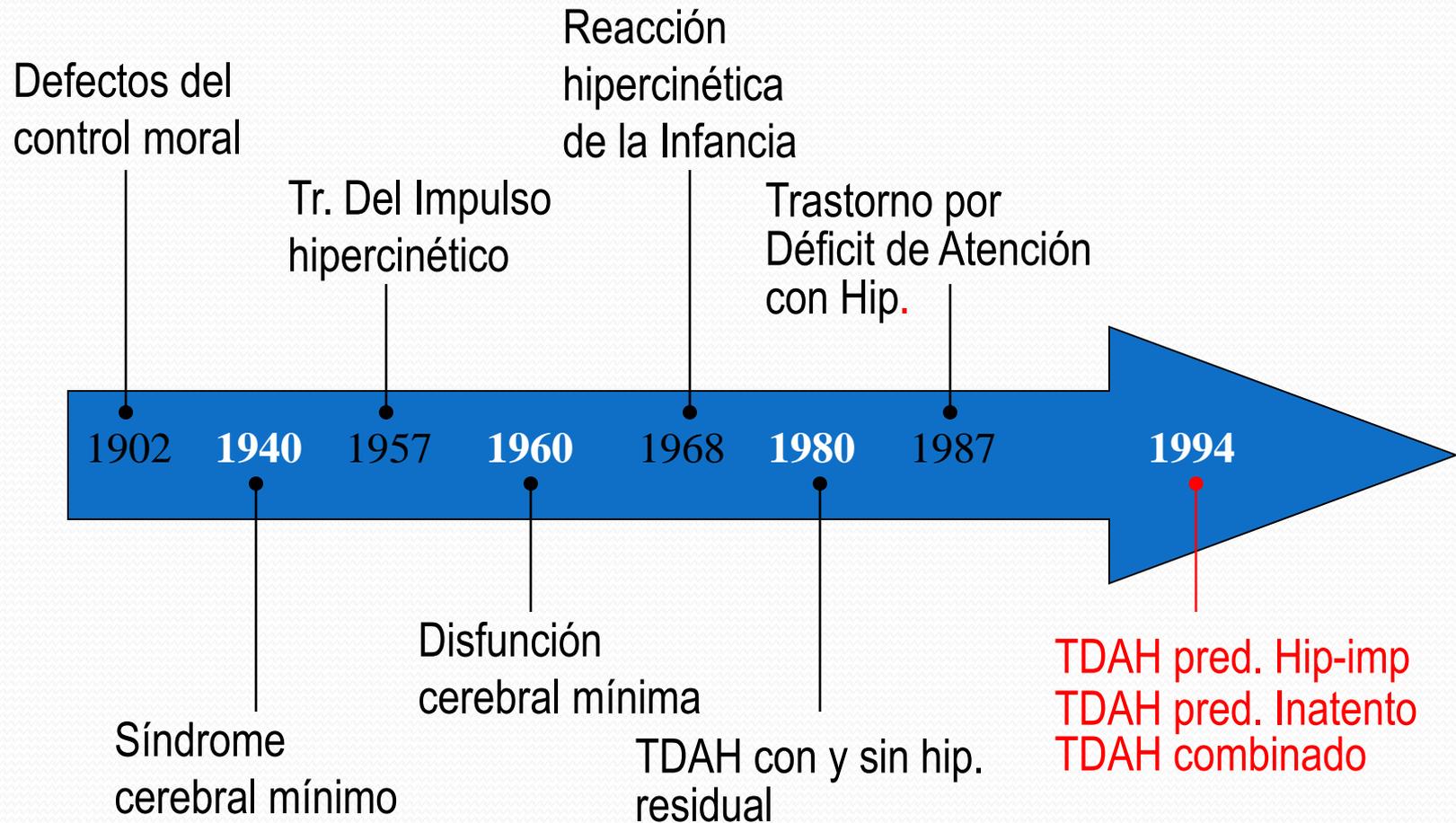
- Madres con menor grado de estrés familiar asociado al comportamiento del niño

- Madres con mayor grado de estrés familiar asociado al comportamiento del niño

- Presentan menor grado de impedimento en su funcionamiento adaptativo global

- Presentan mayor grado de impedimento en su funcionamiento adaptativo global

TDAH: Historia



TDAH: Historia

- Como podemos observar en la proyección anterior, des del 1902, ya se habla de algún trastorno asociado a problemas cerebrales asociados a la Hiperactividad, Impulsividad y Déficit de Atención. Pero no es hasta el 1994, que se le da el nombre actual y se empieza a diagnosticar y tratar en base a estudios científicos.
- En resumen podemos decir que el TDAH (como tal), es un trastorno nuevo del cual se saben muchas cosas pero que aún quedan más por descubrir. Por este motivo, todas las personas que trabajamos con niños diagnosticados de TDAH, hemos de estar abiertos a todos los estudios que aún siguen apareciendo pero asegurándonos que estos tienen base científica.

Unas definiciones del TDAH...

- Grado inapropiado de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que causa impedimentos funcionales importantes en la vida del afectado, que es incoherente con el nivel de desarrollo y que está presente antes de los siete años de edad...

EINAQ, 2004

- El déficit fundamental sería un deterioro en la capacidad para autogobernarse y una dificultad excesiva para su edad en inhibir la respuesta impulsiva a las necesidades o deseos internos o a los estímulos externos.

BARKLEY, 1998

Explicación del TDAH

- *“El DSM es, **únicamente**, una descripción de conductas pero no explica el **PORQUÉ** de estos comportamientos.”*
- Actualmente hay muchas investigaciones alrededor de una alteración en las **Funciones Ejecutivas** que explicaría las dificultades del sujeto con TDAH. Dichas dificultades serían para:
 - Parar respuestas impulsivas
 - Parar conductas que estaban en marcha
 - Resistirse a la interferencia
 - Organizar de forma secuencial sus actividades
 - Mantenerse atento a una sola tarea

Teoría del Sistema Inhibitorio de Conducta, Barkley 2005

- **Esta teoría nos relaciona el TDAH con las Funciones Ejecutivas.**
 - Partiendo de la base que los niños con TDAH tienen dificultades para inhibir:
 - El deseo de no actuar (no responder)
 - Ante una conducta no apropiada interrumpirla y modificarla
 - Proteger el pensamiento de la distracción (control de la interferencia)
 - Concluye que este problema de inhibición es el que causa las dificultades en las Funciones Ejecutivas

Problemas Asociados al TDAH

- Baja ejecución escolar en el 40%.
- Dificultades de aprendizaje
- Retraso en la adquisición del habla, 35%.
- Perfil neuropsicológico: impulsivos, poco organizados e ineficaces.
- Problemas sensoriales y motores, pobre coordinación motora 52%
- Problemas de sueño: 56%
- Problemas de relación social: problemas de comunicación, falta de habilidades sociales
- Baja autoestima.

Comorbilidades asociadas al TDAH

- **Los siguientes trastornos se dan de forma MUY FRECUENTE junto al TDAH**
 - T.C. Negativismo desafiante: 65%
 - T. Disocial: Niños 20-30%.Adolescentes 40-60%.
- **Los siguientes trastornos se dan de forma FRECUENTE junto al TDAH**
 - T. específicos del aprendizaje 10%-25% (Richters et al 1995)
 - T.de Ansiedad 20%-25 (Biederman et al., 1991; Newcorn y Halperin, 1994)
 - T. del desarrollo de la coordinación (47%)
- **Los siguientes trastornos se dan de forma MENOS FRECUENTE junto al TDAH**
 - Tics (11%) y/o S. de Tourette
 - T. depresivo 15%-20%
- **Los siguientes trastornos se dan de forma INFRECUENTE junto al TDAH**
 - Trastornos del espectro autista
 - Retraso mental

EPIDEMIOLOGÍA

¿A cuántos niños y jóvenes afecta?

- Según DSM IV-RT, APA 2000, afecta al **3%-7% de niños y jóvenes en edad escolar**.
- Representa el **40% en población clínica** (es decir aquellos que acuden a consulta) y entre el **4%-10% en población escolar**.
- **Por sexos:** más niños que niñas (en una proporción de 4 niños por cada niña) y hasta 9 niños por cada niña cuando se trata de población clínica.
- A menudo se observan diferencias significativas en los datos de prevalencia que son atribuibles a diferentes factores entre los que cabe destacar el uso de diferentes escalas de evaluación y puntos de corte a la hora de llevar a cabo el diagnóstico.

HIPÓTESIS ETIOLÓGICAS

- “Lo más probable es que los síntomas de hiperactividad-impulsividad sean un mecanismo final común mediante los cuales se puedan expresar diferentes influencias congénitas, tóxicas y ambientales”.

(Rapoport i Quinn 1975)

En la etiología interferirán factores genéticos, perinatales, neurológicos y las relaciones con el entorno psicosocial

HIPÓTESIS ETIOLÓGICAS

- Hay numerosos **FACTORES GENÉTICOS** que evidencian la carga genética del trastorno:
 - Existe un alto porcentaje de presencia de TDA-H en los padres de niños con TDA-H.
 - Se da un alto porcentaje de hermanos con TDA-H.
 - Se da una mayor prevalencia de TDAH en padres biológicos que en adoptivos
 - Hay mayor presencia de antecedentes psicopatológicos en familiares.
 - Hay una alta concordancia de síntomas en gemelos monozigóticos (idénticos)

HIPÓTESIS ETIOLÓGICAS

- También encontramos los siguientes **FACTORES NEUROLÓGICOS** (que afectan a la Neuroquímica, Neurofisiología, Neuropsicología y Neuroanatomía de la persona)
 - Déficit bioquímico de catecolaminas dopamina y noradrenalina.
 - Alteración en la segregación de la hormona tiroidea (Hauser et al.1993).
 - Hipoactivación del sistema nervioso central.
 - Diferencias volumétricas cerebrales

HIPÓTESIS ETIOLÓGICAS

- Se ha demostrado que algunos **FACTORES PERINATALES** también pueden estar implicados en la presencia o no del TDAH:
 - Estrés perinatal.
 - Exposición intrauterina a alcohol o nicotina.
 - Trastornos cerebrales (encefalitis, traumatismo cerebral...).
 - Alergias alimentarias.
 - Nacimiento muy prematuro o bajo peso al nacer.

HIPÓTESIS ETIOLÓGICAS

- A los anteriores factores cabe añadir también los **FACTORES PSICOSOCIALES**:
 - Los factores de riesgo familiar: desacuerdo marital severo, clase social baja, tamaño de la familia grande, criminalidad del padre y trastorno mental de la madre.(Biederman, 1995).
 - La interacción Padres-hijos: educación basada en mayor número de órdenes, interacción más negativa, más crítica y menos reacciones a las iniciativas sociales (Barkley i col. 1983).
 - El estilo educativo: reglas, normas de comportamiento y transmisión de valores.

FACTORES PREDICTORES DEL TDAH

- Además de los factores etiológicos encontramos una serie de **factores predictores** o que predisponen al individuo a tener el trastorno:
 - Hª familiar de TDA-H.
 - Estado pre-natal: madre fumadora, consumición de alcohol y pobre salud de la madre
 - Bajo nivel de coherencia educacional.
 - Pobre salud del niño y retraso en el desarrollo.
 - Emergencia precoz de alta actividad, alto nivel de exigencia y absorción de los padres.
 - Educación muy directiva con abundancia de críticas maternas en la 1ª infancia.

FACTORES PROTECTORES DEL TDAH

- Igual que tenemos factores predictores también tenemos una serie de factores que lo que harán es proteger ante la aparición del trastorno:
 - Alto nivel educacional.
 - Buena salud infantil.
 - Alto nivel de habilidades cognitivas y del lenguaje.
 - Alta estabilidad familiar.
 - (Campbell, 1990; Palfrey et al. 1985 y Wethom & Kagen, 1978)
 - No presentar comorbilidades

Curso y Pronóstico del TDAH

- **FACTORES PREDICTIVOS DE MAL PRONÓSTICO:**
 - CI: medio-bajo, retraso mental.
 - Personalidad: no necesita de la aprobación de los demás, insensible o cruel con los demás, no tiene remordimientos o sentimientos de culpa.
 - Tr. Conducta asociado: desafía la autoridad, no respeta las normas.
 - Hª Familiar: Tr. mental, Tr. Conducta, Tr. Disocial o alcoholismo en los padres.
 - Educación y valores: Padres que no valoran la educación.
 - Disciplina: Muy laxa o exceso de castigo físico, maltratos físicos o psicológicos.

Curso y Pronóstico del TDAH

- **Factores de persistencia de síntomas:**
 - Historia familiar de TDAH, adversidad psicosocial, comorbilidad con trastorno de conducta, t. Del humor y t. de ansiedad (Biederman et al., 1996), también agresividad y desafío con adultos, bajo CI y pobre relación con los compañeros (Abikoff y Klein, 1992, Hechtman, 1991).
- **El T. negativista desafiante comórbido al TDAH en niños incrementa el riesgo de presentar un Trastorno de conducta** (Farrington et al., 1990)
- **El 25%-40% de los niños derivados a un centro de salud mental con TDAH presentarán Trastorno de personalidad antisocial o delincuencia en la adolescencia o en la edad adulta** (Barkley, 1996, Weiss y Hechtman, 1993)

EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

Hiperactividad



Impulsividad



Déficit de Atención



A lo largo de la vida

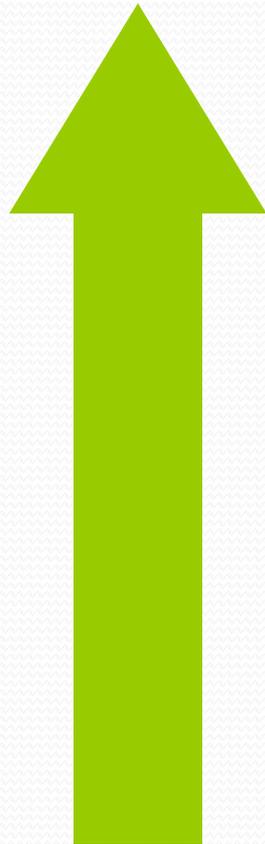


El 70% manifestarán problemas de atención e impulsividad durante la adolescencia y el 25-30% remitirán los síntomas a los 18-20 años

Evolución hacia la vida adulta

(Ramos, 03)

Adulto



Niño

Drogodependencias
Problemas laborales
Accidentes de tráfico
Lesiones físicas
Problemas legales
Relaciones
interpersonales
Fracaso escolar

TAREA del ALUMNO

• Una vez llegado a este punto de la Unidad se recomienda:

1. Ampliar su contenido accediendo a:

- Unidad 1 / Contenidos didácticos / *Origen del TDAH.pdf*

2. Participar en el Foro:

- *Qué pasa con el TDAH?.pdf*

Evaluación del TDAH

- El principal objetivo de la evaluación es discernir si las dificultades de atención, hiperactividad e impulsividad forman un cuadro nosológico.
- Únicamente hablaremos de Trastorno si tiene un curso, duración, resultados y respuesta al tratamiento específicos y además si concurren determinadas correlaciones familiares, psicológicas y biológicas (Rapport, 1988).

Evaluación del TDAH

- Proceso a seguir en la Evaluación del TDAH:
 1. Entrevista con los padres
 2. Entrevista y evaluación con los niños/jóvenes
 3. Observación del niño/joven
 4. Información escolar (informes, conversaciones telefónicas...)
 5. Evaluación diagnóstica

Evaluación del TDAH

1. Entrevista con los **PADRES**:

- Cuestionarios padres (Conners, CBC, HSQ-R)

2. Entrevista y evaluación con los **NIÑOS/JÓVENES**

- C.I. (WISC-R, WAIS, WPSSI, McARTHUR)
- Aprendizajes (TALEC, CANALS, PROLEC)
- Funciones neuropsicológicas (Matching Figuras, Laberintos, Figuras enmascaradas, STROOP...)

3. Información **ESCOLAR** (informes, conversaciones telefónicas...)

- Cuestionarios maestros (Conners, CBC, SSQ-R, Rendimiento Académico)

TRATAMIENTO del TDAH

- **METAS Y OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO**
 - Reducir los síntomas del TDAH
 - Reducir los síntomas comórbidos
 - Reducir el riesgo de complicaciones
 - Educar al paciente y a su entorno sobre el trastorno
 - Adaptar el entorno a las necesidades del paciente
 - Mejorar las habilidades de abordaje de los pacientes, padres y educadores
 - Cambiar las percepciones desaptativas

TRATAMIENTO del TDAH

- **Recibirán tratamiento:**

- **Niño o adolescente:**

- 1. Farmacológico.

- 2. Psicológico

- Conductual: registros, pactos y contingencias.
 - Cognitivo; técnicas de autocontrol de la impulsividad.
 - Aspectos emocionales
 - Favorecer la socialización.

- 3. Psicopedagógico (reeducaciones).

- **Padres**

- 1. Información sobre el TDA-H.

- 2. Entrenamiento en pautas educativas y en estrategias de interacción-comunicación.

TRATAMIENTO del TDAH

- **Escuela- maestros:**

- Psicoeducación:

- Información sobre el trastorno
 - Conocimiento de los recursos terapéuticos para poder orientar a los padres
 - Establecer y mantener el contacto con el terapeuta del niño
 - Disponer de estrategias útiles de enseñanza en el aula
 - Practicar en técnicas conductuales para la mejora de la conducta del niño con TDAH en la escuela
 - Buena comunicación con la familia

TRATAMIENTO del TDAH

- **Tratamiento Farmacológico**

- **Estimulantes:** mejora un 70% de la sint. Actúan sobre el sistema dopaminérgico
 - Metifenidato.
 - D-amfetamina.
 - Pemolina.
- **Atomoxetina** (actúa sobre el sistema noradrenérgico)
- **Antidepresivos:**
 - Imipramina: 1.0 a 2.0 mg/Kg.
 - I.S.R.S. (fluoxetina).
 - IMAOS.
- **Neurolépticos:**
 - Butirofenonas (Haloperidol).

TRATAMIENTO del TDAH

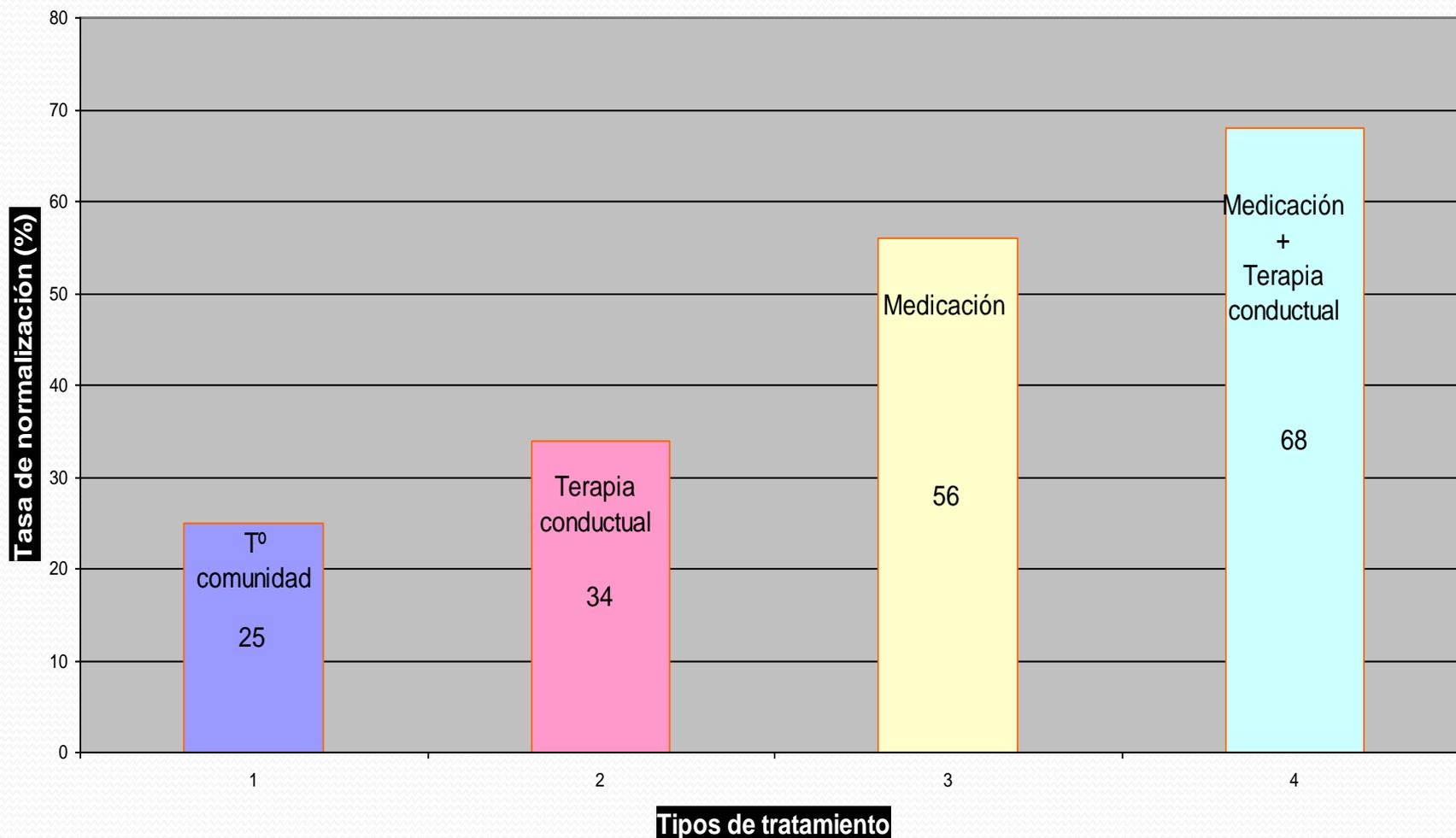
- **Tratamiento Farmacológico**
 - **Efectos secundarios:**
 - Insomnio.
 - Pérdida de peso y hambre.
 - Irritabilidad.
 - Gastralgia o cefaleas leves.
 - “Efecto conductual de rebote”.
 - Focalización excesiva de la atención.
 - Tics: resultados controvertidos.

TRATAMIENTO del TDAH

- **Tratamiento Farmacológico**
 - El tratamiento farmacológico tiene una serie de limitaciones:
 - El cambio conductual se da bajo el efecto del fármaco.
 - No modifica el estilo cognitivo de impulsividad-falta de planificación.
 - No hay cambios en las medidas disciplinarias de los padres.

EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES

Tasas de normalización sintomática en el estudio MTA



IMPLICACIONES del TDAH

- El TDAH es:
 - Frecuente
 - Incapacitante
 - De etiología multifactorial
 - Una carga para el individuo, la familia y la sociedad
 - Complicado por problemas adicionales en la mayoría de casos

Es importante detectar y tratar el TDAH de forma precoz!!

Los niños con TDAH también son:

Bromistas

Ingeniosos

Llenos de energía

Entusiastas

Creativos

Emprendedores

...



LA REEDUCACIÓN PSICOPEDAGÓGICA

¿Qué es una Reeducación Psicopedagógica?

- La Reeducación Psicopedagógica es una intervención PERSONALIZADA sobre aspectos únicamente relacionados con la CONDUCTA de los niños y jóvenes frente la TAREA ESCOLAR
- Los padres han de saber que en las sesiones de Reeducación, únicamente, se van a trabajar aspectos relacionados con los aprendizajes escolares. El trabajo de las habilidades sociales y/o de la relación con padres y/o de la relación con hermanos, por ejemplo, corresponde al psicólogo clínico.

Proceso que sigue una Reeducación Psicopedagógica:

1. Entrevista inicial
2. Evaluación de la línea base
3. Trabajo reeducativo
4. Evaluación
5. Entrevistas de devolución (informes)
6. Primeras Sesiones

1. Entrevista inicial

- En la Entrevista Inicial, dedicamos 30 minutos a conocer y hablar con los padres con el objetivo de recibir la demanda y recopilar los datos personales, familiares y escolares del niño (*ampliado en la siguiente proyección*).
- En esta primera entrevista, explicamos y detallamos los objetivos de la Reeducación Psicopedagógica
- En este encuentro, los padres han de saber que el trabajo reeducativo es una intervención compleja, compartida y un elemento más en el tratamiento para el TDAH
- En esta primera entrevista marcamos la temporalización de la Reeducación Psicopedagógica, debiendo:
 - Acordar futuras reuniones con los padres
 - Acordar contactos con el profesional clínico de referencia (*)
 - Acordar contactos con la escuela (*)

(*) *Para ponernos en contacto con las escuelas y el profesional clínico, necesitamos la Autorización de los padres*

1. Entrevista inicial: Recopilación de Datos

- En las sesiones de Reeducción tendremos una ficha-hoja de primera visita para cada niño que acude a la sesión de Reeducción, en ella se debe incluir:
 1. **Datos personales del niño:** nombre y apellidos, fecha de nacimiento, dirección, teléfonos de contacto en horario en el que estará con nosotros, otros teléfonos , ...
 2. **Datos familiares:** nombre y apellidos de los padres o tutores y constelación familiar.
 3. **Por lo que refiere al diagnóstico:** diagnóstico principal y comórbido, profesionales que los han elaborado, profesional clínico que lleva al niño, medicación?
 4. **Por lo que refiere a los datos académicos:** nombre de la escuela, dirección, teléfono, curso actual y tutor de referencia, horarios de visita o recibida de llamadas, repeticiones de curso...
 5. **Otras informaciones:** Comentarios frecuentes de profesores, asignaturas de mayor dificultad, hábitos de estudio en casa (lugar, horario....) y preguntar sobre la posibilidad de dar al niño refuerzos positivos comestibles (preguntar por alergias, intolerancias...)

TAREAS ALUMNO

- Ejercicio 1:

1. *Crear un simulacro de hoja de primera visita donde aparezcan todas las partes que se han explicado.*
2. *Ofrecerla al resto de alumnos colocándola como documento adjunto en el Foro: ¿Cómo recogemos la información?*
3. *Una vez hayan participado todos los alumnos el profesor pondrá en el mismo foro el modelo utilizado en Fundación Adana.*

2. Evaluación de la línea base

- El objetivo principal de la evaluación de la línea base es recabar tanta información como sea posible del niño y de sus aprendizajes. Para conseguirlo, pedimos y realizamos:
 - Información desde el centro escolar:
 - Informes y calificaciones
 - Contactos telefónicos
 - Visitas al centro: entrevistas con los tutores u otros
 - Tests de lectoescritura y matemáticas
 - Cuestionarios sobre hábitos de estudio
 - Observación del propio niño en la sesión de Reeducción
- Hemos de tener presente que la evaluación ha de ser un proceso continuo, compartido y destinado a planificar/mejorar la intervención y/o demostrar su eficacia.

3. Trabajo reeducativo

- El trabajo reeducativo se inicia desde el momento en que hemos finalizado la evaluación y nos hemos planteado los objetivos de intervención.
- **Los objetivos dependerán en gran medida de:**
 1. **La edad** que tiene el niño (preescolar, infantil o joven)
 2. El grado de **retraso** del niño comparado con su grupo de edad
 3. El grado de **motivación** ante la tarea escolar
 4. Los problemas de **conducta** que puedan acompañar a las dificultades académicas

3. Trabajo reeducativo

- **Estos objetivos pueden hacer referencia a:**
 - **Recuperación de los aprendizajes:** lectura, escritura, calculo y matemáticas
 - **Planificación y organización:** agenda, horario de estudio, carpeta, apuntes...
 - **Técnicas y métodos de estudio:** pre-lectura, , subrayado, resumen, esquema y estudio
 - **Preparación de exámenes** (pre-durante-post)
 - **Trabajar la motivación y la autoestima:** ante las tareas académicas
 - **Potenciar conductas adecuadas:** estar sentado en la silla, acabar las tareas, pensar antes de responder...
 - **Reducir/eliminar conductas poco adecuadas:** comentarios fuera de lugar, levantarse constantemente, no seguir instrucciones...
 - **Generalización de conductas adecuadas:** en casa y en la escuela (entrevistas con los padres y maestros)
 - Interiorización de hábitos **de autonomía**

3. Trabajo reeducativo

- **Relación con la escuela:**
 - Ofrecer información sobre el TDAH
 - Asesorar a maestros, profesores, especialistas, monitores...
 - Ofrecer estrategias de actuación en el aula (sentarse cerca, supervisión constante, fragmentación de tareas, refuerzo y elogio...)
 - Proponer adaptaciones para niños con TDAH (en cuanto a los exámenes, deberes...)
 - Posible observación del niño en situación de aula
 - Entrevistas de seguimiento

4. Evaluación

- Esta evaluación ha de ser continuada y ha de ir muy ligada a los objetivos de intervención con la finalidad de ver si se superan y si se han de modificar según la demanda.
- **Los objetivos de esta evaluación serán:**
 1. Observar si se han producido mejoras a través de nuestra intervención.
 2. Proponer nuevos objetivos de intervención.
 3. Modificar los objetivos que ya teníamos.
 4. Guiarnos para la elaboración de informes.

4. Evaluación

- **Medios de Evaluación:**

- **Diario de campo:** donde se registren de forma anecdótica la intervención que se hace cada día. Esta información, después, se ha de analizar cuidadosamente, analizando los antecedentes y consecuencias de la conducta.
- **Protocolos de observación:** donde se registran siempre las mismas conductas en diferentes momentos
- **Pasación de nuevo de los test o cuestionarios**
- **Parrillas de seguimiento** donde se especifiquen los objetivos planteados, las intervenciones utilizadas y los resultados obtenidos

5. Devolución: informes

- Se realizarán dos informes por curso:
 1. En el **primer** informe se especifica:
 1. Qué es y qué se trabaja en una reeducación psicopedagógica
 2. Resultados obtenidos en las pruebas pedagógicas
 3. Objetivos de trabajo a nivel de aprendizajes y de hábitos de trabajo o métodos de estudio (en caso de que haya pruebas, también los resultados)
 4. Metodología que se utiliza para lograr dichos objetivos y metodología utilizada en la sesión de reeducación
 5. Se debe incluir la información que nos proporciona la escuela

TAREA del ALUMNO

- Ampliar con:
 - Contenido Teórico:
 - *Informe Inicial.pdf*

5. Devolución: Informes

2. En el **segundo** informe se especifica:
 1. Valoración cualitativa de la tarea realizada: ¿Hemos alcanzado los objetivos marcados? ¿Se han tenido que modificar?
 2. Metodología utilizada en las sesiones de Reeducción
 3. Añadir la información que obtenemos si se establece más contacto con la escuela o con algún profesional clínico. Añadir también los acuerdos a los que llegamos.
 4. Actitud, motivación y conducta frente la tarea académica
 5. Cualidades y virtudes: es importante destacar los puntos fuertes del niño que acude a reeducaciones ya que normalmente, está acostumbrado a que únicamente se le den importancia a sus errores y no a sus méritos.
 6. Sugerencias de cara a próximos cursos

TAREA del ALUMNO

- Ampliar con:
 - Contenido Teórico:
 - *Informe Final.pdf*

5. Devolución: Informes

- Los informes **sólo** se entregarán a los padres y/o tutores del niño que acude a las sesiones de Reeducación Psicopedagógica. Es importante que sean ellos los que hagan una copia para todos los profesionales que trabajan con el niño.
- El primer informe se entregará una vez finalizada la evaluación de la línea base.
- El segundo informe se entregará una vez finalizado el curso escolar.

6. Primeras Sesiones

- **1ª sesión:**
 - Presentarnos
 - Preguntar si conoce el motivo por el que viene aquí
 - Hablar sobre otros niños que se encuentran aquí.
 - Interesarnos por como se siente, inquietudes, preocupaciones, motivaciones, temas o centros de interés.
 - Qué esperas (¿en qué querrías que te ayudara?)
 - Ejercicios de aproximación: tareas lúdicas (cortar, dibujar, juegos...) y hacer la caja de material (Kit de supervivencia
 - Puede poner alguna cosa especial de casa (cuento...)
 - Veremos el grado de autonomía, motricidad fina, escritura y motivación)

6. Primeras Sesiones

- **2ª sesión:**
 - Iniciamos preocupándonos por sus intereses, por como le ha ido la semana...
 - Introducimos otra tarea ya no tan lúdica (dibujar cenefas, escribir letras, lectura de letras/números, con los grandes miramos su material escolar como la carpeta, libreta de apuntes, agenda...)
- **Entre el final de la 2ª y la 3ª sesión iniciaremos la evaluación para establecer la línea base**
- Una vez establecido un buen vínculo con el niño uno de los primeros objetivos a trabajar suele ser el uso de la agenda escolar

TAREA del ALUMNO

- Una vez finalizada la Unidad te recordamos que debes realizar el cuestionario de Evaluación de la Unidad 1 accediendo a:
 - **Unidad 1 / Evaluación/ *Evaluación Unidad 1***

Si tienes alguna duda recuerda que puedes exponerla en el Foro de Dudas y Preguntas de la Unidad 1.