

DISEÑO Y EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA PSICOTERAPÉUTICO
BASADO EN LA PRACTICA DEL EJERCICIO FÍSICO “PSICOTEFI”
PARA NIÑOS Y NIÑAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD DEL
CENTRO DE HABILITACIÓN Y CAPACITACIÓN ALUNA.

LUCY INÉS MEJÍA GAMARRA
SILVIA PATRICIA PEÑARANDA PADILLA

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE BOLIVAR
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
CARTAGENA DE INDIAS D. T. C
NOVIEMBRE DE 2008.

DISEÑO Y EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA PSICOTERAPÉUTICO
BASADO EN LA PRACTICA DEL EJERCICIO FÍSICO “PSICOTEFI”
PARA NIÑOS Y NIÑAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD DEL
CENTRO DE HABILITACIÓN Y CAPACITACIÓN ALUNA.

Trabajo De Grado Para Obtener El Titulo De Psicólogo

Directora

JULIA TRILLOS

Psicóloga

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
CARTAGENA DE INDIAS D. T. C
NOVIEMBRE DE 2008

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|--|------|
| RESUMEN | Pag. |
| MARCO TEORICO..... | 3 |
| Planteamiento del problema..... | 24 |
| Formulación de hipótesis..... | 25 |
| Variables..... | 25 |
| Definición conceptual variable dependiente..... | 25 |
| Definición conceptual variable independiente..... | 25 |
| Definición operacional variable dependiente..... | 25 |
| Definición operacional variable independiente..... | 26 |
| Control de variables..... | 27 |
| OBJETIVOS..... | 29 |
| Objetivo general..... | 29 |
| Objetivo específico..... | 29 |
| METODO..... | 30 |
| Diseño..... | 30 |
| Participantes..... | 30 |
| Instrumentos..... | 31 |
| Procedimiento..... | 33 |
| RESULTADOS..... | 37 |
| DISCUSION..... | 47 |
| REFERENCIAS..... | 54 |
| ANEXOS | |

Lista de figuras

| | Pag. |
|---|------|
| Figura 1. <i>Puntuaciones medias en el pre test y post test.</i> | 39 |
| Figura 2. <i>Porcentaje de diferencias en habilidades motoras.</i> | 39 |
| Figura 3. <i>Diferencias en puntuaciones individuales conducta motora pre test y post test.</i> | 40 |
| Figura 4. <i>Porcentaje de diferencias en conducta social.</i> | 41 |
| Figura 5. <i>Diferencias en puntuaciones individuales conducta social pre test y post test</i> | 41 |
| Figura 6. <i>Porcentajes de diferencias en atención.</i> | 42 |
| Figura 7. <i>Diferencias en puntuaciones individuales de atención pre test y post test</i> | 42 |
| Figura 8. <i>Diferencias en las puntuaciones pre test y post test de las habilidades motoras.</i> | 43 |
| Figura 9. <i>Diferencias en las puntuaciones pre test y post test de las conductas sociales</i> | 44 |
| Figura 10. <i>Diferencias en las puntuaciones pre test y post test de las conductas de atención.</i> | 44 |
| Figura 11. <i>Porcentajes de ausencias y asistencias por habilidades del programa PSICOTEFI</i> | 46 |

Lista de tablas

| | Pag. |
|--|------|
| Tabla 1. | |
| <i>Resultados prueba t.</i> | 37 |
| Tabla 2. | |
| <i>Cantidad de ausencias por participantes</i> | 45 |

Diseño Y Evaluación Del Programa “PSICOTEFI” Para Niños Y Niñas En Condición De Discapacidad Del Centro De Rehabilitación Y Capacitación Aluna

Para diseñar un programa terapéutico basado en el ejercicio físico para niños y niñas en condición de discapacidad del Centro de Rehabilitación y Capacitación ALUNA y evaluar la efectividad del mismo a través de su implementación en dicha población, se utilizó un diseño cuasi experimental de corte transversal sin grupo equivalente, y se planteó la siguiente hipótesis de investigación: Existen diferencias significativas en los puntajes obtenidos por la aplicación de los instrumentos en el pre-test y el post-test. Se trabajó con una muestra elegida por conveniencia sin ningún criterio estadístico tomando medidas pre y post tratamiento. La muestra la constituyeron 11 niños (dos niñas y nueve niños) con síndrome de down, nivel de funcionamiento medio, de edades comprendidas entre los 8 y los 10 años, estudiantes activos del centro ALUNA y de un nivel socioeconómico medio alto. Los instrumentos utilizados en la evaluación fueron registros de observación dirigidos a evaluar el área motora, la conducta de atención y social de los participantes.

Las puntuaciones arrojadas por los registros se analizaron a través de estadígrafos descriptivos e inferenciales como la prueba t de student y demuestran que existen diferencias significativas entre los resultados obtenidos por todas las variables del estudio antes de aplicado el tratamiento con los obtenidos en estas mismas variables luego de aplicado el tratamiento. La variable que mayor cambio obtuvo fue la motora, seguida por la conducta social y en último lugar, la conducta de atención. Esto permite concluir, que el programa Psicotefi es efectivo para trabajar la motricidad, sociabilidad y atención en la población con discapacidad.

Palabras claves: Ejercicio físico, discapacidad, habilidades motrices, conducta social, atención.

Diseño Y Evaluación Del Programa Psicoterapéutico “PSICOTEFI” Para Niños Y Niñas En Condición De Discapacidad Del Centro De Rehabilitación Y Capacitación Aluna

En todos los organismos vivos ya sean personas, animales o vegetales, el movimiento está asociado a la adaptación. Son inseparables de las estructuras que los provocan. Entre marcha y aparato locomotor, como entre la manipulación y la anatomía de la mano, o entre los comportamientos motrices y la conducta global del sujeto, existe una unidad evidente e indivisible. (Rodríguez, 1994)

En efecto, desde que se encuentra en el vientre la persona logra mantener su supervivencia utilizando el movimiento. Realiza movimientos fetales para acomodarse o movilizar las extremidades que le proporcionan estimulación propioceptiva y táctil. Al momento del nacimiento, es el conjunto de movimientos que realiza él, junto con el útero y el cuerpo materno, lo que le permite nacer. (Bobath, 1980; Galdon, et al, (sf); Moreno, 1998; Papalia, 1995)

Después del nacimiento, el niño continúa explorando su entorno a través del movimiento, se toca y examina su cuerpo, los dedos entran en su boca y más tarde los dedos de pies y manos entran en contacto, entrelazándose. (Bobath, 1980)

Incluso durante la fecundación es por medio del movimiento que los espermatozoides llegan al ovulo maduro de la madre y logran fertilizarlo. (Moreno, 1998; Papalia, 1995). Se observa entonces, la importante labor que desempeña la actividad física en la vida de la persona incluso desde antes de su inicio como ser humano.

Según Wallon (1963, citado por Condemarin, Chadwick y Milicici, 1998), el individuo se construye por medio del movimiento. Así, el desarrollo partirá de lo motor a lo psicológico, de lo concreto a lo abstracto, de la acción motora a la creación de símbolos.

Wallon (1963, citado por Condemarin, Chadwick y Milicici, 1998), plantea que el psiquismo y la motricidad son dominios interrelacionados y complementarios para el adecuado desarrollo humano. Para este escritor, el movimiento constituye un factor decisivo en el desarrollo psíquico del niño, por el significado que tiene en la relación que establece con los demás, por su influencia en la conducta habitual y porque de esta

manera, contribuye a la estructuración de la personalidad. Postula, que “el pensamiento nace de la acción, para volver a ella” (p.124)

Siguiendo a este autor, se puede afirmar, entonces, que según se desarrolle el área motora del niño se va a desarrollar su área psicológica, de esta forma, si la persona presenta alteraciones en su desarrollo motor o en dominio de las habilidades motrices, también presentará alteraciones en diferentes aspectos psicológicos, como los dispositivos básicos del aprendizaje (atención, motivación, memoria, percepción, lenguaje y pensamiento) (Cobos, 2006; Condemarin, Chadwick y Milicici, 1998; Moreno, 1998, Piaget, 1964/1994)

Piaget (1964/1994) afirma que la acción motora es la base de la inteligencia. El niño aprende y conoce su entorno a través de los movimientos que realiza. En los primeros años de vida el niño actúa sobre las cosas, las manipula, las utiliza y ejerce su influencia sobre ellas, logrando, con ello, experimentar diferentes sensaciones, conocer la forma de objetos e interactuar con las personas que los rodean.

El primer estadio del desarrollo cognitivo del ser humano, es el Sensorio-motriz. En el cual el niño aprende por medio de los movimientos que ejecuta sobre su entorno inmediato y las experiencias que obtiene a través de sus acciones. Así, el pensamiento lógico y simbólico característico de la edad adulta se construye inicialmente a través del movimiento. (Piaget, 1968/1999)

De esta manera, se evidencia los beneficios del movimiento en las áreas del desarrollo humano: Cognitiva, personal, física y social. Gardner (1998), además, reconocen la importancia del movimiento como elemento facilitador del aprendizaje en los niños con un estilo de aprendizaje cinético. Según Gardner (1998), la información adquirida por las personas puede llegar a ser más significativa y logra memorizarse con mayor facilidad cuando su aprendizaje se apoya en los movimientos.

Lo anterior se corrobora con los resultados obtenidos en una investigación realizada por Ann- Margreth Frei (1997, citado por Zelichowska, 2005) , en la cual se evidencia que el 34% de la población de estudiantes de una institución estadounidense muestran preferencia por un estilo de aprendizaje basado en el movimiento (“Inteligencia Cinética”, [Gardner, 1998]) Además, agrega datos, que permiten verificar la importancia del movimiento en el aprendizaje: 90% de la información se retiene en la

memoria cuando el estudiante ve, oye, verbaliza y actúa. 30% de la información es retenida en la memoria a largo plazo visualmente. 11% de la información es retenida a través del oído. 50% de la información se retiene cuando se ve y oye simultáneamente. 70% a través de la vista, oído y movimiento.

Se observa, que la información es retenida en un mayor porcentaje cuando su aprendizaje se proporciona acompañado de movimientos, y no solo con estímulos visuales y auditivos. (Zelichowska, 2005)

Además, con los movimientos se aprende a conocer el cuerpo, sus habilidades y capacidades, se comienza a reconocer como entidad separada de su medio. En este proceso la persona va construyendo su esquema corporal, y con referencia a esa construcción organiza el mundo que lo rodea: Los objetos y las personas. Es necesario que se conozca el propio cuerpo y el lugar de este en el espacio para llegar a conocer y entender el cuerpo de los demás. (Bobath, 1980; Wallon, citado por Condemarin y cols, 1998)

El esquema corporal, es una de las habilidades motrices de la persona, se refiere, según Ballesteros (1982) al complejo proceso que comienza desde los primeros días de vida y que finaliza, cuando el niño llega a la pubertad. Es la representación que la persona tiene de su propio cuerpo, de los diferentes segmentos corporales, de sus posibilidades de movimiento y de acción, así como de sus diversas limitaciones

Este proceso es indisociable a procesos perceptivos, cognitivos y praxicos y está directamente relacionado con la maduración neurológica y sensitiva, con la interacción social y con el desarrollo del lenguaje. Por ellos es un proceso constructivo lento pero que permitirá un perfecto ajuste cuerpo-medio. (Cobos, 2006; Martin, S y Martin, V, 1988)

De esta forma, la representación del propio cuerpo no solo se construye a través de los movimientos que permiten que interactúen diferentes partes del mismo (meterse el dedo a la boca) sino, a través de la percepción e interacción con el cuerpo de otros.

Alrededor, de los 2 y los 5 años niños y niñas van mejorando la imagen de su cuerpo y los elementos que lo integran, perfeccionando movimientos, estabilizando su lateralización, conquistando y actuando en el espacio. (Cobos, 2006)

Luego, entre los 5 y los 6 años los niños y niñas, plantea Galdon et al, (s.f), tienen una representación de su propio cuerpo bastante rica, son capaces de dominar diferentes partes del cuerpo, de realizar movimiento gruesos (coordinación de grandes músculos implicados en actividades como el equilibrio, locomoción, salto, etc.) y movimientos finos (actuación de grupos musculares pequeños, principalmente los movimientos de los dedos).

No obstante, aún, no logran tener un dominio total de todos los segmentos de su cuerpo. Deben continuar nutriendo su representación corporal con el dominio de conceptos espacio-temporales, que los ayude a situar su entidad corporal en relación al espacio, el tiempo y los objetos. Este proceso, se logra terminar alrededor de los 12 años de edad.

Algunos autores como Le Boulch (1982, citado por Fernández, 2007) plantean que en el desarrollo del esquema corporal se pueden distinguir tres etapas: a) Etapa del cuerpo vivido (hasta los tres años), se caracteriza porque los movimientos que realiza el niño, además de ser torpes y poco coordinados, involucran grandes grupos de músculos; b) Etapa de discriminación perceptiva (de tres a siete años), en esta etapa el niño es capaz de realizar acciones con ayuda de músculos pequeños, como los que se encuentran en los dedos, tiene una definición de su lateralidad y muestra más orientación del esquema corporal. En esta fase el niño debe ser capaz de dirigir su atención sobre la totalidad de su cuerpo y sobre cada uno de sus segmentos corporales. La tercera etapa es la c) Etapa del cuerpo representado (de siete a doce años); el niño logra tener una mayor conciencia de su motricidad, logra un dominio total de su cuerpo, se hace más conciente de procesos o estados corporales como la respiración y la relajación.

En esta etapa, los indicadores de un esquema corporal bien formado, según Picq y Vayer (1969 citado por Cobos, 2006), implica: la percepción y el control del propio cuerpo; un equilibrio postural ergonómico; una lateralidad bien definida; independencia de los segmentos en relación al tronco e independencia de uno en relación con los otros; el control y el equilibrio de las pulsaciones o inhibiciones estrechamente asociadas al esquema corporal y al control de la respiración; reconocimiento de los conceptos básicos espacio-temporales: arriba, abajo, detrás, junto a, lejos de, anterior, posterior, primero, último, ayer, etc.

Gracias a la representación que las personas tienen de su corporalidad pueden dominar cada segmento de su cuerpo de forma coordinada ajustando sus movimientos a la satisfacción de sus deseos. (Martin, S y Martin, V, 1988)

Con el desarrollo del esquema corporal, los individuos pueden lograr la ejecución de conductas que lo llevan a una adaptación de su entorno inmediato y a la solución de los problemas que se le pueden presentar. (Picq y Vayer ,1969 citado por Cobos, 2006).

Si a los 3 años de edad el niño o niña todavía no identifica las partes de su rostro, ya sea señalándolas o nombrándolas, se debe indagar en un posible retraso en la elaboración del esquema corporal. De igual forma, se debería hacer, si al finalizar el preescolar, en torno a los seis años, el niño no reconoce en sí mismo los elementos que compone su cuerpo o se le dificulta representarlo con cierta fidelidad.

Un esquema corporal mal definido, podría significar un déficit en la relación sujeto-mundo exterior, que se traduce sobre el plano de la percepción (déficit de la estructuración espacio-temporal), de la motricidad (torpeza, incoordinación, malas actitudes), y de la relación con el otro (incidencia sobre el plano relacional y caracterial) (Le Boulch, citado por Fernández, 2007)

Para lograr el desarrollo del esquema corporal, según Mora y Palacios (1991 citado por Fernández, 2007) deben interactuar elementos de distintas naturaleza: perceptivos, motores, representaciones cognitivas e, incluso, la experiencia verbal. Además, se deben desarrollar en conjunto otras habilidades como motricidad básica, lateralidad, orientación espacio-temporal y coordinación, las cuales conforman las habilidades motrices.

Estas se refieren a la interacción de las habilidades motrices básicas (locomoción, estabilización, manipulación fina y gruesa) y a las funciones perceptivas motrices, que comprende la integración de las funciones exteroceptivas y propioceptivas. (Galdon, et al, s.f)

Las funciones exteroceptivas (coordinación dinámica general y específica) hacen referencia a la relación que tiene nuestro cuerpo y su movimiento, con el tiempo, el espacio y las direcciones. Mientras que las funciones propioceptivas (esquema corporal, lateralidad y orientación espacio-temporal) se refieren a la facultad de movimiento del

cuerpo humano, bajo control y localización, de cada una de sus partes, con base en la direccionalidad, núcleos y técnicas de movimiento. (Educación Física Recreativa, (s.f))

Como se menciona con anterioridad, el desarrollo de las habilidades motrices está interrelacionado, es así como el desarrollo del esquema corporal va de la mano con el desarrollo de la dominancia lateral y el manejo del concepto de derecha-izquierda. (Instituto de Deporte Y Recreación [INDER], 2004; Martin, S y Martin, V, 1988)

La lateralidad hace referencia a la dominancia lateral del lado derecho (diestro), del lado izquierdo (zurdo) o de ambos lados (ambidiestros). El cuerpo humano es anatómicamente simétrico, pero funcionalmente asimétrico. Las personas escriben, levantan peso o aplastan un objeto con una mano o pie determinado. Así mismo miran a través de un visor o se acercan el teléfono con un ojo y a un odio en concreto, respectivamente. La lateralidad es la preferencia de utilización de una de las partes simétricas del ser humano: Mano, ojo, oído y pierna. (Rigal, 1987d citado por Cobos, 2006)

Al hablar de lateralidad se puede hacer referencia: a) A la *lateralidad definida*, que es aquella en la que se manifiesta una dominancia clara de mano, ojo, oído y pie, del mismo lado del cuerpo, independientemente de que sea derecho o izquierdo. b) Se habla de *Lateralidad cruzada*, cuando hay dominancia derecha de mano y pie; pero izquierda de oído y ojo, por ejemplo. C) la Lateralidad indefinida mixta, es aquella en que no existe dominancia clara de mano, ojo, oído y pie, en ninguno de las partes del cuerpo. D) Se habla de Ambidextra, cuando se usa ambos lados (ojo, pie, mano, oído), con la misma habilidad y destreza para realizar las actividades. Por su parte, e) la Lateralidad contrariada, alude por ejemplo, a cuando el niño era zurdo, y por efectos de la educación, se le ha obligado a usar la mano derecha. Y f) la Lateralidad patológica, se refiere al hecho de que un niño, a pesar de ser zurdo, tiene que hacerse diestro, debido por ejemplo, a una hemiplejía del lado izquierdo. (Fernández, 2007)

El aspecto más notorio de la lateralización es la dominancia manual, ya que las acciones que se realizan con el ojo o el oído son menos evidentes que las que se realizan con las manos o pies. (Moreno, 1998)

Según investigaciones realizadas por autores como Buró (1937), Zazzo (1960) Hacen y Ajuriaguerra (1963) (Citados por Cobos, 2006) se puede decir que a los 4 años

de edad es cuando se establece de forma casi definitiva la dominancia manual. Sin embargo, Mora y Palacios (1990, citados por Cobos 2006) a diferencia de los autores anteriores, establecen que la lateralización se produce entre los 3 y los 6 años de edad.

Gessel y Ames (1947, citado por Cobos, 2006), por su parte, piensan que es posible determinar la dominancia lateral desde el nacimiento gracias al reflejo tónico del cuello.

Aunque no existe una fecha clara para determinar cuando debe aparecer la dominancia lateral, siguiendo a Cobos (2006), se puede decir que los niños o niñas que a la edad de máximo 3,5 y 4 años no tienen definida su lateralidad pueden estar presentando un trastorno en el desarrollo de la misma, el mismo que se verá reflejado más tarde en diversos problemas de lectoescritura o Praxias.

De esta forma, se puede decir que los niños a partir de los 4 años deben tener su lateralización definida. Pero, solo a partir de los 5 ó 6 años, es que logran ser capaces de reconocer la derecha y la izquierda en su persona, y entre los 8 y los 11 años puede trasladar esta orientación a las demás personas o cosas. Para finalmente, sobre los 12 años, ser capaz de reconocer la derecha y la izquierda en el espejo. (Cobos, 2006)

Como se puede ver, no es lo mismo hablar de lateralización, que hablar de la dominancia del concepto derecha-izquierda. Pues es diferente no estar homogéneamente lateralizado (mano, pie y ojo dominantes derechos o izquierdos) que no dominar las nociones espaciales izquierda-derecha en sí mismos y en otros. (Moreno, 1998)

Sin embargo, como se ha venido mencionando en el transcurso de este escrito, las habilidades motrices están interrelacionadas y resulta favorable para tener un aprendizaje más rápido y duradero, que los niños y niñas, tengan claro su lado dominante para que así puedan dominar fácilmente los conceptos de orientación espacial: derecha-izquierda. (Cobos, 2006; Galdon, et al, (sf))

En el párrafo anterior, se hizo referencia a otra de las diferentes habilidades propioceptivas: la orientación espacio temporal. Esta habilidad está asociada al espacio perceptivo e influye esencialmente en relaciones topológicas. (Galdon, et al, s.f)

Según Cobos (2006), orientarnos significa establecer relaciones entre el cuerpo y los demás objetos para encontrar su camino. Para realizar ese proceso se debe dominar las nociones de conservación, apreciación de las distancias, reversibilidad, superficies,

volúmenes, etc. Por lo que se trata de un proceso de adquisición largo que se va configurando desde los planos más elementales (arriba, abajo, delante, atrás, cerca de, grande, etc.) hasta los más complejos (derecha, izquierda) dándose, en primer lugar, en la acción y pasando posteriormente a ser representados en uno mismo, en el otro y en el espacio, con lo que el dominio sería mas completo.

La mayoría de los niños de 6 años dominan los conceptos básicos espaciales y la noción derecha-izquierda sobre si mismo. Esta misma noción la logran sobre el experimentador a los 8 años de edad y la posición relativa de tres objetos a los 11-12 años (Rigal, 1987e citado por Cobos, 2006)

La estructuración de la orientación temporal se fundamenta sobre los cambios que el sujeto percibe. Este concepto esta constituido por dos componentes esenciales: el orden, o aspectos cualitativos y la duración o aspectos cuantitativos. Con el orden se aprecia la sucesión que existe entre los acontecimientos y con la duración, se aprecia la medida del intervalo que separa dos puntos de referencia: el principio y el fin de un acontecimiento. Ambos elementos se encuentran sintetizados en el ritmo, el cual constituye la base de la experiencia temporal (Poaletti, 1987b citado por Cobos 2006). Los niños que dominan esta habilidad son capaces de reconocer las diferentes velocidades en que se pueden desarrollar en una actividad o un suceso: Lento, medio, rápido, muy rápido, etc.

La evolución de la comprensión del orden y la duración acontece durante los periodos preoperatorios (de los 2 a los 6-7 años) y operatorio (de los 6-7 a los 11-12) y su estudio se fundamenta en los trabajos de Piaget (1964/1999)

Ritmo y motricidad se hallan íntimamente relacionados en la medida en que el ritmo permite manifestarse a través del movimiento y éste se beneficia con él. Igualmente relacionados están el ritmo y la lectura al principio de su aprendizaje, ya que ésta necesita la discriminación de fonemas y la transformación de estructuras visuales, distribuidas en el tiempo. Cuando los niños escriben al dictado se da el proceso inverso, integrándose ambas estructuras espacio-temporales en el proceso lecto-escritor. (Cobos, 2006)

El desarrollo de la orientación espacio-temporal es un pilar fundamental para los futuros aprendizajes escolares. De esta forma, si un niño no los desarrolla de la forma

adecuada podrá presentar problemas relacionados con la lectura (dislexia) y la escritura (disgrafía). Según algunos autores las confusiones de derecha izquierda que se derivan de una lateralización cerebral incompleta, serían las responsables de los problemas de lectura. (Bucher, 1988)

Asimismo el no dominio de la coordinación, una habilidad exteroceptiva, puede provocar en los niños y niñas dificultades en la marcha, en el desarrollo de su esquema corporal y en el aprendizaje de la lectoescritura.

La coordinación se define, según Galdon, et al, (s.f): “como la acción desencadenada por un estímulo que permite moverse en un determinado espacio (coordinación dinámica general) o manipular objetos (coordinación dinámica específica). Su desarrollo requiere de una buena integración del esquema corporal, así como de un dominio y conocimiento del propio cuerpo.” (p. 63)

Esta se adquiere mediante un proceso madurativo de las estructuras neurológicas, una integración del esquema corporal y mediante la práctica del ejercicio físico. Se refiere a la habilidad del individuo para realizar movimientos armónicos corporales, de tal forma que le permita cumplir con sus objetivos. (Moreno, 1998).

Como se expuso anteriormente, existen dos tipos diferentes de coordinación: a) Coordinación dinámica general: Se refiere a la coordinación de grandes músculos, también llamado motricidad gruesa. b) Coordinación dinámica específica: Se refiere a la utilización de pequeños músculos con un cierto grado de precisión en la ejecución de la conducta. Se le conoce como motricidad fina y se puede dar de diferentes formas: Coordinación ojo-mano, y ojo-pie. (Condemarin, Chadwick y Milicici, 1998)

Para el buen desarrollo de la coordinación, además, de lo mencionado se necesita del desarrollo de las habilidades de motricidad básica. Entre estas se encuentran: Habilidades estabilizadoras, manipulativas y locomotoras.

Las habilidades estabilizadoras son aquellas que permiten que aunque el cuerpo permanezca en su lugar se pueda mover alrededor de sus ejes vertical y horizontal. (INDER, 2004). La coordinación y el desarrollo del equilibrio están estrechamente vinculados, se dice que cuando el equilibrio es débil o no se ha desarrollado bien en las personas, estas consumen más energía al realizar las actividades como caminar o sostener algún objeto. Se produce fatiga en los músculos, aparecen los trastornos de

atención y todas las dificultades que se relacionan con la torpeza motora. (Picq y Vayer, 1981, citado por Cobos, 2006)

Se pueden diferenciar dos tipos de equilibrio. El equilibrio estático que es el que permite mantener la inmovilidad en una posición determinada (mantenerse de pie incluso en situaciones difíciles o caminar), Y el equilibrio dinámico depende en gran medida de las funciones visuales (caminar en zigzag, caminar sobre una barra o línea). Está relacionado con la capacidad para desplazarse en una postura determinada y con la capacidad para parar después de hacer una actividad dinámica. (Condemarin, Chadwick y Milicici, 1998; Picq y Vayer, 1981, citado por Cobos, 2006)

Por su parte, las habilidades locomotoras son las que se encuentran relacionadas con el desplazamiento del cuerpo. Con la transportación del cuerpo de un punto a otro del espacio, conjugando diferentes elementos (dirección, planos y ejes). Ejemplo: Correr, saltar, gatear. (Galdon et al, s.f)

Finalmente, las habilidades manipulativas, según el INDER (2004) hacen referencia a la capacidad de imprimir fuerza a los objetos y de recibir la propia de los objetos con que se interactúan. Son actividades ejemplos de esta habilidad lanzar, recibir, batear, etc.

El conjunto de habilidades motrices se desarrollan en un proceso sistémico y organizado que mantiene una secuencia “genéticamente determinada” regulada por factores internos como la madurez neurológica y factores externos como la alimentación que recibe el niño o la niña. (Cobos, 2006; Moreno, 1998; Martin, S y Martin, V, 1988)

Para que la persona logre un perfeccionamiento motor, debe haber desarrollado diferentes aspectos psicológicos, como el proceso simbólico, que se da partir del segundo año de vida y le permite al niño o niña, entre otras cosas, mejorar las representaciones que se hace de su esquema corporal (Cobos, 2006)

Así, se puede afirmar que el desarrollo motor y psicológico de la persona son procesos interrelacionados, que conforman una unidad psicosomática, en donde lo afectivo, lo cognitivo y lo corporal son procesos indisolubles. (Bobath, 1980; Condemarin, Chadwick y Milicici, 1998; Cobos, 2006; Galdon, et al (sf); Le Boulch, citado por Fernández, 2007; Piaget, 1964/1999)

Cuando alguno de estos aspectos (cognitivo, motor “habilidades motrices” y/o afectivo) no se presenta de la forma adecuada, el crecimiento se aparta de su camino enlenteciendo o deteniendo el desarrollo global del individuo y originando los distintos trastornos del desarrollo que pueden presentar las personas. En la medida en que el trastorno se dé en edades más tempranas, sea más severo o más prolongado, será más difícil la habilitación o rehabilitación del individuo. (Bucher, 1988)

Como consecuencia de la aparición de un trastorno en el desarrollo se origina una discapacidad. Condición que según Buscaglia, (1990); Egea, y Sarabia, (2001); Esser & Rojas, (2006); Hapé, (1994) y López, (1999) afecta no solo el área física del individuo, sino también su área personal (autoestima, autoconcepto, establecimiento de relación de pareja) y social (inclusión a grupos, acceso a la educación, al trabajo y a sitios de esparcimiento)

Las Naciones Unidas (1988 citado por Reina, 2003), reconocen que las actitudes sociales hacia las personas con discapacidad pueden suponer los obstáculos más importantes para su inclusión en la comunidad que los mismos derivados de su propia deficiencia. Pero no es sólo la sociedad la que puede poner obstáculos en ese proceso de inclusión en la comunidad, sino también, la actitud de algunos profesionales que deben intervenir sobre este colectivo.

Pero, para poder entender un poco más acerca de la problemática de la población con discapacidad, quienes son los sujetos de este estudio, es necesario conocer como se ha concebido a las personas con discapacidad cognitiva o retraso mental, como aún es llamado este trastorno, a través de la historia, hasta llegar a la concepción de la Clasificación Mundial del Funcionamiento (CIF) que es la definición utilizada en este trabajo.

Las primeras nociones acerca del retraso mental fueron de índole biológica u orgánica. Antes del siglo XIX, el retraso mental no se distinguía de otras patologías o trastornos como las deficiencias sensoriales, enfermedades mentales y otras. Fue a partir del siglo XIX que se empieza a diferenciar el retraso mental de otras alteraciones. En el 1838, Esquirol (citado por Rodríguez y col, 2004) introduce en la literatura el término idiocia para diferenciar el retraso mental de la demencia y de la confusión mental. Definiendo la idiocia como la ausencia de un desarrollo intelectual global, de carácter

orgánico e incurable a diferencia de la demencia que constituía una pérdida irreversible de estas habilidades. Posteriormente Séguin (1846, citado por Rodríguez y col, 2004) divide la idiocia en tres categorías: idiotas, imbeciles y débiles de espíritu.

Para los primeros años del siglo XX aparecen definiciones fundamentalmente psicométricas que continúan centrándose en suposiciones de determinismos genético de la inteligencia y su expresión. Binet y Simón en 1905 (citado por Sattler, 1996), elaboran pruebas para medir el rendimiento escolar, y basados en la observación del crecimiento intelectual del niño, construyen una escala de habilidad por edades. Esta escala fue complementada por la teoría de los dos factores de Spearman en 1904. Luego Terma (1916 citado Sattler, 1996) introduce el término de coeficiente intelectual, definido como la relación entre la edad mental del individuo y su edad cronológica. En esta época, Wechsler (citado por Rodríguez y col, 2004) elaboran unas escalas de inteligencia que ofrecen puntuaciones derivadas de unas medidas de los resultados obtenidos en ellas. A partir de estos cocientes y de la desviación estándar con respecto a la medida se diagnostica y comienza a clasificar a los individuos con retraso mental.

En las décadas de los años veinte y treinta, teniendo en cuenta las teorías neurológicas de Hebb y las evolucionistas de Piaget, (citado por Rodríguez y col, 2004) se imparte una visión interaccionista según la cual la inteligencia tiene una base genética, pero su expresión no solo depende de esto sino de la interacción del individuo con su entorno.

Entre 1930 y 1950 nace desde la escuela de Vineland en Estados Unidos, y fundamentalmente representada por Doll (citado por Sattler, 1996), una corriente que acentúa el peso de la competencia social y el funcionamiento autónomo para la definición y clasificación de las personas con retraso. Es entonces durante esta época cuando sobresale una fuerte tendencia ambientalista enmarcada dentro del paradigma conductista predominante.

Paralelo a esto, a finales de la década de los cincuenta la Asociación Americana sobre personas con Deficiencia Mental (AAMD) (citada por Rodríguez y col, 2004) reúne a un grupo de expertos con el fin de elaborar una definición más integradora que las existentes basándose en las últimas influencias. Desde este momento la AAMR

propone las definiciones más aceptadas por la comunidad científica debido a su carácter más globalizador.

Es en 1959, cuando Herber (citado por Rodríguez y col, 2004) propone que “el retraso mental está relacionado con un funcionamiento intelectual general por debajo de la media, que se origina en el periodo del desarrollo y se asocia con deficiencias en el comportamiento adaptativo” esto como una definición del concepto.

Debido a que el límite definidor del retraso, impuesto por Herber, era demasiado cercano a la media, el número de sujetos susceptibles de ser diagnosticados con retraso resultaba demasiado alto y no correspondía con su capacidad real de adaptación. Grossman en 1973, (citado por Rodríguez y col, 2004) modifica la anterior definición especificando que el funcionamiento intelectual debe ser significativamente inferior a la media en dos o más desviaciones típicas.

Como resultado de este cambio los niveles de retraso se corresponden a los siguientes rangos: ligero (67-52), medio (51-36), severo (35-20) y profundo (menos de 20).

Así fue evolucionando este concepto con el fin de hacerlo menos estigmatizante para las personas que lo padecían, hasta que en el 1980 la Organización Mundial de la Salud (OMS) (citada por García, J. M., González, M., & Ramos, M. 2004) propone el esquema: *Enfermedad, Deficiencia, Discapacidad, Minusvalía*. En él, siempre dentro de la “experiencia de la salud”, ha de entenderse que: “Una *deficiencia*” es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. “Una *discapacidad*” es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. “Una *minusvalía*” es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo o factores sociales y culturales). (Ministerio de trabajo y asuntos sociales [INSERSO] Minusval. 2002)

Sin embargo, la relación causal entre dichos niveles de las consecuencias de la enfermedad es evidente en las propias definiciones de los mismos. Una deficiencia puede producir una discapacidad y la minusvalía puede ser causada por cualquiera de las

dos anteriores. Dicha causalidad y linealidad en el planteamiento de la clasificación internacional de deficiencia mental (CIDDM) fue uno de los aspectos que contribuyeron en la devaluación de esta definición. (Egea y Sarabia, 2001; Minusval [INSERSO], 2002)

Pese al empeño puesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la CIDDM para que los términos de la misma fueran positivos, fueron muchas las voces que se alzaron en contra de una Clasificación que enumeraba solo las situaciones limitantes, restrictivas y de desventaja. Se buscaba mostrar al individuo como persona y no como un sujeto de una determinada situación limitante, como esta clasificación lo reflejaba. (Castillo, 2007).

Esta perspectiva condujo a una nueva revisión de la terminología empleada, fue entonces que el 22 de mayo de 2001, en la 54ª Asamblea de la OMS, se aprueba la nueva versión de la Clasificación de discapacidad con el nombre definitivo de “*Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud*”, con las siglas CIF. En la nueva Clasificación encontramos una declaración de intenciones, ya no se enuncian tres niveles de consecuencias de la enfermedad, sino que se habla de “*funcionamiento*” (como término genérico para designar todas las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación social del ser humano), “*discapacidad*” (de igual manera, como término genérico que recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social del ser humano) y “*salud*” (como el elemento clave que relaciona a los dos anteriores) (González., Jiménez y Martín., 2002).

De esta manera, en este estudio se entiende a la discapacidad como una deficiencia en el funcionamiento de los niños y niñas, que puede afectar las áreas física, emocional, cognitiva y social de quien la padece. Esta es la definición que se utiliza actualmente para referirse a las personas con esta condición.

Se establece que no son discapacitados, sino personas en *condición* de discapacidad. Son seres humanos que tiene afectada un área de su funcionamiento, no todas las áreas de su integralidad. Se concibe a la discapacidad como un término

adjetivo del funcionamiento de la persona, y no como un sustantivo de la misma. (Pascal, 2002; Siegenthaler, 1996).

Este funcionamiento se puede ver influenciado por deficiencias en el desarrollo motor. Como se ha expuesto a lo largo de este escrito, el desarrollo motor es uno de los pilares fundamentales para el posterior desarrollo psicológico, cognitivo, social y lingüístico de las personas. De esta forma, se puede decir que si se estimulan las habilidades motrices de quienes presentan una condición de discapacidad se podrá conseguir un mejor funcionamiento en las diferentes áreas del individuo (Becker, 1998; Bilard, Delignières, & Ninot, 2005; Bobath, 1980; Condemarin y cols, 1998; Fragala-Pinkham et al, 2005; Piaget, 1968/1999)

Una de las formas para promover el desarrollo y la adquisición de habilidades motrices es a través del ejercicio físico, sobre todo si se tiene en cuenta que las personas con discapacidad necesitan estar en terapia constantemente, con el fin de conseguir potenciar al máximo sus habilidades y capacidades y lograr integrarse, aunque sea de forma parcial, a la vida social. (Ardil y Ostrosky, 1996; Castillo, 2007; Guerralisi, 2006; Hapé, 1994).

Se entiende por ejercicio físico toda actividad física o motora que realizada sistemática y organizadamente, bajo un programa estructurado, les ofrece beneficios psicológicos y físicos a las personas que lo practican. (Cruz, 1997; Serrato, 2003-2004)

En este concepto, se observan diversos aspectos a resaltar. En primer lugar, se debe realizar una diferenciación del término ejercicio físico y deporte. El deporte se trata de una actividad física realizada bajo un reglamento, que tiene un fin competitivo, y por lo tanto requiere de una gran intensidad física y de una especialización de las cualidades físicas de las cuales depende el rendimiento en este deporte (Galdon, et al (s.f). A diferencia del deporte, el ejercicio físico no se rige por un reglamento internacional, ni se dedica a trabajar en una disciplina deportiva en particular, pero la diferencia más importante, es que el ejercicio físico no se realiza para obtener un alto rendimiento en competiciones, sino con el objetivo principal de desarrollar o mantener el estado físico. Queda claro, las razones por las que en este estudio no se utilizará el deporte como herramienta terapéutica, pues es el objetivo del programa no es entrenar a los niños para

que sean deportistas de alto rendimiento, sino desarrollar sus habilidades motrices para que tengan un mejor funcionamiento (Serrato, 2003-2004)

Todo programa de ejercicio, según Galdon et al (s.f) se estructura en diferentes sesiones cada una de las cuales se constituye por tres fases principales.

El calentamiento, según Buceta, (2004) corresponde a la primera fase de una sesión de ejercicio físico, su duración oscila entre los 5 y 10 minutos. Es la parte inicial, en ella se busca activar y preparar el organismo (músculos, temperatura, respiración) para la realización de un ejercicio físico con mayor intensidad. Dentro de esta fase se deben realizar tres clases básicas de ejercicios: Ejercicios cardiovasculares (aumentan la temperatura y el ritmo cardiaco y respiratorio), ejercicios articulatorios (ejercitan las diferentes articulaciones: codo, rodillas, muñecas, tobillos, etc.) y ejercicios de estiramiento (tensionan y activan a los músculos).

Estando el organismo preparado para la realización de ejercicios más exigentes, se pasa a la fase básica o principal. Esta tiene una duración entre 35 y 45 minutos. Su objetivo principal es la realización de ejercicios que le permitan al individuo alcanzar los objetivos de la sesión. Finalizada esta fase, se pasa a “desactivar” al organismo. La tercera fase, busca regresar al estado de activación normal o inicial, a la persona, por medio de ejercicios de relajación, respiración y estiramiento. Su duración oscila entre los 5 y 10 minutos aproximadamente. (Buceta, 2004)

Estas fases se deben realizar para evitar lesiones físicas en las personas que practican el ejercicio físico. (Garrote, 1993)

El ejercicio con criterio terapéutico se utiliza desde la más remota antigüedad, haciendo un poco de historia sobre la importancia del deporte y el ejercicio físico, cabe remitirse a la china de los años 3000/2000 antes de Cristo, de la que se conocen grabados que muestran movimientos y masajes utilizados con fines terapéuticos. Ejercicios respiratorios, movimientos pasivos y ejercicios de resistencia aplicados para enfermedades del aparato respiratorio, circulatorio y afecciones quirúrgicas. (Rodríguez, 1994)

En los Vedas, libros sagrados de los hindúes (1800 A de C.) se describe la importancia de los ejercicios activos y pasivos, de los ejercicios respiratorios y de los masajes en las diferentes terapias. Hipócrates de la Grecia antigua (460 A. de C.),

concedió gran importancia a la gimnasia terapéutica y a la dieta en la curación de las enfermedades, considerando además que la gimnasia terapéutica debía tener un carácter estrictamente individual. Por su parte Celso (siglo II A. de C.), confirió mucha trascendencia a la gimnasia y al masaje en la rehabilitación de las parálisis, habiendo llegado a emplear aparatos especiales para la flexión y extensión pasiva de las extremidades. (Rodríguez,1994)

La decadencia del conocimiento científico en la edad media también se refleja en esta área en todo el mundo occidental. Pero en los países árabes surgió el gran médico Avicena (980/1037) que en su obra El Canon de las ciencias médicas fundamenta teóricamente la importancia de los baños de sol, del régimen alimenticio adecuado, y del empleo de los ejercicios físicos para las personas de cualquier edad.

En el renacimiento (siglo XV/XVII) florecen las ciencias y las artes, se desarrollan el criterio científico y experimental de las ciencias naturales: anatomía descriptiva y comparativa, la fisiología y una rudimentaria cirugía. Se edita el tratado de ortopedias de los órganos humanos según las leyes de la fisiología, la higiene y la terapéutica de TISSOT. (Rodríguez, 1994)

De este modo, la práctica del ejercicio físico a través de los tiempos ha sido considerada como el trampolín para tener un buen estado físico, para gozar de un estado de salud óptimo y tener mayor tolerancia ante las enfermedades y adversidades, además de ser una terapia eficaz de rehabilitación. (Monje, 2005)

Aunque hoy día, es poco usado como un método de re-habilitación o rehabilitación para personas con algún tipo de discapacidad, pese a que ha mostrado excelentes resultados en esta área de aplicación, ya que la actividad físico-deportiva puede fomentar los recursos personales y sociales y disminuir riesgos de padecer enfermedades. Además, ofrece un campo controlado y protegido en que se realizan interacciones sociales, así como también confrontaciones con sus propios comportamientos. (Becker, 1998; Bilard, Delignieres & Ninot, 2005; Fragala-Pinkham et al. 2005; Montenegro, J. F, Rodríguez & A. M, Rodríguez, 2005; Zelichowska, 2005)

Igualmente, el ejercicio físico ayuda al desarrollo de la maduración cognitiva y de una conciencia de las acciones e incide en los procesos de socialización de los individuos, por medio del trabajo en equipo o a través del contacto interpersonal, el

cual, le permite conocer directamente a las personas las características de otros seres humanos en diferentes aspectos emotivos (alegría, tristeza, enojo, frustración) (Serrato, 2005)

Asimismo, proporciona conocimiento de normas y reglas, enseña disciplina por medio del respeto a las mismas y ayuda al desarrollo de valores como la responsabilidad, compañerismo y tolerancia. De esta manera, uno de los principales objetivos del ejercicio físico es mejorar las relaciones sociales y/o conocimiento social para permitir el desarrollo integral de las personas (Buceta, 2004; Giron, 1990; Gullen, 2003)

Está científicamente comprobado y es socialmente aceptado que llevar un estilo de vida sedentario aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad. El mantenimiento de la actividad física, considerada como práctica regular, como hábito de vida, es una necesidad para conservar la salud, definida por Becerro (citado en Zagalaz, S., et al., 2001), no simplemente como la ausencia de enfermedad, sino como la sensación de bienestar, la capacidad de ejercer toda clase de funciones, hasta incluso el contribuir a la propia felicidad y bienestar psicológico.

Para que la práctica del ejercicio físico tenga efecto sobre la vida de las personas, es necesario que se practique de forma regular, como un hábito de vida, practicado de manera sistemática y sostenida, diaria o casi diariamente. Hacerlo de manera esporádica, si bien es mejor que nada, no llega a tener suficiente trascendencia sobre el organismo ni sobre la mente (Cruz, 1997; Garrote, 1993).

En un estudio sobre Ejercicio físico y elasticidad arterial en sujetos normales mayores de 55 años, se encontró que el ejercicio físico impacta favorablemente sobre el sistema cardiovascular actuando sobre diferentes propiedades: la captación máxima de oxígeno, las funciones hemodinámicas centrales, el sistema nervioso autónomo, el sistema vascular periférico, la función muscular y la capacidad de trabajo físico. (Aldana, Viera, Mena, Porto y Rial, 2005).

También se encontró en otros estudios que los sujetos que realizan actividad deportiva regularmente tienen una mayor percepción de bienestar psicológico, y éste aumenta conforme se incrementa el nivel de la práctica. El ejercicio físico no sólo modifica la configuración interna del sujeto, sino que también lo hace con la

configuración externa. Los beneficios suelen ser pérdida de peso, disminución de grasa corporal, aumento de la masa muscular que da a la persona una imagen más atlética, lo cual contribuye a una visión positiva por parte del sujeto en cuanto a su apariencia. (Jürgens, 2006).

Otras investigaciones como la de Shephard (1994) demuestran que la actividad física regular puede fortalecer la calidad de vida, particularmente después de la jubilación. Además, el beneficio en la calidad de vida es entre 5 y 10 veces mayor que cualquier otro beneficio en longevidad absoluta. Los beneficios en la calidad de vida se ven inmediatamente, luego de que una persona comienza a ejercitarse, y tales cambios, por lo tanto tienen un impacto más grande sobre la motivación de una persona joven que cualquier promesa vaga de extensión última de la proyección de vida absoluta.

Por otra parte Becker, (1998) en su artículo sobre el efecto del ejercicio físico y el deporte en el área emocional comenta que el ejercicio ya sea de corta o larga duración, causa un bienestar mental y mejoría psicológica. Además concluye que la actividad física es causante de una mejora en la autoestima que produce beneficios en la hipertensión, osteoporosis, crisis diabéticas y varios trastornos psiquiátricos. Pues es una forma efectiva como otras formas de psicoterapia para el paciente depresivo. Los beneficios individuales del ejercicio incluyen: a) reducción de la ansiedad-estado; b) reducción a niveles mínimos y moderados de la depresión; c) reducción de los niveles de estrés; d) reducción de los niveles de neurosis; e) colabora en el tratamiento de la depresión severa; f) beneficia psicológicamente a ambos sexos y a todas las edades.

La utilización del ejercicio físico está altamente indicada en trastornos psíquicos debido a sus efectos positivos en síndromes depresivos, estados de ansiedad, tensión muscular, concepto de uno mismo, autoestima y autocuidado en general, insomnio, equilibrio físico, mejora de la concentración y la atención. Además fomenta la calidad de vida y hábitos saludables y promueve valores sociales. (Clemens, 2003).

Existen estudios como los de Stiensmeier, Meyza y Lenzen, (1989) y Weber (1984) (citados por Aldana y cols, 2005) que muestran el beneficio de un programa deportivo (correr, gimnasia y juegos deportivos) en una mejora de conductas y hábitos asociados al fenómeno de la adicción y el bienestar psíquico.

Por otra parte, Knonloch & Kreisel. (2001), Duberny. (1992), Klein (1987) y Dirk (1983) (citado por García, 2001) utilizaban en sus estudios métodos deportivos y psicodinámicos y afirman que gracias a ellos se producían una mejora de parámetros psicosociales del autoconcepto y un aumento del bienestar. Rahmani (2001, citado por García, 2001), mostró la eficacia de la terapia mediante el deporte en un centro de rehabilitación en Teheran, Iran. El encontró una mejora en el hábito de consumir drogas en la integración sociales y en algunos parámetros espiritual-religioso.

En estudios realizados por la asociación A.N.D.E en España se ha podido comprobar como niños afectados de cierto grado de incoordinación motriz y lesiones musculares importantes han recuperado mas de la mitad de su masa muscular gracias a la practica del deporte dirigido y, además, se ha conseguido que sus actitudes de rechazo hacia la sociedad y a sus mismos compañeros de colegio se hayan transformado en amabilidad y sociabilidad. (Martin, S y Martin, V, 1988).

Está claro entonces, que practicar deporte ayuda a conocerse así mismo y comprender a los demás, mejora la atención, mejora el equilibrio psicológico del deficiente y le ayuda a relacionarse con el mundo exterior, haciendo que desarrolle más actividades mentales y éticas que van a ser esenciales para su integración social. (Becker, 1998; Calvo, 2002; Fragala-Pinkham et al. 2005; Jürgens, 2006; Martin, S., Marin V. 1988).

El ejercicio físico representa la forma mas natural de fisioterapia, complementándola en gran parte, ya que restablece la fuerza muscular aumenta la calidad de vida, desarrolla la coordinación neuromuscular dándole además confianza en si mismo y la ilusión de mejorar. (Calvo, 2002; Heyward, 2001)

Además, el ejercicio físico y el deporte permiten a las personas con discapacidad canalizar mejor sus instintos, encontrar su personalidad y saber superar con más facilidad las dificultades de relación con su entorno, con sus padres, hermanos y amigos, donde ellos gracias al ejercicio se consideran importantes y capaces de hacer lo que los demás. (Bañarte y Brewer, 2002).

Sin embargo, a pesar de todos los beneficios que se ha comprobado ofrece el ejercicio físico a las personas en condición de discapacidad, resulta difícil encontrar países que adelanten trabajos que beneficien esta población. Los mayores avances se

han realizado en España, lugar donde se encuentran las principales federaciones encargadas de velar por el bienestar de las personas en condición de discapacidad, tal como son: la Federación Española de Deporte para Minusvalidos Físicos [FEMF], Federación Española de Deportes para Ciegos [FEDC] y la Federación de Deportes para Discapacitados Intelectuales Castilla-la Mancha [FECAM] (Ibáñez y Mudarra, 2004)

De esta manera, se hace necesario trabajar en pro de una población que a pesar de todos los adelantos sociales, en países Europeos, aún en ciertos lugares como Colombia y otros países de América Latina, se encuentran en un espacio *reservado*, debido al hecho de que algunos seres humanos aún no se convencen de aceptar socialmente, a las personas con discapacidad. (Ibáñez y Mudarra, 2004) Es común que se siga encontrando a personas que manifiestan una actitud despectiva u ofensiva al hablar del problema de discapacidad; incluso hoy en día, existen familias enteras que piensan que un hijo o pariente en condición de discapacidad (o mongólico, enfermo o minusválido, como erróneamente siguen llamando a estas personas) es sinónimo de torpeza, castigo celestial o dependencia total y de por vida. (Esser y Rojas, 2006)

De ahí, nace una de las razones por la que se desea llevar a cabo el presente trabajo; diseñar un programa que se convierta en un nuevo estilo terapéutico, que posibilite ayudar a esta población y le otorgue una metodología organizada y sistemática al ejercicio físico como una terapia integral, ya que como se menciono la práctica física no se esta teniendo en cuenta como un método terapéutico serio a la hora de implementarlo en los planes educativos o de intervención de las personas en condición de discapacidad, mas bien se considera como una fuente de recreación e integración social para este colectivo menos favorecido, y se toman como un espacio de oportunidad e igualdad para que quienes padecen una discapacidad demuestren sus habilidades. (Ibáñez & Mudarra, 2004) Aún, conociendo que, indistintamente de las condiciones de discapacidad que puedan presentar ciertos sujetos, se ha demostrado que el ejercicio físico aporta beneficios indiscutible para la salud y la calidad de vida, para el desarrollo motor, intelectual y social de cualquier persona. (Bilard y cols, 2005; Fragala-Pinkham et al. 2005)

Son pocos los estudios e instituciones educativas que se centran en obtener del ejercicio físico algo más que entreteniendo y mejora del estado físico. (Becker, 1998).

Es el caso del Centro de Rehabilitación y Capacitación Aluna, institución, donde se realizará el estudio, y en la cual, actualmente, no se cuenta con un programa de ejercicio físico, que tenga por objetivo la rehabilitación de los niños y niñas en condición de discapacidad, a través del ejercicio pues se desconocen los beneficios y bondades de esta alternativa terapéutica.

Por lo tanto de continuar tomándose el ejercicio físico y el deporte solo como un juego de pasatiempo, se estaría desaprovechando una herramienta terapéutica que podría ayudar a los niños, niñas y jóvenes con discapacidad en su desarrollo integral (cognitivo, emocional, lingüístico, motor y de la salud.) lo que les facilitaría ser personas funcionales en la sociedad. (Becker, 1998; Jürgens, 2006; Meinel, 1979, citado por Monje, 2005)

Tomando como base esta situación se decidió trabajar en un proyecto que busque integrar el ejercicio físico como un estilo de terapia que permita desarrollar todas las potencialidades de los niños y niñas del centro, especialmente sus habilidades motoras y psicológicas; así como mejorar la calidad de vida de los mismos. Además vale la pena recordar que de validarse este programa no solo se verían beneficiados los niños y niñas del centro ALUNA, si no que serviría como prueba piloto para implementarlo en otras instituciones que trabajen con esta misma población como son la Fundación Canciones de Colores, Instituto Rosario, entre otras de la ciudad que deseen implementar una nueva alternativa terapéutica para trabar los temas que se manejan en este programa como son; atención, habilidades motrices y conducta social, por lo que su impacto clínico puede llegar a ser muy valioso para la sociedad en especial para quienes padecen una discapacidad.

En consecuencia de lo anterior, se formula la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son los resultados de la implementación de un programa terapéutico basado en el ejercicio físico “PSICOTEFI” en niños y niñas en condición de discapacidad del Centro ALUNA?

Para dar respuesta a esta pregunta de investigación y guiar el presente trabajo se plantearon una hipótesis de investigación y una hipótesis nula

Hipótesis:

HI: Existen diferencias significativas en los puntajes obtenidos por los instrumentos en el pre-test antes de aplicado el tratamiento y el post-test después de aplicado el tratamiento.

HO: No existen diferencias significativas en los puntajes obtenidos por los instrumentos en el pre-test antes de aplicado el tratamiento y el post-test después de aplicado el tratamiento.

Las variables que se tuvieron en cuenta para realizar la investigación fueron:

Variables

1. Variable Independiente: Programa PSICOTEFI

1.1. Definición Conceptual Variable Independiente:

PSICOTEFI es un programa psicoterapéutico basado en el ejercicio físico que trabaja de forma integral las áreas motoras y psicológicas de la persona en condición de discapacidad.

1.2. Definición Operacional Variable Independiente:

PSICOTEFI se define operacionalmente como todas las actividades que se realizan para el desarrollo del programa el cual esta estructurado por tres módulos constituidos de la siguiente forma: Modulo I. Acondicionamiento Físico; tres sesiones, modulo II: Motricidad Básica (conformado por habilidades locomotoras, manipulativas y estabilizadoras); cuatro sesiones y modulo III: Funciones Perceptivo Motrices (conformado por las funciones exteroceptivas y propioceptivas); catorce sesiones, para un total de 21 sesiones.

2. Variables Dependientes: Habilidades Motrices, atención y conducta social

2.1 Definición conceptual habilidades motrices.

Son el resultado de la interacción de las capacidades perceptivo motrices (sustrato), la físico motrices (acción) y las socio motrices (comunicación). Se caracterizan por ser comunes a todos lo individuo y se dividen en habilidades motrices básicas y complejas (perceptivo motrices). (INDER, 2004)

2.1.2 Definición operacional habilidades motrices

Esta variable se define operacionalmente como las habilidades motrices que le permiten al individuo su adaptación al ambiente. Se dividen en: Motricidad Básica (que incluye habilidades de locomoción, de manipulación y de estabilidad) y Funciones Perceptivo motrices, que a su vez se subdivide en funciones exteroceptivas (coordinación general y específica) y funciones propioceptivas (esquema corporal, lateralidad, direccionalidad). Las habilidades motrices serán medidas a través de los siete ítems del instrumento de registro de observación motor diseñado para evaluar a los niños y niñas en condición de discapacidad.

2.2 Definición conceptual conducta de atención.

La conducta de atención se define como un complejo mecanismo cognitivo cuyo funcionamiento puede influir sobre la actividad de los sistemas mediante los que obtenemos información del mundo exterior (sistemas sensoriales), sobre los sistemas que realizan operaciones sobre la información procedente del exterior o de la memoria (sistema cognitivo) y sobre los sistemas mediante los que ejecutamos conductas (sistemas motrices) además, pueden distinguirse funcionalmente diferentes tipos de atención: a) establecimiento de contacto visual con el estímulo; b) fijación visual en situaciones discriminativas y c) seguimiento visual de estímulos sucesivos. (Munar E., Rossello J., Sanchez A, 1999)

2.2.1 Definición operacional conducta de atención

Esta variable se define operacionalmente como las conductas de contacto visual, fijación visual y seguimiento de estímulos que se evalúan en los tres ítems del formato de observación diseñado para medir la atención. (Ribes, 1992)

2.3 Definición conceptual de conducta social.

Esta variable se define como todas aquellas conductas realizadas por parte de las personas encaminadas a establecer o mantener una adecuada relación interpersonal. (Ribes, 1992).

2.3.1 Definición operacional de conducta social.

Esta variable se define operacionalmente como aquellas conductas pro sociales que se valoran en el formato de evaluación psicológica expresadas en el ítem tres del uno al ocho.

Las variables que se controlaron para brindar mayor validez interna a la investigación fueron:

Control de Variables

Del Sujeto

| ¿Que? | ¿Como? | ¿Para que? |
|----------------------|---|--|
| Tipo de Discapacidad | Eligiendo solo a sujetos que presenten síndrome de down. | Para que los participantes presenten características homogéneas y se puedan generalizar los resultados. |
| Edad cronológica | Seleccionando a niños y niñas cuya edad se encuentre entre los 8 y los 10 años. | Par garantizar que los participantes cuentan con la madurez biológica y mental necesaria para aprender los conceptos que se le suministrarán en el programa. |

De los Evaluadores

| ¿Que? | ¿Como? | ¿Para que? |
|----------------------------------|---|---|
| Conocimiento de la problemática. | Haciendo una revisión teórica previa de todos los temas relacionados con la discapacidad. | Para conocer la forma de comportarse de los participantes según su discapacidad y garantizar un buen manejo de las situaciones que se presenten durante la aplicación del programa. |
| Instrucciones | Suministrando las mismas instrucciones a los participantes antes de cada actividad. | Para evitar sesgos en la información que los participantes reciben a la hora de realizar una actividad. |
| Sesgo del Investigador | Por medio de la técnica de validez doble ciego. | Para evitar sesgar los resultados obtenidos en las mediciones antes y después |

del tratamiento y así garantizar una mayor validez interna de la Investigación.

Del Programa

| ¿Que? | ¿Como? | ¿Para que? |
|--------------------------|--|---|
| Observación | Observando durante todas las sesiones a los participantes. Para esto se utilizarán una videograbadora. | Así se podrá tener una mayor objetividad al momento de analizar los resultados y establecer los logros alcanzado por los participantes. |
| Continuidad del Programa | No alterando la continuidad de las sesiones terapéuticas inicialmente planteada en el programa. | Para lograr la mayor efectividad del tratamiento. |

Del Ambiente

| ¿Que? | ¿Como? | ¿Para que? |
|------------|---|---|
| Materiales | Utilizando materiales adaptados a la condición de discapacidad de los sujetos. | Para garantizar la seguridad de los participantes y evitar que se afecte el desempeño de los mimos durante las actividades. |
| Lugar | Se elegirá un espacio propicio para la realización de los ejercicios: Amplios, alejado de actividades, planos, etc. | Para evitar la presencia de distractores y aumentar la concentración de los mismos. |

Para dar respuesta a la pregunta de investigación y corroborar la hipótesis planteada se trazaron los siguientes objetivos que guiaron el trabajo de investigación.

Objetivo General

Diseñar un programa psicoterapéutico para niños y niñas en condición de discapacidad del Centro de Rehabilitación y Capacitación ALUNA, basado en la práctica del ejercicio físico y evaluar la efectividad del mismo a través de su implementación en dicha población.

Objetivos Específicos

Evaluar las habilidades motoras y psicológicas de los niños en condición de discapacidad, antes y después de la implementación del programa terapéutico.

Diseñar los módulos que conforman el programa terapéutico basado en el ejercicio físico los cuales incluirán cada una de las actividades a desarrollar con los participantes de la investigación.

Promover conductas pro sociales y de atención en los niños y niñas en condición de discapacidad.

Método

Diseño:

Para el desarrollo de este estudio se utilizó un método de investigación cuantitativo con un diseño cuasi experimental de corte transversal sin grupo equivalente, ilustrado a continuación:

G único O1 X O2

En donde G hace referencia a que se trabajó con un único grupo, O1 es la primera observación o pre-test que se les realizó a los participantes del proyecto, X es el tratamiento o implementación del programa terapéutico y O2 es la segunda observación o post-test que se realizó culminado el tratamiento.

Se utilizó un diseño cuasi experimental porque no hubo asignación al azar de los participantes del estudio y no se realizó un control total de las variables alternativas que pudieran afectar la investigación. Además, los diseños cuasi experimentales manejan al menos una variable, como en el caso de esta investigación en la que se manipuló la variable “PSICOTEFI” (Cerdeira, 2001; Hernández, Fernández y Batista, 1998; Shaughnessy & Zechmeister, 1994)

Participantes:

En este estudio participaron 11 niños (2 niñas y 9 niños) en condición de discapacidad, estudiantes activos del Centro de Habilitación y Capacitación ALUNA, ubicado en la ciudad de Cartagena. Los participantes tienen una edad que oscila entre los 8 y los 10 años, presentan como diagnóstico principal, síndrome de Down y poseen un nivel de funcionamiento medio, además, son de nivel socioeconómico medio alto (3 y 5)

Para seleccionar a los participantes se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, en el que se eligió la población con la que se va a trabajar sin ningún tipo de criterio estadístico (Guilford & Fruchter, 1984). En este muestreo los criterios básicos para seleccionar a los niños y niñas fueron los siguientes, los participantes a) Debían presentar un nivel de funcionamiento medio: Semi independencia en actividades de la vida diaria; manejo de conceptos básicos cotidianos, comprensión y acatamiento

de órdenes sencillas y presencia de habilidades sociales que no requieran de apoyo externo. Es necesario este nivel de funcionamiento por el tipo de programa que se manejó en el que se necesitaba que los participantes pudieran desplazarse solos, siguieran instrucciones y sobre todo no necesitaran apoyo. (Centro de habilitación y capacitación ALUNA, 2007), b) Debían tener una edad entre los 8 y los 10 años, pues era indispensable que esta población contara con la madurez biológica para interiorizar conceptos básicos como derecha-izquierda, partes del cuerpo, espacio y tiempo entre otros, necesarios para el desarrollo del programa; (Cobos, 2006); c) Su diagnóstico principal debía ser síndrome de down, por una parte porque la discapacidad cognitiva abarca muchas patologías y se hace necesario reducir el criterio y por otra porque es la población en la que mayormente se centran las investigaciones y los libros encontrados en la revisión bibliográfica, además, eran mayoría en el lugar donde se realizaba la investigación; (Galdon et al, (s.f) , Le Boulch 1982, citado por Fernández, 2007) y d) No debían tener problemas neuromotores o enfermedades físicas ya que esto les impediría practicar ejercicios físicos por lo contraproducente del mismo en dichas patologías.

Instrumento:

Se utilizaron tres formatos de observación que a la vez permitieron evaluar a los participantes en diferentes aspectos. El primero dirigido a evaluar el área motora, el segundo dirigido a evaluar la atención y el tercero dirigido a evaluar la conducta social de los participantes. Los instrumentos fueron diseñados con base en la revisión de la literatura realizada durante el desarrollo del proyecto y la asesoría de profesionales vinculados al área de evaluación específica: Psicólogos, fisioterapeutas, educadores y preparadores físicos. (Cobos, 2006; Cruz, 1997; Fragala-Pinkham et al, 2005; González, Gil y Marín, 2001; Guillen, 2003).

Cada formato tiene una sección inicial llamada “anamnesis” en la que se llenaron los datos de identificación de los participantes: nombre, edad, sexo y enfermedades padecidas. Con estas variables se esperaba poder establecer diferencias entre los

participantes con distintas características, que permitieran un mayor análisis de los resultados.

Los instrumentos están divididos en diferentes secciones según el número de áreas que evalúan. Para el caso del formato de evaluación motora, se divide en dos secciones, en cada una se evalúa una habilidad motriz específica: La primera sección es denominada Motricidad básica y la constituyen las habilidades de locomoción, manipulación, estabilidad. La segunda sección se llama funciones perceptivas motrices, en donde se evalúan esquema corporal, lateralidad, orientación espacio-temporal y coordinación (fuerza, resistencia, ojo-pie, ojo-mano). Este instrumento también tiene su sección de calificación, que se estableció dividiendo el número de ítems que conformaban cada habilidad entre la cantidad de opciones de respuestas (cinco opciones) de tal manera que la mayor puntuación equivaliera a la opción siempre en tanto que la menor puntuación equivaliera a nunca. (Ver anexo A)

El formato de observación de la atención se divide en tres secciones que son: contacto visual, fijación visual y seguimiento de estímulos. Cada una de estas secciones se observó según los criterios de aplicación diseñados para tal instrumento y se evaluó con las instrucciones específicas de calificación para esa sección las cuales fueron establecida bajos los parámetros encontrados en la bibliografía (Ribes, 1992) y luego de finalizar las observaciones para poder tener criterios mas claros de evaluación. (Ver anexo B)

El formato de observación de la conducta social se divide en ocho secciones cada una de las cuales se observaron y evaluaron con los criterios establecidos en el apartado de instrucciones de observación y calificación de este formato para lo cual se siguió el mismo procedimiento que en el anterior. (Ver anexo C)

Estos formatos fueron validados cada uno por parte de tres jueces expertos quienes evaluaron la pertinencia y la claridad de los mismos y además dieron sugerencias para el mejoramiento del mismo, que incluían para el formato psicológico; reducir variables de modo que solo se incluyeran las mas observables, ampliar ítems para hacer el instrumento mas confiable y especificar modo de aplicación y calificación, y para el formato motor solo cambiar orden de algunos ítems y especificar modo de aplicación. (Ver anexo D-formatos iniciales). Debido a estas sugerencias los formatos

iniciales se modificaron y nuevamente fueron revisados por los expertos, quienes aprobaron la nueva versión, que son los formatos con los cuales se realizó la evaluación.

En el formato motor se utilizan preguntas con respuestas tipo Likert con cinco opciones de respuestas que van desde *nunca*, *casi nunca*, *a veces*, *siempre* y *casi siempre*, los cuales corresponden cuantitativamente a 0, 1, 2, 3 y 4 respectivamente. (Ver anexo A) Pero los formatos de observación de la atención y de la conducta social poseen diferentes criterios de calificación para cada sección las cuales están especificadas en el apartado instrucciones de calificación de cada instrumento. (Ver anexo B y C)

Los formatos fueron diligenciados por parte de las experimentadoras para cada uno de los participantes en dos observaciones de una hora cada una, antes de aplicar el tratamiento y después de aplicar el tratamiento en un procedimiento de *doblo ciego*. Esto para darle mayor validez a las observaciones (Hernández, F., Batista. 1998; Siegenthaler, H. 1996)

Procedimiento:

Después de haber sido aceptada la propuesta de investigación por parte del comité de facultad de psicología, se procedió a enviar una carta dirigida a la junta directiva de la fundación de Habilitación y Capacitación ALUNA, en la que se presentó la propuesta de investigación, con el fin de recibir autorización para la realización de la investigación en dicho centro. Ver anexo E

Inmediatamente, se inicio con el diseño de un programa psicoterapéutico basado en la práctica del ejercicio físico (PSICOTEFI), dirigido a niños y niñas en condición de discapacidad estudiantes del centro ALUNA. Para esto se tuvo en cuenta la información obtenida por las fuentes consultadas en la revisión bibliográfica. Ver anexo F

Con la aprobación del estudio por parte del centro y la universidad, se pasó a culminar el diseño del programa y a crear los formatos de observación que se utilizaron para recoger la información de las áreas motora y psicológica de lo participantes. Los instrumentos de observación fueron sometidos a una valoración realizada por tres profesionales vinculados al área motora (Educador físico, preparador físico y fisioterapeuta) y tres vinculados al área psicológica (dos psicólogos clínicos y uno

deportivo). A estos jueces se les entregó una carta donde se les explicaba la finalidad de la investigación, se presentaban los formatos de evaluación y se les anexaba una tabla de calificación que iba de uno a cinco, diseñada por las experimentadoras para evaluar la claridad y la pertinencia del instrumento. Ver anexo G

Estos instrumentos fueron modificados a sugerencia de los evaluadores, teniendo en cuenta las observaciones más comunes y relevantes. Esto se puede observar haciendo la comparación entre los anexos A, B, C Y D.

Posteriormente, para la selección de los participantes, las investigadoras realizaron observaciones en cada aula del centro de las dos jornadas educativas en que este labora, las cuales duraron dos semanas. Con base en esa observación, se seleccionaron los niños y niñas que participaron en el estudio teniendo en cuenta los siguientes criterios a) Nivel de funcionamiento; b) Edad; c) Tipo de discapacidad; d) Problema neuromotor y/o físicos. Ver anexo H

Por la edad y condición de discapacidad de los participantes se realizó un formato de consentimiento informado a los acudientes de los niños y niñas seleccionados para recibir su autorización en la participación de sus hijos en el presente estudio. (Ver anexo I)

Para diligenciar ese formato se cito a los padres de familia a una reunión con el objetivo de explicarles los objetivos de la investigación, los beneficios que este tratamiento podría aportar a las personas con discapacidad y las razones por las que se decide ejecutar el proyecto. Además, dentro de reunión se les informó a los padres el cronograma de actividades, la duración de las mismas y los beneficios que podrían tener sus hijos si permitían su participación en el programa.

Luego de que los padres dieron su autorización para la participación de su hijo o hija en el programa se firmo un acta de compromisos donde los padres de familia se comprometían a llevar a sus hijos a las sesiones psicoterapéuticas y a colaborar en el desarrollo de las actividades.

Hubo una respuesta muy positiva por parte de los padres quienes se mostraron muy interesados en que sus hijos participaran en la investigación y en colaborar con el proyecto para que se pudiera realizar exitosamente.

El programa psicoterapéutico se empezó a implementar a mediados del mes de julio. Pero antes de la ejecución del programa, las investigadoras observaron y evaluaron las habilidades motrices, la atención y la conducta social de los participantes. Esto con ayuda los formatos de observación previamente diseñados. Dicha valoración se realizó durante diez días, en los que se evaluaron a cada participante en dos sesiones de una hora con el fin de obtener datos iniciales acerca de su estado motriz y psicológico. Ver anexo J

Para realizar la observación y posterior evaluación, y en búsqueda de una mayor objetividad en el manejo de la información concerniente al estudio, las experimentadoras utilizaron el método doble ciego. (Hernández, Fernández y Batista, 1998). De esa forma, una de las experimentadoras evaluó a seis participantes en el pre-test y la otra experimentadora evaluó a los cinco participantes restantes. Luego, en el pos-test, las experimentadoras cambiaron de participantes para realizar la segunda evaluación pero sin dar a conocer los primeros datos. Así, la investigadora que en el pre-test evaluó al grupo de seis participantes, en el pos-test debió evaluar al grupo de cinco participantes. Con este mecanismo, se esperaba que se registraran datos más objetivos y confiables en los resultados del estudio.

La tabulación de la información recogida en las observaciones, se tomaba de la siguiente forma: Inicialmente, se registraba cada ejecución de la conducta observada durante una sesión de evaluación en el formato de observación respectivo para cada variable, (tal como se explica en el anexo a, by c). Luego, con las puntuaciones tomadas en el pre test y post test de cada participante, se paso a comparar las evaluaciones de los participantes (sin hacer ningún tipo de análisis de resultados) para establecer rangos de calificación de esas observaciones para lo cual se llevaron esas puntuaciones brutas (datos directos de las observaciones) a puntuaciones escalares para hacer mas homogéneos los datos y facilitar la interpretación de los mismos.

Este procedimiento consistió en tomar la puntuación máxima obtenida por los participantes en ambas pruebas y luego dividirla entre cinco opciones de calificación para así establecer los rangos de puntuaciones de tal manera que el puntaje mayor equivaliera a cinco mientras que el mínimo equivaliera a uno para un total de cinco puntuaciones diferentes. De esta manera, si la puntuación máxima obtenida por los niños

en el ítem contacto visual de la variable atención, tanto en el pre test como en el pos test fue 15, se divide ese número en cinco categorías, que van desde 5, 4, 3, 2 y 1, donde 5 será siempre la puntuación máxima y 1 la puntuación mínima obtenida.

Lo anterior aplica para los formatos psicológicos. En tanto que para el formato motor como posee unas opciones de respuestas distintas que van desde siempre (equivale a 5 puntos), casi siempre (equivale a 4 puntos), algunas veces (equivale a 3 puntos), casi nunca (equivale a 2 puntos) y nunca (equivale a 1 punto), la puntuación escalar se obtuvo dividiendo el número de ítems entre la cantidad de opciones de respuestas para establecer el rango de calificación.

Al culminar con la implementación del programa, las experimentadoras pasaron a realizar la segunda observación y evaluación (pos-test) a los participantes del estudio. Ver anexo J

Habiendo aplicado el programa y finalizadas las observaciones se pasó a tabular los datos y hacer el análisis de los mismos para lo cual se utilizaron estadígrafos descriptivos como media, moda, puntaje mayor y menor, además de estadígrafos inferenciales como la prueba t de student, se compararon los resultados obtenidos por los participantes en la evaluación antes y después de la implementación del programa, se realizaron las recomendaciones correspondientes para otras investigaciones bajo este mismo lineamiento y se les entregó un informe con los avances obtenidos por los niños y niñas durante la terapia a los padres de familia mediante una reunión.

Resultados

Para conocer si el programa diseñado y aplicado en esta investigación fue efectivo, se determinó evaluar si los dos grupos de medidas (pre test y post test) difieren significativamente respecto a sus medias, para lo cual se utilizan estadígrafos descriptivos como (media, moda, desviación estándar valor máximo y mínimo) e inferenciales (la prueba t de student para muestras relacionadas)

Esta herramienta de análisis y su formula ejecutan una t de student de dos muestras relacionadas que permiten establecer si las medidas de la muestra son significativamente diferentes. En esta prueba estadística se exige dependencia entre ambas muestras, en las que hay dos momentos uno antes y otro después. Con ello se da a entender que en el primer período, las observaciones servirán de control o testigo, para conocer los cambios que se susciten después de aplicar una variable experimental o tratamiento. También se debe plantear una hipótesis nula la cual se somete a comprobación y una hipótesis alternativa que guía la investigación. (Wayne, 1994)

Antes de aplicar la prueba t se revisó la normalidad en los datos y que la dispersión en ambos grupos fuera homogénea ya que de lo contrario se podría invalidar la prueba.

Tabla 1. *Resultados prueba t*

| Variables | Diferencias relacionadas | | | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|-------------------|--------------|--|----------|--------|----|-----------------|
| | Media | Desviación típica | Error típico | 95 intervalo de confianza para la diferencia | | t | gl | Sig (bilateral) |
| | | | | Inferior | superior | | | |
| Par 1 Motora A Motora D | -8.254 | 1.9725 | ,5947 | -6.2343 | -3.5839 | -8.254 | 10 | ,000 |
| Par 2 Social A Social D | -4.680 | 3.0279 | ,9129 | -6.3069 | -2.2386 | -.4680 | 10 | ,001 |
| Par 3 Atent A Atent D | -2.640 | 2.7411 | ,8265 | -4.0233 | -,3403 | -2.640 | 10 | ,025 |

El software SPSS 10.0, con una confiabilidad del 95 % para las diferencias, indica que para la conducta motora antes y conducta motora después, con 10 grados de libertad (10 gl), arroja un índice de menos ocho punto veinte y cinco (-8.25), para un nivel de significancia de 0.000, lo cual denota que el programa PSICOTEFI en relación a la variable motora fue efectivo en esta muestra. En tanto, que la variable social pre test y social post test con 10 gl la prueba t arroja un índice de menos cuatro punto sesenta y ocho (-4.68) para un nivel de significancia de 0.001, indicando que el programa también fue efectivo en relación a la variable conducta social. Finalmente, para la variable atención antes y atención después, la prueba arroja un índice de menos dos punto sesenta y cuatro (-2.64) para un nivel de significancia de 0.025 denotando que el programa PSICOTEFI, al igual que en las variables anteriores, fue efectivo para la conducta de atención en la muestra.

Como consecuencia se rechaza la hipótesis nula y se afirma que el programa psicoterapéutico basado en la práctica del ejercicio físico PSICOTEFI logró cambios significativos en las habilidades motrices, la conducta social y la atención de los sujetos participantes de esta investigación.

En la Grafica 1 se describen las puntuaciones medias obtenidas por los participantes antes de la implementación del programa y después de este. Todas las variables superaron su media inicial, obteniendo habilidades motrices el mayor aumento, con una diferencia de cinco puntos, seguida por conducta social con una diferencia de cuatro puntos y finalmente atención con una diferencia en sus medias de dos puntos, siendo este puntaje la mínima diferencia obtenida en las medias pre y post test.

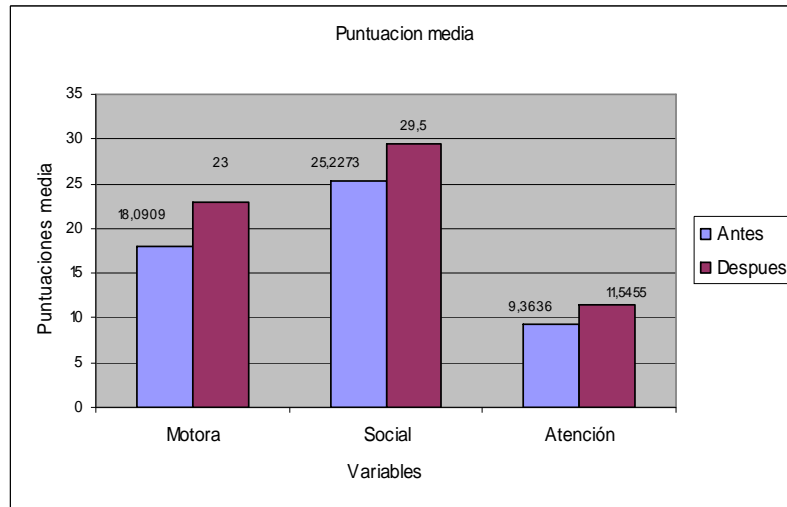


Figura 1. *Puntuaciones medias en el pre test y post test.*

En el siguiente apartado se describen de forma individual las diferencias encontradas en cada variable. Iniciando con las diferencias alcanzadas en las habilidades motoras a través de la implementación del programa.

En la figura 2 se corrobora que en todos los participantes del programa las puntuaciones obtenidas en motricidad se mejoraron durante la segunda evaluación con respecto a la primera

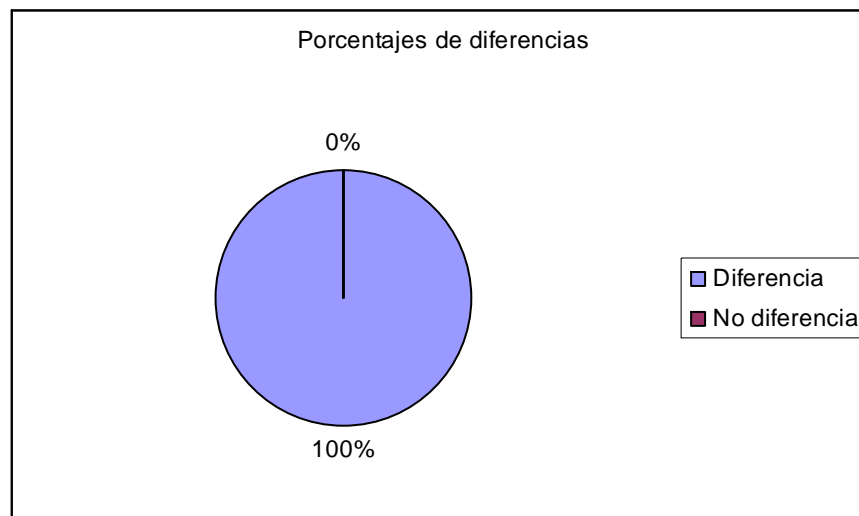


Figura 2. *Porcentaje de diferencias en habilidades motoras.*

Estos cambios se ilustran sujeto por sujeto en la Figura 3, de la que se concluye que el máximo aumento reflejado por los participantes en esta variable es de nueve puntos lo cual se evidencia en el sujeto E, en tanto que la menor la presentan los sujetos C, D, F y G. La diferencia más frecuente es de tres mientras que la promedio de cinco.

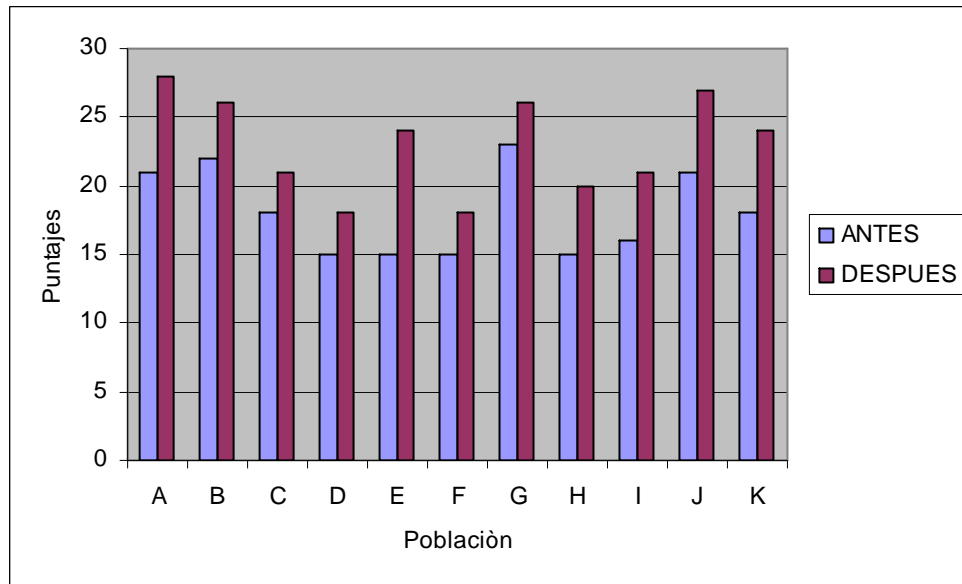


Figura 3. *Diferencias en puntuaciones individuales conducta motora pre test y post test.*

En relación a conducta social en el grafico 4 se puede observar que las puntuaciones del 91% de los participantes del programa “PSICOTEFI” aumentaron. Sin embargo, en el 9 % restante (un sujeto) no evidencia cambio.

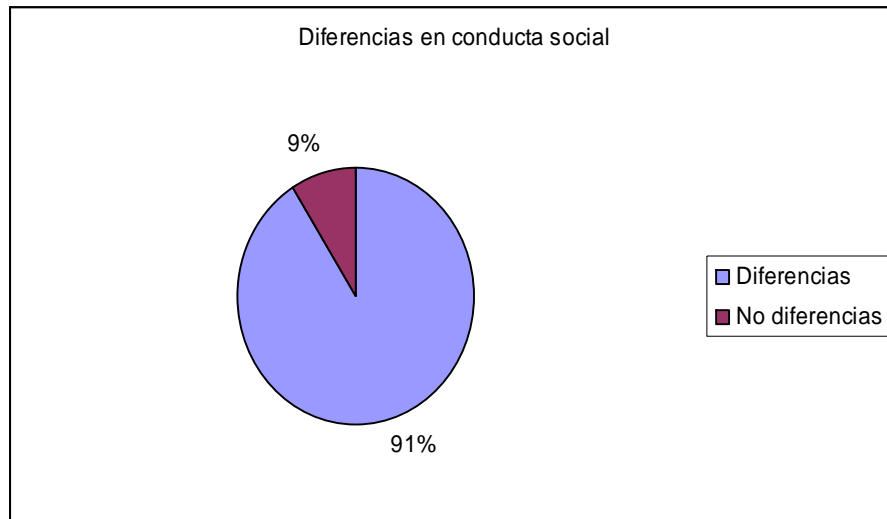


Figura 4. *Porcentaje de diferencias en conducta social.*

En la Figura 5 se detalla que la mayor diferencia la presenta el sujeto B que corresponde a nueve puntos, las menores se observan en los sujetos D, F y K, en tanto que el sujeto G no muestra diferencia alguna. La más frecuente fue de dos puntos para una media en conducta social de cuatro.

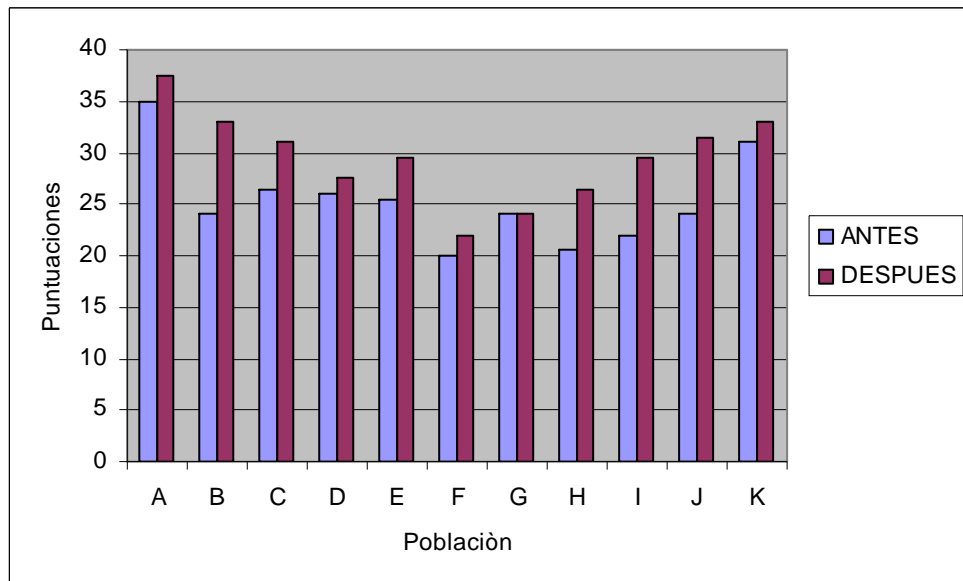


Figura 5. *Diferencias en puntuaciones individuales conducta social pre test y post test*

En atención hay un 82 % de participantes que muestran diferencias en sus puntuaciones, frente a un 18 % que lo refleja, cómo se ilustra en la Figura 6.

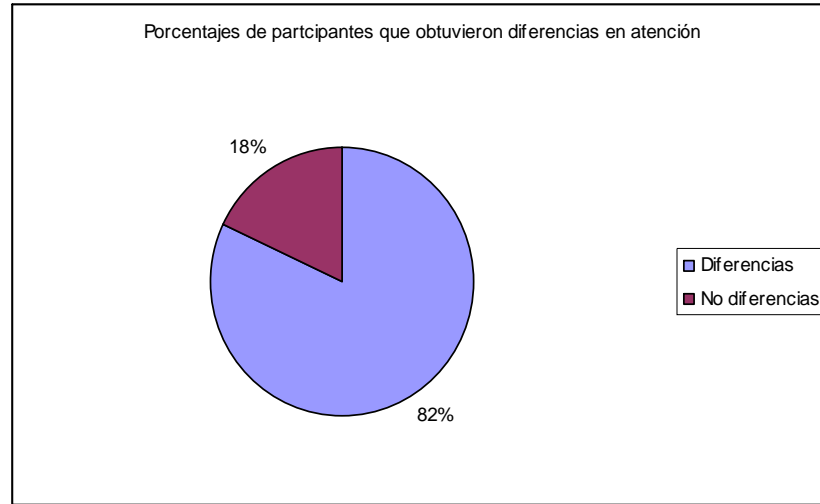


Figura 6. Porcentajes de diferencias en atención.

La Figura 7 describe las diferencias en las puntuaciones de cada participante en atención. Las más altas se observan en los sujetos I, J y K no obstante, las más bajas se ven en los sujetos A, B, D y E, mientras que los sujetos C y F no muestran ningún tipo de cambio. El promedio de esta variable fue de dos puntos y equivale también a la más frecuente.

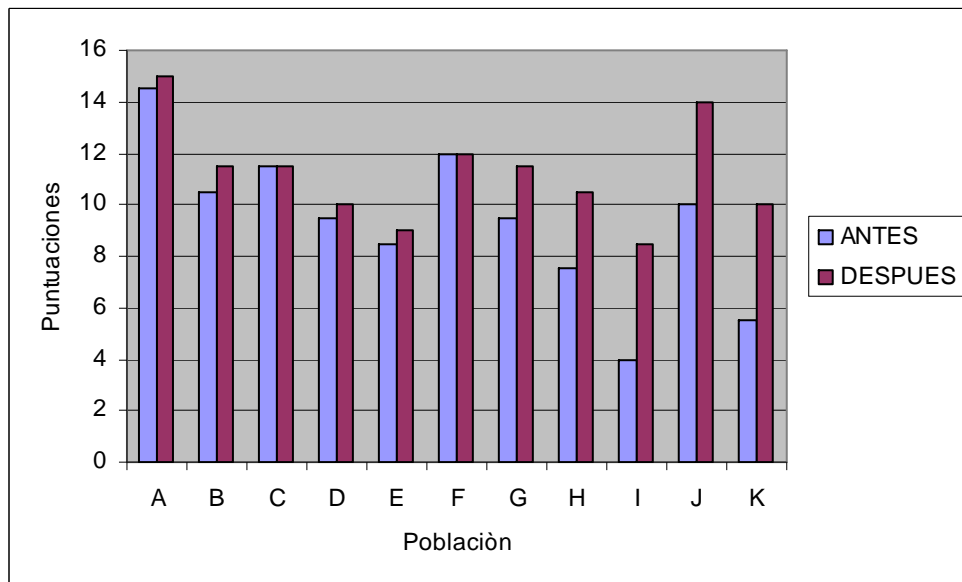


Figura 7. Diferencias en puntuaciones individuales de atención pre test y post test

Para especificar en cuales de las conductas o habilidades evaluadas en cada variable se generó mayor impacto con el programa PSICOTEFI se detallan los puntajes obtenidos en ellas.

Como lo muestra la Figura 8 las habilidades motoras que presentan mayores cambios son manipulación y esquema corporal ambos con nueve puntos, seguido de locomoción con ocho puntos y coordinación con igual puntaje. Mientras que las habilidades con menos cambios fueron lateralidad con cuatro puntos y orientación con seis puntos.

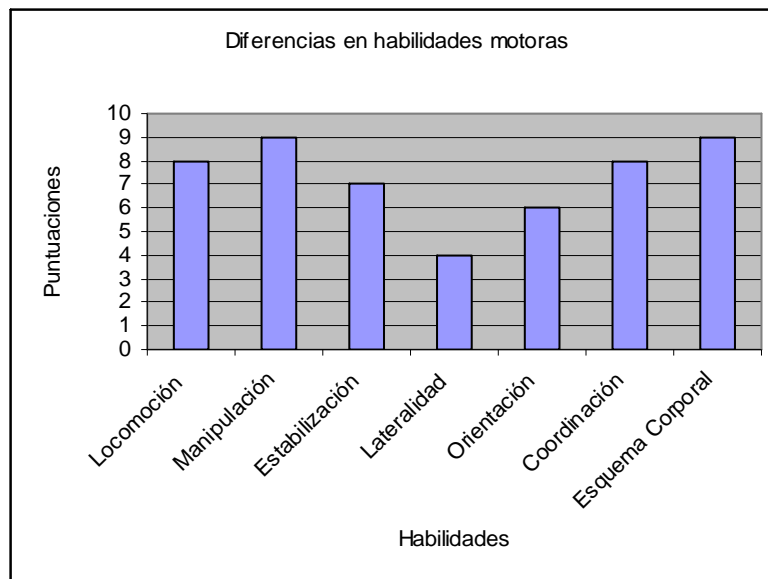


Figura 8. *Diferencias en las puntuaciones pre test y post test de las habilidades motoras.*

Seguidamente se expone la Figura 9 en la que se presentan las diferencias en las puntuaciones de las conductas que conforman la variable social

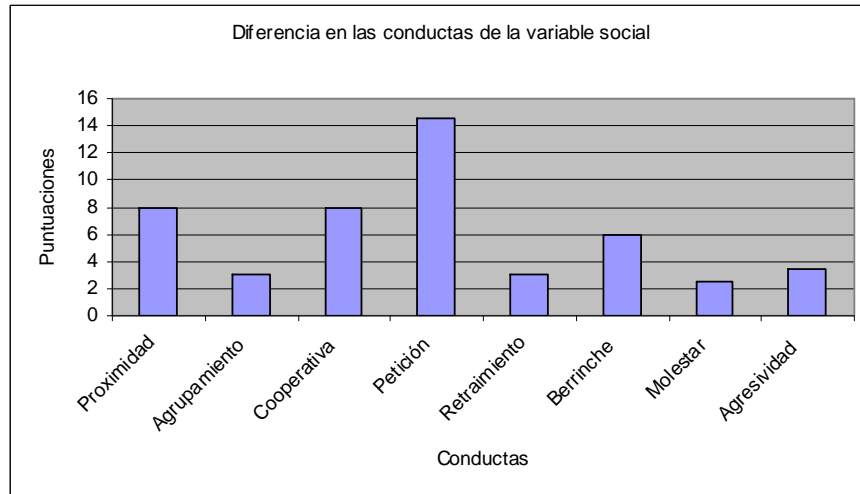


Figura 9. *Diferencias en las puntuaciones pre test y post test de las conductas sociales*

La conducta en la que mayor cambio se presenta es petición con 14.5, seguida por cooperativa con ocho puntos. La que muestra menores cambios es la conducta de molestar a los compañeros con dos puntos cinco. En tanto que la diferencia más común fue de tres puntos, que corresponde a retraimiento, agrupamiento y agresividad. El promedio para estas conductas fue de seis.

Para finalizar con el análisis de las conductas evaluadas se presenta la Figura 10 en la que se describen las diferencias en las puntuaciones de las conductas de atención.

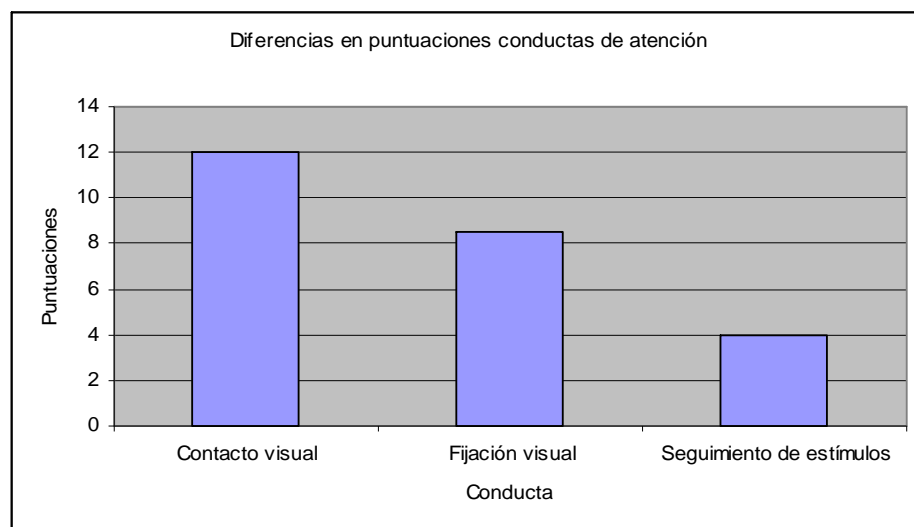


Figura 10. *Diferencias en las puntuaciones pre test y post test de las conductas de atención.*

La conducta en la que mayor cambio se generó fue la de contacto visual con una diferencia de 12 puntos, seguida por fijación visual con ocho punto cinco, en tanto que seguimiento de estímulos fue la que menores cambios obtuvo con cuatro puntos. La diferencia promedio para esta variable fue de ocho.

Para finalizar, se pasa a describir el número de veces que los participantes faltaron a las sesiones del programa. Esto con el fin de explicar mejor las diferencias encontradas en los resultados de cada participante

La Tabla 2 muestra el número de ausencias por cada participante. Los valores de la columna titulada como “ausencias” representan la cantidad de veces que faltaron los sujetos a las sesiones del programa.

Tabla 2. *Cantidad de ausencias por participantes*

| Participantes | Ausencias |
|---------------|-----------|
| A | 1 |
| B | 1 |
| C | 4 |
| D | 5 |
| E | 3 |
| F | 3 |
| G | 6 |
| H | 4 |
| I | 2 |
| J | 3 |
| K | 3 |

Se observa que los participantes del programa basado en el ejercicio físico que menos se ausentaron de las sesiones terapéuticas fueron los sujeto A y B. En tanto, que el participante que mas se ausentó lo hizo seis veces y corresponde al sujeto G, seguido por el sujeto D que faltó cinco veces. Así, en promedio el número de ausencias correspondió a tres.

Estas ausencias pueden haber afectado los resultados obtenidos por los participantes en las diferentes variables ya que se dejó de aprovechar un porcentaje del programa PSICOTEFI. En la Figura 11 se evidencia este planteamiento pues las

habilidades con más ausencias también fueron en las que menores cambios se alcanzaron.

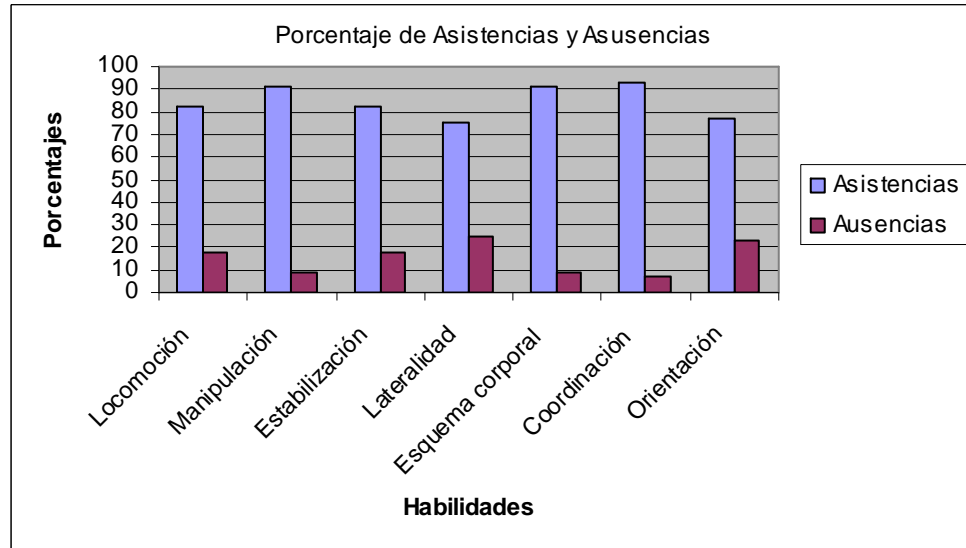


Figura 11. *Porcentajes de ausencias y asistencias por habilidades del programa PSICOTEFI*

La habilidad que obtuvo un porcentaje de ausencias más alto es lateralidad con un 25 %, seguida por orientación con un 23 %. Las que menos ausencias presentan son coordinación con un 7 % al igual que esquema corporal y manipulación con un 9 % de ausencias.

Discusión

Al diseñar un programa psicoterapéutico basado en el ejercicio físico se buscó que este contara con las herramientas terapéuticas, teóricas y metodológicas que garantizarán su efectividad en la población a quien iba dirigido.

PSICOTEFI es el resultado de la suma de la información obtenida de distintas investigaciones realizadas y de planteamientos teóricos que diversos escritores (Cobos, 2006; Conde Marín, Chadwick y Milicici, 1998; Moreno, 1998, Piaget, 1964/1994) han realizado a diferentes áreas como la Psicología, Fisioterapia y Educación física.

En efecto fueron esos componentes teóricos los que permitieron que la implementación del programa mostrara la efectividad de PISCOTEFI como una herramienta terapéutica efectiva para trabajar con personas en condición de discapacidad. Los datos arrojados por las formulas estadísticas utilizadas en la investigación evidencian una diferencia significativa entre las puntuaciones obtenidas en las variables a través de la evaluación pre test y post test. Siendo la máxima diferencia en las puntuaciones la obtenida por la variable motora, seguida de la variable social y de atención. Esta información rechaza la hipótesis nula del estudio y acepta la hipótesis investigativa planteada dentro del mismo.

Con estos datos se valida la utilización del ejercicio físico como un método eficaz para realizar terapia y estimular el desarrollo de las diferentes dimensiones del ser humano. En el proyecto se estructura una nueva modalidad de terapia, se aporta a la sociedad y principalmente a las personas en condición de discapacidad una opción de rehabilitación integral y lúdica, donde se habilitan al tiempo en que se divierten. El impacto clínico, biopsicosocial e interdisciplinario del estudio es lo que justifica a nivel práctico el mismo. (Becker, 1998; Bilard, Delignieres & Ninot, 2005; Fragala-Pinkham et al. 2005; Montenegro, J. F, Rodríguez & A. M, Rodríguez, 2005; Zelichowska, 2005)

Asimismo, con los resultados se corroboran los planteamientos teóricos encontrados en la revisión literaria. Se reafirma el planteamiento realizado por Wallon (1963, citado por Condemarin, Chadwick y Milicici, 1998), Piaget (1968/1999) y Garden (1998), acerca de la importancia del movimiento en el desarrollo psicológico y

la función adaptativa, la misma que le permite al individuo solucionar problemas y acomodarse a las diversas situaciones encontradas en su contexto inmediato.

La elección del movimiento como base fundamental del programa es uno de los aspectos que permite la efectividad del mismo.

Desde los inicios de la historia se ha utilizado la actividad física para curar enfermedades, fortalecer el cuerpo o simplemente sobrevivir. Se plantea que el movimiento estructurado en el ejercicio físico es fuente de desarrollo y bienestar psicológico, motor y social. De esta manera, PSICOTEFI al emplear el movimiento como medio terapéutico, se convierte en un medio que estimula de manera simultánea las dimensiones de la persona, así cuando se estimula las habilidades motrices, se estimula el desarrollo social y los procesos cognitivos del ser humano. Gracias a un trabajo organizado el programa psicoterapéutico logra obtener cambios significativos en todas sus variables, mejorando las áreas motoras, sociales y de atención de los niños y niñas en condición de discapacidad. (Bobath, 1980; Galdon, et al, (sf); Moreno, 1998; Papalia, 1995)

A este aspecto, se le agrega el diseño metodológico del programa. La combinación entre intensidad y duración de las sesiones con las características de los participantes en las mismas.

En relación a esto, se plantea que el hecho de que PSICOTEFI se realizara tres veces a la semana cada sesión con una duración de máximo una hora contribuye directamente al cumplimiento de los objetivos del estudio. Pues, como se encontró en la revisión de la literatura para que la práctica del ejercicio físico logre cambios en la vida de las personas, es necesario que su práctica sea sistemática y continua (mínimo tres veces por semana), tal como se diseñó en el programa terapéutico de la investigación (Cruz, 1997; Garrote, 1993).

Con la continuidad se logra que el cuerpo se acostumbre a la ejercitación motora, cree resistencia y sea capaz de soportar ejercicios que tengan una exigencia física mayor, facilitando, entonces, la obtención de resultados en el área de la salud. Además, aumenta la motivación y la percepción de auto eficacia en las personas, pues, sienten satisfacción al observar que sus habilidades han mejorado y darse cuenta de lo que son capaces.

Asimismo, los 60 minutos que dura la sesión de PSICOTEFI, les brinda la oportunidad a los terapeutas de ejecutar las tres etapas que se deben realizar en una sesión de ejercicio físico (calentamiento, entrenamiento y relajación) para evitar lesiones motoras en los participantes. Además, la organización de los módulos del programa permite que los sujetos inicialmente desarrollen actividades simples para que luego dominen habilidades más complejas. Con esto, se evita causar desmotivación por una mala percepción en relación a sus habilidades.

De igual manera, en la estructuración del diseño del programa se tuvo en cuenta que la literatura sugiere que aunque las habilidades motrices están interrelacionadas es prerequisite que para el desarrollo de una habilidad se adquiera primero otra; tal como se plantea, en la organización del programa, inicialmente se realiza un módulo con el objetivo de preparar físicamente a los participantes para exigencias mayores, luego se inicia con las habilidades básicas o prerequisites para el desarrollo de otras habilidades y el tercer módulo estimula el desarrollo de habilidades más complejas. Es importante resaltar, que en relación a las habilidades más complejas, en la organización del programa, también se tuvo en cuenta que las actividades para trabajar específicamente esquema corporal se ubicaran en apartados intercalados entre otras habilidades dentro del tercer módulo. Esto, a razón de que se ha encontrado que para el desarrollo del esquema corporal se debe manejar habilidades de motricidad básica, y para su posterior mejora deben interactuar en conjunto otras habilidades como la, lateralidad, orientación espacio-temporal y coordinación (Mora y Palacios, 1991 citado por Fernández, 2007)

Por otra parte, se observa que las características de los participantes con los que se trabajó durante el programa psicoterapéutico favorecieron la obtención de los resultados de este. El reducido tamaño de la muestra poblacional y la clasificación según su desempeño motor/comportamental y la división de los participantes en dos grupos que se trabajaron de forma independiente cada uno a una hora específica; permite que se facilite la transmisión de la información a los participantes y que se ofrezca una atención más individualizada acorde a las necesidades de la muestra.

La población del estudio se separó, con el fin de disminuir el número de participantes por terapia, ya que se observó que para ofrecer una atención total al grupo lo más idóneo es tener pocos participantes en la sesión terapéutica. La necesidad de los

niños y niñas con discapacidad de recibir una educación prácticamente personalizada, se presenta entre otros factores porque su estilo de aprendizaje es generalmente más lento que el del promedio de niños de su edad, además, porque usualmente se encuentran afectados procesos del desarrollo que facilitan el aprendizaje como atención, memoria, lenguaje, motivación (Egea y Sarabia, 2001; Minusval [INSERSO], 2002; Siegenthaler, 1996) Por esta razón, es necesario, para lograr una verdadera interiorización de los conceptos o habilidades estimulados en el programa, que su metodología de trabajo sea continua y repetitiva a lo largo del tiempo.

Otra característica de los participantes que fue definitiva en la consecución de resultados, hace referencia a la igualdad de la problemática padecida por ellos. Se eligió a niños y niñas con Síndrome de Down con nivel de funcionamiento medio alto; selección que favorece la suministración de instrucciones, el diseño de actividades o refuerzo de habilidades específicas en las que todos los niños y niñas por su condición presentan dificultades similares (ALUNA, 2007)

Además porque los niños con síndrome de down, no presentan dificultades a nivel motor tan marcadas con los niños que padecen otras patologías. Aparte de la hipotonía que presentan en el nacimiento su desempeño motor es similar al de los niños

En esta línea, se puede decir que así como los participantes presentan fortalezas similares en diferentes áreas, de igual manera, presentan dificultades semejantes en habilidades específicas. Muchas de estas dificultades son a nivel conductual (desacatamiento de órdenes, agresión a otras personas, respuestas verbales indebidas). A este respecto, al diseñar el programa se incluyó la utilización de técnicas de modificación conductual que ayudaran a la reforma de estos comportamientos. Tal como se encuentra en la literatura, las técnicas de modificación conductual son efectivas para trabajar con personas en condición de discapacidad (Ribes, 1992), por su fácil aplicación y lo inmediato de sus consecuencias “premios o castigos”.

Así, gracias a la interacción conjunta de diferentes aspectos metodológicos, teóricos, terapéuticos e interdisciplinarios PSICOTEFI logra resultados significativos en las puntuaciones pre y post de las variables estudiadas. Sin embargo, es necesario hacer resaltar un aspecto que si bien no fue totalmente definitivo en la obtención de metas, si influyó en las puntuaciones de las diferentes habilidades. Se hace referencia al factor de

ausencia de los participantes a las sesiones del programa psicoterapéutico. Todos los participantes en el estudio faltaron a mínimo una sesión de terapia, siendo el participante que mayor número de faltas tuvo el F con seis ausencias

La habilidad motriz trabajada en el programa a la que los participantes faltaron en un mayor porcentaje fue lateralidad y orientación. Al relacionar el porcentaje de faltas de cada habilidad trabajada en el programa con la diferencia en las puntuaciones obtenida por esas habilidades en el post test con relación al pre test se concluye que las habilidades que presentaron el mayor número de ausencias, lateralidad y orientación, fueron las mismas que obtuvieron la menor diferencia en las puntuaciones antes y después.

De igual forma, las habilidades que presentaron un menor número de ausencias, manipulación, coordinación y esquema corporal fueron las que obtuvieron la mayor diferencia en la puntuación post test.

Otras habilidades como estabilización y locomoción muestran un resultado correlacional entre su número de ausencias y su diferencia en puntuaciones pre test y post test. Sin embargo, se observa que la habilidad esquema corporal a pesar de ser la contar con ausencias, es una de las habilidades que obtuvo la máxima diferencia en las puntuaciones del pos test. Se cree que esta habilidad no se ve tan afectada con las ausencias porque se realizaron actividades dirigidas a reforzarlas en un mayor número de ocasiones que las otras habilidades.

En consecuencia de lo expuesto se plantea que las ausencias presentadas por los niños y niñas en las diferentes habilidades trabajadas fue un factor importante al momento de establecer el cambio que tuvo dicha habilidad en los estudiantes. Sin embargo, como se menciono, no es un aspecto definitivo en las puntuaciones, pues, se evidencia que aún con estos porcentajes de inasistencias las diferencias pre test y post test fueron bastantes significativas.

Tomando como base estos resultados, se recomienda para futuras investigaciones en esta misma línea, que además, de tener presente todos los aspectos utilizados en el diseño y ejecución del programa psicoterapéutico, explicados a lo largo del estudio (población, habilidades prerrequisitos, técnicas conductuales, continuidad y duración, planeación de las actividades, lugar), continúen explorando los beneficios del programa

a través de su implementación en poblaciones con un tipo de discapacidad diferente al Síndrome de Down, como síndrome autista o déficit cognitivo. Con el fin de validar esta terapia como un medio efectivo para el trabajo con otras poblaciones.

Asimismo, se sugiere que el programa se realice durante mayor tiempo, alrededor de tres a cuatro meses, para mejorar los resultados obtenidos en las puntuaciones de la evaluación pre test y post test y aumentar los beneficios en el área de la salud. Respecto a la evaluación, se recomienda que se realice por un periodo de tiempo mas largo (aumentar el número de sesiones de observación a cinco) que permita tener mayor confiabilidad de los datos diligenciados en el instrumento de observación.

Por otra parte, sería interesante que en futuras investigaciones se observara el efecto de PSICOTEFI en otras variables tales como la generación de iniciativa, conducta observada en algunos sujetos durante la implementación de programa y quienes antes de su participación en la investigación no mostraban indicios de esta en su repertorio conductual. Otras variables en las que se podría medir el efecto del programa pueden ser la autoestima, la auto imagen, la independencia, la ansiedad y el acatamiento de ordenes, conductas en las que el ejercicio ha mostrado resultados positivos según lo revisado en la bibliografía y en las que los niños y niñas en situación de discapacidad se ven afectados en su diario vivir, tanto por su situación como por las barreras que la sociedad les impone.

De la misma forma, se sugiere que los estudios los realicen conjuntamente profesionales de distintas áreas científicas, con el fin de que cada uno, desde sus conocimientos aporte al mejoramiento de la investigación. Aunque uno de los benéficos de este proyecto fue la asesoría de expertos de diferentes disciplinas (educadores físicos, fisioterapeutas, neuropsicólogos, investigadores, especialistas en trastorno cognitivos, estadísticos), fueron esencialmente psicólogas las que implementaron la terapia y analizaron los resultados desde su perspectiva.

Se hace necesario entonces, que se continúe trabajando en investigaciones cuasi experimentales y/o experimentales que aporten a la psicología como ciencia pero sobre todo que aporten soluciones a los problemáticas con los que día a día deben enfrentarse los profesionales de esta disciplina y para los cuales no fueron preparados en la academia tales como la violencia intrafamiliar, la violación y el incesto, el

desplazamiento forzado, el secuestro y la extorsión, la discapacidad, entre otras. Temáticas en las que la población de este país se encuentra inmersa y de las que depende la calidad de vida de las personas, que encuentran en la rehabilitación o habilitación un medio para sobrevivir en esta sociedad.

Referencias

- Aldana, A., Viera, A., Mena, V., Porto, F., Rial, N. (2005). Ejercicio físico y elasticidad arterial en sujetos normales mayores de 55 años. *Revista Cubana de Investigación Biomédica* 24 (1) 22-50. Ciudad de la Habana.
- Ardil, A., Ostroski, F. (1996). *Diagnóstico del daño cerebral*. México: Ed. Trillas.
- Ballesteros, S (1982). *El esquema Corporal*. Madrid: TEA
- Bañarte, L., Brewer, B, (2002). *Exploring sport and exercise psychology*. E.E.U.U: (2 ed) American Associate psychological.
- Becker, B. (1998). El efecto del ejercicio y el deporte en el área emocional. *Revista Digital Lecturas: Educación Física y Deporte*, 3, (12), Recuperado en Enero 30, 2008 Disponible en <http://www.sirc.ca/revista/html>.
- Billard, J., De Lignières & Nino, G. (2005). Effects of integrated or segregated *sport* participation on the physical self for adolescents with intellectual *disabilities*. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49 (9), pp. 682-689, 8p. Recuperado en febrero 10, 2008 de la base de datos EBSCO (Psychology and Behavioral Sciences Collection) disponible en <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pbh&AN=17922441&lang=es&site=ehost-live>
Base de datos de la Universidad Tecnológica de Bolívar.
- Bobath, K. (1980). *Bases neurofisiológicas para el tratamiento de la parálisis cerebral*. Ed, Medica Panamericana
- Bottasso, O. (2003). *Lo esencial en investigación clínica*. Argentina: Homo sapiens ediciones.

- Buceta, J. M. (2004). *Estrategias psicológicas para entrenadores de deportistas jóvenes*. España: DYKINSON.
- Bucher, H. (1988). *Trastornos psicomotores en el niño*. (4 reimpre.). Barcelona: Masson.
- Buscaglia, L. (1990). *Los discapacitados y sus padres. No se nace con un impedimento es el medio circundante el que lo determina*. (pp. 15-24,10p) Argentina: Ed. Emecé.
- Calvo, J y et al. (2002). *Avances en discapacidad. Fisioterapia* 24 (2) 107-114.
- Condemarin, M., Chadwick, M., & Milicici, N. (1998). *Madurez Escolar*. 9ª ed. Chile: Andrés Bello.
- Castillo, T. (2007). *Déjame intentarlo. La discapacidad hacia una visión creativa de las limitaciones humanas* (pp. 87-90, 4p). España: Ed. Ceac.
- Cerda, H. (2001). *Como elaborar proyectos: diseño, ejecución y evaluación de proyectos sociales y educativos (4 ed)*. Bogota: Ed. Magisterio.
- Cobos, P. (2006). *El desarrollo psicomotor y sus alteraciones: manual práctico para evaluarlo y favorecerlo*. Madrid: Ed Pirámide.
- Cruz, J. (1997). *Psicología del deporte*. España: Síntesis
- Egea, C., Sarabia, A. (2001). *Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad*. 50 5-30 *Boletín de real patronato sobre discapacidad*.
- Esser, J. & Rojas, C. (2006). *Representaciones sociales de la discapacidad. Estudio de opinión en universitarios de las ciencias de la salud de la Universidad de*

Carabobo. *Investigación en Salud, Volumen 8*, (003). Recuperado en Febrero 20, 2008 disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=14280304>

Educación física recreativa: manual de trabajo Aries editores.

Fernández, Y. (2007). Psicomotricidad. *Revista Digital de deportes*. Buenos Aires, Año 12, N° 108. Recuperado en marzo 20, 2008 disponible en <http://www.efdeportes.com/>

Fragala-Pinkham et al. (2005). A fitness program for children with disabilities. *Physical Therapy, Volumen 85*, (11), 1182-1198.

Galdon, O. et al (s.f). Manual de educación física y deportes: técnicas y actividades prácticas. *Aprendizaje y desarrollo motor*. Barcelona: Océano

García, J. M., González, M., & Ramos, M. (2004). Análisis de la discapacidad y la minusvalía en rehabilitación según la Clasificación Internacional de Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía. *Revista de la sociedad española de rehabilitación y medicina física. Volumen, 38*, (4), 151-153.

García, M. (2003). *Revista española de drogodependencia*, 28 (4) España. Ed Asociación española de estudios de drogodependencia.

Gardner, H. (1998), *Inteligencias Múltiples*, Barcelona: Editorial Paidós.

Garrote Escribano, N. (1993) *La educación física en primaria - 6/12 años*. Barcelona: Paidotribo.

González, L., Gil, C., Marín, G. (2001). *Manual de prácticas de psicología deportiva*. Madrid; Biblioteca Nueva.

- González, P., Jiménez, M., Martín, J. (2002). La clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF). *Revista española de salud pública*. 76 (4)
- Gómez, J. (2003). *Fundamentos biológicos del ejercicio físico*. España
- Girón, E. (1990). *Juegos y más juegos*. Bogotá: Indo América Press Service editores.
- Guerralisi, S. (2006). *Integración interdisciplinaria del deficiente*. Ed Ceac.
- Guilford. J. & Fruchter. B. (1984). *Estadística aplicada a la psicología y a la educación*. México: Mc Graw Hill.
- Gullen. F. (2003). *Psicopedagogía de la actividad física y del deporte*. Colombia: Kinesis.
- Hapé, F (1994). *Introducción al autismo*. España: alianza editor.
- Hernandez, Fernandez y Batista. (1998). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill.
- Heyward, V. (2001). *Evaluación y prescripción del ejercicio físico*. (p.p 12-14). Barcelona: Editorial Paidotribo.
- Ibáñez, P. & Mudarra, M. J. (2004). Relaciones sociales de personas con discapacidad en el ocio y el tiempo libre. *Revista española de pedagogía*. Volumen 62, (229), 524- 539.
- Instituto de Deporte y Recreación de Medellín [INDER] (2004) *Deporte sin Límites: Discapacidad Cognitiva*.

- Jürgens, I. (2006) Práctica deportiva y percepción de calidad de vida. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 6 (22) pp. 62-74 Recuperado en Febrero 22, 2008 disponible en <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista22/artsalud20.htm>
- López, M. (1999). *Aprendiendo a conocer a las personas con síndrome de down*. Ed. Málaga
- Martin, S y Martín, V. (1988). *Educación física y deporte para minusválidos psíquicos*. España: Ed Gymnos.
- Martin, G., Pear, (1999). *Modificación de conducta ¿Qué es y como aplicarla?* (5 ed). Madrid: Ed. Pearson Prentice Hall.
- Ministerio de trabajo y asuntos sociales (*INSERSO*). *Minusval*. 2002 (135)
- Monje, J. (2005). El rol del deporte formativo en la universidad. *Ciencias del deporte, educación física y recreación*, (43), 15-18.
- Montenegro, J. M, Rodríguez, J. F & Rodríguez, A. M. (2005). Efectos del ejercicio físico en persona con diabetes mellitus tipo II. *Umbral científico*. (007). Recuperado en Febrero 19, 2008 disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=30400707>
- Moreno, M. (1998). *Educación física en el discapacitado*. (pp. 63-76,14p; 143-173,31p) Argentina
- Munar, E., Rossello, J., Sanchez, A. (1999). *Atención y percepción*. (pp. 36) Madrid: Alianza editorial.

- Nadeau, M. (1998). *24 Juegos de relajación*. (2 ed) Málaga: Ed Sirios.
- Pascal, A. (2002). Nueva terminología para el tema de la discapacidad. *Educación Especial*. Año 10, (19), 2-3
- Papalia, D & Wendkos, R (1995.) *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. 5°. México. Editorial: Mc Graw Hill.
- Piaget, J. (1964/1994). *Seis estudios de psicología*. Eds: *Quinto centenario Colombia*. Colombia: Labor, S.A.
- Piaget, J. (1968/1999). *La psicología de la inteligencia*. Barcelona. Ed crítica
- Reina, R. (2003). Universidad de Extremadura, facultad de ciencias del deporte, Master en Actividad Física Adaptada. *Revista Digital Buenos Aires* año 9 (59). Recuperado febrero 10 de 2208. Disponible en www.efdeportes.com
- Ribes, E. (1992). *Técnica de modificación de conducta*. México: trillas.
- Rodríguez, M., Román, C., Blanco, J. y col (2004). *Retraso mental* (pp 9-21, 13p; 48-71, 24p; 98-113,14p). España: síntesis.
- Rodríguez, F. (1994). *Fundamentos biológicos de la educación física*. Mar de la plata.
- Sattler, J. (1996) *Evaluación infantil*, (3 ed). México: Ed. Manual moderno.
- Schinkn, J. (2007). *Handbook of psychology volume 21*. EE.UU. Ed Jhon Wiley y Sons
- Serrato, H., Velicer, W. (2005). *Psicología del deporte, Historia, Contextualización y Funciones*. Colombia: Kinesis.

- Serrato, M. (2003). Parte I: Evaluación y prescripción del ejercicio físico: Definición de terminología. *Acta Colombiana de medicina del deporte. Volumen 9.* (1). Recuperado en Febrero 19, 2008 disponible en <http://www.encolombia.com/medicina.html>.
- Serrato, M. (2004). Nuevas tendencias en recomendaciones de actividad física y prescripción del ejercicio. *Acta colombiana de medicina del deporte volumen 10* (2).
- Shephard, R. (2006, enero). Ejercicio, Envejecimiento y Calidad de Vida. *Resúmenes del 3er Simposio Internacional de Actualización en Ciencias Aplicadas al Deporte.* Recuperado el 18 de febrero. Disponible en [www. deportesalud.com/ deporte-salud y calidad de vida](http://www.deportesalud.com/deportesalud-y-calidad-de-vida)
- Siegenthaler, H. (1996). *Introducción a la pedagogía especial.* Vol. 2. Suiza: Ed. Lealon.
- Shaughnessy, J y Zechmeister, E.(1994). *Research methods in psychology.* New York: Mc Graw Hill.
- Wayne, D. (1994). *Estadística con aplicación a las ciencias sociales y a la educación* (pp. 469) México, D. F : Mc Graw Hill.
- Zagalaz Sánchez, M. L., Moreno del Castillo, R., Cachón Zagaláz, J. (2001) “Nuevas tendencias en la educación física” *Contextos educativos,* (4), 263-194.
- Zelichowska, I. K. (2005). El deporte como una herramienta para el aprendizaje de idiomas extranjeros. *Ciencias del deporte, educación física y recreación,* (43), 11-14.

ANEXOS

Anexo A

Formato de evaluación motora.

**PROGRAMA PSICOTERAPEUTICO BASADO EN LA PRÁCTICA DEL
EJERCICIO FÍSICO “PSICOTEFT”
FORMATO DE REGISTRO HABILIDADES MOTRICES**

INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN

El formato será diligenciado a través de observaciones participantes a los niños y niñas en condición de discapacidad. Las observaciones se realizarán durante una hora diaria por cinco días, dentro de la jornada escolar y en situaciones controladas por las experimentadoras que permitan el desarrollo de actividades relacionadas con las habilidades motrices evaluadas.

En la sesión de observación la evaluadora deberá diligenciar los datos de identificación del sujeto a evaluar, los cuales son: Nombre, edad, sexo y enfermedades padecidas. Posteriormente, pasará a diligenciar cada espacio del registro. El cual, esta conformado por dos secciones principales, en la primera sección se encuentra las diferentes habilidades motrices, que se dividen para su evaluación de la siguiente forma:

| Habilidad General | Habilidades Específicas |
|--|--------------------------------|
| Motricidad Básica | Locomoción |
| | Manipulativas |
| | Estabilizadoras |
| Habilidades Perceptivo motrices | Lateralidad |
| | Orientación |
| | Coordinación |
| | Esquema Corporal |

Para valorar, algunas de las anteriores habilidades (esquema corporal, por ejemplo), las evaluadoras deberán realizarles peticiones a los niños y niñas, esas peticiones se repetirán en cinco ocasiones, durante las diferentes sesiones de observación, con previa demostración del ejercicio por parte de las evaluadoras.

La segunda sección del registro, hace referencia a las cinco opciones de respuesta que podrá señalar la evaluadora según la columna de frecuencia. Las opciones de respuestas están divididas en cinco categorías que van desde Siempre (*S*), Casi siempre (*CS*), Algunas veces (*AV*), Casi Nunca (*CN*) hasta Nunca (*N*).

Para marcar la opción de respuesta indicada al caso del niño, la observadora tendrá en cuenta el número de ejecuciones correctas que el niño realice durante las cinco repeticiones del ejercicio. Así, si durante las cinco repeticiones del ejercicio el niño o niña realiza las actividades correctamente en todas las ocasiones se colocará una equis (*x*) en la casilla de siempre; Si realiza el ejercicio solo cuatro veces se colocará una equis en la casilla casi siempre; si lo realiza tres veces se marcará la casilla de algunas veces;

si lo realiza dos veces o una se marcará la casilla de casi nunca y si no realiza el ejercicio correctamente en ninguna ocasión se marcará la casilla nunca.

Para conocer el número de ejecuciones correctas realizadas por el niño, la evaluadora registrará con una paloma (*Chulo*) la ejecución correcta del ejercicio por parte del niño durante las sesiones de observación. De esta forma, si un niño durante las cinco repeticiones del ejercicio realiza correctamente la tarea 3 veces en la casilla de frecuencia la observadora deberá tener anotado tres *chulos*, lo que sugiere que el niño solo algunas veces logro realizar el ejercicio cabalmente.

INSTRUCCIONES DE CALIFICACIÓN

Habiendo finalizado la sesión de observación el evaluador pasará a calificar las distintas habilidades motrices, con una puntuación que va desde el 0 al 4, siendo cuatro (4) la mayor puntuación obtenida por los niños y niñas en cada categoría, la cual se logra al cumplir con el objetivo esperado y la menor puntuación (0) cuando no se cumpla con este.

| Opción de Respuesta | Siempre | Casi Siempre | Algunas Veces | Casi Nunca | Nunca |
|------------------------|---------|--------------|---------------|------------|-------|
| Puntaje Escalar | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

De esta forma, la máxima puntuación obtenida por los examinados en la culminación de los ejercicios será de 32 puntos en el puntaje bruto. Los resultados de la evaluación del área motora obtenido por el examinado, se registrarán en la siguiente tabla.

Tabla 1. Resultados de la sesión de observación, para el “Área Motora”

| Habilidad General | H. Especifica | Puntaje Escalar | Puntaje Total |
|------------------------------------|------------------|-----------------|---------------|
| Motricidad Básica | Locomoción | | |
| | Manipulación | | |
| | Estabilización | | |
| Sub total Motricidad básica | | | |
| Perceptivo Motrices | Lateralidad | | |
| | Orientación | | |
| | Coordinación | | |
| | Esquema Corporal | | |
| Sub Total Perceptivo motriz | | | |
| Total General | | | |

Para calcular el puntaje escalar de cada componente y sub. componentes de las habilidades motrices se deberá antes completar los siguientes cuadros, con la información correspondiente. De esta manera si un niño logra realizar perfectamente durante la sesión de observación todos los ocho ítems del área de locomoción, obtendrá

una puntuación bruta de 8, los mismos que relacionados en la tabla 2. Se convierten en cuatro al pasarlo a puntaje escalar.

Tabla 2. Resultados en puntuación bruta de cada sesión de observación, para el “Área Motora”

| Opciones de respuesta | Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Casi nunca | Nunca |
|-------------------------------|---------|--------------|---------------|------------|-------|
| Items | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Locomoción | 7-8 | 5-6 | 3-4 | 1-2 | 0 |
| Manipulación y Estabilización | 6 | 4-5 | 2-3 | 1 | 0 |
| Lateralidad | 10 | 7-9 | 4-6 | 1-3 | 0 |
| Orientación | 10 | 7-9 | 4-6 | 1-3 | 0 |
| Coordinación | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Esquema Corporal | 31-32 | 21-30 | 11-20 | 1-10 | 0 |

Al obtener la puntuación escalar de los sub. Componentes de las habilidades motrices, se pasará a sacar la puntuación escalar para las dos áreas principales de las habilidades motrices, con el fin de obtener el puntaje total del área motora en los niños y niñas evaluados. Así, si un niño además de obtener la puntuación bruta máxima en el área de locomoción, logro obtener la máxima puntuación en las otras sub. Áreas su puntuación máxima en habilidades perceptivo motrices será 16 y en motricidad básica será de 8. Al transferir esa puntuación bruta en puntaje escalar se obtendrá 4 para motricidad y 4 para perceptivo motrices, para un total de 8 puntos, los mismos que equivalen a 4 puntos (categoría de siempre) para habilidades motrices.

Tabla 3. Resultados en puntuación bruta de cada sesión de observación, para el “Área Motora”

| Items | Opciones de respuesta | Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Casi nunca | Nunca |
|-------------------------------|------------------------------|---------|--------------|---------------|------------|-------|
| | Puntaje Escalar | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Motricidad Básica | | 7-8 | 5-6 | 3-4 | 1-2 | 0 |
| Funciones Perceptivo motrices | | 16 | 11-15 | 6-10 | 1-5 | 0 |
| Habilidades motrices | | 7-8 | 5-6 | 3-4 | 1-2 | 0 |

Finalmente, obteniendo el puntaje escalar del área motora, se realizará un análisis estadístico (*prueba t*).

**PROGRAMA PSICOTERAPEUTICO BASADO EN LA PRÁCTICA DEL
EJERCICIO FÍSICO “PSICOTEFT”
FORMATO DE REGISTRO HABILIDADES MOTRICES**

Nombre: _____ **Edad:** _____ **Sexo:** _____

Enfermedades Padecidas:

| <i>Respuesta</i> | | | | | |
|--|----------------|---------------------|----------------------|-------------------|--------------|
| <i>Habilidad</i> | Siempre | Casi Siempre | Algunas Veces | Casi Nunca | Nunca |
| 1. MOTRICIDAD BÁSICA | | | | | |
| 1.1 Locomoción | | | | | |
| 1. Se mantiene en posición erecta al caminar, coordinando manos y piernas correctamente. | | | | | |
| 2. Logra trasportarse por medio del ganeo de un lugar a otro. | | | | | |
| 3. Logra caminar por una línea recta sin salirse. | | | | | |
| 4. Puede correr 14 metros manteniendo la postura, sin caerse. | | | | | |
| 5. Se desplaza saltando con las dos piernas juntas 14 metros. | | | | | |
| 6. Se desplaza saltando con una sola pierna a 5 metros. | | | | | |
| 7. Salta de forma correcta (punta-talón) | | | | | |
| 8. Puede subir y bajar escaleras sin apoyo. | | | | | |
| 1.2 Manipulativas | | | | | |
| | S | CS | AV | CN | N |
| 1. Lanza pelotas de diferentes tamaños a más de 3 metros de distancia. | | | | | |
| 2. Atrapa pelotas de diferentes tamaños sin dejarlas caer. | | | | | |
| 3. Logra pasarse de una mano a otra objetos pequeños (shakiras, canicas) | | | | | |

| 1.3 Estabilizadoras | | S | CS | AV | CN | N |
|--|-----------|----------------|---------------------|----------------------|-------------------|--------------|
| 1. Logra pasar la barra de equilibrio. | | | | | | |
| 2. Transporta vasos con aguas de un lugar a otro sin derramarlos. | | | | | | |
| 3. Logra sostenerse en un solo pie. | | | | | | |
| 2. PERCEPTIVOMOTRIZ | | Siempre | Casi Siempre | Algunas Veces | Casi Nunca | Nunca |
| 2.1 Lateralidad | | | | | | |
| 1. Muestra mayor habilidad al realizar las actividades con su mano derecha (escribir, sostener un objeto, tomarlo) | | | | | | |
| 2. Muestra mayor habilidad al realizar las actividades con su mano izquierda (escribir, sostener un objeto, tomarlo) | | | | | | |
| 3. Utiliza el pie derecho para patear una pelota. | | | | | | |
| 4. Utiliza el pie izquierdo para patear una pelota. | | | | | | |
| 5. Cuando se le pide que señale su mano derecha es capaz de hacerlo. | | | | | | |
| 6. Cuando se le pide que señale su mano izquierda es capaz de hacerlo. | | | | | | |
| 7. Logra moverse hacia su lado derecho cuando se le sugiere. | | | | | | |
| 8. Logra moverse hacia su lado izquierdo cuando se le sugiere. | | | | | | |
| 9. Logra señalar objetos que se encuentran a la derecha de otra persona. | | | | | | |
| 10. Logra señalar objetos que se encuentran a la izquierda de otra persona. | | | | | | |
| 2.2 Orientación Espacio-Temporal | | S | CS | AV | CN | N |
| Es capaz de identificar las | 1. Rápido | | | | | |
| | 2. Medio | | | | | |

Anexo B

Formato de registro de observación Atención

**PROGRAMA PSICOTERAPEUTICO BASADO EN LA PRÁCTICA DEL
EJERCICIO FÍSICO “PSICOTEFI”
FORMATO DE REGISTRO ATENCIÓN**

INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN

En el registro de observación de atención será diligenciado a través de observaciones no participantes a los niños y niñas en condición de discapacidad, las observaciones se llevarán acabo durante la jornada escolar, incluyendo la hora para la merienda, durante una hora diaria por cuatro días.

En cada sesión de observación el evaluador deberá diligenciar las siete secciones del formato, las cuales hacen referencia a:

1. Datos de Identificación: En este apartado se deberá registrar el nombre del niño o niña, edad, sexo, situación en la que se encuentra el evaluado y fecha de observación.

2. Conducta a observar: En esta columna se encuentran las tres conductas del proceso de atención:

1. **Contacto visual: (CV)** Definido como el contacto ojo a ojo entre el sujeto y las personas establecidas como estímulo discriminativo.
2. **Fijación visual: (FV)** Consiste en fijar la vista en cada uno de los estímulos por un tiempo determinado.
3. **Seguimiento de estímulos: (SE)** Se define en términos de emitir una respuesta discriminada ante estímulo que guardan una relación de sucesión en tiempo respecto a otro estímulo.

Para el registro en el formato de observación de estas conductas se deben tener en cuenta los siguientes parámetros:

- Para el registro del *contacto visual* se utilizará el salón de clases como ambiente de observación. Se registrará cuando el contacto visual se de entre el sujeto y otro adulto (docentes, experimentador o terapeutas). Lo importante en esta categoría de conducta, es cuantos contactos visuales establece el examinado en el laxo de 5 minutos. Durante una hora la observadora puede establecer varios intervalos de observación de 5 minutos.
- Para el registro de la *fijación visual* se tendrá en cuenta solo cuando el sujeto fije su mirada en el docente (cuando este dando una instrucción, o le haga una petición) o en su actividad académica (escribir una tarea, repintar, rellenar, dibujar). Se anota cuanto tiempo puede fijar su mirada en dichos estímulos. Al igual que en la anterior categoría, se establecerán varios intervalos de evaluación durante la hora de observación, cada uno de 5 minutos. Las anotaciones que se realicen durante la hora de observación se promedian al final de la misma.

- En el caso del *seguimiento de estímulos* solo se observará la conducta de seguimiento, en la actividad específica de escuchar un cuento. Son diferentes cuentos los cuales tienen 5 personajes que aparecen en diferentes momentos de las historias. El ejercicio consiste en que el sujeto identifique el orden en que aparece cada personaje (1°,2°,3°,4°,5°). Se anota en el formato en el espacio de RC el orden en que el sujeto enumere los personajes. Al igual que en los otros casos se anotan varios intentos en el registro.

3. Topografía de la conducta: En esta columna la observadora debe describir las conductas específicas que realiza el niño o niña, en la situación de observación.

4. Frecuencia: Esta sección del registro se refiere al número de conductas que se presentan en un lapso de tiempo específico.

5. Duración: En esta columna se registrarán el tiempo que se dura emitiendo una conducta de observación el niño o niña examinada.

6. Tiempo de observación: Se registrará cuanto tiempo duro la sesión de observación, generalmente va a ser de una hora.

7. Respuesta correcta (RC): En esta sección se registrara con una palomita (*chulo*) si el niño ejecuta la conducta correctamente, en caso contrario la observadora colocará una equis (X) solo aplica para la conducta de seguimiento de estímulo.

8. Puntaje: En este apartado, la observadora anotará los puntajes obtenidos por los niños y niñas evaluadas tanto en puntuación directa o puntaje bruto como en la puntuación escalar:

- **Puntaje Bruto o Directo (PB):** Es el total de la suma del número de veces que el niño o niña realizó la conducta en la sesión de observación.
- **Puntaje Escalar (PD):** Se refiere al paso de los puntajes directos a puntuación escalar según la tabla de puntuaciones que se diseñó para cada categoría conductual.

INSTRUCCIONES DE CALIFICACIÓN

La calificación de cada una de las conductas que conforman el registro de observación se hará según criterios diferentes, aunque, todas partirán de que la mayor puntuación (5) se obtiene al cumplir con el objetivo esperado y la menor puntuación (1) cuando no se cumpla con este.

Dado que se evalúan tres conductas: *Contacto visual*, *fijación visual* y *seguimiento visual*, la mayor puntuación que se puede obtener en el formato de atención es de 15, y la menor puntuación de 3.

Para establecer la calificación se promediarán las conductas emitidas en los diferentes tiempos de observación. Los criterios de calificación se explican a continuación para cada una de las categorías de conducta:

1. Contacto visual: Para la puntuación del contacto visual se tendrá como criterio la frecuencia de presentación de la conducta en 5 minutos de observación y se calificara con (5) cuando se realicen 24 o mas contactos visuales; con (4) cuando se realicen entre 18-23 contactos visuales; con (3) cuando se realicen entre 12-17 contactos visuales; con (2) cuando se realicen entre 6-11 contactos visuales; con (1) cuando se realicen entre 5-0 contacto visual. Lo anterior se ilustra en la siguiente tabla:

| | | | | | |
|------------------------|----------|-------|-------|------|-----|
| Puntaje Escalar | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Puntaje Bruto | 24 o mas | 18-23 | 12-17 | 6-11 | 0-5 |

2. Fijación visual: El criterio de evaluación en esta conducta es la duración de la fijación con el estímulo en un periodo de observación de 5 minutos. De esta forma, se calificará con (5) cuando se realice por 24 segundos en adelante una fijación visual; con (4) cuando se realicen por 18-23 segundos las fijaciones visuales; con (3) cuando se realicen por 12-17 segundos las fijaciones visuales; con (2) cuando se realicen por 6-11 segundos las fijaciones visuales; con (1) cuando se realicen entre 5-0 segundos la fijación visual, tal como se demuestra en la siguiente tabla:

| | | | | | |
|-----------------------------|----------|-------|-------|------|-----|
| Puntaje Escalar | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Puntaje Bruto (seg.) | 24 o mas | 18-23 | 12-17 | 6-11 | 0-5 |

3. Seguimiento de estímulo: Se calificará teniendo en cuenta, principalmente, la capacidad del niño para seguir unos estímulos y ordenarlos según la presentación de estos. El criterio en esta categoría, será si el sujeto responde correctamente o no a la instrucción de identificar el orden de la aparición de los personajes en el cuento. La calificación se establece de acuerdo a un promedio de respuestas correctas, así se calificará con (5) cuando el niño proporcione entre el 80% y el 100% de las respuestas correctas; con (4) cuando el niño proporcione entre el 60% y el 79% de las respuestas correctas; con (3) cuando el niño proporcione entre el 40% y el 59% de las respuestas correctas; con (2) cuando el niño proporcione entre el 20% y el 39% de las respuestas correctas; con (1) cuando el niño proporcione entre el 0% y el 19% de las respuestas correctas, tal como se demuestra en la siguiente tabla:

| | | | | | |
|--------------------------|--------|-------|-------|-------|------|
| Puntaje Escalar | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Puntaje Bruto (%) | 80-100 | 60-79 | 40-59 | 20-39 | 0-19 |

Obtenida la puntuación de cada categoría de conducta, se pasará a realizar la suma de los puntajes de las diferentes categorías para obtener la puntuación total de la sesión de observación. Esa puntuación, se sumara con las puntuaciones totales de las otras sesiones de observación, y luego se dividirá entre el número de sesiones de observación para obtener la puntuación promedio del niño o niña que se observó. Esto se anota en una tabla diseñada para ello.

Tabla 1. Resultados total de cada sesión de observación.

| Conducta observada | Sesión de Observación | Puntajes Específicos | Puntaje General | Promedio |
|---------------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------|-----------------|
| Contacto Visual | Sesión 1 | | | |
| | Sesión 2 | | | |
| Fijación Visual | Sesión 1 | | | |
| | Sesión 2 | | | |
| Seguimiento de Estímulos | Sesión 1 | | | |
| | Sesión 2 | | | |
| TOTAL | | | | |

Finalmente, obteniendo el puntaje promedio de todas las sesiones de observación en las diferentes categorías, se realizará un análisis estadístico (*prueba t*) para evaluar el estado de la conducta de atención de los niños y niñas observados.

FORMATO DE REGISTRO DE OBSERVACIÓN ATENCIÓN

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____

Sitio de observación _____ Fecha _____

| Conducta a observar | Topografía De conducta | Frecuencia | Duración | T. Ob | R.C | Puntaje | |
|-------------------------|------------------------|------------|----------|-------|-----|---------|----|
| | | | | | | PB | PD |
| Contacto visual | | | | | | | |
| Fijación visual | | | | | | | |
| Seguimiento de estímulo | | | | | | | |
| Total Puntaje | | | | | | | |

Anexo C
Formato de registro de observación conducta social

**PROGRAMA PSICOTERAPEUTICO BASADO EN LA PRÁCTICA DEL
EJERCICIO FÍSICO “PSICOTEFT”
FORMATO DE REGISTRO CONDUCTA SOCIAL**

INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN

El formato de observación conductual será diligenciado a través de observaciones no participantes a los niños y niñas en condición de discapacidad, las observaciones serán durante una hora diaria por cuatro días.

Se llevarán a cabo principalmente en las actividades escolares que impliquen la ejecución de la conducta social, tal como la merienda, las actividades de juego y esparcimiento, talleres grupales, trabajos en grupo y la hora de bienvenida, durante una hora diaria por cuatro días.

En cada sesión de observación el evaluador deberá diligenciar los datos de identificación del sujeto a evaluar, los cuales son: Nombre, edad, sexo y situación en la que se encuentra el evaluado. Posteriormente, pasará a diligenciar cada espacio del registro de observación, según la conducta social que el niño realice en ese momento.

El registro de observación esta compuesto por 8 columnas que se refieren a:

1. Categoría conductual: En este espacio va el nombre de las 8 categorías conductuales en que se operacionalizó la variable conducta social, definida como todas las conductas que realiza una persona para establecer o mantener una relación interpersonal con otro individuo, y que es reforzada por la mediación con otros. Dentro de las categorías de conducta social se distinguen dos subcategorías, la primera hace referencia a las conductas que se desea instaurar en los niños y la segunda subcategoría se refiere a las conductas que se espera eliminar del repertorio conductual de los niños, como se observa a continuación:

| Adquisición o Mantenimiento | Eliminación o disminución |
|--|----------------------------------|
| 1. Conducta Cooperativa | 5. Retraimiento |
| 2. Proximidad | 6. Berrinche |
| 3. Agrupamiento | 7. Molestar a otros niños |
| 4. Manifestación de peticiones (por favor) | 8. Agresividad |

2. Topografía de la conducta: En esta columna la observadora debe describir las conductas específicas que realiza el niño o niña, así, si se esta hablando de contacto físico la observadora deberá registrar que hizo el niño (abrazo, beso, dio la mano).

3. Duración: Se registrará si es pertinente para la categoría de observación, la cantidad de tiempo que dura la conducta del niño o niña, en segundos o minutos.

4. Frecuencia: Se registrará, si es pertinente para la categoría conductual, la cantidad de veces que el niño evaluado ejecute la conducta de observación.

5. Tiempo de observación: Se registrará cuanto tiempo duro la sesión de observación, generalmente va hacer de una hora.

6. Puntaje Bruto o Directo: Es el total de la suma del número de veces que el niño o niña realizo la conducta en la sesión de observación.

7. Puntaje Escalar: Se refiere al paso de los puntajes directos a puntuación escalar según la tabla de puntuaciones que se diseño para cada categoría conductual.

Cabe resaltar que no todas las categorías abarcan las diferentes secciones del registro, pues, como se verá a continuación, existen categorías en las que se calificará su frecuencia y no su duración o viceversa. Cuando una columna no se diligencie en una determinada categoría se deberá colocar: *No aplica (NC)*

INSTRUCCIONES DE CALIFICACIÓN

Habiendo finalizado la sesión de observación el evaluador pasará a calificar las categorías de conducta social, con una puntuación que va desde el 1 al 5, siendo cinco (5) la mayor puntuación obtenida por los niños y niñas en cada categoría, la cual se logra al cumplir con el objetivo esperado y la menor puntuación (1) cuando no se cumpla con este.

La forma de calificación de cada categoría será de la siguiente forma:

1. Conducta Cooperativa: Se calificará con base en la frecuencia de las conductas realizadas. La frecuencia será calificada con uno (1) si se realiza 1-2 conductas cooperativas; con dos (2) si se realiza 3-4 conductas cooperativas; con tres (3) si se realiza 5-6 conductas cooperativas; con cuatro (4) si se realiza 7-8 conductas cooperativas; con cinco (5) si se realiza 9 o más conductas cooperativas.

Por ejemplo, si un niño realiza durante una hora 3 conductas cooperativas (jugar a la cuerda, ayudar en la tarea a un compañero, jugar al sube y baja), la frecuencia de la conducta del niño será 2 (ya que realizó entre 3 y 4 conductas cooperativas). Como se observa en la siguiente tabla:

| | | | | | |
|------------------------------------|---------|-----|-----|------------|-----|
| Puntaje Escalar Cooperativa | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Puntaje Bruto Cooperativa | 9 o mas | 7-8 | 5-6 | 3-4 | 1-2 |

2. Proximidad: En esta categoría se calificará la frecuencia en que el niño se acerca a una persona en una situación “*propicia*” para presentarse la conducta social, así se calificará con un uno (1) si se realiza 1 aproximación; con dos (2) si se realiza 2-3 aproximaciones; con tres (3) si se realiza 4-5 aproximaciones; con cuatro (4) si se realiza 5-6 aproximaciones; con cinco (5) si se realiza 7 o más aproximaciones.

| | | | | | |
|-----------------------------------|---|---|---|---|---|
| Puntaje Escalar Proximidad | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|-----------------------------------|---|---|---|---|---|

| | | | | | |
|---------------------------------|---------|-----|-----|-----|---|
| Puntaje Bruto Proximidad | 7 o mas | 5-6 | 4-5 | 2-3 | 1 |
|---------------------------------|---------|-----|-----|-----|---|

3. Agrupamiento: Se calificará el tiempo (duración) que dura el niño o niña realizando esta conducta. De esta forma, se calificará con uno (1) si la conducta dura 1 minuto o menos tiempo; con dos (2) si la conducta dura 2-3 minutos; con tres (3) si la conducta dura 4-5 minutos; con cuatro (4) si la conducta dura 6-10 minutos; con cinco (5) si la conducta dura 15 o mas minutos.

| | | | | | |
|--|----------|------|-----|-----|---|
| Puntaje Escalar Agrupamiento | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Puntaje Bruto Agrupamiento (min.) | 15 o mas | 6-10 | 4-5 | 2-3 | 1 |

4. Manifestación de peticiones: Se calificará la frecuencia con que el niño o niña realice una petición o exprese lo que desea a través de una. De esta forma, se calificará con un uno (1) si solo realiza una petición; con dos (2) si realiza de 2-3 peticiones; con tres (3) si realiza de 4-5 peticiones; con cuatro (4) si se realiza de 6-7 puntuaciones; con cinco (5) si realiza 7 o más peticiones.

| | | | | | |
|---------------------------------|---------|-----|-----|-----|---|
| Puntaje Escalar Petición | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Puntaje Bruto Petición | 7 o mas | 5-6 | 4-5 | 2-3 | 1 |

5. Retraimiento: En esta categoría se calificará la frecuencia en que el niño se aleje de una persona o grupo en una situación “propicia” para presentarse la conducta social, así se calificará con cinco (5) si se realiza 1 alejamiento; con cuatro (4) si se realiza 2-3 alejamiento; con tres (3) si se realiza 4-5 alejamiento; con dos (2) si se realiza 6-7 alejamiento; con uno (1) si se realiza 8 o más alejamientos.

| | | | | | |
|-------------------------------------|---|-----|-----|-----|---|
| Puntaje Escalar Retraimiento | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Puntaje Bruto Retraimiento | 1 | 2-3 | 4-5 | 6-7 | 8 |

6. Berrinche: Se calificará con base en la frecuencia y la duración de las conductas realizadas. La frecuencia será calificada con cinco (5) si no realiza berrinche y con (1) si realiza berrinche. A diferencia de las demás categorías, los berrinches se le tomara la frecuencia individual (a cada berrinche que realice el niño se le sacara su puntaje escalar y se señalara en el formato de observación)

| | | |
|----------------------------------|---|---|
| Puntaje Escalar Berrinche | 5 | 1 |
| Puntaje Bruto Berrinche | 0 | 1 |

La duración, por su parte será calificada con un cinco (5) si la conducta no se presenta con cuatro (4) si la conducta dura 1 minuto o menos tiempo; con tres (3) si la conducta dura 2-3 minutos; con dos (2) si la conducta dura 3-4 minutos; con uno (1) si la conducta dura 5 o mas minutos.

| | | | | | |
|---------------------------------------|---|---|-----|-----|---------|
| Puntaje Escalar Berrinche | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Puntaje Bruto Berrinche (min.) | 0 | 1 | 2-3 | 3-4 | 5 o mas |

Si un niño realizo un berrinche, y este tuvo una duración de 10 minutos (equivale a 1 punto) La frecuencia de la conducta del niño será 4 (ya que realizo 1 berrinche) y la duración del niño será de $10 = 1$ punto.

Con la obtención del puntaje escalar de duración y frecuencia se pasa a sumar el puntaje: $4 + 1 = 5$ puntos (puntaje total bruto de la escala) que equivale a 2 puntos en el puntaje escalar de la categoría.

De esta manera, para obtener la calificación total de esta categoría se deberá sumar el puntaje que obtenga el niño en la columna de duración y en la columna de frecuencia. El máximo puntaje que se podrá obtener sería diez puntos (10) y el mínimo sería 2 puntos. Realizada esta suma, se procederá a ubicar el puntaje total de la categoría según la siguiente tabla, para el ejemplo del niño que obtuvo 5 puntos en puntuación directa, logra tener 2 puntos en puntuación escalar.

| | | | | | | | | | |
|---------------------|----|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Puntaje Total Bruto | 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 |
| Puntaje Escalar | 5 | 4 | 3 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 |

Finalmente, obtenido el puntaje escalar de cada berrinche, se pasará a sumar los puntajes escalares de los berrinches obtenidos en esa sesión de observación, ese total se dividirá en el número de berrinches realizados con el fin de obtener la puntuación escalar general del berrinche en esa sesión de observación.

7. Molestar a otros niños: En esta categoría se calificará la frecuencia en que el niño interfiera en la actividad o juego de otras personas, así se calificará con cinco (5) si no realiza la conducta; con cuatro (4) si la realiza 1-2 veces; con tres (3) si se realiza 3-4 veces; con dos (2) si se realiza 5-6 veces; con uno (1) si se realiza 7 o más veces.

| | | | | | |
|---------------------------------|---|-----|-----|-----|---|
| Puntaje Escalar Molestar | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Puntaje Bruto Molestar | 0 | 1-2 | 3-4 | 5-6 | 7 |

8. Agresividad: En esta categoría se calificará la frecuencia en que el niño realice una conducta violenta hacia una persona o grupo, así se calificará con cinco (5) si se realiza 1 sola vez la conducta; con cuatro (4) si se realiza 2-3 veces; con tres (3) si se realiza 4-5 veces; con dos (2) si se realiza 6-7 veces; con uno (1) si se realiza 8 o más veces.

| | | | | | |
|------------------------------------|-----|-----|-----|-----|---|
| Puntaje Escalar Agresividad | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Puntaje Bruto Agresividad | 0-1 | 2-3 | 4-5 | 5-6 | 7 |

El máximo puntaje obtenido en este formato por un examinado en una sesión de observación será de 50 puntos, los cuales equivalen al 100% del total de la escala, significando que el niño o niña presenta una conducta social adecuada que conllevan al mantenimiento de buenas relaciones interpersonales.

Obtenida la puntuación de cada categoría de conducta, se pasará a realizar la suma de los puntajes de las diferentes categorías para obtener la puntuación total de la sesión de

observación. Esa puntuación, se sumara con las puntuaciones totales de las otras sesiones de observación, y luego se dividirá entre las cuatro sesiones para obtener la puntuación promedio del niño o niña que se observo. Esto se anotará en una tabla diseñada para ello.

Tabla 1. Resultados total de cada sesión de observación.

| Conducta observada | Sesión de Observación | Puntajes Específicos | Puntaje General | Promedio |
|---------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------|-----------------|
| Proximidad | Sesión 1 | | | |
| | Sesión 2 | | | |
| Agrupamiento | Sesión 1 | | | |
| | Sesión 2 | | | |
| Cooperativa | Sesión 1 | | | |
| | Sesión 2 | | | |
| Petición | Sesión 1 | | | |
| | Sesión 2 | | | |
| Retraimiento | Sesión 1 | | | |
| | Sesión 2 | | | |
| Berrinche | Sesión 1 | | | |
| | Sesión 2 | | | |
| Molestar | Sesión 1 | | | |
| | Sesión 2 | | | |
| Agresividad | Sesión 1 | | | |
| | Sesión 2 | | | |
| TOTAL | | | | |

Finalmente, obteniendo el puntaje promedio de todas las sesiones de observación en las diferentes categorías, se realizará un análisis estadístico (*prueba t*) para evaluar el estado de la conducta social de los niños y niñas observados.

FORMATO DE REGISTRO DE OBSERVACIÓN CONDUCTA SOCIAL

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Situación: _____

| CATEGORIA | TOPOGRAFIA | DURA. | FREC U. | TIEMPO | PUNTAJE | |
|--------------|------------|-------|------------|--------|---------|----|
| | | | | | PB | PE |
| Proximidad | | | | | | |
| Agrupamiento | | | | | | |
| Petición | | | | | | |
| Cooperativa | | | | | | |
| Retraimiento | | | | | | |
| Berrinche | | | | | | |
| Molestia | | | | | | |
| Agresión | | | | | | |
| Total | | | | | | |

Anexo D

Formatos iniciales antes de ser sometidos a evaluación

**PROGRAMA PSICOTERAPÉUTICO BASADO EN LA PRÁCTICA DEL
EJERCICIO FÍSICO "PSICOTEFI"
FORMATO DE EVALUACION PSICOMOTRIZ**

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Lenguaje Verbal: Si _____ No _____ Diagnostico: _____

Enfermedades Padecidas: _____

Fecha de Aplicación: _____ Evaluadora: _____

ASPECTOS A EVALUAR.

A continuación encontrará cinco ítems, en cada uno se especifica la actividad de evaluación y las diferentes opciones de respuesta, usted debe marcar con una equis (X) la opción más acorde a la pregunta de evaluación.

1. 1. Motricidad básica: locomoción

1. Cuando se le pide que marche en forma coordinada es capaz de hacerlo: **Siempre** _____ **Casi Siempre** _____ **Algunas Veces** _____ **Casi nunca** _____ **Nunca** _____

2. Cuando se le pide que se transporte por medio del gateo a un metro de distancia es capaz de hacerlo: **Siempre** _____ **Casi Siempre** _____ **Algunas Veces** _____ **Nunca** _____ **Casi Nunca** _____

1.2 Motricidad básica: Manipulativa

1. Cuando se le pide que agarre el lápiz utilizando la pinza de los dedos (índice y pulgar) es capaz de hacerlo: **Siempre** _____ **Casi Siempre** _____ **Algunas Veces** _____ **Casi nunca** _____ **Nunca** _____

2. Cuando se le pide que manipule objetos con las manos sin dejarlos caer es capaz de hacerlo: **Siempre** _____ **Casi Siempre** _____ **Algunas Veces** _____ **Casi nunca** _____ **Nunca** _____

1.3. Motricidad básica: Estabilizadora

1. Cuando se le pide que se sostenga en un solo pie sin caerse es capaz de hacerlo: **Siempre** _____ **Casi Siempre** _____ **Algunas Veces** _____ **Casi nunca** _____ **Nunca** _____

2. Cuando se le pide trasportar vasos con agua de un lugar a otro sin derramarlos es capaz de hacerlo: **Siempre** ___ **Casi Siempre** ___ **Algunas Veces** ___ **Casi nunca** ___ **Nunca** ___

2.1. Habilidad perceptivo motriz: Lateralidad

1. Utiliza el lado derecho para realizar las actividades (escribir, sostener un objeto, tomarlo, etc.): **Siempre** ___ **Casi Siempre** ___ **Algunas Veces** ___ **Casi nunca** ___ **Nunca** ___

2. Utiliza el lado izquierdo para realizar las actividades (escribir, sostener un objeto, tomarlo, etc.): **Siempre** ___ **Casi Siempre** ___ **Algunas Veces** ___ **Casi nunca** ___ **Nunca** ___

3. Muestra mayor habilidad al realizar las actividades con la mano derecha: **Siempre** ___ **Casi Siempre** ___ **Algunas Veces** ___ **Casi nunca** ___ **Nunca** ___

4. Muestra mayor habilidad al realizar las actividades con la mano izquierda: **Siempre** ___ **Casi Siempre** ___ **Algunas Veces** ___ **Casi nunca** ___ **Nunca** ___

5. Cuando se le pide que señale su mano derecha es capaz de hacerlo: **Siempre** ___ **Casi Siempre** ___ **Algunas Veces** ___ **Casi nunca** ___ **Nunca** ___

6. Cuando se le pide que señale su mano izquierda es capaz de hacerlo: **Siempre** ___ **Casi Siempre** ___ **Algunas veces** ___ **Casi Nunca** ___ **Nunca** ___

7. Cuando se le indica que se mueve hacía su lado derecho es capaz de hacerlo: **Siempre** ___ **Casi Siempre** ___ **Algunas Veces** ___ **Casi Nunca** ___ **Nunca** ___

8. Cuando se le indica que se mueve hacía su lado izquierdo es capaz de hacerlo: **Siempre** ___ **Casi Siempre** ___ **Algunas Veces** ___ **Casi Nunca** ___ **Nunca** ___

9. Cuando se le pide que señale objetos ubicados a la derecha de otra persona es capaz de hacerlo: **Siempre** ___ **Casi Siempre** ___ **Algunas veces** ___ **Casi Nunca** ___ **Nunca** ___

10. Cuando se le pide que señale objetos ubicados a la izquierda de otra persona es capaz de hacerlo: **Siempre** ___ **Casi siempre** ___ **Algunas Veces** ___ **Casi Nunca** ___ **Nunca** ___

2.2 Habilidad perceptivo motriz: Esquema corporal

El evaluador le pedirá al niño o niña que indique una parte del cuerpo en si mismo y en el de otra persona. Si el evaluado logra identificar correctamente la parte del cuerpo sugerida por la experimentadora, se deberá colocar una equis (X) en la casilla correspondiente.

| Área del cuerpo | | Reconocimiento En si mismo | Reconocimiento En los demás |
|------------------------------------|----------------------|---------------------------------------|--|
| Cabeza | Boca | | |
| | Lengua | | |
| | Dientes | | |
| | Labios | | |
| | Cabello | | |
| | Mejillas | | |
| | Mentón o Barbilla | | |
| | Ojos | | |
| | Cejas | | |
| | Pestañas | | |
| | Frente | | |
| | nariz | | |
| | Tronco | Pecho | |
| Abdomen | | | |
| Ombliigo | | | |
| Espalda | | | |
| Caderas | | | |
| Extremidades Superiores | Brazos | | |
| | Manos | | |
| | Dedos | | |
| | Uñas | | |
| | Antebrazos | | |
| | Hombros | | |
| | Codos | | |
| Extremidades Inferiores | Piernas | | |
| | Muslos | | |
| | Rodilla | | |
| | Tobillo | | |
| | Pies | | |
| | Talón | | |
| | Dedos | | |
| | Uñas | | |

2.3. Habilidad perceptivo motriz: Orientación Espacio-Temporal.

1. Cuando se le coloca una historia de máximo cuatro sucesos en desorden para que la ordene de tal forma que lleven una secuencia lógica. Es capaz de hacerlo: **Siempre** ____ **Casi Siempre** ____ **Algunas veces** ____ **Casi Nunca** ____ **Nunca** ____

2. Se le pedirá al niño que camine según la instrucción de la evaluadora para saber si reconoce los diferentes ritmos de velocidades:

- Rápido ____
- Lento ____
- Medio ____

3. La evaluadora colocará varios objetos (pelota) en diferentes posiciones, se marcará con una equis la posición que el niño o niña logre identificar en el desarrollo de la actividad:

- | | | |
|----------------|----------------|----------------|
| • Encima ____ | Debajo ____ | A un lado ____ |
| • Derecha ____ | Izquierda ____ | Detrás ____ |
| • Delante ____ | Lejos ____ | Cerca ____ |

2.4. Habilidad Perceptivo motriz: Coordinación.

Para evaluar esta área se realizarán actividades con pelotas en las que se ponga a prueba la coordinación de diferentes partes del cuerpo. La evaluadora dará instrucciones específicas según el aspecto a evaluar.

1. Cuando se le pide que camine en zigzag es capaz de hacerlo: **Siempre** ____ **Casi Siempre** ____ **Algunas Veces** ____ **Casi Nunca** ____ **Nunca** ____

2. Cuando se le pide que patee un balón con su pie derecho es capaz de hacerlo: **Siempre** ____ **Casi Siempre** ____ **Casi Nunca** ____ **Nunca** ____

3. Cuando se le pide que patee un balón con su pie izquierdo es capaz de hacerlo: **Siempre** ____ **Casi Siempre** ____ **Algunas Veces** ____ **Casi Nunca** ____ **Nunca** ____

4. Cuando se le pide que pase una pelota a un compañero con sus manos es capaz de hacerlo: **Siempre** ____ **Casi Siempre** ____ **Algunas Veces** ____ **Casi Nunca** ____ **Nunca** ____

5. Cuando se le pide que atrape una pelota con sus manos es capaz de hacerlo. **Siempre** ____ **Casi Siempre** ____ **Algunas Veces** ____ **Casi Nunca** ____ **Nunca** ____

6. Cuando se le pide que enceste una pelota es capaz de hacerlo: **Siempre** ____ **Casi Siempre** ____ **Algunas Veces** ____ **Casi Nunca** ____ **Nunca** ____

Anexo E

Carta de solicitud de permiso para desarrollar investigación en el Centro de Habilitación y Capacitación ALUNA

Cartagena 11 de Abril del 2007

Sr. Pascal Alffoter
Director del Centro de Habilitación y Capacitación ALUNA
Ciudad

Cordial saludo,

La presente es para solicitarle de la forma más respetuosa la autorización para llevar a cabo en el centro ALUNA la propuesta de investigativa para trabajo de grado, adjunta a esta solicitud, que tiene como título Estudio Acerca De La Influencia De Un Programa De Deporte Adaptado Terapéutico En El Desarrollo Cognitivo-Emocional De Los Niños Con Síndrome Autista Y Síndrome De Down De Las Integraciones A, B Y C En La Jornada De La Mañana Del Centro De Habilitación Y Capacitación ALUNA.

La idea del estudio surgió a raíz de la práctica profesional que se realiza en esta institución desde el inicio del presente año, la cual permitió notar que el centro no existe un área estructurada de deporte para los niños, niñas y jóvenes que asisten a él. Que si bien, hay un escenario deportivo, no es usado como un escenario terapéutico sino solo como un lugar de esparcimiento y recreación de los/las estudiantes de ALUNA.

En consecuencia de esta anotación, actualmente, se esta desarrollando un proyecto relacionado con el estudio titulado “Diseño De Un Protocolo De Deporte Adaptado Terapéutico-Recreativo Para Los Niños, Niñas Y Jóvenes Del Centro De Habilitación Y Capacitación ALUNA”. El cual tiene como objetivo principal Diseñar un protocolo de deporte adaptado terapéutico-recreativo para los niños, niñas y jóvenes del centro de habilitación y capacitación ALUNA, con el propósito de promover su desarrollo integral y mejorar su calidad de vida, a través del análisis de sus necesidades y capacidades.

Con la investigación propuesta, se desea aplicar este proyecto y demostrar que la práctica deportiva adaptada a personas en condición de discapacidad es una eficaz alternativa terapéutica que trabaja de forma integral todas las áreas del individuo: Cognitiva, motora, psicológica-social, lingüística, de la salud y lúdica.

El estudio se llevaría a cabo desde el mes de Junio hasta Octubre del presente año lectivo, la realización estaría a cargo de las estudiantes de psicología de la Universidad Tecnológica de Bolívar: Silvia Peñaranda (Practicante de ALUNA) y Lucy Inés Mejía Gamarra.

Esperamos una pronta respuesta.

Atentamente,

Silvia Patricia Peñaranda Padilla
CC. 1047376952 Cartagena

Lucy Inés Mejía Gamarra
CC. 33353102 Magangue

Anexo F

Programa psicoterapéutico basado en el ejercicio físico Psicotefi

PSICOTERAPIA

PROGRAMA PSICOTERAPEUTICO BASADO EN LA PRÁCTICA DEL EJERCICIO FISICO



El ser humano no deja de jugar porque
se hace viejo, se hace viejo cuando deja
de jugar.

PROGRAMA PSICOTERAPEUTICO BASADO EN LA PRÁCTICA DEL EJERCICIO FISICO "PSICOTEFI"

Generalidades de PSICOTEFI

A lo largo de este trabajo se ha sustentado en diferentes ocasiones los beneficios de la práctica del ejercicio físico en diferentes áreas del ser humano, se ha manifestado que no solo beneficia el área de la salud sino que además refuerza el área psicológica, fisioterapéutica, fonoaudiológica y ocupacional de la persona en condición de discapacidad.

Estos múltiples beneficios fueron el pilar fundamental para el diseño de un programa terapéutico basado en la práctica regular del ejercicio físico, en el se trabaja al ejercicio como un valioso vehiculo para realizar terapia, que permite reforzar y desarrollar las diferentes áreas humanas de la persona con discapacidad.

Este programa pretende mejorar el bienestar psicológico de las personas, a través de la adquisición y desarrollo de las habilidades motrices. Su objetivo general es:

- Estimular el desarrollo y afianzamiento de habilidades motrices, a través de la práctica del ejercicio físico con el fin de aumentar el bienestar psicológico y mejorar la calidad de vida de los niños y niñas del centro ALUNA.

Los objetivos específicos son:

- Mejorar el estado físico de los niños y niñas en condición de discapacidad.
- Estimular el desarrollo de habilidades motrices básicas y funciones perceptivas motrices en los niños y niñas con discapacidad.
- Mejorar la conducta de atención de los niños y/o niñas
- Promover conductas de socialización.
- Mejorar la calidad de vida de los mismos.

Para cumplir con los anteriores objetivos, se diseñaron tres módulos de trabajo, cada uno, con un número de sesiones específicas. Teniendo en cuenta, que todas las habilidades motrices están interrelacionadas, de tal forma que no se desarrolla una, sin la otra. Al establecer los modulos se buscó

que las habilidades que logran su completo desarrollo a una mayor edad (como es el caso de esquema corporal) se trabajarán específicamente al final del programa, en sesiones diseñadas principalmente para ellas.

Esto no quiere decir, que en todas las demás sesiones no se trabaje, por lo contrario todas las habilidades se estimularán en cada una de las sesiones terapéuticas realizadas durante los módulos de PSICOTEFI. Los mismos que se encuentran constituidos de la siguiente forma:

| MODULO | SEMANAS | INDICADORES | | SESIÓN |
|--------------------------------------|---------------------------------|---|------------------------------|--------------|
| I Acondicionamiento Físico | Primera Semana | Calentamiento Estiramiento y Relajación. | | 1- 3 |
| II Motricidad Básica | Segunda - Tercera Semana. | Habilidades Locomotoras | | 4 |
| | | Habilidades Estabilizadoras | | 5 |
| | | Habilidades Manipulativas | | 6-7 |
| III Funciones Perceptivo Motrices | Cuarta- Décima Semana | Exteroceptivas | Coordinación | 10-12 |
| | | Propioceptivas | Lateralidad | 13-15 |
| | | | Orientación Espacio-Temporal | 17-19 |
| | | | Esquema Corporal | 8-9-16-20-21 |

MODULO I. Acondicionamiento Físico: Se lleva a cabo en tres sesiones, durante la primera semana. En este primer modulo se busca que el niño o niña adquiera la resistencia física apropiada para poder realizar los ejercicios físicos de las siguientes sesiones sin complicaciones físicas y/o medicas. Siguiendo con la dirección de este objetivo, las sesiones de este modulo solo estan compuestas de dos fases: Calentamiento y Vuelta a la Calma. Se pasa a la

fase de entrenamiento, luego de una semana de trabajo, cuando el organismo del niño o niña se haya preparado para realizar un trabajo físico más exigente (Galdon, et al, s.f).

MODULO II. Motricidad Básica: Este modulo se desarrolla durante la segunda y tercera semana en un total de cuatro sesiones.

Su objetivo es trabajar las habilidades de motricidad básica, que incluyen las habilidades de locomoción, las habilidades de manipulación y las habilidades de estabilización. Se estimular las habilidades motoras de los niños y niñas, por medio de ejercicios de *equilibrio (habilidades estabilizadoras)* como caminar sobre una línea o mantenerse parado en el balancín; se realizan ejercicios de desarrollo muscular y locomoción (*habilidades locomotrices*) como jalar una cuerda, pasar el balón, correr; se trabaja motricidad gruesa (*habilidades manipulativas*) por medio de ejercicios de agarre de objetos, de patear el balón; y se estimulan la motricidad fina por medio de ejercicios de ensartado, movimientos finos con los dedos y con las manos. (INDER, 2004)

A partir de este segundo modulo se desarrollan las sesiones en las tres fases correspondientes.

MODULO III. Funciones Perceptivo Motrices: Este es el modulo mas extenso del programa, se desarrolla en siete semanas y catorce sesiones. En él se trabaja funciones **Exteroceptivas** como:

1. La **coordinación**, que se define como la acción desencadenada por un estímulo que permite moverse en un determinado espacio (coordinación dinámica general) o manipular objeto (coordinación dinámicas específica). Esta respuesta implica el uso eficiente de la musculatura y los procesos parciales correspondientes al sistema nervioso central. Para trabajar esta habilidad se utilizaran bailes, carreras de salto, tiro al blanco. (Galdon, et al, s.f).

Y funciones **Propioceptivas**, entre las cuales se encuentran:

1. **Lateralidad:** Se refiere a la preferencia por utilizar algunos de sus laterales en la realización de sus actividades. Se realizarán ejercicios que incluyan indicaciones como mueve tu mano derecha, tápate tu ojo izquierdo, mueve tu pie derecho, etc. (Álvarez, 2006).
2. **Orientación Espacio-Temporal:** Esta habilidad hace referencia a la relación del cuerpo con el espacio y el tiempo. Orientarse significa

establecer relaciones entre el cuerpo y los demás objetos para encontrar su camino. Para trabajar esta habilidad se pueden realizar ejercicios que impliquen acciones como subir y descender, a un lado y al otro, rápido, lento, medio, etc. (Álvarez, 2006)

3. **Esquema Corporal:** Se refiere a la capacidad de los niños para discriminar cada parte de su cuerpo y del cuerpo de las otras personas que lo rodean. Se logra que los niños mejoren su desarrollo, por medio de ejercicios corporales como arriba las manos, abajo los brazos muevan las piernas, muevan la cabeza, tóquense los pies, manos en los hombros, etc. Estos ejercicios se realizan con el niño frente al espejo o el entrenador sirve como modelo. Esta Función, como se expresó anteriormente por su grado de complejidad se termina de desarrollar hasta los 12 años de edad y es necesaria para la adquisición de otras funciones. Por esta razón, se intercala entre las sesiones del modulo III, para iniciar trabajándola e ir afianzándola al desarrollar otras funciones perceptivo motrices (Álvarez, 2006).

Cada uno de estos módulos se desarrolla en diferentes sesiones. Las sesiones terapéuticas se realizaran tres veces en la semana, los días lunes, miércoles y viernes. Realizadas por dos terapeutas, con un máximo de ocho niños o niñas por cada sesión. La duración de la sesión será de máximo 50 minutos distribuidos en 3 fases que son:

Fase I: Calentamiento: En esta parte se inicia con la ejercitación física por parte del niño o niña, se realizan los ejercicios para activación neuromuscular siguiendo la rutina de calentamiento previamente diseñada. Esta fase tiene una duración máxima de 10 minutos.

Fase II: Entrenamiento Específico: Posteriormente, el niño o niña con discapacidad pasa a practicar los ejercicios estipulados para esa sesión. La duración de esta fase es de máximo 35 minutos

Generalmente, esta parte de la sesión está integrada por dos actividades, cada una con una duración de 15 minutos. El objetivo principal de esta fase es afianzar la habilidad motriz destinada a trabajar en ese día.

Fase III: Vuelta a la calma: En esta fase se busca retornar a los niños a la normalidad mediante tareas de intensidad decrecientes. El tiempo dedicado será de máximo 10 minutos. Se realizarán juegos tranquilizadores, sensoriales y de estiramiento.

Antes de iniciar cada sesión, las terapeutas deben tener organizados, por un lado, los implementos a utilizar durante la actividad, y por el otro, el espacio para desarrollar la misma.

Los objetivos de cada sesión terapéutica, se plantearán con anticipación según las necesidades de los niños y niñas en condición de discapacidad, observadas por las terapeutas en la fase de evaluación. Los objetivos deben ser claros y alcanzables dentro de la terapia.

Además, la evaluación inicial debe incluir la evaluación motora que indicará que condiciones y que ejercicios serán los aptos para que los practique el niño o la niña según los problemas motores propios de su discapacidad.

En cada sesión se realiza mayor énfasis en un aspecto en particular del estudiante con discapacidad, aunque, se refuerza al mismo tiempo otras habilidades del niño y se trabaja en conjunto con otros estudiantes; durante la sesión, se le realiza una mayor estimulación en la habilidad motriz que según la evaluación inicial necesite un mayor trabajo en ese niño o niña específico.

Para cumplir con los objetivos de las sesiones terapéuticas se utilizan como apoyo diferentes técnicas de modificación conductual, con el fin de garantizar y motivar al niño o niña al aprendizaje de las habilidades motrices a mejorar, y controlar los problemas conductuales que puedan presentar los participantes durante las sesiones. Algunas de estas técnicas son, por un lado las planteadas por Skinner, tales como el reforzamiento positivo, el tiempo fuera, la extinción; y por el otro lado, la propuesta por Bandura llamada modelamiento o aprendizaje observacional. (Martin y Pear, 1999/2006). En el siguiente apartado se describen brevemente en que consiste cada una de estas técnicas.

1. **Moldeamiento:** Es el reforzamiento sistemático e inmediato de aproximaciones a la conducta blanco (conducta que se desea instaurar) hasta que esta aparezca en el repertorio de conducta, es decir se instale.
2. Se debe especificar con precisión al paciente, la conducta seleccionada para el moldeamiento, seleccionar reforzadores potentes y utilizarlos cada vez que la conducta del paciente se aproxime a la deseada. (Martin y Pear, 1999/2006)
3. **Modelamiento:** Es el aprendizaje mediante la observación e imitación, consiste en una herramienta en la que se utiliza un modelo que ejecute conductas verbales y motoras exactas que se esperan del individuo, mientras éste observa y escucha. Este modelamiento será realizado en

vivo, *durante todas las sesiones*. De esta forma, las terapeutas deberán modelar cada ejercicio o actividad antes de que sea realizada por el niño o niña en condición de discapacidad. Para el uso eficaz del modelamiento se deben seleccionar modelos competentes con estatus o prestigio, la complejidad de la conducta modelada debe ser apta para el nivel de comportamiento de la persona, utilizar refuerzos positivos luego de emitir la conducta esperada. (Martin y Pear, 1999/2006)

4. **Instigación:** Es una ayuda manual, verbal o visual, que se le da al paciente durante la intervención para incrementar el éxito en la actividad. Las instigaciones pueden clasificarse en físicas, visuales y verbales. Las *instigaciones físicas*, a su vez pueden ser totales y parciales. La instigación física total es el máximo grado de apoyo y ayuda, también conocido como asistencia u orientación manual o física, se utiliza para obtener del paciente respuestas motoras. En la medida en que el paciente demuestre una ejecución más diestra, se procede a disminuir gradualmente la ayuda física, hasta lograr que el paciente realice la técnica solo de manera adecuada. En la instigación física parcial, se proporciona una señal física a manera de sugerencia de la parte del cuerpo que debe mover para realizar la actividad motora. Las *instigaciones visuales* son indicadores visuales adicionales para producir una respuesta. Las *instigaciones verbales* son sugerencias auditivas adicionales. (Martin y Pear, 1999/2006)
5. **Instrucciones verbales:** Son normas o pautas específicas que indican a la persona el comportamiento concreto a producir, es decir que resultados y bajo que circunstancias en particular. Las instrucciones verbales específicas aceleran el proceso de aprendizaje. Consiste en decirle al paciente exactamente lo que va a hacer, en una situación donde pueda tener dificultades para ejecutar o recordar la ejecución.

Las instrucciones deben ser sencillas, cortas y deben contener palabras que sepamos que el paciente comprende y evitar términos técnicos o en tal caso aclararle muy bien el significado, para obtener la respuesta esperada.

5. **Reforzamiento Positivo:** Consiste en suministrar una consecuencia positiva o agradable para el sujeto inmediatamente después que se emita una conducta determinada. Esta consecuencia o reforzador, puede ser tangible: 1. Comestibles (dulces, chocolates, comidas, bebidas, etc.) o 2. no comestibles (prendas de vestir, objetos lúdicos, estrellas de papel, caritas felices, etc.). Además, pueden ser Intangibles o reforzadores sociales, que consisten en elogios o atenciones que se le dan a la persona luego de realizar la conducta, algunas son: Excelente, lo hiciste muy

bien, te felicito, sigue así, tocar el hombro de una persona, darle un abrazo, etc. (Martin y Pear, 1999/2006)

6. **Extinción:** Es la discontinuación o eliminación del reforzador de una conducta que anteriormente se reforzaba. La manera más efectiva de erradicar una conducta reforzada anteriormente es ignorándola y para ello se debe ser constante y persistente. Por lo general en el inicio de la aplicación de esta técnica la persona se confunde por la ausencia del reforzador que antes obtenía y por ende por lo general aumenta la conducta blanco por un lapso breve y durante el transcurso del programa la conducta en cuestión disminuye hasta extinguirse. (Martin y Pear, 1999/2006)

Con el desarrollo de los módulos y las sesiones, se espera obtener un mejoramiento de las Habilidades Motrices, que permitan beneficiar diferentes aspectos psicológicos, que les posibiliten a las personas en condición de discapacidad tener una mejor calidad de vida. Algunos de estos aspectos se describen a continuación:

1. **Atención:** La desatención es un problema muy común en los niños con déficit cognitivo, su mirada perdida y su lejanía del mundo hacen que se concentren solo en los aspectos de la realidad que ellos quieren. Este problema también se presenta en las otras patologías, los niños y niñas en general se les presentan problemas en mantener su atención en una actividad por más de varios minutos lo que produce en muchos casos que no se culmine con la tarea asignada. (Ribes, 1992).

Para trabajar este proceso se recomienda: Centrar la atención del niño o niña en un objeto determinado, pedirle que tome el objeto, lo sujete y luego lo tire o lo coloque en otra parte, realizar ejercicios de toma el balón y encéstalo, o de tiro al arco.

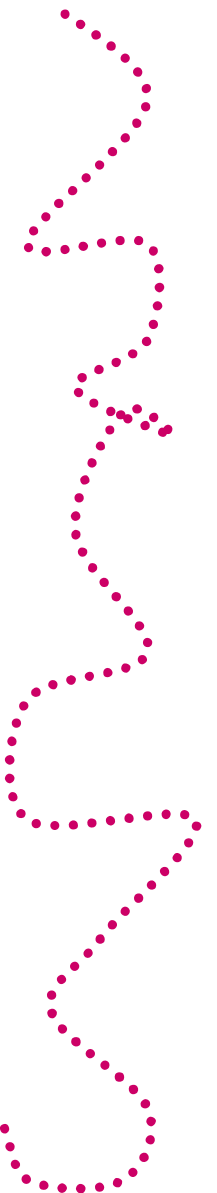
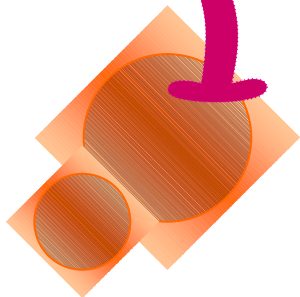
2. **Socialización:** Esto se refiere a la oportunidad que le da la práctica deportiva al niño o niña para establecer lazos de amistad con sus compañeros, para mejorar sus habilidades sociales y aumentar su interés por integrarse a las actividades de su comunidad.

Para trabajar las habilidades sociales de los chicos se realizarán juegos grupales, se crearán tácticas o estrategias en grupo donde los niños y niñas necesiten de sus compañeros para alcanzar una meta, se harán competencias de relevos, en los entrenamientos, los ejercicios de calentamiento se los realizarán unos compañeros a otros, etc.

Habiendo explicado las normas generales de aplicación del programa PSICOTEFI, se pasa, en el siguiente apartado, a describir, detalladamente cada una de las 21 sesiones a realizar, las actividades que ellas contienen y las fases de cada una de las sesiones. Es válido aclarar, que todas las actividades y sesiones pueden ser modificadas y adaptadas a las necesidades de los niños y niñas participantes, evidenciadas en la evaluación (pretest) que se realiza al inicio del programa.

MODULO I:
PREPARACION
FISICA

PSICOMOTEFISI





MODULO I: PREPARACION FISICA

El objetivo de este modulo es preparar físicamente a los niños, niñas y jóvenes para la ejecución de las jornadas de ejercicio que van a realizar en cada una de las 21 sesiones terapéuticas de PSICOTEFI.

El modulo está compuesto por tres sesiones, y cada sesión está integrada por dos fases: Calentamiento y vuelta a la calma.

EJERCICIOS DE CALENTAMIENTO

Se diseñaron diferentes ejercicios de calentamiento para que sean realizados en las sesiones posteriores, para desarrollar la fase de calentamiento.

Esos ejercicios se dividen en tres tipos: Cardiovasculares, articularios y de estiramiento. En cada sesión se deberá realizar por lo menos cinco de cada uno, la cantidad irá aumentando según la resistencia física de los niños y niñas.

Sin embargo, la terapeuta podrá diseñar otros ejercicios, agregar más o eliminar algunos, si es conveniente para la actividad. Los ejercicios se describen a continuación:

Ejercicios Cardiovasculares:

1. Trote en el mismo puesto.
2. Caminar a diferentes velocidades.
3. Trotar a diferentes distancias.
4. Saltar como sapito.
5. Caminar en zigzag.
6. Caminar con bordes de pie, con talones, en punta de pies.
7. Saltar y abrir las piernas.
8. Caminar como enanitos.
9. Saltar hacía un lado y hacia otro.
10. Caminar pasando obstáculos.

Ejercicios Articularios:

1. Con el talón colocado en el piso, mover el pie en forma circular, de arriba abajo, de un lado a otro. (3 veces cada ejercicio)
2. Flexionar las rodillas, llevándose el pie a los glúteos.
3. Mover la cadera hacia delante, hacia atrás, de un lado, hacia el otro, en círculo.
4. Mover la muñecas en círculos, hacia arriba, hacia abajo, hacia un lado, hacia el otro.
5. Flexionar los codos.

Ejercicios de estiramiento:

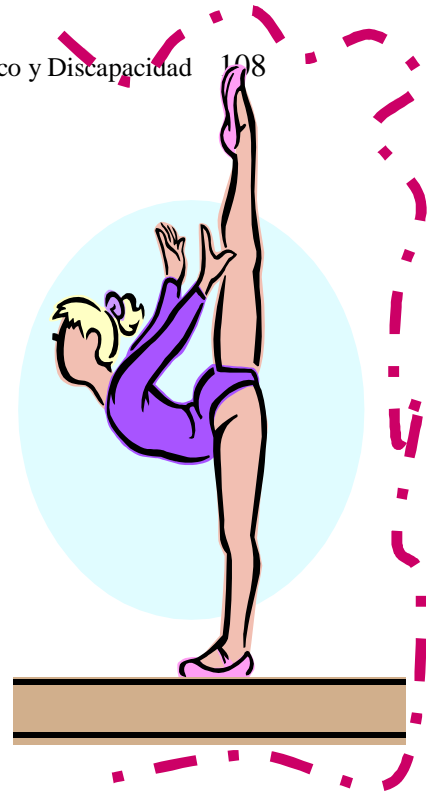
1. Mover la cabeza hacia el lado derecho, hacia el lado izquierdo, hacia adelante hacia atrás.
2. Mover los hombros hacia arriba, hacia abajo, hacia atrás, hacia delante, en círculo.
3. Estirar los brazos para alcanzar estrellas.
4. Los brazos a los lados.
5. Tocar los pies como las manos.
6. Abrir y cerrar las manos.
7. Acostados, estirar las piernas con los brazos.
8. Estirar los pies.

VUELTA A LA CALMA

Se diseñaron diferentes ejercicios de estiramiento y relajación que se podrán realizar en las sesiones posteriores intercambiándolos entre sí. Esos ejercicios se describen a continuación:

1. Acostarse e inflar la barriga como sapos: respirar e inspirar.
2. Estando acostado voltear la cabeza y los brazos hacia el lado derecho y las piernas hacia el lado izquierdo. Luego, intercambiar.
3. Sentarse como buda, y estirar los brazos hacia delante.
4. Acostados con los brazos a un lado, las piernas abiertas, respirar profundo cinco veces, cerrando y/o abriendo las piernas en cada expiración.
5. De pie y con ayuda del compañero se agarrán las manos para bajarse y subirse, estirar brazos, piernas.
6. Hacer como maripositas voladoras.
7. Acostados, juntar los pies con los de un compañero y realizar movimientos de bicicleta.
8. Jugar al Globo: Inflándose al respirar y desinflándose al botar el aire.
9. Acostados levantar las piernas, dejarlas arriba y bajarlas lentamente.
10. Sentado levantar los brazos e ir bajándolos lentamente.

NOTA: Las sesiones 1, 2 y 3 de este modulo se realizarán con base en los ejercicios anteriores. Recordemos que este modulo es solo de preparación física.



ACTIVIDADES

MODULO II: MOTRICIDAD BASICA.





MODULO II: MOTRICIDAD BÁSICA

En este modulo se trabajan tres tipos de habilidades motrices básicas: Las habilidades locomotoras, las habilidades estabilizadoras y las habilidades manipulativas. El modulo esta conformado por cuatro sesiones: El trabajo de las tres primeras sesiones está dirigido a cada una de las habilidades básicas mencionadas (se trabaja una habilidad por sesión), y en la cuarta sesión, se realiza un trabajo de reforzamiento de todas las habilidades estimuladas hasta este punto del programa.

Las sesiones terapéuticas están descritas a continuación.

4. SESION: HABILIDADES LOCOMOTORAS

Fase 1. Calentamiento.

Fase 2. Entrenamiento. Para trabajar este tema en esta fase se utilizan las actividades siguientes:

- **Nombre de actividad:** Agilidad en el suelo

Objetivo: Mejorar los diferentes tipos de arrastre.

Materiales: Mesas plásticas y cuerdas.

Descripción de la actividad: para esta actividad se colocarán mesas pequeñas unas detrás de la otra de manera que simulen un túnel. Los niños se harán en dos equipos teniendo en cuenta la estatura de los mismos. Luego cada equipo se ubica frente a un fuel (mesas juntas). A la cuenta de la terapeuta deben comenzar a pasar uno por uno, por dentro del túnel. La idea es que todos deben pasar el túnel gateando. Al final del túnel se ubica una cuerda muy por debajo de manera que sólo se pueda pasar arrastrándose. Cada vez que pase un niño se anima al equipo diciendo ánimo, si lo pueden lograr. Esto se repite hasta que todos lo hagan bien.

- **Nombre de actividad:** Atrapados en la selva

Objetivo: Trabajar el equilibrio, marcha, salto.

Materiales: Tablas, troncos, recipientes.

Descripción de la actividad: se conformaran dos grupos. Estos grupos se crearan pidiéndole a cada participante que saque un papelito los cuales tienen un número. Los que saquen el papelito con el numero 1 serán el grupo 1 y los que saquen el papelito con el numero 2 serán el grupo dos. Cada grupo deberá elegir quienes serán los enfermos atrapados en la selva y quienes serán los salvavidas que deban llevar la medicina. Los que hacen las veces de enfermos se ubican en un lado y los demás deben llevar los frascos con medicina colocados sobre un azafate. Luego deberán pasar por una serie de obstáculos como caminar sobre un tronco, saltar una serpiente enroscada y caminar por un puente hasta llegar a donde están los enfermos para darle su medicina. El grupo que lo haga en el menor tiempo gana un dulce.

Variante: se pueden incrementar los obstáculos para hacer la actividad mas difícil y observar sus respuestas a la frustración.

Fase 3. Vuelta a la calma.

5. SESION: HABILIDADES ESTABILIZADORAS

Fase I. Calentamiento.

Fase II. Entrenamiento: En esta fase se utilizarán las siguientes actividades:

- **Nombre de actividad:** Muñeco Tieso

Objetivo: Mantener el equilibrio en actividades que no impliquen desplazamiento.

Materiales: Ninguno

Descripción de la actividad: Se harán en grupitos de tres, de acuerdo al orden de llegada. Uno estará ubicado en la mitad, y será el muñeco tieso, y las otras dos en el centro, las cuales servirán como paredes. La persona de la mitad se balanceará de un lado a otro y las otras dos no la dejarán caer. Luego cambian de muñeco tieso. se anima diciendo ¡sostente, no te van a dejar caer!

Variante:

Hacer lo mismo, pero sentado.

- **Nombre de actividad:** Saltar y transportar obstáculos.

Objetivo: Estimular el desarrollo del equilibrio

Materiales: ULA ULA

Descripción de la actividad: Para esta actividad se colocarán varias ula ulas en el suelo. Los participantes se hacen en una fila frente a las ula ulas. Deberán pasar saltando uno por uno. Luego, deben pasar por una barra de equilibrio. Al final se encuentran unos vasos con aguas los cuales deben pasar al otro lado regresando por los círculos de la misma manera que al cruzar.

El que lo haga bien se le darán 2 caritas feliz y el que no una sola.

Fase III. Vuelta a la Calma.

6. SESION: HABILIDADES MANIPULATIVAS

Fase I. Calentamiento.

Fase II. Entrenamiento: En esta sesión se utilizarán las siguientes actividades:

- **Nombre de actividad:** Lanzar y recoger balones

Objetivo: Estimular la habilidad para la manipulación de objetos.

Materiales: Pelotas de varios tamaños

Descripción de la actividad: para esta actividad, se harán dos filas horizontales a criterio de la terapeuta, cada una con el mismo número de integrantes de manera que los integrantes queden frente con frente a una distancia de 2 metros. La terapeuta pasará las pelotas de diferentes tamaños a la primera persona de una fila. El que recoge la pelota lo hace por debajo y luego la tira por encima a su compañero del frente. Así hasta que pasen todas las pelotas a todos los niños.

La terapeuta anima diciendo, vamos ustedes pueden, solo concéntrese. ¡Animo!

CONTINÚA...

6. SESION: HABILIDADES MANIPULATIVAS (II)

- **Nombre de la actividad:** Ponchadito

Objetivo: Mejorar las diferentes formas de manipular objetos.

Materiales: Pelotas, grabadora y músicas.

Descripción de la actividad: para esta actividad se harán en tríos según la preferencia de los participantes. Uno de ellos se ubicará en el medio y los otros dos tratarán de poncharla (pegarle con el balón); si lo logran cambian de lugar (uno de los que estaba ponchado pasará a ser ponchado).

Variante: hacer lo mismo pero bailando.

Fase III. Vuelta a la calma.

7. SESION: MOTRICIDAD BÁSICA GENERAL

Fase I: Calentamiento

Fase II: Entrenamiento: En esta sesión se realizarán actividades que integren las diferentes habilidades trabajadas en las sesiones anteriores.

- **Tema:** Habilidades motrices básicas

Nombre de actividad: El rescate

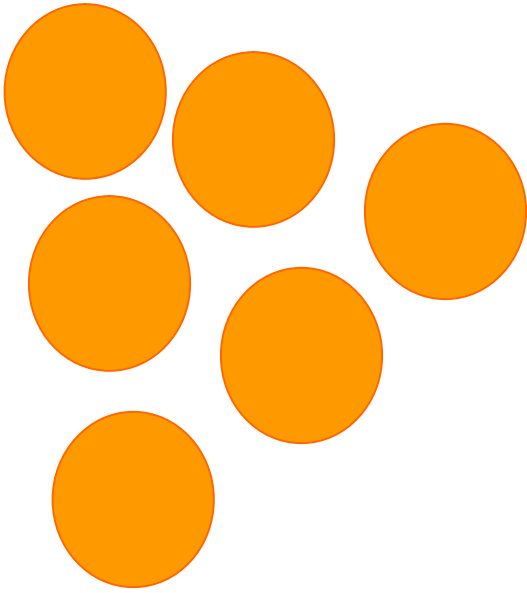
Objetivo: Desarrollar la motricidad.

Materiales: Mesas, tablas, bloques.

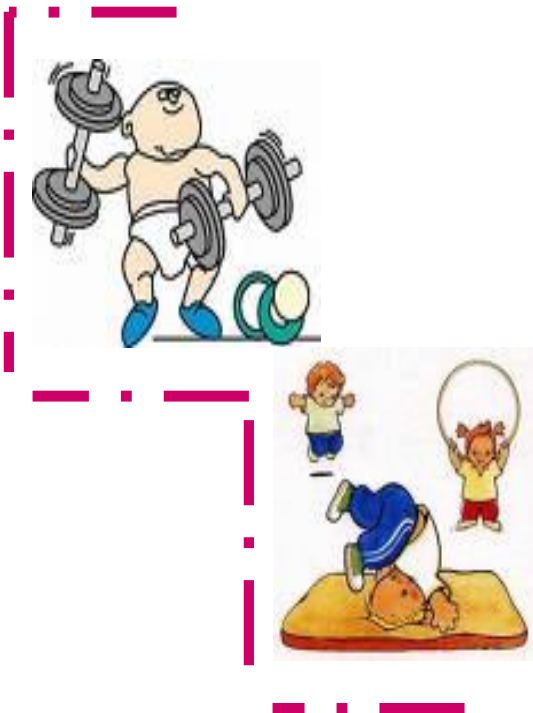
Descripción de la actividad: para esta actividad se le pedirá a los participantes que elijan un papelito de un color. Que serán rojo o azul. Los que elijan el papelito rojo serán el grupo 1 y los que elijan el papelito azul serán el grupo 2. Cada grupo se divide en dos, unos harán las veces de policías y otros las veces de secuestradores. El grupo de secuestrados se encuentran encadenados y atados a un árbol. Los policías deberán pasar por ciertos obstáculos que impone la selva (caminar en zigzag, correr en línea recta, saltar bloques, arrastrarse por el suelo)

El grupo que lo logre primero se gana una galleta.

Fase III: Vuelta a la calma.



PSICOTEFI





**MODULO III:
FUNCIONES
PERCEPTIVOMOTRICES**

Las funciones perceptivo motrices comprenden la integración de las funciones exteroceptivas y propioceptivas. Estas funciones se subdividen en habilidades particulares como la coordinación lateralidad, esquema corporal y direccionalidad.

En el tercer modulo se trabajan estas habilidades, durante siete semanas y catorce sesiones terapéuticas, las mismas que se describen a continuación.

8. SESION: ESQUEMA CORPORAL

Fase I. Calentamiento.

Fase II: Entrenamiento. Se realizarán las siguientes actividades:

- **Nombre de actividad:** Armo mi cuerpo.

Objetivo: Reconocer el esquema corporal propio y sus diferentes partes.

Materiales: Cartulina o papel, marcadores, fotografía del participante, laminas de partes del cuerpo.

Descripción de la actividad: Los participantes se acostarán en una lámina de cartulina y otro compañero dibujar su contorno con un marcador en la cartulina. Una vez terminado se pasará a pegarle la foto a la cartulina, para que el participante identifique su cuerpo. El dibujo se pegara en una pared y los niños y niñas deben terminar de pegarle las partes del cuerpo. Para realizar esto, deberán correr, gatear, rodar, saltar, del extremo donde se encuentran los recortes de las partes del cuerpo hacía el lado donde se encuentran la cartulina de su esquema corporal. Cada extremo estará distanciado por 5 o 6 metros de distancia.

Variantes: Pintar el tamaño de su pie-mano u otras partes del cuerpo y medirlo con el del compañero.

Fase III: Vuelta a la calma

9. SESION: ESQUEMA CORPORAL

Fase I. Calentamiento.

Fase II: Entrenamiento. Se realizarán las siguientes actividades:

- **Nombre de actividad:** Ombligo con ombligo

Objetivo: Reconocer las diferentes partes del cuerpo en uno mismo y en otros.

CONTINÚA...

9. SESION: ESQUEMA CORPORAL (II)

Materiales: Pelotas, plastilina, ulaula, cintas.

Descripción de la actividad: Se dividirá al grupo en parejas por medio de un juego en el que la instructora la dirá a los niños sentados que se levanten, los primeros niños que lo hagan formaran una pareja y así se irán formando el resto de las parejas. Organizado el grupo, se les explicará a los niños y niñas que al frente de ellos, en el otro extremo del salón, se encuentra una canasta con la imagen corporal que ellos habían realizado en sesiones anteriores. Se les dirá, que en este lado hay una canasta llena de objetos que ellos deberán pasar junto a su compañero hacía el otro lado. Para ello utilizarán según la instrucción de la terapeuta: Sus manos, pies, codos, cuello, cabeza, mejillas, barriga, espalda, etc.

Variantes: Realizar la actividad en grupo de tres personas.

Fase III: Vuelta a la calma

10. SESION: COORDINACIÓN

Fase I. Calentamiento.

Fase II. Entrenamiento: En esta fase se desarrollaran las siguientes actividades:

• **Nombre de actividad:** Bolos

Objetivo: Estimular la coordinación viso-manual.

Materiales: Bolos, pelota plastica grande.

Descripción de la actividad: Se colocaran 15 bolos ubicados en forma triangular a tres metros de distancia de los/las tiradores/as. Se les indicará a los niños o niñas que deben tumbar la mayor cantidad de bolos posibles en un lanzamiento. Por cada bolo que derrumben serán ganadores de una estrella dorada.

Variante: Realizar los lanzamientos a diferentes distancias y con pelotas de diferentes tamaños. Utilizar latas, en lugar de bolos, que contengan objetos dentro, para llevar a los niños o niñas a utilizar más fuerza a la hora de realizar sus lanzamientos.

• **Nombre de actividad:** ¡¡Preparen, apunte y tiren!!

Objetivo: Estimular el desarrollo de la coordinación general y visomanual.

Materiales: Canasta, pelotas de colores.

Descripción de la actividad: Se armaran parejas entre los participantes, por medio de cintas de colores que se les ataran a los participantes en sus manos a medida que vayan llegando a la terapia. Luego, se colocaran a uno de los integrantes de las parejas de espalda a una pared del salón con unas canastas (grupo A). A los chicos/as restantes se les colocara de frente a sus compañeros a una distancia de dos metros (grupo B) con unas canastas llenas de pelotas. Se les pedirá a los participantes del grupo B que tomen las pelotas que tienen en sus canastas y se las lancen a sus parejas, del grupo A, su objetivo será llenar las canastas vacías de sus compañeros con pelotas, y la misión del compañero será moverse de tal forma que las pelotas lanzadas puedan caer dentro de sus canastas.

Variante: Aumentar la distancia entre las parejas, el tamaño de las pelotas y de las canastas.

Fase III: Vuelta a la Calma..

11. SESION: COORDINACIÓN

Fase I. Calentamiento.

Fase II. Entrenamiento: En esta fase se desarrollaran las siguientes actividades:

- **Nombre de actividad:** bate

Objetivo: Estimular el desarrollo de la coordinación ojo-mano.

Materiales: Pelotas de caucho, tizas, bates

Descripción de la actividad: Se establecerán grupos de tres personas, por medio del juego *tingo-tingo-tango*. Así, se irán escogiendo los integrantes de los grupos. Los niños o niñas que tengan la pelota cuando la instructora diga *tango* deberán pasar a formar el primer grupo. En una segunda ronda saldrá otro niño del juego y será el compañero del niño anterior y así sucesivamente. Estando organizado los grupos, cada uno se deberá ubicar en las posiciones correspondientes, un grupo se dispone a batear y el otro grupo es quien lanza las pelotas y esta atento a calar a los bateadores. Luego se cambian los papeles, el grupo que bateaba pasa a calar y el grupo que calaba pasa a batear las pelotas. Teniendo en cuenta que quienes batean deben correr hacia las bases, los que ponchan deben tratar de calarlos para que no pasen de las bases.

Variante: Formar dos parejas, aumentar la distancia entre las bases.

- **Nombre de actividad:** Aeróbicos

Objetivo: Mejorar la coordinación general de los niños o niñas.

Materiales: Grabadora, Cd.

Descripción de la actividad: Se colocaran a los participantes en 5 columnas con 3 filas cada una, con base en el tamaño de los participantes. Una de las instructoras deberá estar delante de los niños y niñas y realizarán una rutina de aeróbicos, animando a los niños para que las realicen. La segunda instructora deberá apoyar a los chicos en la realización de los ejercicios.

Variante: Aumentar la duración de la rutina de ejercicios.

Fase III: Vuelta a la Calma.

12. SESION: COORDINACIÓN

Fase I. Calentamiento.

Fase II. Entrenamiento: Durante esta sesión, se realizarán las siguientes actividades:

- **Nombre de actividad:** Arcos.

Objetivo: Mejorar la coordinación ojo-pie

Materiales: Pelotas.

Descripción de la actividad: Se colocaran a los participantes en una fila según sus tamaños. Los chicos deberán estar con las piernas abiertas, de tal manera que formen un camino entre las mismas.

El primer participante deberá patear la bola, para que pase por el camino formado por sus compañeros, sin detenerse ni desviarse. Luego, el segundo participante tomara el turno del *pateador*, y así sucesivamente, hasta que pasen todos los niños y niñas

Variante: Se pueden realizar dos filas, aumentar el número de pelotas, las distancia entre los participantes

CONTINÚA...

12. SESION: COORDINACIÓN (II)

- **Nombre de actividad:** En sus marcas, listos....YA!

Objetivo: Reforzar las habilidades de coordinación trabajadas con anterioridad.

Materiales: Conos o bolos, latas, mesas, ula ula, pelotas, canastas.

Descripción de la actividad: Se diseñara un circuito en el que los participantes deberán realizar diferentes actividades en cuatro estaciones. En la primera estación se encuentran tres ula ula por las que el participante deberá meterse para poder pasar hacia la otra prueba. En la segunda estación el participante tendrá que derrumbar 6 bolos pateando una pelota de fútbol. Luego, pasara a la tercera estación, donde tendrá que encestar mínimo tres pelotas pequeñas en una canasta. Para finalmente, llegar a la última estación, donde caminado en zigzag entre los cono alcanzará la meta y obtendrá un premio.

Variante: Se puede ampliar el espacio y el número de jugadores para que sea más divertido.

Fase III: Vuelta a la calma

13. SESION: LATERALIDAD

Fase I. Calentamiento:

Fase II. Entrenamiento: Para trabajar la lateralidad en esta sesión, se emplearán las siguientes actividades:

- **Nombre de actividad:**

Objetivo: Identificar el lado derecho del izquierdo en el propio cuerpo.

Materiales: Cintas de colores, una pelota.

Descripción de la actividad: De pie, pedirle al niño/a que enseñe la mano derecha, luego la izquierda; el ojo derecho, luego el izquierdo; igual con el pie y con los oídos. Si hay confusión entre un lado y el otro se le colocará una cinta de colores en la mano derecha que le sirva como referente. Luego de eso se le entrega unas tuercas de pasta para que las ensarten con la mano derecha en una superficie larga, primero caminando como enanitos, luego saltando como sapos, saltando con una sola pierna, caminando de lado y finalmente saltando con las dos piernas.

Variante: se cambian las instrucciones pero resaltando que se debe hacer con la mano y el pie derecho.

- **Nombre de actividad:** Twister sobre periódicos

Objetivo: Mejorar conocimiento derecha -izquierda.

Materiales: Papel periódicos, temperas.

Descripción de la actividad: Se colocan periódicos de colores (previamente coloreados) en el suelo simulando el juego del enredo, los niños deberán apoyar alternativamente las manos y piernas que se nombren (derecha-izquierda) en el color indicado.

Variante: se puede ampliar el espacio y el número de jugadores para que sea más divertido.

Fase III: Vuelta a la Calma

14. SESION: LATERALIDAD

Fase I. Calentamiento.

Fase II: Entrenamiento. En esta sesión las actividades para trabajar son las siguientes:

- **Nombre de actividad:** El maniquí

Objetivo: Identificar derecha-izquierda en otros.

Materiales: El propio cuerpo.

Descripción de la actividad: En círculo. Un voluntario pasa al frente quien ará las veces de maniquí. Luego de uno en uno van pasando para arreglar el maniquí, pero primero deberán señalar la mano derecha-izquierda, el pie derecho-izquierdo, el ojo derecho-izquierdo, la oreja derecha-izquierda del maniquí.

La terapeuta anima a repetir la parte del cuerpo indicada. Si el niño no logra señalar la parte indicada, se le señala y se pide que lo haga también.

Variante: pueden ir pasando en parejas o cambiar de maniquí.

- **Nombre de actividad:** El espejo

Objetivo: Identificar derecha -izquierda en otra persona

Materiales: Ninguno.

Descripción de la actividad: En parejas según preferencias de los participantes. Se ubican frente con frente, uno hará las veces del espejo y el otro de quien se mira en el. La idea es que la persona que hace las veces del espejo haga todo lo que hace su compañero con la misma mano que el lo haga.

Variante: Se pueden intercalar uno hace del espejo y luego el otro.

Fase III: Vuelta a la calma.

15. SESION: LATERALIDAD

Fase I. Calentamiento.

Fase II: Entrenamiento. En esta sesión las actividades para trabajar son las siguientes:

- **Nombre de actividad:** El baile de la conga

Objetivo: Identificar derecha-izquierda

Materiales: Sillas plásticas, grabadora.

Descripción de la actividad: Se disponen, lejos de los alumnos, varias sillas en ronda. El grupo se desplaza al ritmo de la música, alrededor de las sillas hacia la derecha y luego hacia la izquierda. La terapeuta le dirá a los niños y niñas que saluden a su compañero de la derecha, luego el de la izquierda. Al dejar de sonar la música deben correr a sentarse. La persona que se quede sin sillas sale del juego y ayuda con las palmas.

Variante: las personas que van se les puede colocar una penitencia en la que le toque utilizar la mano derecha.

CONTINÚA...

15. SESION: LATERALIDAD (II)

- **Nombre de actividad:** La masa

Objetivo: Mejorar tono muscular y lateralidad.

Materiales: Colchonetas, sábanas o mantas.

Descripción de la actividad: En parejas según preferencias de los participantes, cada pareja se ubica frente a una colchoneta que tendrá una sábana extendida. Uno de los miembros se acuesta boca abajo, con los brazos hacia ambos lados del cuerpo, el compañero se coloca al frente de la colchoneta y comienza a darle vuelta al que está acostado sobre ella para envolverlo en la sábana, le dará vuelta primero hacia la derecha y luego hacia la izquierda.

Variante: Pueden cambiar los papeles de quien empuja y también aumentar la velocidad de las vueltas. Se pueden hacer competencias con otras parejas para ver quien da vueltas más rápido.

16. SESION: ESQUEMA CORPORAL

Fase I. Calentamiento.

Fase II: Entrenamiento. Se realizarán las siguientes actividades:

- **Nombre de actividad:** La momia.

Objetivo: Reconocer las diferentes partes del cuerpo en uno mismo y en otros.

Materiales: Papel higiénico y cinta pegante. .

Descripción de la actividad: Organizado el grupo en una ronda, se elige por medio del juego *tingo-tingo tango*, a tres participantes para forrarles las partes de su cuerpo con papel higiénico. Se le forraran sus piernas, pies, manos, cabeza. Luego esos participantes deberán perseguir a un compañero y si los toca su compañero se convertirá en la momia.

Variantes: Forrar a todos los estudiantes al mismo tiempo, luego pintar el papel con tempera o decorarlo con recortes, dibujos, etc.

Fase III: Vuelta a la calma.

17. SESION: ORIENTACIÓN ESPACIO-TEMPORAL

Fase I. Calentamiento.

Fase II: Entrenamiento. Se realizarán las siguientes actividades:

- **Nombre de actividad:** Aeróbicos

Objetivo: Mejorar la ubicación espacial.

CONTINÚA...

17. SESION: ORIENTACIÓN ESPACIO-TEMPORAL (II)

Materiales: Grabadora, CD, cabuya, tizas.

Descripción de la actividad: Se realizarán ejercicios aeróbicos con los niños y niñas. La instructora deberán dibujar figuras en el piso para que los niños y niñas se guíen en la realización de instrucciones como: Adentro-afuera de la figura, arriba-abajo, atrás-adelante, al lado. Además, se colocara una cabuya lineal para que los niños y niñas salten de un lado a otro.

Variante: Se aumenta la velocidad de los saltos, el alto de la cabuya.

- **Nombre de actividad:** Marchemos unidos.

Objetivo: Mejorar la ubicación espacial.

Materiales: Lanas.

Descripción de la actividad: Se colocaran a los niños y niñas en una fila según el tamaño de ellos. Luego, se les amarrara a las muñecas una pulsera de lana, con la que se amarrara las muñecas de todos lo niños y niñas. Estando unido, los participantes iniciaran un recorrido por el centro, buscando la mejor manera de coordinar sus movimientos.

Variante: Aumentar la velocidad de la marcha, el número de personas atadas con la lana.

Fase III: Vuelta a la calma

18. SESION: ORIENTACIÓN ESPACIO-TEMPORAL

Fase I. Calentamiento.

Fase II: Entrenamiento. Se realizarán las siguientes actividades:

- **Nombre de actividad:** ¡A ritmo con las pelotas!

Objetivo: Mejorar la orientación temporal.

Materiales: Pito, tambor.

Descripción de la actividad: Se formaran parejas entre los participantes, según el color del papelito que saquen de una tula colocada por la terapeuta. Luego, cada pareja deberá llenar una canasta con el mayor número de pelotas posible (de 15- a 20 máx.), pasándola de un lado al otro, distanciado por una distancia de alrededor de 4 metros y siguiendo las velocidades que la instructora les suministra: Rápido, lento, normal. Utilizando el sonido del pito o del tambor.

Variante: Aumentar el número de bolas o las distancias entre las mismas.

- **Nombre de actividad:** Gallina ciega

Objetivo: Mejorar la ubicación espacial.

Materiales: venda o pañoleta.

Descripción de la actividad: Se elegirá a uno de los niños o niñas para que encuentre objetos escondidos o agarren/toquen a uno de sus compañeros, para que este sea la próxima gallina en búsqueda de pollitos. El niño o niña con los ojos cubiertos estará guiado por las instrucciones de la terapeuta: al lado, gira, voltéate, bájate, súbete, etc.

Variante: Vendarle los ojos a todos los participantes al tiempo, colocar obstáculos a la gallinita (conos, paredes, mesas, etc.)

Fase III: Vuelta a la calma.

19. SESION: ORIENTACIÓN ESPACIO-TEMPORAL

Fase I. Calentamiento.

Fase II: Entrenamiento. Se realizarán las siguientes actividades:

- **Nombre de actividad:** Día y noche.

Objetivo: Mejorar la orientación temporo-espacial.

Materiales: colchonetas, tambor, maracas, pitos.

Descripción de la actividad: Los niños y niñas se forman en filas según su tamaño, de tal forma que se ubiquen de menor a mayor. Dentro de la fila irán bailando al ritmo del sonido de los instrumentos musicales que la instructora toque. Ubicados a 5 metro de distancia aprox. se encontraran unas colchonetas a donde los niños y las niñas deberán ir a acostarse y simular estar dormidos, cuando la instructora diga la palabra *noche*. Igualmente, cuando la instructora pronuncie la palabra *día*, los chicos deben levantarse de la colchoneta y volver a la fila para continuar con su baile.

Variantes: Aumentar la distancia entre las colchonetas, colocar obstáculos entre la colchoneta y el lugar de baile que dificulten el paso del lugar de baile a la colchoneta.

- **Nombre de actividad:** Circuito tempo-esp.

Objetivo: Mejorar la orientación temporo-espacial.

Materiales: Llantas, escaleras, barra de equilibrio, cono, bastones, mesa, pelotas.

Descripción de la actividad: En un área demarcada, los participantes deberán hacer un recorrido del espacio pasando varios obstáculos que se le van a presentar en su camino: 1) Pasar por encima de las llantas, realizando movimientos de adentro-afuera. 2) Subir por unas escaleras. 3) Saltar por encima de los bastones. 4) Hacer un nudo a la cuerda. 5) Pasar la barra de equilibrio. Y 6) Patear la pelota y hace un GOL en la arquería.

Variante: Disminuir o aumentar las estaciones de la actividad. Utilizar otro materiales como Ula ulas, balancín. Aumentar las distancias entre cada estación.

Fase III: Vuelta a la Calma.

20. SESION: ESQUEMA CORPORAL

Fase I. Calentamiento.

Fase II: Entrenamiento. Se realizarán las siguientes actividades:

- **Nombre de actividad:** A soplar!

Objetivo: Reconocer las diferentes partes del cuerpo en uno mismo y en otros.
Conciencia respiratoria.

Materiales: Globos, cintas.

Descripción de la actividad: Se le entregaran a cada participante un globo, preferiblemente de diferentes colores, para que lo inflen. Luego con ayuda de la terapeuta y utilizando la lana, los amarran y comienzan a jugar con ellos. Lo lanzarán con su sus manos al aire, luego con sus piernas, cabeza, codo, barriga, etc. Al final se llevaran el globo para sus casas.

Variantes: Darle a un niño mas de un globo y decirle que no debe dejar caer ninguno al suelo.

CONTINÚA...

20. SESION: ESQUEMA CORPORAL (II)

- **Nombre de actividad:** Estatuas de hielo.

Objetivo: Reconocer las diferentes partes del cuerpo en uno mismo y en otros.
Conciencia respiratoria y corporal.

Materiales: Tarjetas de colores.

Descripción de la actividad: La terapeuta se encargará de tocar a uno de los niños y colocarle una tarjeta azul con una imagen de hielo. Esta tarjeta implica que el niño o niña seleccionado deberá quedarse quieto como si se estuviera congelando, apretando fuertemente sus manos y puños, luego otra terapeuta lo descongelara, quitándole la tarjeta y el niño o niña, esta vez deberá irse descongelando, distensionando las partes de su cuerpo. Los demás participantes, deberán seguir corriendo, saltando, moviéndose de diferentes formas, para evitar ser tocado.

Fase III: Vuelta a la Calma.

21. SESION: ESQUEMA CORPORAL

Fase I. Calentamiento.

Fase II: Entrenamiento. Se realizarán las siguientes actividades:

- **Nombre de actividad:** Afianzar habilidades.

Objetivo: Reforzar las habilidades motrices trabajadas durante las diferentes sesiones.

Materiales: Cabuya, pelotas, canastas, rodadero, Ula Ula, pitillos, bastones, latas, barco de papel, estrella escarchadas.

Descripción de la actividad: Se realizará un circuito general de 8 estaciones, la misión de los niños y niñas es llevar una estrella a su imagen corporal (cartelera realizada en sesiones anteriores), pero para cumplir con su objetivo deberán pasar por muchas pruebas: 1) Culebrita: Se les moverá una cabuya a los niños y niñas para que salten sobre ella si tocarla. 2) Subir y bajar el rodadero, cada vez que suba llevará una pelota en sus manos y al bajar por el rodadero meterá esa pelota en una canasta. 3.) Meterán su brazo derecho y luego el izquierdo en una Ula Ula y le dará cinco vueltas. 4) Realizarán lanzamientos con pelotas para derrumbar una latas al 2 metro de distancia. 5) Pasarán sobre bastones. 6) Soplaran un barco con pitillos. 7) Lanzarán la pelota que llevan a la canasta para terminar el circuito.

Fase III: Vuelta a la Calma.



Anexo G

Carta a jueces para evaluar pertinencia y claridad de los instrumentos

Cartagena, 21 de Abril del 2008

Señor (a):
Ciudad

Cordial saludo,

En búsqueda de conocimientos acerca de la vida, sentimientos y pensamientos de las personas en condición de discapacidad, que nos permitan encontrar soluciones terapéuticas para mejorar su calidad de vida y su aceptación social. Se hace necesario, realizar investigaciones para obtener información relacionada con esta población. En consecuencia de lo anterior, se plantea el estudio titulado: Diseño y Evaluación del programa PSICOTEFI basado en el ejercicio físico para niños y niñas en condición de discapacidad del Centro de Habilitación y Capacitación ALUNA”

Esta investigación busca crear un programa terapéutico basado en el *ejercicio físico* y evaluar la eficiencia del mismo a través de su realización con los niños y niñas en condición de discapacidad del Centro, con el fin de integrar el ejercicio físico como una alternativa terapéutica que trabaja de forma integral todas las áreas del individuo: Cognitiva, motora, psicológica-social, de la salud y lúdica.

Para cumplir con este objetivo, necesitamos de su colaboración en la valoración de los instrumentos diseñados para evaluar el área psicomotora (lateralidad, esquema corporal, coordinación, motricidad básica, ubicación espacio temporal).

El programa se llevará a cabo en los meses de Mayo, Junio y Julio del presente año. Las actividades se realizarán en tres sesiones semanales (lunes, miércoles y viernes) de 10:00 a 11:00 de la mañana, con una duración de máximo 1 hora por sesión.

El estudio será realizado por dos estudiantes de la Universidad Tecnológica de Bolívar como requisito de su trabajo de grado, con previo consentimiento de la Junta directiva del Centro Aluna y la supervisión permanente de la psicóloga Vanesa Castillo y la doctora Julia Trillo.

De antemano gracias por su colaboración.

Atentamente,

Silvia Patricia Peñaranda Padilla
CC. 1047376952 Cartagena

Lucy Inés Mejía Gamarra
CC. 33.353.102 Magangue

Cartagena, 21 de Abril del 2007

Señor (a):
Ciudad

Cordial saludo,

En búsqueda de conocimientos acerca de la vida, sentimientos y pensamientos de las personas en condición de discapacidad, que nos permitan encontrar soluciones terapéuticas para mejorar su calidad de vida y su aceptación social. Se hace necesario, realizar investigaciones para obtener información relacionada con esta población. En consecuencia de lo anterior, se plantea el estudio titulado: Diseño y Evaluación del programa PSICOTEFI basado en el ejercicio físico para niños y niñas en condición de discapacidad del Centro de Habilitación y Capacitación ALUNA”

Esta investigación busca crear un programa terapéutico basado en el *ejercicio físico* y evaluar la eficiencia del mismo a través de su realización con los niños y niñas en condición de discapacidad del Centro, con el fin de integrar el ejercicio físico como una alternativa terapéutica que trabaja de forma integral todas las áreas del individuo: Cognitiva, motora, psicológica-social, de la salud y lúdica.

Para cumplir con este objetivo, necesitamos de su colaboración en la valoración del formato de evaluación psicológica el cual se divide en ocho ítems que son: Ansiedad, calidad de vida, manejo de la frustración, auto conocimiento, acatamiento de órdenes, asociación y clasificación, resolución de problemas, socialización y atención.

El programa se llevará a cabo en los meses de Mayo, Junio y Julio del presente año. Las actividades se realizarán en tres sesiones semanales (lunes, miércoles y viernes) de 10:00 a 11:00 de la mañana, con una duración de máximo 1 hora por sesión.

El estudio será realizado por dos estudiantes de la Universidad Tecnológica de Bolívar como requisito de su trabajo de grado, con previo consentimiento de la Junta directiva del Centro Aluna y la supervisión permanente de la psicóloga Vanesa Castillo y la doctora Julia Trillo.

De antemano gracias por su colaboración.

Atentamente,

Silvia Patricia Peñaranda Padilla
CC. 1047376952 Cartagena

Lucy Inés Mejía Gamarra
CC. 33.353.102 Magangue

**PROGRAMA PSICOTERAPÉUTICO BASADO EN LA PRÁCTICA DEL
EJERCICIO FÍSICO "PSICOTEFI"
FORMATO DE EVALUACIÓN**

Nombre del Evaluador: _____

Profesión: _____

Lugar donde labora: _____

Formato: Motor _____ Psicológico _____

A continuación encontrará una tabla de puntuación en la que se evalúan la pertinencia y la claridad de los instrumentos diseñados para fines de investigación. Deberá marcar con una equis (X), según su criterio, el puntaje indicado en cada ítem. Las puntuaciones van del 1 al 5, siendo 1 la menor puntuación y 5 la mayor puntuación obtenida.

Al final se encuentra un espacio de observaciones en el que podrá anotar sus comentarios.

| Ítems | Puntuación | | | | |
|--------------------|------------|---|---|---|---|
| Pertinencia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Claridad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Observaciones:

Firma del evaluador _____

Anexo H

Formatos de observación para selección de participantes

Anexo I

Carta de solicitud de autorización a los padres de familia

Cartagena, 7 de Abril del 2007

Sr. Padre de familia.
Ciudad

Cordial saludo,

En búsqueda de conocimientos acerca de la vida, sentimientos y pensamientos de las personas en condición de discapacidad, que nos permitan encontrar soluciones terapéuticas para mejorar su calidad de vida y su aceptación social. Se hace necesario, realizar investigaciones para obtener información relacionada con esta población. En consecuencia de lo anterior, se plantea el estudio titulado: Diseño y Evaluación de un programa terapéutico basado en el ejercicio físico para niños y niñas en condición de discapacidad del Centro de Habilitación y Capacitación ALUNA”

Esta investigación busca crear un programa terapéutico basado en el *ejercicio físico* y evaluar la eficiencia del mismo a través de su realización con los niños y niñas en condición de discapacidad del Centro, con el fin de integrar el ejercicio físico como una alternativa terapéutica que trabaja de forma integral todas las áreas del individuo: Cognitiva, motora, psicológica-social, lingüística, de la salud y lúdica.

Para cumplir con este objetivo, necesitamos de la participación de su hijo/a y el consentimiento de ustedes como padre.

El programa se llevará a cabo en los meses de junio, Julio y agosto del presente año, por lo que será necesario que los niños y las niñas asistan a la fundación durante las vacaciones. Las actividades se realizarán en tres sesiones semanales (lunes, miércoles y viernes) de 10:00 a 11:00 de la mañana, con una duración de máximo 1 hora por sesión.

Nos comprometemos a brindarles refrigerios a los niños y niñas después de cada actividad y mantenerlos hidratados y a garantizarles absoluta confidencialidad de los resultados obtenidos de forma individual por cada uno de sus hijos. Además, al final del estudio se les dará un informe sobre los avances obtenidos por sus hijo/a durante la terapia.

El estudio será realizado por dos estudiantes de la Universidad Tecnológica de Bolívar como requisito de su trabajo de grado, con previo consentimiento de la Junta directiva del Centro Aluna y la supervisión permanente de la psicóloga Vanesa Castillo.

**Cronograma de Actividades del Programa Terapéutico basado en el
Ejercicio Físico***

| Fecha | Actividad |
|---------------------|---|
| Mayo, 6 a 16 | Evaluación inicial psico - motriz de niños y niñas participantes. |
| Mayo, 19-21- 23. | Preparación física |
| Mayo, 28-30. | Motricidad Básica |
| Junio, 4 – 6 | Motricidad Básica |
| Junio, 9- 11 – 13 | H. Perceptivo Motoras: coordinación |
| Junio, 16- 18- 20 | H. Perceptivo Motoras: lateralidad |
| Junio, 23- 25- 27 | H. Perceptivo Motoras: orientación espacio-temporal. |
| Julio, 2, 4 | H. Perceptivo Motoras: esquema corporal |
| Julio, 7, 9,11 | H. Perceptivo Motoras: esquema corporal. Fin de la terapia. |
| Julio, 14 - 16 – 18 | Evaluación Final psico - motriz de niños y niñas participantes. |
| Agosto | Entrega de informes de avance a Padres. |

*Las fechas están sujetas a modificación.



ACTA DE COMPROMISO
Centro de Habilitación y Capacitación ALUNA
Universidad Tecnológica de Bolívar

Yo _____ padre/madre del niño/a/joven _____ autorizo su participación en el programa psicoterapéutico basado en el ejercicio físico “**PSICOTEFI**”, que se llevará a cabo en los meses de Mayo, Junio y Julio del presente año. Las actividades se realizarán en tres sesiones semanales (lunes, miércoles y viernes) de 8:00 a 9:00 o de 10:00 a 11:00 de la mañana, con una duración de máximo 1 hora por sesión.

El programa será realizado por dos estudiantes de la Universidad Tecnológica de Bolívar como requisito de su trabajo de grado, con previo consentimiento de la Junta directiva del Centro Aluna, la facultad de psicología de la Universidad Tecnológica de Bolívar y la supervisión permanente de la psicóloga Vanesa Castillo.

Asimismo, me comprometo a llevar a mi hijo/a a todas las sesiones durante el periodo escolar y el de vacaciones, con el fin de no interrumpir la continuidad de las sesiones terapéuticas y el desarrollo integral de mi hijo/a.

Para mayor constancia firmo a los ___ días del mes de _____ del año 2008.

Firma del Padre y/o Acudiente:

CC.

Anexo J
Tablas de observaciones pre y post tratamiento

Tabla 3. Resultados por participantes en cada habilidad motora Pre test .

Sujeto 1.

| Habilidad General | H. Especifica | Puntaje obtenido |
|------------------------------------|----------------------|-------------------------|
| Motricidad Básica | Locomoción | 3 |
| | Manipulación | 3 |
| | Estabilización | 2 |
| Sub total Motricidad básica | | 8 |
| Perceptivo Motrices | Lateralidad | 3 |
| | Orientación | 3 |
| | Coordinación | 3 |
| | Esquema Corporal | 4 |
| Sub Total Perceptivo motriz | | 13 |
| Total General | | 21 |

Sujeto 2.

| Habilidad General | H. Especifica | Puntaje obtenido |
|------------------------------------|----------------------|-------------------------|
| Motricidad Básica | Locomoción | 4 |
| | Manipulación | 3 |
| | Estabilización | 2 |
| Sub total Motricidad básica | | 9 |
| Perceptivo Motrices | Lateralidad | 3 |
| | Orientación | 3 |
| | Coordinación | 3 |
| | Esquema Corporal | 4 |
| Sub Total Perceptivo motriz | | 13 |
| Total General | | 22 |

Sujeto 3

| Habilidad General | H. Especifica | Puntaje obtenido |
|------------------------------------|----------------------|-------------------------|
| Motricidad Básica | Locomoción | 3 |
| | Manipulación | 2 |
| | Estabilización | 2 |
| Sub total Motricidad básica | | 7 |
| Perceptivo Motrices | Lateralidad | 2 |
| | Orientación | 3 |
| | Coordinación | 2 |
| | Esquema Corporal | 4 |
| Sub Total Perceptivo motriz | | 11 |
| Total General | | 18 |

Resultados por participantes en cada habilidad motora Post test.

Sujeto 1.

| Habilidad General | H. Especifica | Puntaje obtenido |
|------------------------------------|------------------|------------------|
| Motricidad Básica | Locomoción | 4 |
| | Manipulación | 4 |
| | Estabilización | 3 |
| Sub total Motricidad básica | | 12 |
| Perceptivo Motrices | Lateralidad | 3 |
| | Orientación | 4 |
| | Coordinación | 4 |
| | Esquema Corporal | 5 |
| Sub Total Perceptivo motriz | | 16 |
| Total General | | 28 |

Sujeto 2.

| Habilidad General | H. Especifica | Puntaje obtenido |
|------------------------------------|------------------|------------------|
| Motricidad Básica | Locomoción | 4 |
| | Manipulación | 4 |
| | Estabilización | 3 |
| Sub total Motricidad básica | | 11 |
| Perceptivo Motrices | Lateralidad | 3 |
| | Orientación | 4 |
| | Coordinación | 3 |
| | Esquema Corporal | 5 |
| Sub Total Perceptivo motriz | | 15 |
| Total General | | 26 |

Sujeto 3.

| Habilidad General | H. Especifica | Puntaje obtenido |
|------------------------------------|------------------|------------------|
| Motricidad Básica | Locomoción | 3 |
| | Manipulación | 3 |
| | Estabilización | 2 |
| Sub total Motricidad básica | | 8 |
| Perceptivo Motrices | Lateralidad | 2 |
| | Orientación | 3 |
| | Coordinación | 3 |
| | Esquema Corporal | 4 |
| Sub Total Perceptivo motriz | | 12 |
| Total General | | 21 |

Tabulación de Resultados de observación conducta social Pre test

Sujeto 1.

| Conducta observada | Sesión de Observación | Puntajes Específicos | Puntaje General | Promedio |
|---------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------|-----------------|
| Proximidad | Sesión 1 | 5 | 10 | 5 |
| | Sesión 2 | 5 | | |
| Agrupamiento | Sesión 1 | 4 | 9 | 4.5 |
| | Sesión 2 | 5 | | |
| Cooperativa | Sesión 1 | 1 | 2 | 1 |
| | Sesión 2 | 1 | | |
| Petición | Sesión 1 | 5 | 10 | 5 |
| | Sesión 2 | 5 | | |
| Retraimiento | Sesión 1 | 5 | 10 | 5 |
| | Sesión 2 | 5 | | |
| Berrinche | Sesión 1 | 5 | 10 | 5 |
| | Sesión 2 | 5 | | |
| Molestar | Sesión 1 | 5 | 9 | 4.5 |
| | Sesión 2 | 4 | | |
| Agresividad | Sesión 1 | 5 | 10 | 5 |
| | Sesión 2 | 5 | | |
| TOTAL | | 70 | 70 | 35 |

Sujeto 2.

| Conducta observada | Sesión de Observación | Puntajes Específicos | Puntaje General | Promedio |
|---------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------|-----------------|
| Proximidad | Sesión 1 | 2 | 4 | 2 |
| | Sesión 2 | 2 | | |
| Agrupamiento | Sesión 1 | 3 | 6 | 3 |
| | Sesión 2 | 3 | | |
| Cooperativa | Sesión 1 | 1 | 2 | 1 |
| | Sesión 2 | 1 | | |
| Petición | Sesión 1 | 1 | 2 | 1 |
| | Sesión 2 | 1 | | |

| | | | | |
|---------------------|----------|----|----|------|
| | | | | |
| Retraimiento | Sesión 1 | 5 | 10 | 5 |
| | Sesión 2 | 5 | | |
| Berrinche | Sesión 1 | 5 | 10 | 5 |
| | Sesión 2 | 5 | | |
| Molestar | Sesión 1 | 4 | 9 | 4.5 |
| | Sesión 2 | 5 | | |
| Agresividad | Sesión 1 | 5 | 10 | 5 |
| | Sesión 2 | 5 | | |
| TOTAL | | 53 | 53 | 26.5 |

Sujeto 3.

| Conducta observada | Sesión de Observación | Puntajes Específicos | Puntaje General | Promedio |
|---------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------|-----------------|
| Proximidad | Sesión 1 | 2 | 5 | 2.5 |
| | Sesión 2 | 3 | | |
| Agrupamiento | Sesión 1 | 5 | 9 | 4.5 |
| | Sesión 2 | 4 | | |
| Cooperativa | Sesión 1 | 1 | 2 | 1 |
| | Sesión 2 | 1 | | |
| Petición | Sesión 1 | 1 | 2 | 1 |
| | Sesión 2 | 1 | | |
| Retraimiento | Sesión 1 | 5 | 10 | 5 |
| | Sesión 2 | 5 | | |
| Berrinche | Sesión 1 | 5 | 10 | 5 |
| | Sesión 2 | 5 | | |
| Molestar | Sesión 1 | 3 | 8 | 4 |
| | Sesión 2 | 5 | | |
| Agresividad | Sesión 1 | 1 | 2 | 1 |
| | Sesión 2 | 1 | | |
| TOTAL | | 48 | 48 | 24 |

| | | | | |
|--------------------|----------|----|----|-----|
| | Sesión 2 | 4 | | |
| Berrinche | Sesión 1 | 5 | 10 | 5 |
| | Sesión 2 | 5 | | |
| Molestar | Sesión 1 | 4 | 8 | 4 |
| | Sesión 2 | 4 | | |
| Agresividad | Sesión 1 | 3 | 5 | 2.5 |
| | Sesión 2 | 2 | | |
| TOTAL | | 48 | 48 | 24 |

Puntuaciones obtenidas en conducta social post test.

Sujeto 1.

| Conducta observada | Sesión de Observación | Puntajes Específicos | Puntaje General | Promedio |
|---------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------|-----------------|
| Proximidad | Sesión 1 | 4 | 8 | 4 |
| | Sesión 2 | 4 | | |
| Agrupamiento | Sesión 1 | 5 | 10 | 5 |
| | Sesión 2 | 5 | | |
| Cooperativa | Sesión 1 | 5 | 10 | 5 |
| | Sesión 2 | 5 | | |
| Petición | Sesión 1 | 4 | 8 | 4 |
| | Sesión 2 | 4 | | |
| Retraimiento | Sesión 1 | 5 | 10 | 5 |
| | Sesión 2 | 5 | | |
| Berrinche | Sesión 1 | 5 | 10 | 5 |
| | Sesión 2 | 5 | | |
| Molestar | Sesión 1 | 4 | 9 | 4.5 |
| | Sesión 2 | 5 | | |
| Agresividad | Sesión 1 | 4 | 9 | 4.5 |
| | Sesión 2 | 5 | | |
| TOTAL | | 75 | 75 | 37.5 |

Sujeto2.

| Conducta observada | Sesión de Observación | Puntajes Específicos | Puntaje General | Promedio |
|---------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------|-----------------|
| Proximidad | Sesión 1 | 3 | 6 | 3 |
| | Sesión 2 | 3 | | |
| Agrupamiento | Sesión 1 | 4 | 9 | 4.5 |
| | Sesión 2 | 5 | | |
| Cooperativa | Sesión 1 | 2 | 5 | 2.5 |
| | Sesión 2 | 3 | | |
| Petición | Sesión 1 | 2 | 4 | 2 |
| | Sesión 2 | 2 | | |
| Retraimiento | Sesión 1 | 5 | 10 | 5 |
| | Sesión 2 | 5 | | |
| Berrinche | Sesión 1 | 5 | 10 | 5 |
| | Sesión 2 | 5 | | |
| Molestar | Sesión 1 | 4 | 9 | 4.5 |
| | Sesión 2 | 5 | | |
| Agresividad | Sesión 1 | 1 | 3 | 1.5 |
| | Sesión 2 | 2 | | |
| TOTAL | | 66 | 66 | 33 |

Sujeto 3.

| Conducta observada | Sesión de Observación | Puntajes Específicos | Puntaje General | Promedio |
|---------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------|-----------------|
| Proximidad | Sesión 1 | 3 | 6 | 3 |
| | Sesión 2 | 3 | | |
| Agrupamiento | Sesión 1 | 4 | 7 | 3.5 |
| | Sesión 2 | 3 | | |
| Cooperativa | Sesión 1 | 2 | 5 | 2.5 |
| | Sesión 2 | 3 | | |
| Petición | Sesión 1 | 2 | 4 | 2 |
| | Sesión 2 | 2 | | |
| Retraimiento | Sesión 1 | 5 | 10 | 5 |
| | Sesión 2 | 5 | | |

| | | | | |
|--------------------|----------|----|----|-----|
| Berrinche | Sesión 1 | 5 | 10 | 5 |
| | Sesión 2 | 5 | | |
| Molestar | Sesión 1 | 4 | 9 | 4.5 |
| | Sesión 2 | 5 | | |
| Agresividad | Sesión 1 | 5 | 10 | 5 |
| | Sesión 2 | 5 | | |
| TOTAL | | 62 | 62 | 31 |

Tabulación de resultados de observación de la atención Pre Test.

Sujeto 1.

| Conducta observada | Sesión de Observación | Puntajes Específicos | Puntaje General | Promedio |
|---------------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------|-----------------|
| Contacto Visual | Sesión 1 | 5 | 10 | 5 |
| | Sesión 2 | 5 | | |
| Fijación Visual | Sesión 1 | 4 | 9 | 4.5 |
| | Sesión 2 | 5 | | |
| Seguimiento de Estímulos | Sesión 1 | 5 | 10 | 5 |
| | Sesión 2 | 5 | | |
| TOTAL | | 29 | 29 | 14.5 |

Sujeto 2.

| Conducta observada | Sesión de Observación | Puntajes Específicos | Puntaje General | Promedio |
|---------------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------|-----------------|
| Contacto Visual | Sesión 1 | 5 | 10 | 5 |
| | Sesión 2 | 5 | | |
| Fijación Visual | Sesión 1 | 2 | 5 | 2.5 |
| | Sesión 2 | 3 | | |
| Seguimiento de Estímulos | Sesión 1 | 2 | 6 | 3 |
| | Sesión 2 | 4 | | |
| TOTAL | | 21 | 21 | 10.5 |

Sujeto 3.

| Conducta observada | Sesión de Observación | Puntajes Específicos | Puntaje General | Promedio |
|---------------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------|-----------------|
| Contacto Visual | Sesión 1 | 5 | 10 | 5 |
| | Sesión 2 | 5 | | |
| Fijación Visual | Sesión 1 | 2 | 7 | 3.5 |
| | Sesión 2 | 5 | | |
| Seguimiento de Estímulos | Sesión 1 | 4 | 6 | 3 |
| | Sesión 2 | 2 | | |
| TOTAL | | 23 | 23 | 11.5 |

Puntuaciones obtenidas por participantes en atención Post Test

Sujeto 1.

| Conducta observada | Sesión de Observación | Puntajes Específicos | Puntaje General | Promedio |
|---------------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------|-----------------|
| Contacto Visual | Sesión 1 | 5 | 10 | 5 |
| | Sesión 2 | 5 | | |
| Fijación Visual | Sesión 1 | 5 | 9 | 4.5 |
| | Sesión 2 | 5 | | |
| Seguimiento de Estímulos | Sesión 1 | 5 | 10 | 5 |
| | Sesión 2 | 5 | | |
| TOTAL | | 30 | 30 | 15 |

Sujeto 2.

| Conducta observada | Sesión de Observación | Puntajes Específicos | Puntaje General | Promedio |
|---------------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------|-----------------|
| Contacto Visual | Sesión 1 | 5 | 10 | 5 |
| | Sesión 2 | 5 | | |
| Fijación Visual | Sesión 1 | 3 | 6 | 3 |
| | Sesión 2 | 3 | | |
| Seguimiento de Estímulos | Sesión 1 | 5 | 7 | 3.5 |
| | Sesión 2 | 2 | | |
| TOTAL | | 23 | 23 | 11.5 |

Sujeto 3.

| Conducta observada | Sesión de Observación | Puntajes Específicos | Puntaje General | Promedio |
|---------------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------|-----------------|
| Contacto Visual | Sesión 1 | 5 | 10 | 5 |
| | Sesión 2 | 5 | | |
| Fijación Visual | Sesión 1 | 3 | 7 | 3.5 |
| | Sesión 2 | 4 | | |
| Seguimiento de Estímulos | Sesión 1 | 4 | 8 | 4 |
| | Sesión 2 | 4 | | |
| TOTAL | | 25 | 25 | 11.5 |