



UNIVERSIDAD LAICA VICENTE ROCAFUERTE DE GUAYAQUIL

DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN DE POSGRADO

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

TRABAJO DE TITULACIÓN

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGISTER EN CIENCIAS
DE LA EDUCACIÓN MENCIÓN INCLUSIÓN EDUCATIVA Y ATENCIÓN
A LA DIVERSIDAD**

TEMA

**LA ATENCIÓN EDUCATIVA HOSPITALARIA PARA EL DESARROLLO
DE LA PSICOMOTRIDAD EN NIÑOS DE CUATRO A CINCO AÑOS DE
EDAD CON TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN EN EL
HOSPITAL ROBERTO GILBERT DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL**

AUTORA:

LIC. MARÍA LEONOR GUERRA RODRÍGUEZ

TUTORA:

PhD. GICEYA DE LA CARIDAD MAQUEIRA CARABALLO

GUAYAQUIL-ECUADOR

2017

DEDICATORIA

Quiero resaltar dentro de mi vida a esa persona que durante muchos días, meses y años ha sido mi compañero, mi amigo, mi consejero y mi complemento hacia la felicidad, mi novio Xavier Aragundi, dedico de manera especial este trabajo de investigación, ya que su valiosa ayuda me ha servido de mucho para la culminación del mismo.

Y de la misma manera, a mis queridos padres porque gracias a sus consejos muy valiosos y la enseñanza de valores he alcanzado otro logro más en mi vida profesional.

Ma. Leonor Guerra

AGRADECIMIENTO

Ante todo agradezco a Dios, por darme la fortaleza necesaria para la culminación con éxito de otro escalón más en mi vida profesional.

A mí tutora Giceya Maqueira, excelente profesional, con la que he aprendido mucho y me siento muy agradecida, porque fue una magnífica guía para la culminación de mi trabajo de investigación.

Ma. Leonor Guerra

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Guayaquil, julio de 2017.

Yo, María Leonor Guerra Rodríguez, declaro bajo juramento, que la autoría del presente trabajo me corresponde totalmente y me responsabilizo con los criterios y opiniones científicas que en el mismo se declaran, como producto de la investigación realizada.

De la misma forma, cedo mis derechos de autor a la Universidad Laica VICENTE ROCAFUERTE de Guayaquil, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su Reglamento y normativa Institucional vigente.

Firma:  _____

(MARÍA LEONOR GUERRA RODRIGUEZ)

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR DE LA TESIS

Guayaquil, julio de 2017

Certifico que el trabajo titulado **LA ATENCIÓN EDUCATIVA HOSPITALARIA PARA EL DESARROLLO DE LA PSICOMOTRIDAD EN NIÑOS DE CUATRO A CINCO AÑOS DE EDAD CON TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN EN EL HOSPITAL ROBERTO GILBERT DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL** ha sido elaborado por **LIC. MARÍA LEONOR GUERRA RODRÍGUEZ** bajo mi tutoría, y que el mismo reúne los requisitos para ser defendido ante el tribunal examinador que se designe al efecto.

Firma: _____



(PhD. GICEYA DE LA CARIDAD MAQUEIRA CARABALLO)

RESUMEN EJECUTIVO

La atención educativa hospitalaria para el desarrollo de la psicomotricidad en niños con trastorno de déficit de atención de cuatro a cinco años de edad, etapa en que existe una mayor plasticidad neuronal y el niño aprende de manera rápida, siempre y cuando esté bien estimulado y aún más al existir este tipo de trastorno, permitirá a través del juego la adquisición de habilidades y destrezas para una completa autonomía y una mejor interacción social. En el hospital Roberto Gilbert en el área de Terapia Ocupacional, la frecuencia en las terapias impide la continuidad del proceso educativo, por lo tanto el sistema de acciones para la atención educativa hospitalaria no solamente proporcionará conocimientos elementales del nivel de educación en el que se encuentran, sino también destrezas motoras, habilidades cognitivas y sociales, las cuales son las áreas del desarrollo más vulnerables en niños con déficit de atención. Los resultados demuestran que el área de terapia ocupacional no cuenta con un espacio físico adecuado, ni con personal capacitado en los objetivos curriculares de cada ciclo educativo, la lista de cotejo nos indica que el aprendizaje de los niños se encuentra en proceso, con un marcado desfase en la cognición y motricidad fina, los niños presentaron problemas en la coordinación visomotora y pinza fina, con mejores resultados en la motricidad gruesa según el test MABC. El sistema de acciones propuesto tiene un enfoque constructivista y socio cultural, fundamentado en los principios de competencia e inclusión y atención a la diversidad. Las actividades propuestas en el sistema fueron diseñadas acorde con la etapa del desarrollo del niño con el firme propósito de desarrollar la psicomotricidad, que es básica para el aprendizaje y autonomía.

PALABRAS CLAVES: Atención Educativa hospitalaria, Psicomotricidad, niños con trastorno de déficit de atención, sistema de acciones.

ABSTRACT

Hospital educational care for the development of psychomotor skills in children with attention deficit from four to five years of age, a stage in which there is greater neuronal plasticity and the child learns quickly, as long as it is well stimulated and even more Existence of this type of disorder, will allow through the game the acquisition of skills and skills for a complete autonomy and a better social interaction. At the Roberto Gilbert Hospital in the area of Occupational therapy, the frequency in the therapies prevents the continuity of the educational process, therefore the system of actions of the hospital educational attention will not only provide elementary knowledge of the level of education in which But also motor skills, cognitive and social skills, which are the most vulnerable areas of development in children with attention deficit disorder. The results show that the occupational therapy area does not have an adequate physical space, nor does it have trained personnel in the curricular objectives of each educational cycle, the checklist indicates that children's learning is in process, with a marked gap in cognition and fine motor skills, children presented problems in the visomotor coordination and fine clamp, With better results in gross motor skills according to the MABC test. The proposed system of actions has a constructivist-socio-cultural approach, based on the principles of competence, inclusion and attention to diversity. The activities proposed in the system were designed according to the stage of the child's development and according to the objectives, with the firm purpose of developing the psychomotricity, which is basic for the learning and autonomy.

KEYWORDS: Hospital educational care, Psychomotricity, children with attention deficit, system of actions.

ABREVIATURAS

Dra. : Doctora

INFA: Instituto de la Niñez y la Familia

LOEI: Ley Orgánica de Educación Intercultural

MABC: Batería de evaluación del movimiento para niños

MIES: Ministerio de Inclusión Económica y Social

MSCA: Escalas McCarthy de aptitudes y psicomotricidad

SPSS: Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales

TDA: Trastorno de déficit de atención

UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
(Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura).

TICs: Tecnología de la información y la comunicación

Tacs: Tecnología para la adquisición de conocimientos

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR.....	iv
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR DE LA TESIS	v
RESUMEN EJECUTIVO	vi
ABSTRACT	vii
ABREVIATURAS.....	viii
LISTA DE CUADROS.....	xi
LISTA DE GRÁFICOS.....	xi
LISTADO DE ILUSTRACIONES.....	xii
LISTADO DE TABLAS	xii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1	4
MARCO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.1 Tema	4
1.2 Planteamiento del problema	4
1.3 Formulación del problema	5
1.4 Sistematización del problema	5
1.5 Delimitación del problema de investigación	6
1.6 Objetivo General	6
1.7 Objetivos Específicos	6
1.8 Justificación de la Investigación	7
1.9 Idea a defender	9
1.10 Variables	9
CAPITULO 2.....	10
MARCO TEÓRICO	10
2.1 Marco Teórico	10
2.2 Marco Conceptual	29
2.3 Marco Legal	30
CAPÍTULO 3.....	33
METODOLOGÍA/ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	33
3.1 Enfoque de la Investigación	33

3.2	Tipo de Investigación	33
3.3	Métodos de investigación	33
3.4	Instrumentos de Investigación	34
3.5	Población	38
3.6	Operacionalización de las variables	40
3.7	Análisis, interpretación y discusión de los resultados	41
3.8	Discusión	55
CAPITULO 4.....		57
PROPUESTA.....		57
	Ficha Técnica	59
	Introducción	60
	Objetivo	62
	Fundamentación	62
	Principios de la Atención Educativa Hospitalaria	63
	Beneficiarios	64
	Recursos	64
	Fases para el proceso de desarrollo psicomotriz	65
	Orientaciones Metodológicas Generales	66
	Cronograma	67
	Actividades Psicomotrices	68
	Evaluación	76
	Ficha de valoración psicomotriz	77
	Beneficios que aporta la propuesta	77
	Recomendaciones para la familia	78
	Resultados de la propuesta	79
	Análisis de la validez y pertinencia según criterio de especialistas	82
	Comentario Final	85
CONCLUSIONES.....		86
RECOMENDACIONES		88
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		89
	Anexo 1. Guía de observación	2
	Anexo 2. Test MABC	4
	Anexo 3. Lista de cotejo	5

Anexo 4. Ficha de Valoración psicomotriz.....	6
Anexo 5. Validación de propuesta. Guía sobre criterio de especialistas .	7
Anexo 6. Hojas de vida de los especialistas	9
Anexo 7. Encuesta a especialistas.....	12
Anexo 8. Fotos de la propuesta.	22

LISTA DE CUADROS

Cuadro No. 1. Características del espacio físico y recursos materiales	41
Cuadro No. 2. Competencias del recurso humano el Área de Terapia Ocupacional	42
Cuadro No 3. Características de las actividades que se realizan en el Área de Terapia Ocupacional.....	43
Cuadro No. 4 Motricidad fina.....	44
Cuadro No. 5 Motricidad gruesa	46
Cuadro No. 6 Reconoce colores básicos en los objetos del área.....	48
Cuadro No. 7 Discrimina formas y figuras en láminas	49
Cuadro No. 8 Hace bolitas de papel y las pega dentro y fuera de una figura.....	50
Cuadro No. 9 Agrupa objetos por tamaño	51
Cuadro No. 10 Lanzamiento de pelotas a una canasta.....	52
Cuadro No. 11 Camina sobre bloques de madera	53
Cuadro No. 12 Imita los movimientos de los animales	54
Cuadro No. 13 Identifica las partes del cuerpo en un muñeco.....	55

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Características del espacio físico y recursos materiales.....	41
Gráfico 2. Competencias del recurso humano del Área de Terapia Ocupacional	42
Gráfico 3. Características de las actividades que se realizan en el Área de Terapia Ocupacional.....	43
Gráfico 4 Motricidad Fina.....	44
Gráfico 5 Motricidad gruesa	46
Gráfico 6 Reconoce colores básicos en los objetos del área	48
Gráfico 7 Discrimina formas y figuras en láminas	49
Gráfico 8 Hace bolitas de papel y las pega dentro y fuera de una figura	50
Gráfico 9 Agrupa objetos por tamaño.....	51
Gráfico 10 Lanzamiento de pelotas a una canasta	52

Gráfico 11 Camina sobre bloques de madera.....	53
Gráfico 12 Imita los movimientos de los animales.....	54
Gráfico 13 Identifica las partes del cuerpo en un muñeco	55

LISTADO DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Esquema de Sistema de Acciones para la Atención Educativa Hospitalaria	59
Ilustración 2 Esquema de los componentes de la propuesta.....	60
Ilustración 3 Cronograma del Sistema de Acciones de la Atención Educativa Hospitalaria	67
Ilustración 4 Esquema de las actividades	68

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1 Escala de Lickert.....	35
Tabla 2 FODA.....	58
Tabla 3 Actividad de psicomotricidad fina # 1.	69
Tabla 4. Actividad de psicomotricidad fina # 2	69
Tabla 5. Actividad de psicomotricidad fina # 3.	70
Tabla 6. Actividad de psicomotricidad fina # 4.	70
Tabla 7. Actividad de psicomotricidad fina # 5	71
Tabla 8. Actividad de psicomotricidad fina # 6	71
Tabla 9. Actividad de psicomotricidad fina # 7	72
Tabla 10 Actividad de psicomotricidad gruesa # 1	73
Tabla 11 Actividad de psicomotricidad gruesa # 2.	73
Tabla 12 Actividad de psicomotricidad gruesa # 3	74
Tabla 13. Actividad de psicomotricidad gruesa # 4.	74
Tabla 14 Actividad de psicomotricidad gruesa # 5.	75
Tabla 15. Actividad de psicomotricidad gruesa # 6.	75
Tabla 16 Actividad psicomotricidad gruesa # 7.....	76
Tabla 17 Registro de expertos	8

INTRODUCCIÓN

La Psicomotricidad a través del tiempo ha evolucionado constantemente, antes se consideraba una técnica dirigida solo a niños, actualmente es dirigida también a individuos adultos y ésta es denominada Análisis corporal. Se impartía en escuelas especiales, ahora se realiza en escuelas regulares, donde muchos niños con necesidades educativas especiales se benefician de esta técnica, en la que interactúan movimiento, conocimiento y emociones.

Dentro de los primeros experimentos realizados para demostrar la importancia de la técnica psicomotriz se encuentra el de la Dra. Pickler (1943) en el Instituto Loczy de Budapest con niños de 0 a 3 años que necesitaban cuidados especiales lejos de la familia, en donde demostró que con un espacio seguro y cómodo, una vestimenta apropiada y los juguetes suficientes, los niños se mostraban activos, llenos de interés y se desarrollaban normalmente. (Herrán & Godall , 2016)

En muchos países europeos, primeramente se profundiza en los fundamentos teóricos para mejorar el nivel de práctica psicomotriz existente e incluir estos conocimientos dentro de los programas de formación. En Alemania, se destaca más el aspecto de las vivencias y las relaciones interpersonales dentro de los programas de psicomotricidad.

La UNESCO (2004) determina la importancia del uso de la tecnología en los niños como recurso y medio en el mejoramiento de la atención y el aprendizaje, actualmente muy utilizado en las instituciones educativas y en el ámbito de la rehabilitación como medida terapéutica para mejorar el nivel cognitivo.

Un programa para potenciar la atención y concentración mediante juegos y ejercicios repetitivos es un recurso de aprendizaje indispensable en los

primeros años de la educación formal para estimular la psicomotricidad, aunque hay muchos docentes que no incluyen estas actividades como medio de aprendizaje, limitándolas solo a momentos exclusivos como el recreo o en la clase de educación física. (Montenegro, 2016)

En una investigación realizada en la Universidad Tecnológica Equinoccial cuya autora (Freire, 2008) afirma lo siguiente:

Las experiencias de trabajo con niños con dificultades de atención, tanto de las educadoras encuestadas como de los especialistas entrevistados, confirma que sí se ha observado mejoría en los alumnos que presentan dificultades de atención y concentración con ejercicios repetitivos y actividades de apoyo adecuados. Adicionalmente, si el niño recibe el estímulo de su entorno familiar y el acompañamiento profesional pertinente, se le proporciona la atención integral que requiere para superar sus dificultades y limitaciones en la atención de los niños (p.63).

Quiroz (2011) sostiene que los juegos para el desarrollo de las funciones básicas se agrupan en juegos de dominio corporal, juegos de fortalecimiento de esquema cognitivo y juegos para el esquema afectivo y actitudinal, los cuales favorecen los procesos cognitivos y sociales, lo que beneficia el desarrollo de la psicomotricidad.

Es así, que la psicomotricidad juega un papel fundamental en el desarrollo del niño, ya que por medio de ella dependerá la evolución de diferentes capacidades y habilidades cognitivas, motrices y psicosociales que le servirán en el diario vivir. Los niños con trastorno de déficit de atención necesitan potenciar las destrezas motoras y habilidades cognitivas que le permitirán desenvolverse en su entorno social y por ende educativo, lo

que se logra a través de un sistema de actividades desarrollado a partir de las fortalezas y necesidades particulares de cada uno de ellos.

En el hospital Roberto Gilbert de la ciudad de Guayaquil, los niños con trastorno de déficit de atención siguen un programa de actividades enfocadas en el desarrollo de la psicomotricidad en base al juego. Sin embargo, se ha evidenciado que la frecuencia de las terapias impide la secuencia del proceso educativo, lo que conlleva a limitar las destrezas motoras y habilidades cognitivas que son impartidas en las instituciones educativas, por lo tanto el sistema de acciones para la atención educativa hospitalaria beneficiaría aún más el desarrollo de la psicomotricidad y daría continuidad al proceso enseñanza-aprendizaje llevado a cabo en las instituciones educativas.

Por consiguiente, la presente investigación aborda la importancia del desarrollo de la psicomotricidad en niños con trastorno de déficit de atención mediante actividades psicomotrices determinadas en un sistema de acciones para la Atención Educativa Hospitalaria, las cuales fomentarán la autonomía y el desarrollo de habilidades y destrezas que están relacionadas con la psicomotricidad.

CAPÍTULO 1

MARCO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Tema

La atención educativa hospitalaria para el desarrollo de la psicomotricidad en niños de cuatro a cinco años de edad con Trastorno de Déficit de Atención en el Hospital Roberto Gilbert de la ciudad de Guayaquil.

1.2 Planteamiento del problema

Los niños aprenden y socializan a través del juego, es por ello que el proceso de desarrollo de la psicomotricidad constituye una vía importante para el desenvolvimiento motriz, cognitivo y psicosocial, lo que es fundamental para el desarrollo de la personalidad del individuo.

En el Hospital Roberto Gilbert de la ciudad de Guayaquil asisten al área de Terapia Ocupacional un determinado número de niños y niñas con trastorno de déficit de atención, muchos de los cuales reciben dicha rehabilitación con una frecuencia de tres veces a la semana, por lo tanto se ve afectada la secuencia del proceso enseñanza-aprendizaje que tiene lugar en las instituciones educativas y esto repercute en el desarrollo de la psicomotricidad.

En las instituciones educativas se desarrollan destrezas y habilidades en base al juego, no sólo se imparten conocimientos y los niños con trastorno de déficit de atención de edades comprendidas entre los cuatro y cinco años corresponden a la educación inicial, en donde es fundamental el aprendizaje mediante actividades psicomotrices.

La baja asistencia a las instituciones educativas repercutiría en el desarrollo psicomotriz de los niños con trastorno de déficit de atención y afectaría las destrezas motoras, habilidades cognitivas y sociales, que son las esferas más vulnerables en dichos niños.

La alteración de la psicomotricidad como resultado del trastorno de déficit de atención hace que la sociedad discrimine a estos niños, razón por lo cual resultaría perjudicada la autonomía e inserción social.

1.3 Formulación del problema

¿Cómo favorecer el desarrollo de la psicomotricidad en niños con trastorno de déficit de atención de cuatro a cinco años del hospital Roberto Gilbert?

1.4 Sistematización del problema

¿Cómo se va a evaluar la psicomotricidad a cada niño con trastorno de déficit de atención?

¿Cuáles son las potencialidades y necesidades de los niños con trastorno de déficit de atención?

¿Cuáles son las actividades que se van a realizar para desarrollar la psicomotricidad?

¿Cuáles son las actividades que servirán para desarrollar la psicomotricidad gruesa?

¿Cuáles son las actividades que se planificarán para desarrollar la psicomotricidad fina?

¿Cómo se van a programar las actividades para que cumplan con el objetivo principal que es el desarrollo de la psicomotricidad?

¿Cuánto tiempo se considera indispensable para la ejecución de cada una de las actividades?

¿Cómo se va evaluar el logro de los niños en cuanto a la adquisición de las habilidades psicomotrices?

1.5 Delimitación del problema de investigación

Lugar. Hospital Pediátrico Roberto Gilbert de la ciudad de Guayaquil

Campo. Atención Educativa Hospitalaria.

Periodo. 2016- 2017.

Aspecto a analizar. Desarrollo de la psicomotricidad en niños de cuatro a cinco años de edad con trastorno de déficit de atención a partir de un sistema de acciones para la atención educativa hospitalaria.

1.6 Objetivo General

Diseñar un sistema de acciones para el desarrollo de la psicomotricidad de los niños con trastorno de déficit de atención de cuatro a cinco años de edad para la atención educativa hospitalaria del hospital Roberto Gilbert de la ciudad de Guayaquil.

1.7 Objetivos Específicos

- Determinar los referentes y fundamentos teóricos y metodológicos del proceso de atención educativa hospitalaria para el desarrollo de la psicomotricidad en niños con trastorno de déficit de atención de cuatro a cinco años de edad del hospital Roberto Gilbert de la ciudad de Guayaquil.
- Detectar las limitaciones en el desarrollo de la psicomotricidad de los niños con trastorno de déficit de atención de cuatro a cinco años de edad del hospital Roberto Gilbert de la ciudad de Guayaquil.

- Elaborar el sistema de acciones para la atención educativa hospitalaria basado en las potencialidades y necesidades del desarrollo psicomotriz de los niños con trastorno de déficit de atención de cuatro a cinco años de edad del hospital Roberto Gilbert.
- Validar la pertinencia del sistema de acciones para el desarrollo de la psicomotricidad de los niños con trastorno de déficit de atención de cuatro a cinco años de edad para la atención educativa hospitalaria del hospital Roberto Gilbert.

1.8 Justificación de la Investigación

La importancia del desarrollo de la psicomotricidad en los niños hasta los cinco años, donde existe una mayor plasticidad neuronal es primordial para el desenvolvimiento motriz, cognitivo y psicosocial. La psicomotricidad permite que el niño se interaccione con los demás, sea parte de la sociedad, ya que a través del juego el niño toma contacto con otros, y esto lo ayudará a ir conociendo a las personas que lo rodean, a aprender normas de comportamiento y a descubrirse a sí mismo.

Al convertirse el niño un ser activo social, no solo se beneficiará el proceso de aprendizaje y esta adquisición de conocimientos permitirá un mejor nivel de cognición, sino que también facilitará el paso del egocentrismo de los tres años a una mayor colaboración hacia los seis o siete, ya que tiene que ponerse de acuerdo con los otros que experimentan diversas emociones y percepciones, tiene que participar, competir y ser aceptado o rechazado.

En los niños con trastorno de déficit de atención que son catalogados como inquietos, lentos en su desarrollo motriz y cognitivo necesitan potenciar también sus habilidades motoras, cognitivas y psicosociales por medio de la psicomotricidad. El juego facilita el desarrollo de los diferentes

aspectos de la conducta, carácter, habilidades sociales y motricidad; al mismo tiempo otorga experiencias y facilita la adaptación a diversas situaciones cotidianas, promoviendo la autonomía en todas las esferas de la conducta e iniciando una vida de independencia en todos los ámbitos hasta llegar a la vida adulta con la inserción laboral.

En el Hospital Roberto Gilbert de la ciudad de Guayaquil acuden al área de Terapia Ocupacional un número considerable de niños y niñas con trastorno de déficit de atención en edades comprendidas entre los tres a ocho años de edad, se ha escogido la población de niños cuyas edades fluctúan entre los cuatro a cinco años, los cuales necesitan potenciar sus destrezas y habilidades para el desarrollo de la psicomotricidad mediante un sistema de actividades acorde con el implementado en las instituciones educativas, para así continuar con la secuencia del proceso enseñanza-aprendizaje que es interrumpido por la asistencia a las terapias semanales al hospital.

El sistema de acciones permitirá el desarrollo de la psicomotricidad mediante la adquisición de destrezas y habilidades que son necesarias para evitar limitaciones en su desenvolvimiento cotidiano, específicamente en el ámbito educativo, lo que afectaría el aprendizaje. Existen testimonios de padres de que el niño presenta déficit en la pinza fina, no tiene atención, entre otros aspectos motrices, cognitivos y psicosociales, dando como resultado importantes trastornos en las habilidades escolares.

Esto afecta de manera directa en el proceso de inclusión educativa, ya que todos los niños tienen el derecho de gozar de una educación de calidad e integral basada en el respeto, tolerancia, solidaridad, equidad, justicia social e igualdad, lo que garantiza una mejor calidad de vida para

todos los niños con necesidades educativas especiales asociados o no a una discapacidad.

La propuesta de un sistema de acciones para el desarrollo de la atención educativa hospitalaria sería de gran ayuda para potenciar las capacidades de los niños con trastorno de déficit de atención, y a la vez trabajar en sus necesidades, para que éstos avancen en el proceso de psicomotricidad, con el fin de que se conviertan en seres autónomos, autosuficientes y formen parte activa de la sociedad.

1.9 Idea a defender

Con la elaboración de un sistema de acciones para la atención educativa hospitalaria se beneficiaría el desarrollo de la psicomotricidad de los niños con trastorno de déficit de atención de cuatro a cinco años.

1.10 Variables

Variable independiente. Sistema de acciones para la atención educativa hospitalaria.

Variable dependiente. Desarrollo de la psicomotricidad de los niños con trastorno de déficit de atención de cuatro a cinco años.

CAPITULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1 Marco Teórico

2.1.1 Fundamentación teórica

La presente investigación se fundamenta en la escuela histórico cultural de Vigotsky, que determina que el desarrollo cognitivo está condicionado por el aprendizaje, es decir, que la cognición puede mejorar con el aprendizaje. En niños con trastorno de déficit de atención, la cognición (atención y concentración) es dispersa, por lo tanto si un niño tiene más oportunidades de aprender, no solo adquiere más conocimientos, sino que logrará un mejor desarrollo cognitivo. La atención educativa hospitalaria beneficiaría este aprendizaje que es interrumpido por la poca asistencia a la escuela debido a las terapias que realiza el niño en el hospital. Dicha institución será una aliada en el proceso de aprendizaje que el niño con trastorno de déficit de atención pierde por la suspensión momentánea del proceso educativo.

El cambio cognitivo se produce en la zona de desarrollo próximo, donde el niño es capaz de afrontar los problemas de manera individual y con ayudas de otros. Esta interacción con los demás le permite al niño alcanzar un nivel superior de funcionamiento intelectual que será muy apropiada para adquirir los conocimientos y habilidades de acuerdo a su etapa de desarrollo.

La psicología cognitiva da al niño un rol activo en el proceso de aprendizaje. Mediante ésta la atención, la motivación y el conocimiento pueden ser manipulados para lograr un aprendizaje más exitoso. Se fundamenta también en la teoría constructivista de Piaget, en donde se plantea que la cognición se desarrolla paralelamente al desarrollo afectivo y social, por lo tanto reconoce el ambiente como un elemento imprescindible en la formación de la inteligencia del niño.

Cuando el niño con déficit de atención es estimulado de manera apropiada y oportuna mediante actividades que le permitan mejorar su cognición se fomenta un proceso de maduración acelerado y el niño es capaz de aprender de acuerdo a su etapa de desarrollo. Se podría decir que el desarrollo es quien controla el aprendizaje.

De manera que, la interacción con el entorno, no solo familiar, sino también social, en este caso en el ambiente hospitalario mediante la interacción con el terapeuta como educador y demás niños repercute en la adquisición de las habilidades cognitivas del niño, lo que propicia un aprendizaje más significativo y se favorece la integración social.

2.1.1.1 Origen de la Psicomotricidad

En el siglo XIX, Rousseau tomaba en cuenta las características del niño en cada edad, es decir la importancia del desarrollo motor para conocer y mejorar las capacidades de los niños según la edad cronológica y la importancia del juego para la perfección de la infancia, ya que solo a través de ella se desarrollaban sus potencialidades y recursos dentro del campo educativo. (Tripero, s.f).

Decroly se interesó en amplios movimientos didácticos en la educación preescolar y que descubriendo las necesidades de los niños se conocerían también sus intereses, y serían ellos mismos los que busquen aprender. Para que esto sea posible, los niños deben ser capaces de esforzarse y de sentirse satisfechos del trabajo bien hecho, para que de esta manera puedan integrarse al entorno y favorecer la interacción social (Roldán, 2016).

En el siglo XX se emplea por primera vez el término de psicomotricidad para el ámbito educativo. En 1907, Dupré formuló el concepto de psicomotricidad como resultado de sus trabajos sobre la debilidad mental

y la debilidad motriz. Wallon habló del diálogo teórico-emocional y vial para que el tono muscular y la movilidad estén asociados, y además de que el área motriz como la psíquica están íntimamente relacionadas (Chico, 2011).

Ajuariguerra en conjunto con Suzanne Naville propusieron una educación de los movimientos del cuerpo para entender los problemas psicológicos y físicos del niño. Muestra la importancia del desarrollo psicomotriz y de su íntima relación con los procesos de aprendizaje Jean Le Boulch y Romain opinan que no se puede educar al niño sin tener en cuenta el comportamiento motriz.

La psicomotricidad en base a ejercicios de fortaleza se dio en la antigüedad. Bolaños y Gámez (2013) en su artículo detallan que en Grecia y Esparta al niño se le daba educación por movimientos, a través de la música, la danza, el ejercicio físico, entre otras y con el “saber ser” del niño.

2.1.1.2 Importancia de la Psicomotricidad

La educación psicomotriz conforme Bermejo, Cheles y Badajoz (2008) permite que el niño corrija y controle su propio cuerpo, actuando cada vez más de forma autónoma, valorando sus posibilidades y limitaciones y además de que participe en las propuestas de juegos, rutinas y otras actividades realizadas por personas adultas, aprenden a través de la psicomotricidad a regular sus intereses, conocimientos, sentimientos y emociones. El cuerpo será el instrumento privilegiado para el aprendizaje.

Un buen trabajo psicomotriz en la etapa de educación infantil de acuerdo con Sánchez (2009) asegura una evolución adecuada para realizar determinadas acciones y movimientos, así como la representación mental

y conciencia de los mismos para que el aprendizaje del niño sea más significativo y con un enfoque integral.

La Psicomotricidad según Marquez (2011) ocupa un lugar importante en la educación infantil, sobretodo en la primera infancia porque está demostrado que existe una gran interdependencia entre los desarrollos motores, afectivos e intelectuales.

2.1.1.3 Desarrollo psicomotriz de niños de 4 a 5 años

Las características más relevantes en cuanto al desarrollo psicomotriz grueso y fino presente en los niños de 4 a 5 años, que representa el rango de edad de la población a investigar son: (Martín, 2012).

4 años.

- Adquiere el equilibrio dinámico durante la marcha y la carrera.
- Salta con dos pies.
- Progreso en la coordinación de movimientos.
- Adquiere mayor soltura y armonía en sus movimientos.
- Acelera y modera la marcha a voluntad.
- Hace la pinza correctamente, es decir ya es capaz de coger los objetos con sólo el dedo índice y pulgar.
- Empieza a manifestar predominancia de un lado sobre otro, es decir tiende a ser más ágil con el lado derecho o bien con el izquierdo (dominancia lateral).

- Inhibe mejor los movimientos involuntarios, aquellos movimientos sobre los que no tienen control.

5 años.

- Mejor coordinación al saltar, caminar y correr combinadamente: lateralmente, hacia atrás, hacia arriba, abajo. Mantienen muy bien el equilibrio al caminar por muros de diferentes formas. También trepan y escalan una mayor distancia y con buena coordinación.
- Son capaces de combinar acciones más complejas como lanzar, rebotar y atrapar la pelota, rodar aros por el piso y pequeñas pelotas por lugares estrechos. El atrape de la pelota lo realizan con ambas manos.
- Son capaces de percibir el espacio al saltar una cuerda o lanzar una pelota. También regulan sus movimientos al lanzar un objeto a distancia y les gusta correr para pasar saltando un obstáculo a pequeña altura. Realizan saltos de longitud cayendo con semiflexión de las piernas y buena estabilidad.
- Saltan con un pie y con los dos y ejecutan saltillos laterales y hacia atrás. Realizan el gateo con movimientos coordinados de brazos y piernas no sólo por el piso, sino también por arriba de los muebles.
- Mayor dominio de la motricidad fina. El niño recorta y pega sobre una línea recta sin salirse. Sin embargo, la actividad gráfica es aún deficiente y el manejo del lápiz sigue siendo torpe.
- Mayor precisión y dominio del manejo de utensilios, maneja bien el cepillo de dientes, puede lavarse la cara, entre otras cosas, lo

que significa que es más independiente en las actividades de la vida diaria.

Por su parte, Huerta, Izquierdo y Frontera (2010) refieren que el desarrollo motor de los niños depende de la maduración física, del desarrollo ósteomioneuronal. Las habilidades motrices que los niños van adquiriendo hacen posible un mayor dominio del cuerpo y el entorno, lo que permite un mayor grado de independencia y conocimiento del mundo exterior y promueve el aprendizaje. El desarrollo motor comprende: la motricidad gruesa (locomoción y desarrollo postural) y motricidad fina (prehensión, coordinación óculo-manual, pinza fina).

Maganto y Cruz (2010) expresan que el desarrollo motor grueso se refiere a las acciones musculares más globales como sentarse, gatear, levantarse y caminar, mientras que la motricidad fina del realiza actividades como manipular, aplaudir, ensartar, abrir, garabatear, embonar, encajar, entre otras, desarrollando con estas actividades la autonomía en los niños. Los niños son diferentes no solo en su fisionomía, sino también en la adquisición del desarrollo. Aunque existen unos patrones comunes en las etapas del desarrollo calificados como normales.

2.1.1.4 Alteraciones de la psicomotricidad

Gérez (2009) afirma que las alteraciones que se pueden presentar en el proceso de desarrollo de la psicomotricidad son:

Trastorno de esquema corporal. Retraso en la adquisición cuando el niño de tres años no reconoce los elementos de su cara y a los seis años los elementos de su cuerpo.

Debilidad psicomotriz. Dificultad para desenvolverse en el espacio, torpeza en el grafismo y la construcción, dificultades de coordinación visomotora e hipotonía muscular. Se detecta en la primera infancia.

Inestabilidad psicomotriz. Incapacidad de inhibir los movimientos y de mantener la atención. Si el niño presenta dificultad de inhibición motriz, problemas de atención y comprensión y alteraciones del tono. Se detecta en la etapa escolar.

Dispraxia. Incapacidad para realizar determinados movimientos que vinculan actividades cotidianas como comer, vestirse, coger el lápiz, recortar, entre otras.

Disgrafía. Trastorno que afecta la escritura.

Por otro lado, Vericat y Bibiana (2013) sostienen que los trastornos de la psicomotricidad tienen su inicio en la primera o segunda infancia y varían desde dificultades escolares hasta problemas psicomotores. En cuanto a los trastornos de falta de maduración del sistema nervioso central se encuentran los trastornos del lenguaje, coordinación, funciones visoespaciales, los trastornos de inicio en la infancia y adolescencia: retraso mental, trastornos del aprendizaje, trastornos de habilidades motoras, de comunicación, déficit de atención, trastornos generalizados del desarrollo, entre otros.

2.1.1.5 Intervención psicomotriz en educación

Rigal (2006) manifiesta que el desarrollo de la escritura empieza con muchos ejercicios pregráficos de motricidad fina, tanto a través de juegos motrices (marionetas, atornillamiento, desatornillamiento, manipulaciones libres) como del dibujo o mediante ejercicios más estructurados donde predomina el trazo (rectos, círculos, palitos, curvaturas cerradas).

Estas actividades desarrollan destrezas y habilidades necesarias para la autonomía de los niños en cuanto no solo a sus actividades educativas, sino también cotidianas.. El niño empieza el proceso del dibujo mediante el garabateo, luego combina dos formas geométricas, combina varias formas hasta llegar al dibujo, es a los seis años de edad, donde el niño forma una figura más compleja que se relaciona con su entorno.

Martinez y Franco (2008) determinan que el objetivo de la psicomotricidad en el ámbito de la educación infantil es el de educar la capacidad simbólica y representativa, ya que a través del cuerpo nos expresamos, manejamos la realidad y nos relacionamos en el mundo material y humano hasta llegar a crear. El niño adquiere un mejor lenguaje verbal, desarrolla su capacidad de abstracción, alimenta la creatividad al desarrollar la fantasía. Los docentes para potenciar la creatividad deben animar a los niños a utilizar su cuerpo libremente no de manera mecánica, lo cual en los primeros años es normal hasta que el niño aprende a concientizar sus movimientos.

Por su parte, Zurita (2009) asegura que la mejor forma de trabajar la psicomotricidad en la educación infantil es por medio del juego, éste se convierte en un elemento facilitador e integrador de aprendizajes. En la educación los aspectos que se van a desarrollar son: percepción espacio-temporal, coordinación, expresión corporal, velocidad de reacción, puntería, memoria, concentración, relajación y originalidad. El uso de materiales permite que los niños se diviertan durante el juego. Estos pueden ser: pelota, aros, cuerdas, telas, juguetes, instrumentos musicales, marcajes de suelo, entre otros.

Según Sánchez (2009) la intervención educativa en materia psicomotriz propone las siguientes actividades:

- Situaciones de contacto físico con otros niños, juegos educativos en los que hay que seguir normas para trabajar tono, fuerza, movimiento y postura.
- Observación y exploración sensorial como medio de conocimiento del propio cuerpo y el de los demás, respetando a la diversidad.
- Juegos de construcción, montaje, desmontaje, rompecabezas lo que favorecerá la motricidad fina y la cognición. En los primeros años de la etapa de educación infantil es de gran importancia la relación afectiva entre educador y el niño porque de ella dependerá el fomento de las relaciones interpersonales y el interés por el conocimiento que será adquirido.

Consejo (2010) afirma que la educación psicomotriz es una técnica, pero es también una forma de entender la educación que aborda al niño de una manera integral atendiendo a las diferentes etapas del desarrollo, con el fin de mejorar las capacidades afectivas, intelectuales y sociales a través del movimiento.

Hoy en día, con el surgimiento de la inclusión de niños con necesidades educativas especiales asociados o no a una discapacidad a escuelas regulares, la educación psicomotriz debe ser el método más usado por los docentes para mejorar a través del movimiento las habilidades cognitivas, las relaciones interpersonales y la parte afectiva, las cuales son áreas que están muy limitadas en estos niños con déficit atencional.

2.1.1.6 Niños con Trastorno de Déficit de Atención

El trastorno de déficit de atención es un trastorno generalizado del desarrollo que se registra desde etapas preescolares y puede manifestarse con hiperactividad, falta de atención e impulsividad. Tienen

dificultades para aprender, socializar o en el seguimiento de instrucciones. Sus causas pueden ser hereditarias o de orden neuropsicológico (Cárdenas, 2013).

Según la Universidad Internacional de Valencia (2015) estos niños se caracterizan por una falta de atención y concentración, además de un comportamiento donde predomina la distracción. Los niños con trastorno de déficit de atención no son excesivamente activos. No completan las tareas y pueden distraerse con facilidad, cometen errores con frecuencia y tratan de evitar aquellas actividades que requieren de trabajo mental continuo y mucha concentración.

El comportamiento en el aula de los niños con trastorno de déficit de atención se caracteriza por:

- Gran dispersión mental y se distraen muy fácilmente.
- Le cuesta entender las cosas de un modo claro y rápido.
- Cualquier tarea que implique mucha atención o concentración le supone mucho esfuerzo y no siempre son capaces de mantenerla hasta el final.
- Dificultad para organizarse y se olvidan rápidamente de las cosas, no retienen información nueva.

La escuela es el espacio donde queda en evidencia gran parte de la problemática de la infancia. Considera el ambiente familiar y escolar del niño como determinantes para el desarrollo de los trastornos de diversa índole como motrices, afectivo-conductuales y de aprendizaje.

De acuerdo con Moyano, Torres, Borrera y Eyheramendy (2011) los trastornos de atención pueden ser efectos de la impulsividad, desorganización, negativismo, dificultad para poner un afecto positivo o cierta realidad, entre otras. Por tanto existen muchos casos con dificultades en el desarrollo emocional que se esconden detrás de un déficit de atención. Además de la base biológica, el ambiente familiar y escolar son los medios que de acuerdo con las condiciones en que se encuentren pueden ser el detonante para la aparición de este trastorno cognitivo.

2.1.1.7 Evaluación del niño con trastorno de déficit de atención.

En primera instancia, Espina y Ortego (s.f.) sostienen que es necesario la evaluación médica para descartar otras patologías que coinciden con el trastorno de déficit de atención. Se requieren pruebas audiométricas, ópticas, psicológicas y neurológicas.

La evaluación psicoeducativa para determinar el nivel intelectual, sus destrezas en lecto-escritura, matemáticas y dificultades emocionales y motrices. Para lograr esto, es necesario tener información acerca de las habilidades, comportamiento y dificultades que presenta el niño en la escuela. No hay que olvidar los recursos, necesidades y potencialidades del niño.

La evaluación a la institución educativa para definir si tiene un equipo de profesionales capacitados para la atención a niños con trastorno de atención, usan los métodos adecuados, permite la comunicación entre padres y maestros, la orientación a la familia y presencia de un equipo multidisciplinario para una constante valoración del niño en su desarrollo. O en su defecto, asistir a centros especializados en rehabilitación para la valoración de las capacidades y limitaciones motrices, cognitivas y de lenguaje que pudiera tener, a la par con el desarrollo escolar. Es

primordial la evaluación a la familia, ya que muchas veces los problemas que surgen en el ambiente familiar pueden repercutir mucho de manera directa en la intervención, acentuando aún más los síntomas.

2.1.1.8 Principios generales para el tratamiento de niños con trastorno de déficit de atención.

El tratamiento de los niños con trastorno de déficit de atención puede seguir los siguientes principios generales (Cuervo et al, s.f):

Los padres deben ser los pioneros de la intervención oportuna de sus hijos con trastorno de déficit de atención, atender las necesidades que éstos presenten y reforzar sus potencialidades para estimular la independencia e inserción social. En una aula inclusiva, la diversidad está presente, por lo tanto los valores como respeto, tolerancia, aceptación, equidad y justicia social deben ser enseñados en el ambiente familiar para lograr una verdadera inclusión educativa y social.

Tratamiento individualizado de acuerdo a los síntomas presentes, descripción de las debilidades y fortalezas, no sólo del niño sino también de la familia y escuela. En un ambiente inclusivo, la atención debe ser integral e individualizada, el aprendizaje cooperativo es una estrategia didáctica muy útil para el aprendizaje significativo de estos niños, siempre y cuando sean grupos máximo de tres y heterogéneo.

El tratamiento debe estar dirigido a fortalecer la autoestima del niño, estimular una comunicación efectiva entre él, sus familiares y maestros, facilitar el aprendizaje y desarrollar autonomía. Educar a la familia y a la comunidad educativa acerca del trastorno de déficit de atención, brindar información acerca de estrategias cognitivo-conductuales tales como: pasos a seguir para solucionar problemas, sostener la atención y

concentración, mejorar la comunicación y las relaciones interpersonales, entre otras.

En la presente tesis se hace hincapie en la atención educativa hospitalaria para estimular la psicomotricidad mediante actividades pedagógico-terapéuticas. Se atenderá sus limitaciones en la psicomotricidad en niños con déficit de atención, para de esta manera fomentar la autoestima y mejorar la calidad de vida.

2.1.1.9 La Atención Educativa Hospitalaria

Antecedentes históricos.

García (2014) afirma que la aparición de las aulas hospitalarias denominadas actualmente “escuelas hospitalarias” se produce en el año 1946 mediante decreto ejecutivo en el gobierno peronista, por lo tanto Argentina fue el primer país latinoamericano en su reconocimiento público. Sin embargo su origen se remonta al año 1922 con su promotor el Dr. Ricardo Gutiérrez, quién constató que en su hospital muchos niños en el área de Traumatología pasaban mucho tiempo internados, por lo que solicitó maestras que los permitiera estar ocupados. Al principio como un pasatiempo, pero luego se introdujeron actividades de la educación formal y fue necesario la contratación de más docentes.

El Dr. Gutierrez, médico y maestro consideraba necesario el elemento lúdico para poder socializar con los niños y hacer más llevadera su permanencia en el hospital. Esta educación hospitalaria se extendió a otros hospitales, siendo el hospital Durand con su promotor el dr. José María Jorge (1930) quien impulso la creación de una escuela taller, donde a parte de enseñar las letras para combatir el analfabetismo se daban clases de manualidades no solo para la rehabilitación funcional sino también para la reinserción laboral. (García, 2014).

El proyecto aulas hospitalarias (2012) indica que en Europa la atención educativa hospitalaria se origina en la década de los sesenta en Francia, al principio sólo para entretener a los niños durante una larga permanencia hospitalizados hasta que en el año 1974 se puso en marcha una sección de pedagogía en España la que cubría las demandas de necesidades educativas tanto de niños como adultos.

La primera ley que reconoce el derecho a las personas hospitalizadas a recibir atención educativa fue la Ley de Integración Social del Minsválido (1982) y las actividades para ejercer la atención educativa hospitalaria se recogen en la Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado (1986). En 1996 mediante un decreto real se estableció que el alumno hospitalizado mantendrá su escolarización en la institución educativa donde se desarrolla su proceso educativo y que el ministerio de Educación y Cultura creará unidades de apoyo en los centros hospitalarios públicos y en los privados mediante convenios. La ley orgánica de educación (2006) defiende la necesidad de atención educativa a la diversidad y de la atención educativa en los hospitales.

La atención educativa hospitalaria persigue los siguiente fines: adquisición de habilidades para enfrentarse a la nueva situación, uso de materiales didácticos para adquisición de conocimientos, atención individualizada y trabajo grupal, impedimento de la marginación educativa, aceptación de la diversidad y que el periodo de hospitalización sea más ameno para los niños.

Rodríguez (2014) afirma que la pedagogía hospitalaria no solo es impartir conocimientos, sino también es desarrollar habilidades, entre ellas tenemos las sociales a través del juego, donde se involucra también a la familia de los niños, ya que de ellos depende el avance o retroceso del proceso de aprendizaje. Las metodologías giran en torno no solo a

actividades lúdicas, sino también a plásticas, animación a la lectura, técnicas de expresión y comunicación y de ocio y tiempo libre, las cuales preparan al niño a nivel cognitivo, académico, afectivo y social, y de esta manera estimulan la psicomotricidad.

En Ecuador, el proyecto aulas hospitalarias se instauró en el año 2015 amparado por los ministerios de Educación y Salud Pública para dar respuesta educativa a niños, niñas y adolescentes en situación de enfermedad, hospitalización y/o reposo médico prolongado. Esta atención educativa puede ser individual o colectiva, de calidad e integradora. Se realiza en coordinación con la institución educativa donde estudia el alumno, lo cual permite su posterior reinserción y validez del aprendizaje.

Hasta diciembre del año 2016, el programa contó con 31 aulas distribuidas en todo el país en centros de salud estatales, privados y casas de acogida y tratamiento y benefició a 5.158 estudiantes de centros educativos estatales. En el año 2017 empezarán a funcionar 19 aulas hospitalarias más y un total de 400 docentes debidamente capacitados que permitirán la atención educativa a 69.320 niños y adolescentes. Sin embargo, la cifra exacta es de 42 aulas hospitalarias, las cuales benefician a más de 10.723 niños y adolescentes, tanto en la sierra como en la costa.

Generalidades de la Atención Educativa Hospitalaria.

Todos utilizamos la planificación motriz para realizar cosas nuevas, como vestirnos, hasta que ésta se transforma en destrezas. Realizando las actividades cotidianas, primero de manera mecánica y luego son aprendidas, lo que conlleva a desarrollar la independencia en concordancia con la edad del niño (vereny.blogspot.com, 2013).

Las actividades de este programa de atención educativa hospitalaria permitirán que el niño con déficit de atención logre la máxima autonomía e integración social, y con ello se desarrollen la autoestima y la confianza en sí mismo. El proceso de la intervención pedagógica terapéutica está dirigido también a la familia y al entorno social como partes fundamentales e implicadas en el desarrollo del niño, fundamentando dicha intervención en los aspectos lúdicos y funcionales (Atención y desarrollo infantil, 2017).

La educación hospitalaria brinda al niño con déficit de atención la oportunidad de una educación preescolar, la misma que debe estar acorde a sus potencialidades y necesidades para favorecer el proceso psicomotriz. El desarrollo en la infancia está relacionado al juego, la escolarización y la interacción social, primordiales para su maduración personal y con el fin de mejorar la calidad de vida. La atención educativa hospitalaria debe atender las necesidades pedagógicas, sociales, afectivas, comunicativas y lúdicas de los niños y niñas y de una manera especial a aquellos con algún tipo de trastorno cognitivo. (García, 2013).

La atención educativa hospitalaria facilita la integración del niño con déficit de atención a su entorno educativo, ya que con el proceso enseñanza-aprendizaje llevado a cabo en el área de rehabilitación se reforzará la formación educativa mediante las actividades diseñadas para estimular la psicomotricidad, lo que desarrollará destrezas y habilidades para su completa inclusión social.

Se proporciona la atención educativa hospitalaria de manera individual, se adaptan las actividades a realizar conforme las necesidades educativas de cada niño y reforzando las potencialidades que pudieran tener. Se trabaja también con pequeños grupos de tres integrantes, tomando en cuenta su personalidad, intereses y motivaciones.

Metodología de la Atención Educativa Hospitalaria.

El Ministerio de Educación (2012) indica que la metodología de la Atención Educativa Hospitalaria debe ser: lúdica, personalizada, los currículos deben ser flexibles, la atención múltiple y simultánea e innovadora.

Lúdica. Fin educativo y de salud emocional por medio de diferentes técnicas: teatro, lectura, arte terapia, música terapia, artes plásticas. Los niños no solo adquieren nuevos aprendizajes, sino también interactúan entre ellos, se relajan y descubren sus potencialidades.

Personalizada. Acorde a las características y necesidades educativas de cada estudiante, lo que permite un aprendizaje significativo. Está dirigida al desarrollo de destrezas, habilidades, adquisición de hábitos y técnicas de estudio para un mejor desempeño académico.

Múltiple y simultáneo. Responde a la diversidad, a distintos niveles de aprendizaje, edad, tipo de educación, patologías, necesidades educativas especiales y características individuales. Es necesario tomar como referencia la programación en las instituciones educativas unidocentes y pluridocentes.

Adaptaciones curriculares. La metodología debe ser flexible, adaptada a la condición del estudiante hospitalario, puesto que él es el centro de interés. Las adaptaciones al currículo lo realiza la docente del programa, una vez realizada la respectiva evaluación psicopedagógica.

Innovadora. A través de los tics (tecnología para la información y comunicación) y los tacs (tecnología para la adquisición de conocimientos) que son unas herramientas que contribuyen en el proceso de enseñanza- aprendizaje y favorecen el desarrollo afectivo, social y

comunicativo del alumno hospitalario. Además, de que facilita a los docentes acercar el currículo regular en todos sus niveles de una manera más actual, divertida e inspiradora.

En cuanto a los fines de la atención educativa hospitalaria se incluyen los siguientes: la adquisición de habilidades y destrezas mediante las actividades lúdicas, uso de materiales didácticos para la obtención de conocimientos, atención individualizada y grupal para un aprendizaje más significativo e impedimento de la marginación educativa, es decir atiende a la diversidad, lo que garantiza una educación de calidad.

2.1.1.10 Propuesta de Actividades para la Atención Educativa Hospitalaria.

En el hospital se pueden realizar variedad de actividades lúdicas, en las que se pueden incluir juguetes y materiales didácticos. (Bermúdez, 2010). Estas actividades son las siguientes:

Actividades con pintura y arcilla, actividades de relajación a través de la fantasía y la música, dramatizaciones para imitar roles adultos, resolver conflictos. Pueden representar médicos, enfermeras, bomberos, entre otros personajes, utilizando para ello materiales concretos que representen dicha situación, narraciones para favorecer la interacción social, collage, juegos con internet, proyección de películas infantiles, excursiones, visita de personajes famosos.

Estas actividades sirven para reducir en el niño la inquietud motriz y la impulsividad, principales dificultades del déficit de atención, mediante el aumento de la atención y la capacidad cerebral. El principal objetivo de este plan de actividades es cambiar los hábitos, y actitudes negativas ante ciertas situaciones y enseñarle nuevas formas de reaccionar. El niño

con déficit de atención lo motiva aquellas actividades que lo incentiven a participar (Fuentes, 2017)

La primera actividad será realizar rompecabezas, a parte de mantener la atención y concentración, ayuda a desarrollar la inteligencia espacial y memoria. Es necesario incentivarlo a culminar la actividad, si es posible premiarlo. Otra excelente dinámica es la separación de elementos, para ello se debe reunir una cantidad de objetos con características diferentes: color, tamaño y forma. La tarea es la de agrupar y clasificar los objetos presentados según sus características comunes, es decir discriminar los objetos por su tamaño, forma y color. Sirve para desarrollar la concentración, destreza y agilidad mental.

Rodríguez (2011) expresa que la percepción de diferencias al analizar dos dibujos aparentemente iguales exige del niño una capacidad de atención usando el análisis y la observación. La comparación debe ser por partes; visión parcial de una ilustración e inmediatamente comparar la misma parte en la otra ilustración, siguiendo un orden establecido, luego señalar con una raya cada diferencia que se encuentre.

En el desarrollo de las habilidades del pensamiento se pueden ubicar varios elementos en un sitio, en un orden determinado, luego varia la colocación para que el niño vuelva a organizarlos en el orden estipulado. Otra actividad sería nombrar varios objetos y guardarlos en una caja, para que el niño repita todos los objetos que están en su interior, éstos deben ser objetos cotidianos y fácilmente reconocibles para él. (Gimnsasia cerebral , 2016)

En la integración visual, el niño debe completar una imagen para hallar la parte que falta. La identificación de aciertos y errores permite que el niño analice todos los detalles que se le plantean para identificar aquellos

elementos del dibujo que no son correctos. Esta tarea ayudará al niño al reconocimiento de letras, números, según el modelo que se escoja para su realización. (Sánchez, 2015).

La integración sensorial según Moya (2012) ayuda al niño con trastorno de atención a canalizar su energía, mantener su atención y poder trasladarla de una actividad a otra. Entre las actividades que se realizan se encuentran: brincar sobre una cama elástica, halar objetos (una cuerda, una canasta llena de objetos), caminar sobre las manos (carretilla), mecerse en una hamaca, manipular diversas texturas (rugosa, áspera, fría), cargar objetos pesados con ambas manos, usar juguetes rellenos con frijoles, arena, arroz.

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 Psicomotricidad.

La Psicomotricidad es una ciencia que mira al ser humano de manera integral, considerando aspectos emocionales, motrices y cognitivos para llegar a la maduración de las funciones neurológicas y a la adquisición de procesos cognitivos desde el ámbito emocional basado en la motivación personal y la interacción social. (Rodríguez , 2012).

En cuanto al ámbito educativo, Mendrana (2008) sostiene que la psicomotricidad es considerada como una forma de entender la educación basada en la psicología evolutiva y pedagógica que favorecen al desarrollo motor, afectivo y mental del niño para facilitar su relación con los demás. Los principales ejes de la psicomotricidad educativa son la actividad y la relación y el centro es el niño. Si el maestro emplea bien esta relación, los niños desarrollarán su aprendizaje de manera apropiada.

2.2.2 Niños con Trastorno de Déficit de Atención.

Según Rojas (2012) los niños con trastorno de déficit de atención presentan falta de atención y concentración, así como también un comportamiento de distracción. Los niños que padecen de este subtipo no son excesivamente activos y tampoco interrumpen las clases; más bien ellos no completan sus tareas, se distraen con facilidad, cometen errores de manera constante y evitan actividades que requieren de trabajo mental continuo y de mucha concentración. Presentan en muchas ocasiones confusión e inatención, lo que les lleva a una pérdida importante de la información. Tienen dificultades en la memoria de trabajo y en retener información nueva. Todo ello ocasiona que en las instrucciones orales o escritas cometan errores.

2.2.3 Atención Educativa Hospitalaria.

Es la respuesta educativa que se le brinda a un niño, adolescente o joven en una situación de enfermedad, reposo médico prolongado y/o tratamiento, para disminuir las consecuencias negativas que la hospitalización puede tener en el alumnado, tanto a nivel educativo como personal, ya que la hospitalización no solo interrumpe el proceso educativo, sino también el desarrollo emocional y sus relaciones sociales y afectivas. (Cabezas, 2008).

2.2.4 Sistema de Acciones para la Atención Educativa Hospitalaria.

Es un conjunto de recursos y actividades que contribuyen a la educación integral del niño en el ámbito hospitalario.

2.3 Marco Legal

La presente investigación se basa en los siguientes artículos tanto de la Ley de Educación Orgánica Intercultural como de la Ley Orgánica de Discapacidades y de la declaración de los Derechos del Niño, la Niña o Joven Hospitalizado y/o en tratamiento.

2.3.1 Artículo 47 de la LOEI.

"Tanto la educación formal como la no formal tomarán en cuenta las necesidades educativas especiales de las personas en lo afectivo, cognitivo y psicomotriz. La autoridad Educativa Nacional velará porque esas necesidades educativas especiales no se conviertan en impedimento para el acceso a la educación. El Estado ecuatoriano garantizará la inclusión e integración de estas personas en los establecimientos educativos, eliminando las barreras de su aprendizaje." (Ministerio de Educación, 2012).

Se fundamenta en este artículo porque dado que el trastorno de déficit de atención es una alteración de los procesos cognitivos, estos niños también representan necesidades educativas especiales, por lo que deben ser favorecidos con la inclusión educativa. Y nada mejor que antes de iniciar la misma, reciban apoyo pedagógico en la etapa preescolar mediante actividades pedagógico-terapéuticas durante el transcurso de su rehabilitación con las diferentes terapias que ameritan para completar su normal desarrollo.

2.3.2 Artículo 34. Ley Orgánica de Discapacidades.

Equipos multidisciplinarios especializados de la Ley Orgánica de Discapacidades. La autoridad educativa nacional garantizará en todos sus niveles la implementación de equipos multidisciplinarios especializados en materia de discapacidades, quienes deberán realizar la evaluación, seguimiento y asesoría para la efectiva inclusión, permanencia y promoción de las personas con discapacidad dentro del sistema educativo nacional. Las y los miembros de los equipos multidisciplinarios especializados acreditarán formación y experiencia en el área de cada discapacidad y tendrán cobertura según el modelo de gestión de la autoridad educativa nacional.

Se basa en este artículo porque la participación de un equipo multidisciplinario y siendo el terapeuta ocupacional parte de ese equipo es primordial para una correcta valoración especializada basada en las potencialidades y necesidades de cada niño con discapacidad, lo que beneficiará el proceso inclusivo. El niño desarrollará su aprendizaje mediante las metodologías y técnicas adecuadas, sí se aplica una correcta valoración y se dirige el proceso enseñanza-aprendizaje al desarrollo de su psicomotricidad.

2.3.3 Declaración de los Derechos del Niño, la Niña o Joven Hospitalizado y/o en tratamiento

Derecho a recibir un servicio de educación integral, que tenga en cuenta la persona, sus aspectos físicos, psicosociales, espirituales, familiares, afectivos, cognitivos, artísticos, expresivos y culturales, haciendo especial hincapié en los aspectos sanos sobre el déficit.

Se basa en este derecho porque aparte de que el niño recibe sus terapias especializadas, la educación toma el realce que se merece, puesto que un niño con déficit de atención, es un niño con necesidades educativas especiales, y al recibir un proceso enseñanza-aprendizaje basado no sólo en sus necesidades, sino también en sus potencialidades se reforzará su desarrollo.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA/ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1 Enfoque de la Investigación

El diseño metodológico de la investigación tiene un enfoque cualitativo porque la solución de situaciones tuvo un paradigma de ese tipo de investigación, y por medio de ella se detalló las características de la población de la investigación en cuanto a su desarrollo psicomotriz (habilidades y destrezas).

3.2 Tipo de Investigación

La presente investigación es de tipo descriptiva, la mismo que ayudó a identificar y establecer las potencialidades y limitaciones en el desarrollo psicomotriz de los niños con trastorno de déficit de atención de 4 a 5 años. Además, permitió conocer la trayectoria de la atención educativa hospitalaria para su aplicación en el desarrollo de la psicomotricidad de dichos niños.

3.3 Métodos de investigación

3.3.1 Métodos teóricos

Se emplearon los siguientes métodos teóricos: el histórico-lógico, el inductivo-deductivo y el analítico-sintético para la definición de conceptos teóricos a través de la revisión bibliográfica, que fundamenta los criterios de evaluación y el informe de investigación.

El método histórico-lógico sirvió para conocer la evolución de la atención educativa hospitalaria y su implicación en el desarrollo psicomotriz, para así establecer conclusiones sobre la realidad actual de dicha temática.

Los métodos analítico-sintético e inductivo-deductivo tuvieron la finalidad de estructurar los referentes y fundamentos teóricos y metodológicos de la

atención educativa hospitalaria, y además verificar las evidencias para la elaboración del sistema de acciones.

3.3.2 Método empírico

El método empírico que se utilizó fue la observación, con el cual se obtuvo un conocimiento profundo de la problemática encontrada durante el proceso de investigación; sobre la interrupción del proceso educativo de los niños con trastorno de déficit de atención debido a la alta frecuencia con la que realizan las terapias y su implicación en el desarrollo psicomotriz, el cual es esencial en los primeros años de la educación formal.

3.4 Instrumentos de Investigación

Para la recolección de la información se emplearon los siguientes elementos:

3.4.1 Guía de observación

Para evaluar la atención educativa hospitalaria del Área de Terapia Ocupacional del Hospital Roberto Gilbert de la ciudad de Guayaquil, se adaptó una guía de observación, tomada de varios autores.

El propósito de la guía de observación fue conocer las fortalezas y necesidades que tiene el área de Terapia Ocupacional para llevar a cabo una atención educativa hospitalaria que permitirá atender las potencialidades y necesidades del desarrollo psicomotriz de los niños con trastorno de déficit de atención de cuatro a cinco años de edad del hospital Roberto Gilbert.

La guía de observación consta de información general acerca del servicio en el área de Terapia Ocupacional (ubicación, horario, turnos, número de personal, entre otros) y tres apartados sobre las características de

condiciones del espacio físico y recursos materiales, recursos humanos y actividades que se realizan.

La medición se realizó mediante una escala de Likert que mide actitudes o predisposiciones individuales en contextos sociales particulares. Se le conoce como escala sumada debido a que la puntuación de cada unidad de análisis se obtiene mediante la sumatoria de las respuestas obtenidas en cada ítem. (Cerna, 2008).

La escala se construye en función de una serie de ítems que reflejan una actitud positiva o negativa acerca de un estímulo o referente. Cada ítem está estructurado con cuatro alternativas de respuesta; la unidad de análisis que responde a la escala marcará su grado de aceptación o rechazo hacia la proposición expresada en el ítem.

Por ejemplo el ítem:

Tabla 1 Escala de Lickert

No.	Ítems	1	2	3	4
1	El área cuenta con un espacio bien iluminado y climatizado				✓
2	Existe mobiliario apropiado para ejercer la atención educativa		✓		

Elaborado por: Guerra (2017)

1. Deficiente 2. Aceptable 3. Satisfactorio
4. Excelente

Para el proceso del cálculo, tabulación y graficación se utilizó el programa de Excel. El promedio de la suma de las respuestas nos indicará la calificación del servicio de cada apartado.

3.4.2 Test MABC (Batería de evaluación del movimiento para niños).

El test de Escalas McCarthy de aptitudes y psicomotricidad para niños fue creado por Herdenson en 1992, adaptado en español en el

Departamento I+D de TEA Ediciones, 1977, 1996, 2006. Su aplicación es individual, dirigido a niños y niñas de dos años y medio a ocho años y medio.

El MSCA (Escala McCarthy de aptitudes y psicomotricidad) está compuesto por 6 escalas:

Escala verbal. Evalúa la aptitud del niño para entender y procesar los estímulos verbales y expresar verbalmente sus pensamientos. También indica la madurez de sus conceptos verbales.

Escala perceptivo-manipulativa: Evalúa mediante la manipulación de materiales concretos la coordinación visomotora y el razonamiento no verbal.

Escala numérica. Evalúa la facilidad del niño para los números y su comprensión de términos cuantitativos.

Escala de memoria: Evalúa la memoria inmediata del niño, mediante un amplio espectro de estímulos visuales y auditivos.

Escala general cognitiva (incluye la verbal, la perceptivo-manipulativa y la numérica): Evalúa el razonamiento del niño, la formación de conceptos y la memoria, tanto cuando resuelve problemas verbales y numéricos como cuando manipula materiales concretos.

Escala de motricidad: Evalúa la coordinación motora del niño tanto en tareas motoras finas como gruesas. Consta de las siguientes actividades:

- Monedas: consistía en contar los segundos que tardaba cada niño en meter 10 monedas de 1 euro dentro de una hucha.
- Enhebrar: consistía en contar los segundos que tardaba cada niño en enhebrar 10 bloques de madera dentro de un cordón.
- Trazar: consistía en contar el número de fallos que realizaba cada niño al seguir el trazado de una línea de puntos.
- Atrapar: consistía en atrapar un saco de arena, contando el número de atrapes de 10 lanzamientos.
- Rodar: rodar una pelota a una portería, contando el número de aciertos sobre 10 lanzamientos.
- Equilibrio: mantenerse en equilibrio sobre un pie durante 20 segundos.

Esta escala fue escogida para valorar la coordinación motora gruesa y fina de los niños con trastorno de déficit de atención.

3.4.3 Lista de Cotejo

La lista de cotejo consiste en un listado de aspectos a evaluar (contenidos, habilidades, conductas, entre otros) a lado de los cuales se puede ajuntar un tic (visto bueno o una x si la conducta es no lograda, por ejemplo), un puntaje, una nota o un concepto. Puede evaluar cualitativa o cuantitativamente, dependiendo del enfoque que se le quiera asignar. O bien, puede evaluar con mayor o menor grado de precisión o de profundidad.

Es un instrumento que permite intervenir durante el proceso de enseñanza-aprendizaje, ya que puede graficar estados de avance o tareas pendientes. Por ello, las listas de cotejo poseen un amplio rango de aplicaciones, y pueden ser fácilmente adaptadas a la situación requerida. (ww2.educarchile.cl, 2017).

El propósito de la lista de cotejo de esta investigación fue evaluar la psicomotricidad gruesa y fina de los niños de 4 y 5 años con trastorno de déficit de atención, atendidos en el área de terapia ocupacional del Hospital Roberto Gilbert. Para ello se usaron los siguientes niveles: adquirido, en proceso y no logrado.

Adquirido: representa que el niño logró realizar la actividad propuesta de una manera independiente.

En proceso: representa que el niño está comenzando a desarrollar las habilidades para realizar la actividad, pero requiere de pequeños niveles de ayuda para su ejecución.

No logrado: representa que no pudo realizar la actividad ni con niveles de ayuda, puesto que no existió ni el inicio de la actividad.

Esta lista de cotejo consta de actividades psicomotoras gruesas y finas, las cuales fueron elaboradas de acuerdo a la etapa de desarrollo en que se encuentran los niños, así como también relacionadas con los objetivos curriculares del ciclo educativo en que se encuentran.

3.5 Población

La población del trabajo de investigación la constituyó los niños y niñas con trastorno de déficit de atención de 4 a 5 años (total: 12 niños) que acuden al área de Terapia Ocupacional del Hospital Roberto Gilbert; de

los cuales el 67% son niños y el 33% niñas. En cuanto a la edad, el 67% tienen cinco años y el 33% cuatro años.

Los criterios para la selección de estos niños con trastorno de déficit de atención fueron:

- La edad de los niños está delimitada dentro del tema de investigación y constituye el total de niños en ese rango de edad (4 a 5 años).
- El hecho de encontrarse en la etapa escolar, y por consiguiente esta interrupción de la secuencia del proceso educativo por la frecuencia de las terapias repercute en el desarrollo de la psicomotricidad; lo que afecta las destrezas motoras y habilidades cognitivas y sociales que son las áreas del desarrollo más vulnerables en estos niños.

3.6 Operacionalización de las variables

Variable Independiente	Dimensiones	Indicadores	Instrumentos
Sistema de acciones para la atención educativa hospitalaria Es un conjunto de recursos y actividades que contribuyen a la educación integral del niño en el ámbito hospitalario.	Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Espacio físico y recursos materiales. • Competencias de los Recursos humanos. • Actividades que se realizan en el Área de Terapia Ocupacional 	Guía de observación
	Actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Reconoce colores básicos en objetos • Discrimina formas y figuras en láminas • Hace bolitas de papel y las pega dentro y fuera de una figura. • Agrupa objetos por tamaño • Lanzamiento de pelotas a una canasta • Camina sobre bloques de madera • Imita los movimientos de los animales. • Identifica las partes del cuerpo en un muñeco. 	Lista de cotejo
Variable Dependiente	Dimensiones	Indicadores	Instrumentos
Desarrollo de la psicomotricidad de niños con trastorno de déficit de atención Es el progreso global del niño mediante la adquisición de habilidades psicomotrices finas y gruesas	Habilidades psicomotrices finas Habilidades psicomotrices gruesas	Monedas Enhebrar Trazar Atrapar Rodar Equilibrio	Test MABC

Elaborado por: Guerra (2017)

3.7 Análisis, interpretación y discusión de los resultados

3.7.1 Guía de observación

Cuadro No. 1. Características del espacio físico y recursos materiales

Características	Deficiente	Aceptable	Satisfactoria	Excelente
El área cuenta con un espacio bien iluminado y climatizado				☺
Existe mobiliario apropiado para ejercer la atención educativa		☺		
Cuenta con material didáctico para el proceso enseñanza-aprendizaje			☺	
Hay un espacio disponible para las actividades recreativas			☺	
La decoración no interfiere con la atención durante la ejecución de las actividades			☺	

Fuente: Guía de observación del Área de Terapia Ocupacional del Hospital Roberto Gilbert.

Elaborado por: Guerra (2017)

Gráfico 1. Características del espacio físico y recursos materiales



Análisis e interpretación: De acuerdo a la guía de observación sobre las condiciones físicas y recursos materiales, es satisfactorio, sin embargo si requiere reunir mobiliario adecuado para realizar las actividades de la atención educativa, ya que el existente no cumple ni favorece el accionar del personal ni la comodidad de los niños.

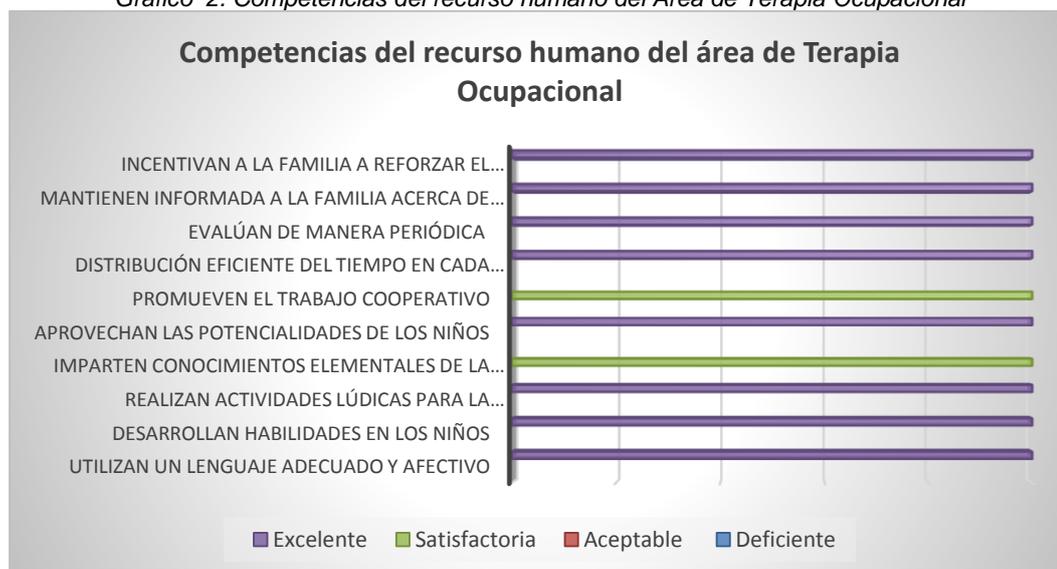
Cuadro No. 2. Competencias del recurso humano el Área de Terapia Ocupacional

Competencias	Deficiente	Aceptable	Satisfactoria	Excelente
Utilizan un lenguaje adecuado y afectivo				3
Desarrollan habilidades en los niños				3
Realizan actividades lúdicas para la integración psicosocial de los niños				3
Imparten conocimientos elementales de la educación básica como parte del plan de actividades			3	
Aprovechan las potencialidades de los niños				3
Promueven el trabajo cooperativo			3	
Distribución eficiente del tiempo en cada actividad				3
Evalúan de manera periódica				3
Mantienen informada a la familia acerca de los avances o retrocesos de los niños				3
Incentivan a la familia a reforzar el aprendizaje en el hogar				3

Fuente: Guía de observación del Área de Terapia Ocupacional del Hospital Roberto Gilbert.

Elaborado por: Guerra (2017)

Gráfico 2. Competencias del recurso humano del Área de Terapia Ocupacional



Análisis e interpretación: Se aprecia que las competencias del recurso humano del área de terapia ocupacional del hospital Roberto Gilbert son excelentes y satisfactorias, pero es conveniente la capacitación en técnicas pedagógicas para impartir una atención educativa hospitalaria adecuada. Además, es necesario llevar a cabo actividades que involucren trabajo en equipo con el propósito de favorecer la interacción social, puesto que la manera de trabajar en el área es solo personalizada.

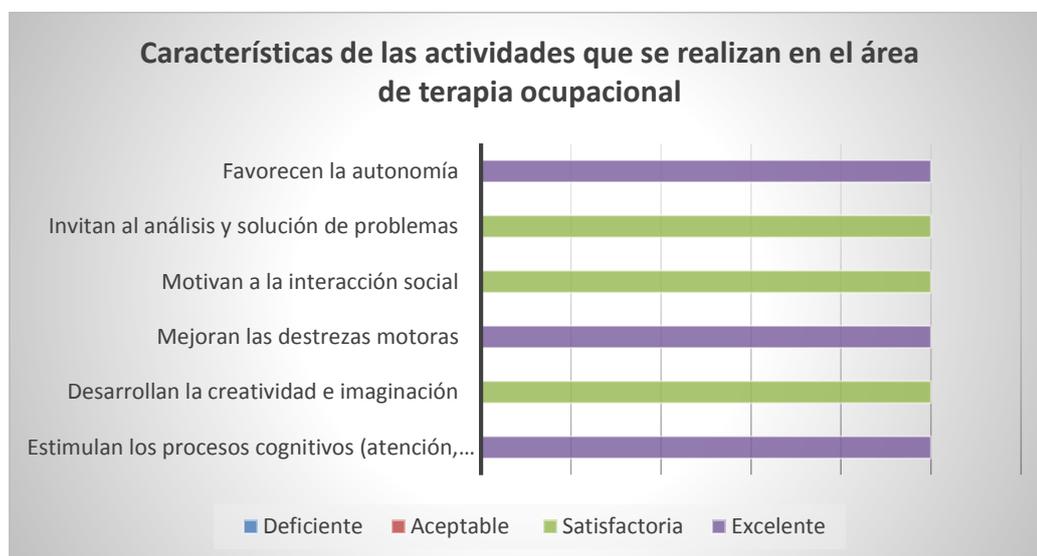
Cuadro No. 3. Características de las actividades que se realizan en el Área de Terapia Ocupacional

Características	Deficiente	Aceptable	Satisfactoria	Excelente
Estimulan los procesos cognitivos (atención, memoria, razonamiento)				3
Desarrollan la creatividad e imaginación			3	
Mejoran las destrezas motoras				3
Motivan a la interacción social			3	
Invitan al análisis y solución de problemas			3	
Favorecen la autonomía				3

Fuente: Guía de observación del Área de Terapia Ocupacional del Hospital Roberto Gilbert.

Elaborado por: Guerra (2017)

Gráfico 3. Características de las actividades que se realizan en el Área de Terapia Ocupacional



Análisis e interpretación: Al igual que en el cuadro anterior, se observa que las características de las actividades que se realizan en el área de terapia ocupacional del hospital Roberto Gilbert, son satisfactorias y excelentes. Sin embargo, se deben implementar actividades que promuevan la interacción social porque la intervención es solo individualizada y actividades para análisis y solución de problemas y para el desarrollo de la creatividad e imaginación porque no existen suficientes recursos materiales para su ejecución. Y así poder brindar una atención educativa hospitalaria que vaya de la mano con el proceso enseñanza-aprendizaje impartido en las instituciones educativas.

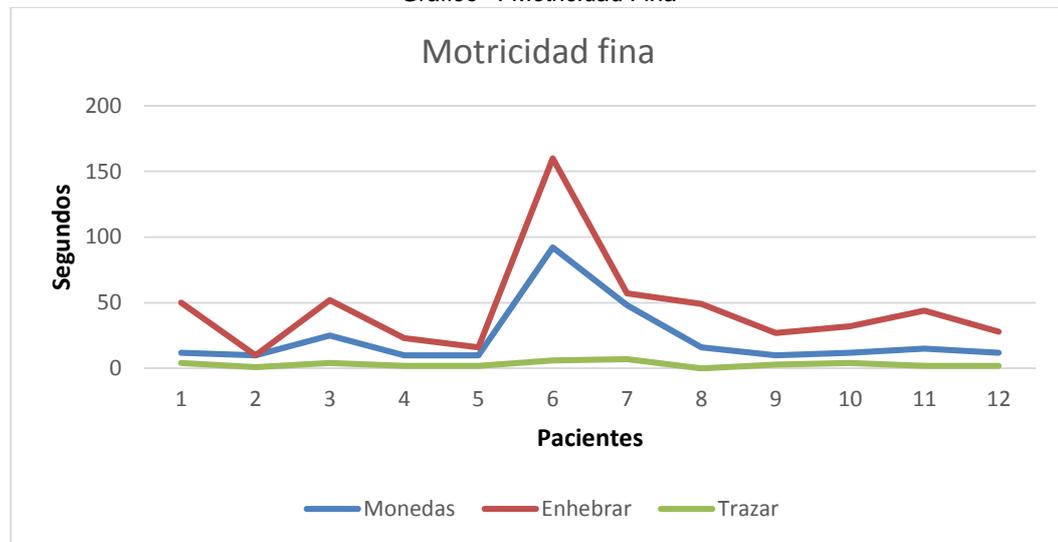
3.7.2 Test de psicomotricidad

Cuadro No. 4 Motricidad fina

	No. Válido	Mínimo	Máximo	Media	Media baremo MABC en 1992	Diferencias Medias población/muestra
Monedas	12	10	92	22,67	22,47	-0,20
Enhebrar	12	10	160	45,67	48,41	2,74

Fuente: Área de terapia ocupacional, Hospital Roberto Gilbert.
Elaborado por Guerra (2017).

Gráfico 4 Motricidad Fina



Análisis

Monedas: Al realizar la prueba de meter monedas dentro de una alcancía, el máximo de esta prueba es de 92 segundos y el mínimo de 10, por lo tanto hay una diferencia entre ambos de 82 segundos. La media de nuestra muestra es de 22,67 segundos y comparada con la media de MABC (22,47), se obtiene una diferencia de – 20 segundos en contra nuestra. Además se observa que la media de MABC es casi igual a la mínima obtenida en nuestra muestra, lo que nos indica que la motricidad fina presenta problemas en la coordinación visomotora y pinza fina.

Enhebrar: Al realizar la prueba de enhebrar 10 bloques, el tiempo estimado fue de 160 segundos el máximo y de 10 segundos el mínimo.

La diferencia entre ambos es amplia, lo que resulta muy considerable. La media obtenida es de 45,67 que comparada con la media de MABC (48,41) logra una mejoría de 2,74 segundos.

Trazar: El máximo es de 7 fallos y el mínimo de 0 fallos. Se observa un resultado variable sin número de predominante. La media obtenida es de 3,08, mientras que la de MABC obtuvo mejores resultados, con un bajo de 5,56. La diferencia es de -2,56 a su favor. Esto se puede deber a que en el lugar donde se realizó el test no es adecuado y su nivel de déficit de atención.

Interpretación:

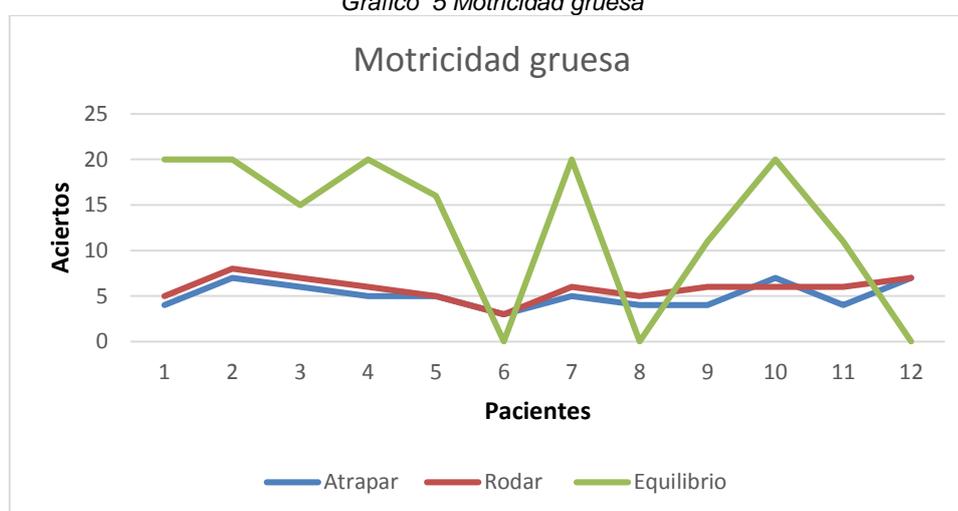
Los niños y niñas presentan problemas en la coordinación visomotora y pinza fina, se distraen con facilidad, por lo tanto no terminan la secuencia de la actividad por lo que requieren de una mayor estimulación, tomando en cuenta que la psicomotricidad es un medio para conocer, establecer comunicación, estimular competencias y desarrollar capacidades. Así como también, las actividades psicomotrices finas necesitan de mayor cognición, lo que en estos niños con TDA es un poco difícil el mantener la atención por un determinado tiempo.

Cuadro No. 5 Motricidad gruesa

	No. Válido	Mínimo	Máximo	Media	Media baremo MABC en 1992	Diferencias Medias población/muestra
Atrapar	12	3	7	5,08	5,07	0,001
Rodar	12	3	8	5,83	7,07	(-) 1,24
Equilibrio	12	0	20	12,75	13,78	(-) 1,03

Fuente: Test MABC a niños del área de terapia ocupacional, Hospital Roberto Gilbert. Elaborado por: Guerra (2017)

Gráfico 5 Motricidad gruesa



Análisis:

Atrapar: El máximo es de 7 sobre 10 y el mínimo 3 sobre 10. La diferencia entre ambos es de 4 aciertos, por lo que se puede apreciar en la gráfica, hay una leve disparidad. Esto nos indica que si hay una leve práctica o ensayo previo con respecto a esta actividad dentro del ámbito educativo. La media obtenida es de 5 y la de MABC es de 5,07. La diferencia entre ambos es de casi 0,001 aciertos a favor de la población de MABC. Se observa en los niños que la única actividad motora que realizan se da en las escuelas, mientras que años atrás los juegos se practicaban todo el día en el hogar y en la escuela.

Rodar: El máximo es de 8 aciertos sobre 10 y el mínimo de 3 sobre 10. Es significativo que los niños tengan sus conocimientos básicos del manejo del balón, siendo adecuado que su práctica sea en mayor o menor escala. En relación a la media, es de 5,83 aciertos, mientras que la MABC es de 7,07, observándose una mínima diferencia.

Equilibrio: El máximo es de 20 segundos sobre 20 y el mínimo de 0 segundos, puesto que el sujeto en cuestión no era capaz de sostenerse en un solo pie. La media es de 12,75 segundos y comparada con la muestra de población de MABC (13,78 segundos) tenemos una diferencia de (-) 1,03 segundos en contra.

Interpretación:

En relación a la actividad motora gruesa el resultado es positivo, atraparon pelotas de distintos tamaños, lo que demuestra que tienen una buena amplitud de movimiento en sus miembros superiores, lo que beneficia al desarrollo de la motricidad gruesa (la coordinación de brazos, la lateralidad y el equilibrio).

El estar en movimiento constante favorece la motivación y la atención para seguir instrucciones debido a la relajación por el juego. Es importante mencionar que tres niños no realizaron la tarea de mantener el equilibrio, porque presentan un marcado déficit motriz.

3.7.3 Lista de cotejo

Actividades para la psicomotricidad fina

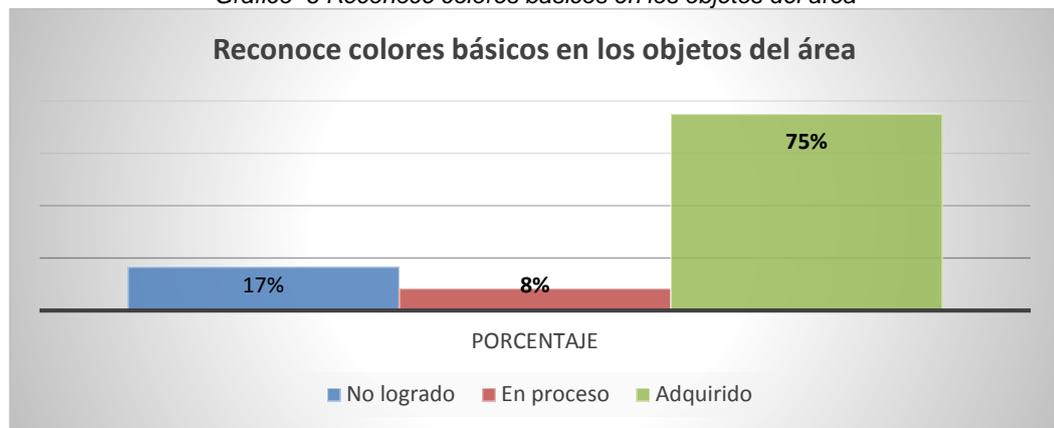
Cuadro No. 6 Reconoce colores básicos en los objetos del área

Reconoce colores básicos en los objetos del área	Frecuencia	Porcentaje
No logrado	2	17%
En proceso	1	8%
Adquirido	9	75%
Total	12	100%

Fuente: Lista de cotejo a pacientes del área de terapia ocupacional, Hospital Roberto Gilbert.

Elaborado por: Guerra (2017)

Gráfico 6 Reconoce colores básicos en los objetos del área



Análisis: Según los datos obtenidos, se observa que el 75% de los niños reconocen los colores básicos, el 16,7% no lo ha logrado y el 8,3% está en proceso de aprendizaje.

Más de la mitad de los niños presentan resultados favorables al reconocer los colores, a pesar del grado de dificultad que se presenta en el aprendizaje de los colores en los niños con Trastorno por déficit de atención (TDA).

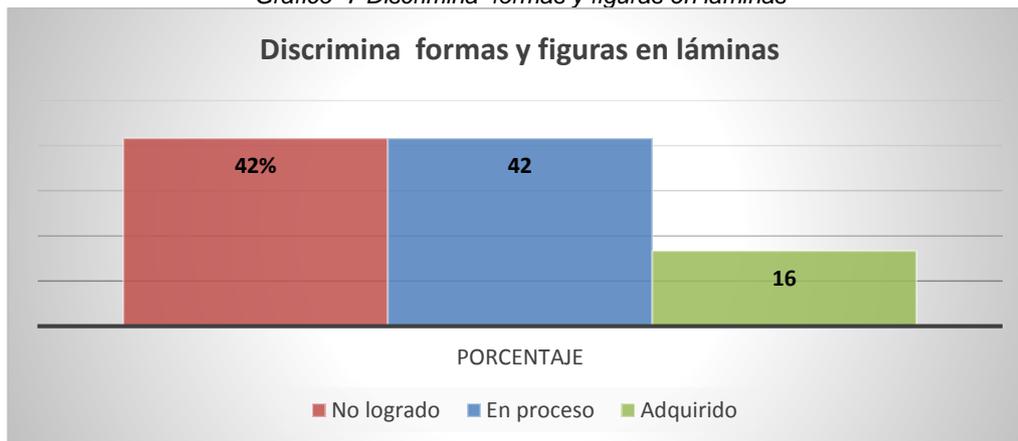
Cuadro No. 7 Discrimina formas y figuras en láminas

Discrimina formas y figuras	Frecuencia	Porcentaje
No logrado	5	42%
En proceso	5	42%
Adquirido	2	17%
Total	12	100%

Fuente: Lista de cotejo a pacientes del área de terapia ocupacional, Hospital Roberto Gilbert.

Elaborado por: Guerra (2017)

Gráfico 7 Discrimina formas y figuras en láminas



Análisis: Se observa que los niños con TDA, el 42% no han logrado discriminar formas y figuras, y el 42% están en proceso de aprender. Sin embargo, el 16% de los niños si lo hizo correctamente.

Según la literatura médica, uno de los signos relevantes en los niños con TDA es la dificultad para el desarrollo gráfico y para la comprensión de la figura humana, en este caso guarda relación con lo observado en los casos de estudio, por lo que se requiere una intervención educativa continua para mejorar estos aspectos.

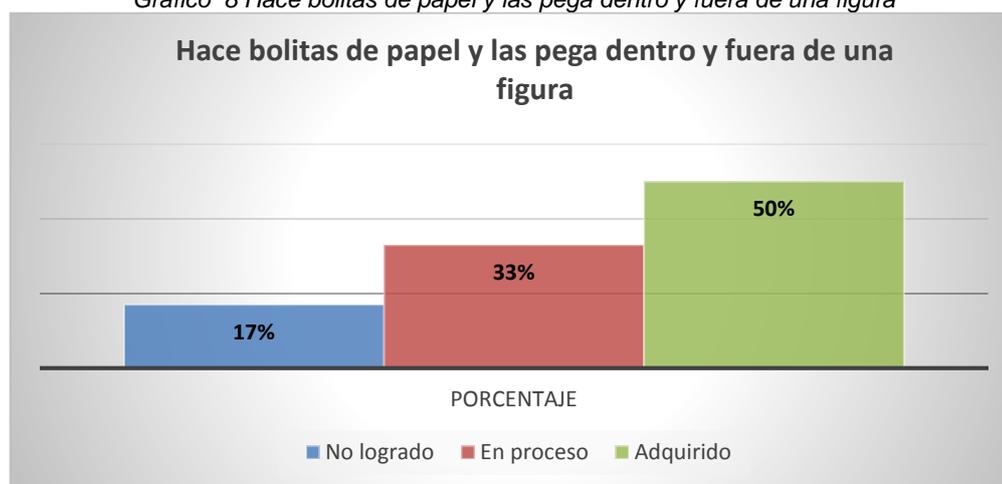
Cuadro No. 8 Hacer bolitas de papel y las pega dentro y fuera de una figura

Hacer bolitas de papel y las pega dentro y fuera de una figura	Frecuencia	Porcentaje
No logrado	2	17%
En proceso	4	33%
Adquirido	6	50%
Total	12	100%

Fuente: Lista de cotejo a pacientes del área de terapia ocupacional, Hospital Roberto Gilbert.

Elaborado por: Guerra (2017)

Gráfico 8 Hacer bolitas de papel y las pega dentro y fuera de una figura



Análisis: El 50% de los niños con TDA puede hacer bolitas de papel y pegarlas dentro y fuera de una figura, es decir, tiene desarrollo de la psicomotricidad fina, a diferencia del 33% que está en proceso y el 17% que no lo ha logrado aún.

Se observa que la mitad de los niños entre 4 y 5 años, tienen una buena coordinación visomotora, destreza y desarrollo cognitivo, a diferencia del resto de los niños que no han alcanzado este desarrollo, debido al grado de complicación del trastorno de déficit de atención que padecen, así como también por la falta de intervención de la familia y educadores.

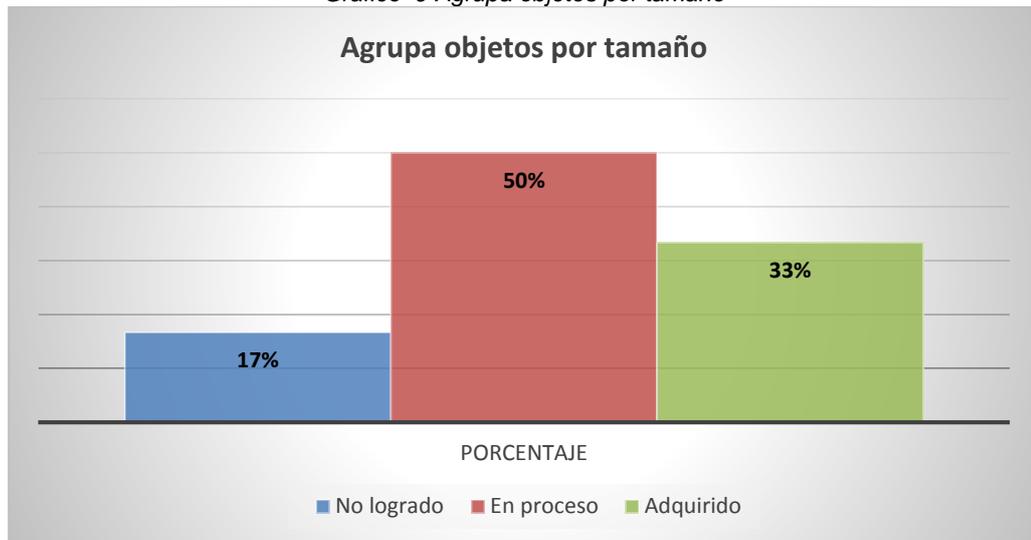
Cuadro No. 9 Agrupa objetos por tamaño

Agrupa objetos por tamaño	Frecuencia	Porcentaje
No logrado	2	17%
En proceso	6	50%
Adquirido	4	33%
Total	12	100%

Fuente: Lista de cotejo a pacientes del área de terapia ocupacional, Hospital Roberto Gilbert.

Elaborado por: Guerra (2017)

Gráfico 9 Agrupa objetos por tamaño



Análisis: En lo que se refiere a la agrupación de objetos por tamaño, el 50% se encuentra en proceso, el 33% lo ha adquirido y el 17% no lo ha logrado.

Más del 60% de los niños no ha adquirido la función de agrupar objetos de acuerdo a su tamaño, debido a que no han desarrollado aún la percepción analítica en el sentido de que deben saber discriminar en que se diferencia un objeto de otro y percatarse de cuál es la propiedad por la que se va comparar.

Además, esta actividad depende mucho del desarrollo de las destrezas matemáticas que en las instituciones educativas las aprenden de una manera más significativa

3.7.4 Actividades para la Psicomotricidad gruesa

Cuadro No. 10 Lanzamiento de pelotas a una canasta

Lanzamiento de pelotas a una canasta	Frecuencia	Porcentaje
En proceso	1	8%
Adquirido	11	92%
Total	12	100%

Fuente: Lista de cotejo a pacientes del área de terapia ocupacional, Hospital Roberto Gilbert.

Elaborado por: Guerra (2017)

Gráfico 10 Lanzamiento de pelotas a una canasta



Análisis: El 92% de los niños tiene un desarrollo positivo en esta actividad de motricidad gruesa, mientras que el 8% está en proceso. Estos niños, entre 4 y 5 años, tienen de forma progresiva gran actividad motora y curiosidad por todo, por lo que su desarrollo motriz grueso es más rápido, y requieren de un mayor control pues no miden el peligro.

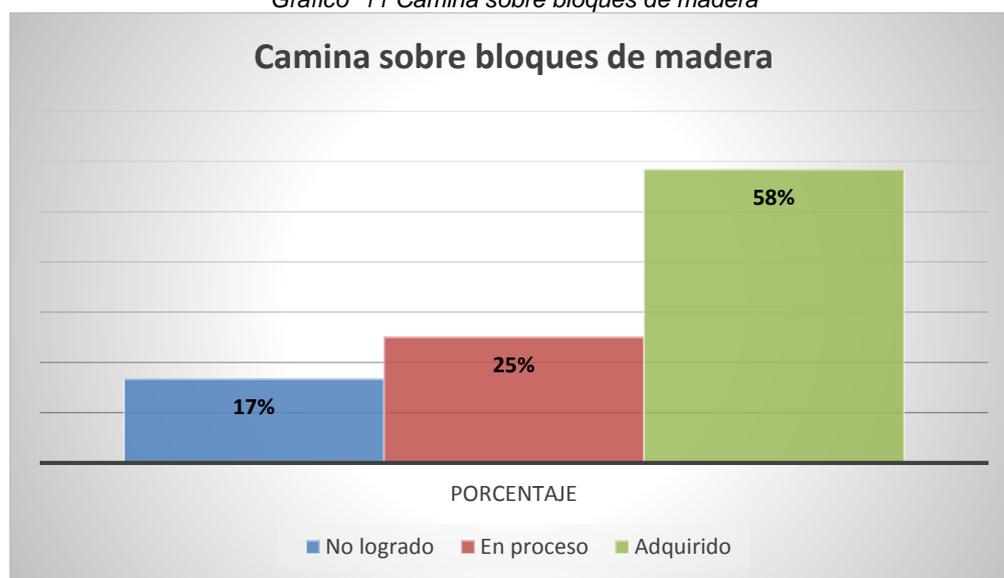
Cuadro No. 11 Camina sobre bloques de madera

Caminar sobre bloques de madera	Frecuencia	Porcentaje
No logrado	2	17%
En proceso	3	25%
Adquirido	7	58%
Total	12	100%

Fuente: Lista de cotejo a pacientes del área de terapia ocupacional, Hospital Roberto Gilbert.

Elaborado por: Guerra (2017)

Gráfico 11 Camina sobre bloques de madera



Análisis: El 58% de los niños han adquirido destrezas para caminar sobre bloques de madera, el 25% está en proceso de aprender y el 17% no ha logrado aprender.

Al igual que el cuadro anterior, el desarrollo de psicomotricidad gruesa en estos niños con TDA ha sido positivo, sin embargo, poco menos de la mitad de los niños presentan complicaciones al caminar sobre bloques de madera (por presentar déficit en el equilibrio), por lo que requieren de una mayor estimulación para la coordinación de movimientos y equilibrio.

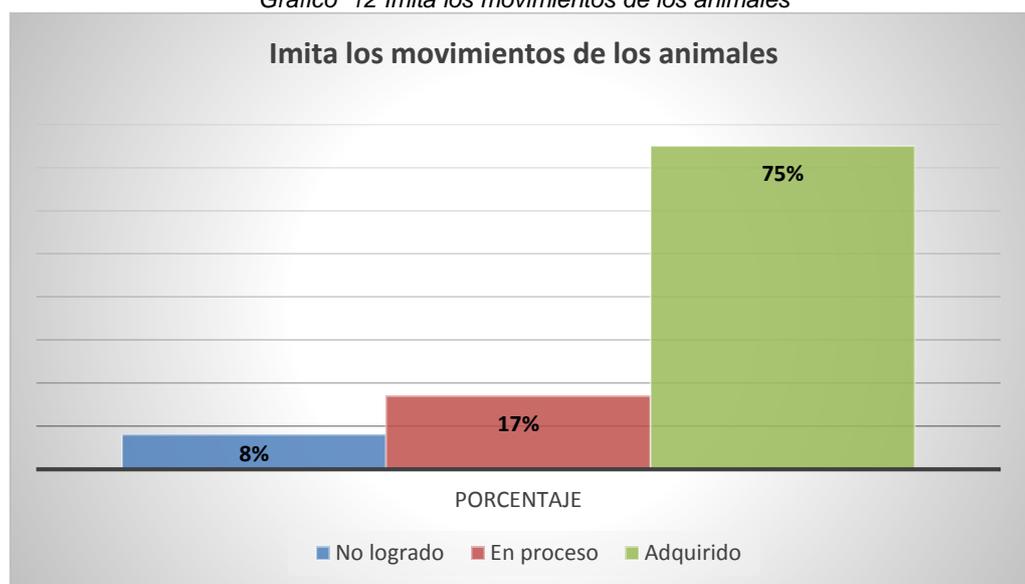
Cuadro No. 12 Imita los movimientos de los animales

Imita los movimientos de los animales	Frecuencia	Porcentaje
No logrado	1	8%
En proceso	2	17%
Adquirido	9	75%
Total	12	100%

Fuente: Lista de cotejo a pacientes del área de terapia ocupacional, Hospital Roberto Gilbert.

Elaborado por: Guerra (2017)

Gráfico 12 Imita los movimientos de los animales



Análisis: Se observa que el 75% de niños realizó de manera excelente la actividad, por lo que está adquirida, mientras que el 17% está en proceso y el 8% no lo ha logrado aún.

Los niños se divirtieron cuando realizaron esta actividad porque fue muy dinámica y permitió expresar su imaginación, a la vez que desbordaron toda su energía y demostraron una excelente motricidad gruesa, lo que determina que el desarrollo motor grueso en estos niños está acorde a su edad.

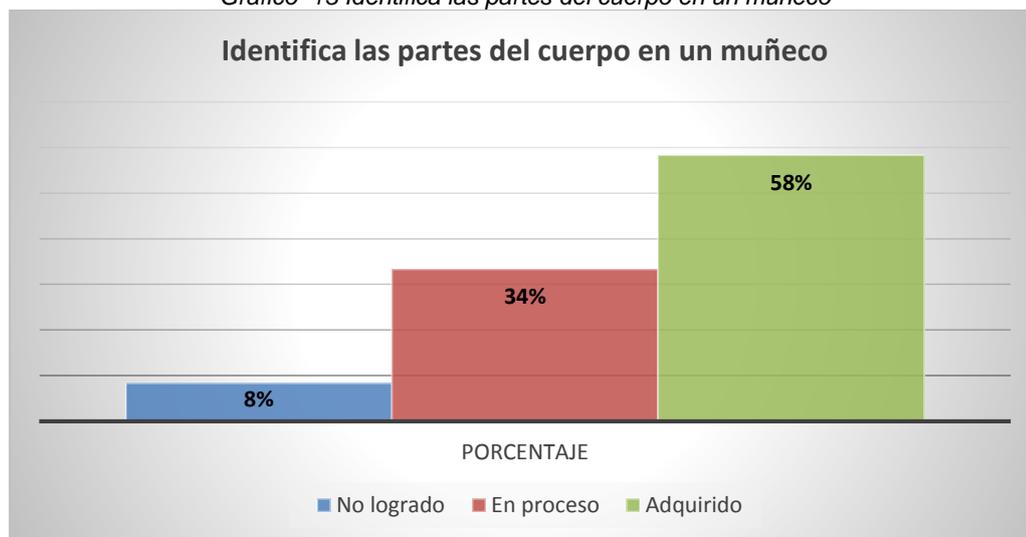
Cuadro No. 13 Identifica las partes del cuerpo en un muñeco

Compartir responsabilidad en el juego	Frecuencia	Porcentaje
No logrado	1	8%
En proceso	4	34%
Adquirido	7	58%
Total	12	100%

Fuente: Lista de cotejo a pacientes del área de terapia ocupacional, Hospital Roberto Gilbert.

Elaborado por: Guerra (2017)

Gráfico 13 Identifica las partes del cuerpo en un muñeco



Análisis: Poco más de la mitad identificó las partes del cuerpo en un muñeco, por lo que está adquirido, el 34% está en proceso y el 8% no lo ha logrado aún.

Más de la mitad de los niños pudieron identificar las partes del cuerpo en el muñeco, debido a que han adquirido ese conocimiento en la escuela y lo han reforzado en el hogar, el 34% no logró realizar la actividad de manera completa y fue necesario darles niveles de ayuda, por lo que se requiere complementar este aprendizaje en casa a manera de juego.

3.8 Discusión

Revisando la bibliografía se ha constatado que los niños con bajo nivel de atención tienen la gran facilidad de distraerse ante cualquier estímulo, las tareas se tornan rutinarias lo que provoca la fatiga, el entorno físico donde se realizan las terapias es inadecuado, existen estímulos detractores que

provocan que su concentración sea óptima. (Cayambe & Villagomez, 2013). Estos niños no solo tienen consecuencias negativas en su desarrollo académico, sino que incide en la vida del niño en todas sus dimensiones. (Borrás, 2012).

Observamos que si no hay una buena estimulación en el área de la atención, el niño puede acarrear con problemas a nivel académico. La atención no sólo es un componente básico de la actividad mental del adulto sino que también desempeña un papel primordial en la infancia. (Cayambe y Villagomez, 2013).

De igual forma se requiere que el personal de salud tenga los conocimientos mínimos sobre los objetivos curriculares de cada ciclo educativo y sobre las edades a las que los niños deben dominar las destrezas básicas de lectura, escritura, cálculo; también deben saber examinar el lenguaje, la motricidad gruesa y fina para estimular una intervención apropiada.

En el Ecuador, destacan las investigaciones llevadas a cabo por Vaquerizo (2005), Cayambe y Villagómez (2013) cuyos resultados aportan con información y datos para la revisión bibliográfica y la propuesta de intervención. A partir de los datos obtenidos en la revisión bibliográfica se considera necesario realizar una propuesta de intervención en el área de terapia ocupacional del Hospital Roberto Gilbert de ahí que se ha diseñado una en este trabajo investigativo.

Esta propuesta puede ser aplicada en otros entes hospitalarios, aunque no haya casos de niños con este tipo de trastorno, ya que se trata de una propuesta completa que se puede trabajar a lo largo de las terapias y el curso escolar y puede ayudar a mejorar el clima de convivencia en el área de terapia ocupacional, por tratarse de actividades sencillas y completas.

CAPITULO 4

PROPUESTA

Sistema de Acciones para la Atención Educativa Hospitalaria de niños con Trastorno de Déficit de Atención

Para el desarrollo de la propuesta del se ha considerado el análisis del FODA, el mismo que aportó elementos esenciales que corroboran la necesidad de diseñar un sistema de acciones para la atención educativa hospitalaria con el fin de desarrollar la psicomotricidad en niños con trastorno de déficit de atención, quienes representan una necesidad educativa especial y cuyo proceso educativo es interrumpido por la frecuencia de las terapias.

Se ha evidenciado la necesidad de incluir la atención educativa hospitalaria dentro del área de Terapia Ocupacional como una técnica para reforzar el aprendizaje educativo, ya que es en la escuela donde se terminan de desarrollar las destrezas y habilidades que el niño necesita para su completa autonomía e interacción social.

Esta atención educativa hospitalaria será basada en las potencialidades y necesidades del desarrollo psicomotriz de los niños con trastorno de déficit de atención, una vez realizada la fase de valoración a base de un test y una lista de cotejo para garantizar una educación de calidad y que atienda a la diversidad.

A continuación el análisis del FODA:

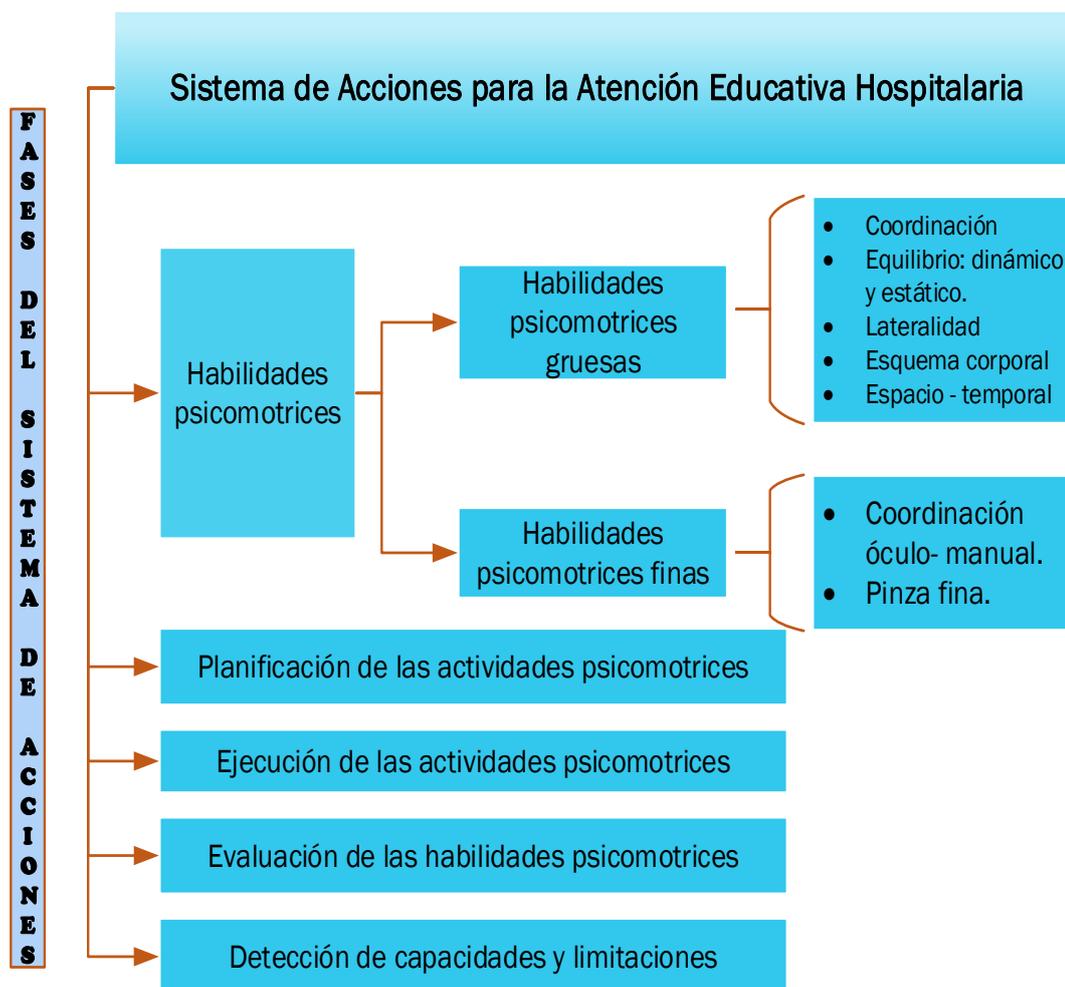
Tabla 2 FODA

Fortalezas	Oportunidades	Debilidades	Amenazas
Dar respuesta educativa a niños que han interrumpido la secuencia del proceso enseñanza-aprendizaje de las instituciones educativas por estar recibiendo rehabilitación.	Dar una atención integral (terapéutica y pedagógica) al niño con trastorno de déficit de atención.	Falta de tiempo en el horario de las terapias.	No exista interés de la familia en el desarrollo de la atención educativa hospitalaria.
Ambiente hospitalario más dinámico y fortalecedor de aprendizajes	Aprovechar el tiempo y los recursos del área para favorecer el desarrollo de destrezas, habilidades y conocimientos para un aprendizaje más significativo	Falta de motivación de los licenciados en terapia ocupacional para prepararse en técnicas pedagógicas	Falta de apoyo e interés por parte de los directivos y personal de rehabilitación

Elaborado por: Guerra (2017)

Como puede apreciarse tanto las fortalezas, debilidades como las oportunidades corroboran la necesidad de elaborar un sistema de acciones para la atención educativa hospitalaria con la finalidad de desarrollar la psicomotricidad en niños con trastorno de déficit de atención de 4 a 5 años. De ahí la propuesta que se presenta, por lo tanto se procede a conformar el Sistema de Acciones para la Atención Educativa Hospitalaria con el propósito de desarrollar la psicomotricidad en niños con Trastorno de Déficit de Atención de 4 a 5 años que acuden al área de Terapia Ocupacional del hospital Roberto Gilbert Elizalde.

Ilustración 1 Esquema de Sistema de Acciones para la Atención Educativa Hospitalaria



Elaborado por: Guerra (2017)

Ficha Técnica

Nombre del proyecto: Sistema de Acciones para la Atención Educativa Hospitalaria de niños con Trastorno de Déficit de atención.

Ubicación: Área de Terapia Ocupacional del Hospital Roberto Gilbert Elizalde

Responsable: Lic. María Leonor Guerra Rodríguez

Estructura: El sistema de acciones estará compuesto por: Introducción, objetivo, propósito, fundamentación, principios, beneficiarios, recursos, fases para el proceso de desarrollo psicomotriz, orientaciones metodológicas generales, cronograma, actividades psicomotrices, evaluación, ficha de valoración psicomotriz y beneficios que aporta la propuesta.

Ilustración 2 Esquema de los componentes de la propuesta



Elaborado por: Guerra (2017)

Introducción

El diario vivir de la infancia está relacionado con el juego, la escolarización y la interacción social, los que son esenciales para la maduración personal y mejor calidad de vida. El juego está presente en todos los momentos de la vida del niño, aprende a través de él y desarrolla la psicomotricidad, lo que le permite la adquisición de destrezas y habilidades para su completa autonomía.

La Atención Educativa Hospitalaria permite atender las necesidades pedagógicas, sociales, afectivas, comunicativas y lúdicas de los niños y

niñas con o sin discapacidad y de manera especial a aquellos con algún tipo de trastorno cognitivo como es el trastorno de déficit de atención. Todo esto por medio del juego, las actividades plásticas, dinámicas y las de ocio.

El niño con trastorno de déficit de atención tiene dificultad para aprender, socializar, mantener la atención y seguir instrucciones, lo que no sólo está ligado a las bases biológicas como producto de alguna lesión neurológica, sino también a las condiciones en que se encuentra el ambiente familiar y escolar, por lo tanto la familia debe estar comprometida con el bienestar físico, psicológico y social del niño.

La Atención Educativa Hospitalaria con el sistema de acciones basado en actividades para la psicomotricidad fina y gruesa permitirá que los niños con trastorno de déficit de atención que debido a la asistencia semanal a las terapias en el hospital, pierden la continuidad de sus estudios puedan seguir con el proceso enseñanza-aprendizaje de las instituciones educativas.

Como primera instancia, es necesario determinar las capacidades y limitaciones de la psicomotricidad mediante un test de psicomotricidad y una lista de cotejo. Este sistema de acciones para la atención educativa hospitalaria no sólo proporcionará una mejor respuesta a las limitaciones cognitivas, sino que desarrollarán habilidades sociales, un mejor desenvolvimiento motriz y la transmisión de conocimientos elementales ligados al nivel de educación en el que se encuentran.

Por tanto, la Atención Educativa Hospitalaria facilita que los niños con trastorno de déficit de atención que se encuentran realizando rehabilitación ocupacional en el hospital, puedan seguir un sistema de actividades psicomotrices enfocadas en sus potencialidades y

necesidades lo que va a favorecer la autonomía, una mejor interacción social y una educación de calidad e inclusiva.

Objetivo

Contribuir al desarrollo psicomotriz fino y grueso de los niños con trastorno de déficit de atención de 4 a 5 años que acuden al área de Terapia Ocupacional del Hospital Roberto Gilbert.

Fundamentación

La propuesta se fundamenta en la Psicología Socio-Histórica Cultural de Vigotsky porque los procesos de aprendizajes están íntimamente relacionados con el desarrollo del niño. Mientras mayor es el aprendizaje, mayor será el desarrollo psicomotriz porque se estimula las pautas madurativas mediante la asistencia de otra persona, que sería el terapeuta en su papel como pedagogo hospitalario y además en las acciones que él puede realizar por sí solo, lo que traduce en un mayor desarrollo mental.

Vigotsky determina que la relación entre aprendizaje y desarrollo ocupa un lugar importante en la educación y aunque el niño inicie su aprendizaje escolar antes de la educación formal, el aprendizaje escolar siempre introducirá nuevos elementos para su desarrollo. Por lo tanto la educación siempre estará presente en todo momento de la vida del niño, y de la interacción con otras personas dependerá el nivel de desarrollo que alcance para lograr la autonomía y un aprendizaje más significativo.

También se fundamenta en la teoría del aprendizaje de Piaget porque para él la educación tiene como propósito favorecer el crecimiento intelectual, afectivo y social del niño, pero tomando en cuenta su etapa de desarrollo. El aprendizaje es un proceso constructivo interno que depende del nivel de desarrollo del sujeto. Sin embargo, el niño no aprende solo,

es necesaria la interacción social mediante la cooperación, la colaboración y el intercambio de puntos de vista en la búsqueda conjunta del conocimiento.

Cuando el niño se adapta al medio ambiente, se está modificando a él mismo y por ende al ambiente también, por lo tanto el proceso de aprendizaje no se puede dar sin la asimilación y la acomodación, en donde el niño modifica información nueva para incorporarla a la ya existente logrando un equilibrio (asimilación) y cuando esta no logra encajar habrá que cambiar la forma de pensar o hacer algo para adaptarla (adaptación). Ambos conceptos están estrechamente relacionados y determinan los cambios del conocimiento a lo largo de la vida.

Principios de la Atención Educativa Hospitalaria

Principio de Competencia. Este principio afirma que toda persona, grupo, comunidad es competente para dar respuesta a sus necesidades. Todos podemos aprender, cambiar, desarrollarnos y todos necesitamos de los otros para dar respuesta a nuestras necesidades.

No hay que subestimar a una persona con algún tipo de discapacidad, ni dividirla por su grado de capacidad intelectual en individuos educables, adiestrables y custodiables. Toda persona tiene derecho, en la medida de sus posibilidades a optar, arriesgarse, auto determinarse.

Principio de Inclusión y atención a la diversidad. Este principio consiste en eliminar las barreras del aprendizaje, ajustando la respuesta a las necesidades educativas del alumnado para el logro de los objetivos de cada una de las etapas educativas, y así garantizar el desarrollo, favorecer la equidad y una mayor interacción social.

La atención a la diversidad es una necesidad que abarca a todo los alumnos, es decir no solo a un grupo reducido de alumnos. Las medidas y acciones para la atención a niños con necesidades educativas especiales deben ajustarse a los principios de normalización de servicios, de flexibilidad en la respuesta educativa, en la intervención temprana y en la atención individualizada.

Beneficiarios

Beneficiarios directos. Niños con trastorno de déficit de atención de cuatro a cinco años de edad que asisten al área de Terapia Ocupacional del Hospital Roberto Gilbert Elizalde.

Beneficiarios Indirectos. Familia e Instituciones educativas, donde los niños reciben su educación formal.

Recursos

Recursos Humanos.

Terapeuta Ocupacional y niños con trastorno de déficit de atención de cuatro a cinco años de edad.

Recursos Materiales.

Material didáctico.

Rompecabezas, lotería de fondo y figura, alcancía, fichas, círculos de madera, cintas de colores, marcadores de punta gruesa, borrador, set de hojas para grafomotricidad, láminas con figuras, papeles de diferentes texturas, goma y objetos que se encuentran en el área.

Material recreativo.

Balones de diferentes tamaños, osos de peluche (grande y pequeño), hulas de varios colores, arco, canasta para encestar, bloques de madera, piscina de bolas.

Área.

Espacio físico climatizado e iluminado con colores neutrales que no interfieran con la atención de los niños.

Fases para el proceso de desarrollo psicomotriz

El proceso de desarrollo psicomotriz llevado a cabo en el área de Terapia Ocupacional del Hospital Roberto Gilbert contiene tres fases esenciales para una completa actividad psicomotriz, dirigidas a favorecer el desarrollo normal de los niños con trastorno de déficit de atención, son las siguientes:

Fase No 1 Preparación. Esta fase es primordial, ya que por medio de ella se introduce a los niños al juego mediante actividades tales como la lectura, las adivinanzas, así como también por medio de ejercicios que le servirán como calentamiento y estiramiento, para luego proceder con la fase central que es la ejecución de la actividad propiamente dicha. Se pueden realizar los siguientes ejercicios:

- Movimientos circulares de la cabeza, tronco, brazos y piernas.
- Marchas en círculo (despacio, normal y rápido). Puede ser con ayuda de música.
- Contracción y relajación de las manos.
- Soltura de puño (movimiento de rotación de palma-dorso), las dos manos a la vez o alternando.

Fase No 2 Ejecución de la actividad. Luego de realizar los ejercicios de estiramiento y calentamiento o cualquier actividad preliminar que se escoja, se da inicio a las actividades propuestas en el sistema de

acciones para desarrollar la psicomotricidad, las cuales están basadas en las potencialidades y necesidades de los niños con trastorno de déficit de atención, detectadas en la fase de valoración mediante el test y la lista de cotejo.

Fase No 3 Relajación. Esta fase se la puede realizar al comienzo de la sesión, como al final de la sesión y se caracteriza por la vuelta a la calma, lo que motiva a la relajación y al confort mediante ejercicios o masaje. En cuanto a los ejercicios se pueden realizar los siguientes:

- Posición sentada (piernas flexionadas), la cabeza apoyada entre las manos y se hace silencio.
- Sentarse en un brazo con la espalda apoyada.
- Sentarse en el suelo con las manos como apoyo y estirar las piernas.

Orientaciones Metodológicas Generales

- Los niños tienen que seguir la secuencia de la actividad, es decir iniciar y finalizar la tarea.
- Durante la ejecución de las actividades es importante brindar niveles de ayuda cuando el niño presente algún tipo de limitación durante la realización de las mismas.
- Las actividades no van a tener un orden jerárquico, ya que todas cumplen con el propósito de la propuesta que es el desarrollo de la psicomotricidad.

- Tomar en cuenta las potencialidades que ellos presentan y resaltarlas durante la ejecución de la actividad.
- Darles a conocer las reglas del juego en actividades de interacción social, con el propósito de enseñarles valores.
- Los objetos a utilizar son de uso cotidiano de los niños para su fácil reconocimiento.

Cronograma

El cronograma de trabajo para el desarrollo del sistema de acciones cuyo periodo se realizó en seis meses desde septiembre del 2016 a febrero del 2017 fue programado de manera mensual y contiene las habilidades psicomotrices que se desarrollaron con la ejecución de las actividades propuestas en el mismo. De igual manera, hay que tomar en cuenta que los niños asisten a la terapia con una frecuencia de tres veces a la semana y la sesión dura aproximadamente 25 minutos.

A continuación se detalla en la siguiente ilustración:

Ilustración 3 Cronograma del Sistema de Acciones de la Atención Educativa Hospitalaria

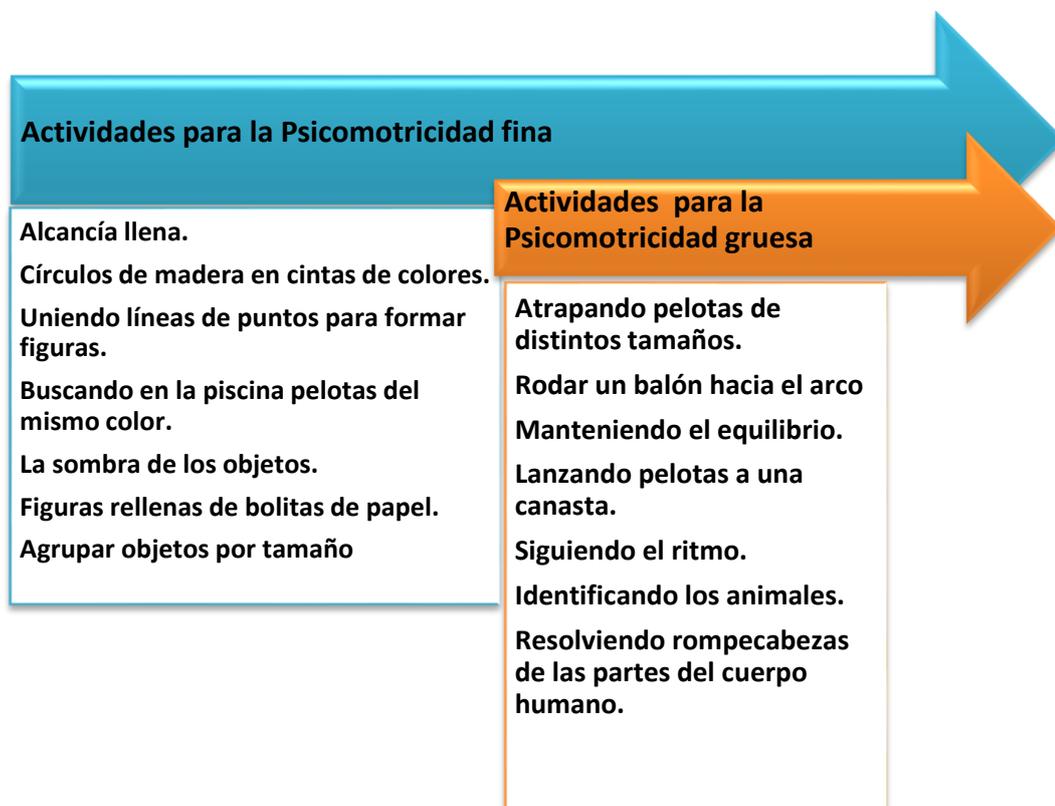
	Meses					
Actividades	Sept.	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero
Coordinación gruesa y fina Lateralidad pinza fina	■					
Equilibrio dinámico y estático Lateralidad y espacio temporal		■				
Esquema corporal Pinza fina			■			
Coordinación gruesa y fina Lateralidad y equilibrio				■		
Espacio temporal Pinza fina					■	
Equilibrio Esquema corporal						■

Elaborado por: Guerra (2017)

Actividades Psicomotrices

Las actividades psicomotrices que forman parte del sistema de acciones para la atención educativa hospitalaria van a desarrollar destrezas motoras tanto gruesas como finas de los niños con trastorno de déficit de atención, lo cual beneficia el aprendizaje educativo. A continuación el esquema con las actividades propuestas basado en los resultados que se obtuvieron en la fase de diagnóstico:

Ilustración 4 Esquema de las actividades



Elaborado por: Guerra (2017)

Actividades para la Psicomotricidad fina

Objetivo General. Desarrollar las destrezas y habilidades necesarias para una correcta funcionalidad motriz fina e independencia en base al juego.

Actividad # 1 Alcancía llena.

Objetivo: Potenciar las destrezas motoras finas: coordinación óculo-manual, pinza fina y oposición.

Tabla 3 Actividad de psicomotricidad fina # 1.

Descripción	Materiales	Dosificación
Se pregunta al niño acerca de los colores de las fichas, luego se le orienta que debe guardarlas en la alcancía, conforme el color que se le indique.	Alcancía y fichas.	10 minutos.

Elaborado por: Guerra (2017)

Observación: Se usarán fichas de colores y el niño tiene que guardar el color que se le diga.

Actividad # 2: Círculos de madera en cintas de color.

Objetivo: Lograr movimientos finos precisos y coordinados.

Tabla 4. Actividad de psicomotricidad fina # 2

Descripción	Materiales	Dosificación
Se orienta al niño a que agrupe los círculos y las cintas del mismo color, luego que las ensarte en su respectivo color.	Círculos de madera y cintas de diferentes colores.	15 minutos.

Elaborado por: Guerra (2017)

Observación: Los niños deben ensartar los círculos de madera en su respectivo color de cinta. Es decir, círculo verde en cinta verde y así sucesivamente.

Actividad #3 Uniendo líneas de puntos para formar figuras.

Objetivo: Preparar al niño para el inicio de la escritura por medio de láminas para la grafomotricidad.

Tabla 5. Actividad de psicomotricidad fina # 3.

Descripción	Materiales	Dosificación
Se le enseña al niño los tipos de líneas: horizontal, vertical e inclinada en un cuaderno, luego se le indica que siga las líneas de puntos y las dibuje hasta convertir esas líneas en una figura más compleja.	Láminas de grafomotricidad y marcadores.	20 minutos.

Elaborado por: Guerra (2017)

Observación: Se iniciará con trazos sencillos como líneas rectas hasta llegar a formar figuras un poco más complejas.

Actividad # 4: Buscando en la piscina pelotas del mismo color.

Objetivo: Aprender los colores juntos y manipular pelotas de diferentes texturas.

Tabla 6. Actividad de psicomotricidad fina # 4.

Descripción	Materiales	Dosificación
Esta actividad se realiza en pares. Se pregunta a los niños de qué color es la vestimenta de su compañero o el objeto seleccionado; luego se da la orden y los niños ingresen a la piscina empiezan a buscar pelotas del color que se les indica.	Piscina de bolas con diferentes colores y texturas.	20 minutos.

Elaborado por: Guerra (2017)

Observación: Esta actividad se realizará en pares para favorecer la interacción social.

Actividad # 5: La sombra de los objetos

Objetivo: Discriminar formas y figuras, las cuales son fácilmente identificables por los niños.

Tabla 7. Actividad de psicomotricidad fina # 5

Descripción	Materiales	Dosificación
Guiar la actividad primeramente con figuras geométricas de madera y dar órdenes: “dame triángulo”, “coge círculo”, “señala cuadrado”, entre otros, luego orientar la actividad con las loterías de fondo y figura. En el caso de las figuras, presentarles láminas con distintos objetos de uso común de los niños, antes de discriminarlas.	Figuras geométricas de madera, láminas y loterías de fondo y figura.	15 minutos.

Elaborado por: Guerra (2017)

Observación: Las formas y figuras representan objetos que son fácilmente identificables por los niños.

Actividad # 6: Figuras con bolitas de papel

Objetivo: Fortalecer los músculos de la mano, desarrollar pinza fina y creatividad e imaginación.

Tabla 8. Actividad de psicomotricidad fina # 6

Descripción	Materiales	Dosificación
Primero se les indica en la figura lo que es “dentro” y “fuera”. Luego, comienzan a rasgar el papel y se los orientan a realizar bolitas de diferentes tamaños. Por último, colocan las bolitas dentro o fuera de la figura según la orden.	Papeles de diferentes texturas, hojas de papel bond, lápices.	20 minutos.

Elaborado por: Guerra (2017)

Observación: Se usan papeles de diferentes texturas para trabajar la integración sensorial, que es una técnica idónea para estimular en este caso el sentido del tacto y mejorar la manipulación.

Actividad # 7: Agrupar objetos por tamaño

Objetivo: Propiciar la manipulación y comparación de objetos de diferentes tamaños mediante la percepción visual.

Tabla 9. Actividad de psicomotricidad fina # 7

Descripción	Materiales	Dosificación
<p>Se colocan dos aros de hula, uno al lado del otro en el suelo.</p> <p>Colocar todos los objetos de diferentes tamaños en una pila cerca de los aros.</p> <p>Ubicar un gran oso de peluche en un aro y otro pequeño en el otro. Se turnan los niños para escoger el objeto de la pila y colocarlo en aro según el tamaño.</p> <p>Se deben poner los objetos de mayor tamaño en el aro del oso de peluche grande y los pequeños en el aro del oso de peluche pequeño</p>	<p>2 hulas, dos osos de peluche (uno grande y otro pequeño), varios objetos de diferentes tamaño.</p>	<p>20 minutos.</p>

Elaborado por: Guerra (2017)

Observación: Los objetos deben ser de uso común, para que sean fácilmente identificables por los niños.

Actividades para la Psicomotricidad gruesa

Objetivo: Desarrollar las destrezas motoras gruesas para una mejor funcionalidad motriz en base al juego.

Actividad #1 Atrapando pelotas de distintos tamaños

Objetivo: Desarrollar la percepción corporal: equilibrio, coordinación y lateralidad, además de la amplitud de los movimientos de los miembros superiores.

Tabla 10 Actividad de psicomotricidad gruesa # 1

Descripción	Materiales	Dosificación
Los niños deben formar un círculo y por orden atrapar las pelotas que serán lanzadas entre ellos. Es muy importante que cumplan las normas del juego como no maltratar a sus compañeros y respetar los turnos.	Pelotas de distintos tamaños.	10 minutos.

Elaborado por: Guerra (2017)

Observación: Se usan pelotas de distintos tamaños para mejorar la amplitud del movimiento de los miembros superiores.

Actividad #2: Rodar un balón al arco

Objetivo: Trabajar la coordinación, equilibrio estático y balanceo.

Tabla 11 Actividad de psicomotricidad gruesa # 2.

Descripción	Materiales	Dosificación
Formar una fila, para que cada niño tenga un turno para patear el balón al arco. Es muy importante que cumplan las normas del juego como no maltratar a sus compañeros y respetar los turnos.	Pelota y arco.	15 minutos

Elaborado por: Guerra (2017)

Observación: Los niños deben cumplir las normas del juego y seguir la secuencia de la actividad.

Actividad # 3: Manteniendo el equilibrio

Objetivo: Trabajar el equilibrio dinámico, balanceo y coordinación en base a una actividad lúdica muy divertida.

Tabla 12 Actividad de psicomotricidad gruesa # 3

Descripción	Materiales	Dosificación
En primer lugar se realizará un previo calentamiento, donde los niños moverán la parte del cuerpo que se les indique. Por ejemplo; muevan el brazo derecho y ellos lo harán y así sucesivamente. Luego, formarán una fila, la cual será determinada por el tamaño de los participantes de menor a mayor y ahora a seguir la ruta de los bloques sin perder el equilibrio.	Bloques de madera	10 minutos

Elaborado por: Guerra (2017)

Observación: Respetar las normas del juego, no empujar a los compañeros, demostrar compañerismo.

Actividad # 4 Lanzando pelotas a una canasta

Objetivo: Mejorar las habilidades motrices de manipulación y coordinación.

Tabla 13. Actividad de psicomotricidad gruesa # 4.

Descripción	Materiales	Dosificación
Lanzar por turnos las pelotas, por lo que antes deben formar una fila. Los lanzamientos serán en distintas direcciones (derecha, izquierda, centro), de esta manera se trabaja orientación espacial. Al inicio de la actividad se refuerza estos conocimientos de orientación espacial con ellos, es decir se les colocará objetos en distintas direcciones y se les indicará que están a la derecha, izquierda o centro según el caso.	Pelotas de distintos colores y una canasta para encestar.	10 minutos.

Elaborado por: Guerra (2017)

Observación. La distancia para el lanzamiento de pelotas será determinada de acuerdo a la talla de cada niño.

Actividad #5: Siguiendo el ritmo

Objetivo: Trabajar la coordinación, equilibrio estático y locomoción.

Tabla 14 Actividad de psicomotricidad gruesa # 5.

Descripción	Materiales	Dosificación
Formar una fila y los niños deben caminar al ritmo de la música, si la música tiene un ritmo lento, los niños caminarán lento, cuando la música tenga un ritmo normal, lo harán normal y música de ritmo rápido, lo harán rápido y si se detiene la música tendrán que quedarse quietos.	Grabadora y música	10 minutos

Elaborado por: Guerra (2017)

Observación: Los niños deben cumplir las normas del juego y seguir la secuencia de la actividad.

Actividad # 6: Identificando animales

Objetivo: Reconocer las características de los animales y mayor desenvolvimiento motriz.

Tabla 15. Actividad de psicomotricidad gruesa # 6.

Descripción	Materiales	Dosificación
Forman pares. Enseñar las láminas de los animales, ellos los identifican y dicen algunas características. Un compañero debe moverse como el animal que será determinado (por ejemplo; si es perro debe ponerse en cuatro y gatear) y el otro lo identifica, luego se intercambian los papeles. Deben identificar seis animales por pares.	Láminas de distintos animales	20 minutos

Elaborado por: Guerra (2017)

Observación: Los animales son de fácil identificación para los niños. Además, deben cumplir las normas del juego, demostrar compañerismo y usar mucho su imaginación.

Actividad # 7 Resolviendo rompecabezas de las partes del cuerpo humano.

Objetivo: Desarrollar la capacidad de análisis, observación, atención y concentración, sumado el esquema corporal porque el niño tiene que identificar las partes más relevantes del cuerpo humano.

Tabla 16 Actividad psicomotricidad gruesa # 7.

Descripción	Materiales	Dosificación
Primero se le indica al niño las partes de su cuerpo, luego él las dice cuando le preguntemos por cualquier parte del mismo. Luego, se comienza la actividad con el rompecabezas.	Rompecabezas	15 minutos.

Elaborado por: Guerra (2017)

Observación: Solo se preguntarán por las partes más relevantes del cuerpo humano como: cabeza, piernas, brazos, ojos, nariz, entre otras.

Evaluación

Mientras el niño se encuentra ejecutando las actividades se evaluarán los siguientes aspectos:

- La forma como el niño utiliza su cuerpo y descubre su eficiencia motriz y postural.
- La forma como se relaciona con los objetos y el mundo exterior para determinar su desarrollo evolutivo y su autonomía en sus movimientos y acciones.
- Aplica la coordinación óculo-manual al manipular objetos de diferentes tamaños.
- Identifica objetos que son comunes para ellos.
- Acepta jugar o compartir situaciones con otros niños.

- El grado de atención que el niño presenta durante el desarrollo de la actividad.
- Asimilación por parte del niño de los distintos niveles de ayuda (actividades activas-asistidas).
- Respetar las normas de juego en actividades de interacción social.

Ficha de valoración psicomotriz

Se elabora una ficha de valoración psicomotriz para evaluar los logros de cada uno de los niños atendidos. Esta evaluación será cada tres meses. La ficha de valoración contempla aspectos psicomotrices que se incluyen en el Sistema de acciones para la atención educativa hospitalaria propuesto. (Ver anexo 4).

Beneficios que aporta la propuesta

La propuesta planteada se enmarca en la priorización de la inclusión educativa desde cualquier espacio público y privado y en los derechos de los niños a una educación de calidad, bajo este marco los beneficios que se obtendrán de la aplicación y ejecución de la propuesta son:

Beneficios pedagógicos. La continuidad de los objetivos curriculares a través de su implementación en las terapias ocupacionales en los niños como parte del tratamiento integral tienen un valor económico invaluable, ya que permite prolongar el mismo esquema curricular y este se adapta a lo que el niño está aprendiendo, es decir no se desvirtúa ni se compromete lo aprendido, se aprovecha el tiempo y los servicios de la terapia de forma productiva.

Beneficios sociales. Mejorar la adaptación de los niños con problemas de atención a un contexto social más dinámico da la oportunidad de que este evolucione y adopte nuevos conocimientos y aprendizajes que

repercutirán en su crecimiento físico, emocional y cognitivo, asegurando una mejor inclusión social y educativa.

Recomendaciones para la familia

La participación de la familia es fundamental para un rápido desarrollo psicomotriz, por lo tanto las tareas que se pueden llevar a cabo en casa deben ser vistas como un juego, no como una obligación, para así obtener resultados gratificantes y por ende que el aprendizaje sea más significativo, ya que estaremos estimulando las destrezas motoras, expresivas y creativas del niño en un ambiente que además añade el aspecto afectivo.

La psicomotricidad en los niños se puede notar dentro de casa de forma cotidiana cuando juegan o realizan cualquier actividad como lavarse los dientes, vestirse o comer, con estas acciones el niño desarrolla el control de sus movimientos, la coordinación, el equilibrio y la orientación.

Para el desarrollo de la psicomotricidad fina se recomienda realizar las siguientes actividades:

- Hacer bolitas con papel de seda y después pegarlas en cartulinas formando dibujos.
- Rasgar papeles de diferentes texturas como papel de seda, revistas, periódicos y papel cometa, entre otros.
- Pintar y colorear con témperas o acuarelas, para lo cual usar pinceles o las propias manos.
- Hacer figuras con plastilina o arcilla. Dejar que el niño desarrolle su creatividad e ingenio en cuanto a las formas que va a realizar.

- Dibujar círculos, líneas rectas, horizontales, verticales y oblicuas sobre papel o en una pizarra. Para empezar, usar hojas grandes sin líneas y pedirle que escriba de izquierda a derecha. Cuando ya domine el trazo repetir el mismo ejercicio utilizando un papel con líneas muy espaciadas entre sí.

En cuanto al desarrollo de la psicomotricidad gruesa se sugiere empezar con actividades donde se ponga en juego la coordinación de las manos, después los pies, cabeza y tronco.

Para la coordinación de las manos utilizar una o varias pelotas que se podrán lanzar, encestar, hacer malabares, derribar objetos y para trabajar con los pies, se puede saltar la soga, dar patadas a un balón, seguir una ruta de bloques de madera, caminar sobre una llanta sin aro.

En el caso de la cabeza y el tronco dar toques con una pelota o hacer ejercicios rotarios del cuello.

No olvidar que para la ejecución de estas actividades es necesario un tiempo prudencial de 30 minutos diarios, los cuales realizados de manera periódica van a garantizar un adecuado desarrollo psicomotriz del niño, y este beneficio va a repercutir de manera positiva en su aprendizaje educativo.

Resultados de la propuesta

Los avances de los niños en el plano psicomotriz fueron muy significativos, lo que fue evidenciado en un mejor desenvolvimiento educativo, así como también en las actividades de la vida diaria. A continuación las habilidades psicomotrices con su respectiva evolución:

Coordinación motora gruesa

Al inicio: Los niños presentaban problemas para coordinar sus miembros superiores, ya que se les hacía difícil manejar los objetos que se les ponía en distintas direcciones y algunos de ellos perdían el equilibrio al realizar actividades sencillas como atrapar pelotas de distintos tamaños.

Al final: Los niños mejoraron la coordinación motora gruesa, se les hizo más fácil realizar actividades dinámicas, pudieron con las actividades destinadas para esta habilidad psicomotriz dominar su propio cuerpo, lo que les proporcionó más seguridad y mejoró su autoestima.

Coordinación fina

Al inicio: Los niños tenían dificultades para las actividades de ensarte y el trazado, puesto que presentaban un déficit en la coordinación óculo manual conjuntamente con una bajo nivel de atención, lo que no favorecía el desarrollo de las destrezas motoras necesarias para su autonomía.

Al final: Los niños progresaron después de la ejecución de las actividades para la coordinación óculo manual propuestas en el sistema de acciones, debido a esto se observó un notable adelanto en el desarrollo de la lectoescritura.

Lateralidad

Al inicio: No había dominio de la lateralidad en muchos de los niños de la muestra de estudio, no tenían claro su lado derecho e izquierdo, por lo que no se ubicaban con respecto a otros objetos.

Al final: Los niños demostraron un mayor dominio de la lateralidad, fueron capaces de distinguir su lado derecho e izquierdo, lo que constituye la primera etapa de la orientación espacial.

Pinza fina

Al inicio: Muchos niños con TDA tenían dificultad para realizar la pinza fina, lo hacían con el pulgar y dedo medio, no con el pulgar e índice, por lo tanto las destrezas estaban disminuidas y era necesario introducir más actividades de este tipo para dar inicio a la psicomotricidad fina.

Al final: Mayor capacidad motora para la manipulación de objetos, para la creación de nuevas figuras y formas y el perfeccionamiento de la habilidad manual, lo que se evidenció en una mejor forma de coger el lapicero.

Equilibrio

Al inicio: Tres niños presentaban una marcada falta de equilibrio debido a su trastorno psicomotriz.

Al final: El equilibrio en los tres niños tuvo una mejor evolución, aunque si amerita continuar con actividades para este fin con el propósito de un mayor perfeccionamiento.

Espacio-temporal

Al inicio: Los niños tenían problemas en la orientación espacial, en el sentido que no sabían cómo ubicar los objetos cuando se les establecía una posición: arriba-abajo, derecha-izquierda, delante-detrás. También no determinaban la correspondencia entre los objetos según tamaño y forma, así como también la diferencia en el ritmo cuando es lento o rápido en las actividades en donde se utiliza música.

Al final: Los niños consiguieron una buena percepción, dado que aprendieron a reconocer el espacio, a orientarse, a evaluar distancias, formas y a prever los movimientos que deben realizar.

Esquema Corporal

Al inicio: Problemas para reconocer las partes de su cuerpo y las funciones de algunas de ellas.

Al final: Mediante las actividades lúdicas y el trabajo de la familia en casa se logró desarrollar un poco el esquema corporal en muchos de los niños de la muestra de estudio, por lo tanto es necesario continuar con la aplicación de las actividades propuestas para así obtener una mejor evolución.

Análisis de la validez y pertinencia según criterio de especialistas

Para el análisis de la validez y pertinencia de la propuesta se recurre a cinco especialistas con grados de Maestrías en diferentes áreas tales como: Master en diseño curricular, Master en Gerencia en salud, Master en educación especial, Master en Desarrollo Humano y conocimiento y Master en Terapia familiar sistémica. Se realizó una serie de siete preguntas orientadas sobre la pertinencia y validez de la propuesta con la finalidad de determinar si es viable.

1. ¿Cree usted que el equipo de Licenciados en Terapia Ocupacional están preparados para llevar a cabo un proceso de atención educativa hospitalaria?

De los 5 especialistas consultados, el 71% consideran que la preparación de los Licenciados en Terapia Ocupacional da como respuesta totalmente satisfactoria para llevar a cabo el proceso de atención educativa hospitalaria, que cuentan con formación académica, las actividades que se realizan en el área están enfocadas en desarrollar destrezas motoras y habilidades cognitivas necesarias para impartir conocimientos, mientras que el 29% creen que están preparados de manera medianamente satisfactoria.

2. ¿Considera usted que la psicomotricidad será potenciada mediante el desarrollo de la propuesta?

Para el 100% de los especialistas la psicomotricidad será potenciada mediante el desarrollo de la propuesta, manifestándose las respuestas de manera totalmente satisfactorias.

Las actividades motrices y cognitivas potencian la autonomía, lo que refuerza el aprendizaje y mejora la interacción social, fue el criterio general de los 5 especialistas consultados.

3. ¿Las actividades propuestas en el sistema de acciones responden a las expectativas de un logro a corto plazo en cuanto al desarrollo psicomotriz de los niños con trastorno de déficit de atención?

Las actividades propuestas en el sistema de acciones son totalmente satisfactorias, así lo consideran los cinco especialistas, y acotan que se ha comprobado que realizar una estimulación adecuada asegura un pronóstico favorable, porque la evolución es a corto plazo.

4. ¿Estima usted que el sistema de acciones está distribuido de manera apropiada para contribuir al desarrollo motriz, cognitivo y social de los niños con trastorno de déficit de atención?

El cien por ciento de los especialistas consultados, consideran que el sistema de acciones está distribuido de forma adecuada, manifestándose las respuestas totalmente satisfactorias, puesto que consta de actividades motrices, cognitivas y sociales, que son las áreas de desarrollo más afectadas en un niño con trastorno de déficit de atención.

5. ¿Cree usted que la metodología del sistema de acciones pueda formar parte de las técnicas realizadas en área de rehabilitación?

En este aspecto, los cinco especialistas consideran que la metodología del sistema de acciones puede ser incorporada al grupo de técnicas que se realizan en el área de rehabilitación, obteniendo una respuesta totalmente satisfactoria, y acotan que reforzarán en gran medida las terapias y sería un buen complemento para una intervención integral de los niños.

6. ¿Considera usted que los niños con déficit de atención por medio del sistema de acciones presentarán mejoras en su aprendizaje escolar?

El cien por ciento de los especialistas considera totalmente satisfactoria que la aplicación de este sistema de acciones podría disminuir los problemas de aprendizaje en el proceso educativo, que plantea actividades que estimulan el área cognitiva, siempre y cuando esté acorde con los objetivos curriculares de la institución educativa.

7. ¿Considera pertinente y factible la aplicación de la propuesta?

Para satisfacción de esta investigadora el 100% de los especialistas encuestados consideran totalmente satisfactorio y pertinente el manual, encontrando factible su aplicación. Las recomendaciones estuvieron encaminadas a:

- Dos profesionales recomendaron la presentación de la propuesta ante los directivos del Hospital para una posible ejecución del mismo.
- Que los terapeutas ocupacionales deben capacitarse en técnicas pedagógicas para llevar a cabo una adecuada atención educativa hospitalaria.

- La necesidad de brindar una atención integral del niño no sólo con las mismas técnicas, sino con algo más que implique una verdadera inclusión social y la atención educativa hospitalaria, mediante el sistema de acciones propone una verdadera estrategia para llegar a ese fin.
- La coordinación entre el hospital y la escuela para validar el aprendizaje llevado a cabo en el aula hospitalaria y diseñar adaptaciones curriculares de acuerdo a las necesidades de cada niño.

Comentario Final

Una vez finalizada la evaluación de los expertos, ellos avalan concordancia entre el diseño del instrumento metodológico, su eficacia con respecto al objetivo para el que ha sido creado y el constructo. Finalmente, los expertos concluyen que el sistema de acciones es viable, pertinente y factible de aplicación y ejecución.

CONCLUSIONES

Basado en el estudio del proyecto de tesis y tomando en cuenta los datos obtenidos se concluye lo siguiente:

- Es necesario reforzar la psicomotricidad mediante actividades de índole pedagógicas dentro del área de Terapia Ocupacional para dar continuidad al proceso enseñanza-aprendizaje de las instituciones educativas con el propósito de desarrollar destrezas y habilidades para una correcta autonomía, así como también adquisición de conocimientos, los cuales favorecen el aprendizaje educativo y mejoran la calidad de vida de estos niños con necesidades educativas especiales.
- Las limitaciones en la psicomotricidad fina en los niños con trastorno de déficit de atención obtenidas en el análisis de los resultados demuestran que la atención está íntimamente relacionada con las actividades psicomotrices finas, ya que su ejecución amerita un buen nivel cognitivo, lo que en estos niños con TDA está en déficit, por lo tanto la atención educativa hospitalaria está orientada a trabajar en esas limitaciones para mejorar las destrezas motoras y habilidades cognitivas.
- Es necesario conocer las limitaciones de los niños con TDA, pero también sus potencialidades, lo que es favorable para la planificación de una atención educativa hospitalaria que garantice una educación de calidad e inclusiva, sin dejar a ningún niño fuera del proceso, es decir aceptando la diversidad.
- Se ha demostrado la pertinencia del sistema de acciones para la atención educativa hospitalaria, el cual aporta muchos beneficios en los niños con TDA del área de Terapia Ocupacional del Hospital

Roberto Gilbert , puesto que la atención no solo es terapéutica sino también pedagógica (una atención integral) que puede ser llevada a cabo en otras áreas del hospital para abarcar a muchos más niños que por su estancia en el hospital interrumpen la secuencia del proceso enseñanza-aprendizaje de las instituciones educativas.

RECOMENDACIONES

- Mejorar las técnicas dentro del sistema de acciones de la atención educativa hospitalaria, por lo que resulta necesario valorar las actividades planteadas en el mismo cada cierto tiempo, para así brindar una atención educativa hospitalaria apropiada al ritmo de aprendizaje de cada niño.
- Involucrar a la familia en el proceso psicomotriz con el fin de desarrollar la autonomía necesaria para un adecuado aprendizaje educativo mediante actividades de motricidad fina realizadas dentro del hogar.
- Capacitación al personal de Terapia Ocupacional en técnicas pedagógicas para que puedan llevar a cabo una verdadera atención educativa hospitalaria que atienda las potencialidades y necesidades de cada niño.
- Se podría aplicar el sistema de acciones de la atención educativa hospitalaria en otras instituciones, donde no necesariamente existan niños con trastorno de déficit de atención, sino con otro tipo de discapacidades con el propósito de atender a toda la diversidad, lo que va a favorecer mucho el proceso de inclusión educativa y social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bolaños, F., & Gámez, R. (2013). Evolución histórica de la psicomotricidad. *Fitness, nutrición y salud*.
- Acosta, L., & García, G. (2012). Estrategias de Intervención. *Alianza*, 23.
- Ahedo, J., & Danvila, I. (2010). *Las nuevas tecnologías como herramientas que facilitan la educación formativa en la educación*. (N. I. educativo, Ed.) España: Nuevo Impulso educativo. Recuperado el 5 de Mayo de 2017, de <http://www.seeci.net/cuiciid2013/pdfs/unido%20mesa%202%20docencia.pdf>
- Alcain, J., & Guinao, D. (25 de Noviembre de 2014). Entre la prescripción y la soledad: los docentes de Santa Cruz ante una nueva área de enseñanza. . *IV Jornadas Nacionales y II Latinoamericanas de Investigadores/as en Formación en Educación 25, 26 y 27 de noviembre 2014* (pág. 375). Universidad Nacional de la Patagonia Austral/Unidad Académica Caleta Olivia. Recuperado el 5 de Mayo de 2017, de http://iice.institutos.filo.uba.ar/webfm_send/7
- Altamirano Vaca, J. (2015). *Evaluación de los Aprendizajes Infantiles* (Vol. 1). Quito, Ecuador: Comunicacion Solutions. Recuperado el 22 de Junio de 2017, de http://www.runayupay.org/publicaciones/evaluacion_de_los_aprendizajes_infantiles%20.pdf
- Ardanaz García, T. (2009). *La psicomotricidad en educación infantil*. Cádiz .
- Arias, G. (1999). La evaluación y el diagnóstico educativo y psicológico y el enfoque histórico-cultural. (U. d. Habana, Ed.) *Perspectivas psicológicas*, 3-4(Año IV), 33. Recuperado el 10 de Mayo de 2017, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pp/v3-4/v3-4a03.pdf>
- Arreola Flores, R. d. (2013). Breve historia sobre pedagogía hospitalaria. *Pedagogía Hospitalaria*.
- Atención y desarrollo infantil*. (2017). Obtenido de Atención al desarrollo en infancia y adolescencia.
- Bauermeister, J. J. (2016). *El trastorno por déficit de atención (TDA) y el trastorno por déficit de atención por hiperactividad (TDAH)*

¿trastornos diferentes? Puerto Rico: Instituto de Investigación de ciencias de la conducta.

Bermejo Minuesa , V., Cheles, & Badajoz. (2008). La importancia de la psicomotricidad en el desarrollo del niño en la etapa infantil. *Revista Autodidacta*.

Bermúdez Rey, M. T. (2010). Actividades lúdicas en el hospital. *Familia y Pedagogía*.

Berruezo, P. P. (1996). La psicomotricidad en España de un pasado de incompreensión a un futuro de esperanza. *Revistas de Estudios y Experiencias vol. 2*.

Berruezo, P. P. (2008). *El contenido de la psicomotricidad. Relexiones para la delimitación de su ámbito teórico y práctico*. Murcia, España: Universidad de Murcia.

Bolaños, D. F., & Gamez, R. (s.f.). Evolución histórica de la psicomotricidad.

Borrás Talens, M. (2012). *El TDHA en niños de 4-5 años*. Universidad Internacional de La Rioja, Facultad de Educación . Valencia: Universidad Internacional de La Rioja. Recuperado el 11 de Julio de 2017, de <http://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/478/Borras.Margarida.pdf?sequence=1>

Cabezas Gallardo, A. (2008). Las Aulas Hospitalarias. *Innovación y Experiencias Educativas*.

Cárdenas Zetina, J. (2013). El TDA en niños, que es y cómo identificarlo. *Secretaría de salud Hospital psiquiátrico infnatil Juan N. Navarro*.

Cardona , M. C., Chiner, E., & Lattur Devesa, A. (2012). Diagnóstico psicopedagógico. *Editorial Club Universitario*, 21. doi:a-333-2006

Carrasco Lluch, P. (2012). *La atención educativa en las aulas hospitalarias*. Murcia.

Carrasco Lluch, P. (2012). *La atención educativa en las aulas hospitalarias*. Murcia.

Cayambe, M., & Villagomez, C. (2013). *La estimulación de la atención en el rendimiento académico de los niños de la Casa Hogar San Carlos MIES-INFA de Riobamba período marzo -agosto 2013*.

Universidad Nacional de Chimborazo, Facultad de Ciencias de la Salud . Riobamba: dspace.unach.edu.ec. Recuperado el 11 de Julio de 2017, de <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/1290/1/UNACH-EC-PSC.CLIN-2013-0015.pdf>

Cerna Montoya, J. (07 de Junio de 2008). *Biblioteca.uns.edu.peru*. (D. B. XFB, Ed.) Recuperado el Julio de 5 de 2017, de [Biblioteca.uns.edu.peru:](http://biblioteca.uns.edu.pe/saladocentes/archivoz/publicacionez/algunos_instrumentos_de_investigacion.pdf)

http://biblioteca.uns.edu.pe/saladocentes/archivoz/publicacionez/algunos_instrumentos_de_investigacion.pdf

Consejo Trejo, C. (2010). La psicomotricidad y educación psicomotriz en la educación preescolar.

Cuervo, F. (s/f). *Déficit de atención: aspectos generales. Protocolo de intervención, diagnóstico y tratamiento*. Aragón: Gobierno de Aragón.

Da Fonseca, V. (2000). *Estudio y génesis de la psicomotricidad*. Barcelona: Inde.

Díaz San Juan, L. (2011). *Antecedentes del Método Clínico*. México: Facultad de Psicología, UNAM. Recuperado el 22 de Junio de 2017, de http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/Antecedentes_del_Metodo_Critico_Lidia_Diaz_Sanjuan_Texto_Apoyo_Didactico_Metodo_Clinico_3_Sem.pdf

Diplomado de Psicomotricidad infantil. (2006). *Concéptos básicos de Psicomotricidad*. Corefo.

Duvinage, J. (1984). *Educación y Psicomotricidad*. México.

Espina , A., & Ortego, A. (s.f.). *Guía práctica para los trastornos con de déficit atencional con /sin hiperactividad*. Jansssen Cilag.

Evolución histórica de la psicomotricidad. (s.f). *Fitness, nutrición y salud*.

Farfán , M. I., & Piloso , J. C. (2014). *Funciones básicas y su incidencia en el aprendizaje*. Universidad Laica Vicente Rocafuerte de Guayaquil , Facultad de Ciencias de la educación . Guayaquil: Repositorio Universidad Laica Vicente Rocafuerte de Guayaquil . Recuperado el 5 de Mayo de 2017, de <http://repositorio.ulvr.edu.ec/bitstream/44000/1181/1/T-ULVR-0956.pdf>

- Freire Basurto, N. E. (2008). *Apoyo pedagógico para niños con dificultades de atención y concentración para mejorar sus procesos de aprendizaje en el aula*. Universidad Tecnológica Equinoccial, Facultad de Ciencias Sociales y Comunicación . Quito: Universidad Tecnológica Equinoccial. Recuperado el 20 de Enero de 2017, de <http://repositorio.ute.edu.ec/handle/123456789/9877>
- Fuentes, A. (2017). Actividades para niños con déficit de atención. *Escuela en la nube*.
- Gallo, C. (2016). Aprender con un hijo que tiene déficit de atención. *abcbebé.com*.
- García Alvarez, A. (2014). La Educación Hospitalaria en Argentina: entre superviencia y compromiso social. *Foro de Educación*, 123-139.
- García González, F. (Marzo de 2013). *Atención Educativa en el Hospital. "Las Aulas Hospitalaria"*. Recuperado el 20 de Enero de 2017, de www.eddedalo.files.wordpress.com:
<https://reddedalo.files.wordpress.com/2012/03/atencic3b3n-educativa-en-el-hospital.pdf>
- García González, F. (s.f.). *Atención educativa en el hospital "Las aulas hospitalarias"*. Sevilla: Escuela Hospital Infantil "Virgen del Rocío".
- García González, F. (s.f.). *Atención educativa en el hospital "Las aulas hospitalarias"*. Sevilla: Escuela Hospital Infantil "Virgen del Rocío".
- García, A., Arregi, A., & Rubio Carcedo, T. (2010). Las Necesidades Educativas Especiales en la Educación Primaria. (C. d. Vasco, Ed.) *Alianza*, 95. Recuperado el 10 de Julio de 2017, de http://www.hezkuntza.ejgv.euskadi.eus/contenidos/informacion/dig_publicaciones_innovacion/es_neespeci/adjuntos/18_nee_110/110008c_Doc_EJ_nee_primaria_c.pdf
- Gargallo, & Monereo. (s.f.).
- Gargallo; Monereo;. (2003). Estrategia de aprendizaje: Bases para la intervención psicopedagógica. *Revista Psicopedagogía*, 20(62), 136-42. Recuperado el 5 de Mayo de 2017, de <http://es.calameo.com/read/00344919988f447dd836b>
- Gérez, T. P. (2009). *Psicomotricidad: los trastornos psicomotores . Cinteco- infancia*.

- Gimnsasia cerebral . (2016). Actividades para el déficit de atención o TDA en niños. *Tu gimnasia cerebral*.
- González Llana, F. M. (2007). *Instrucciones Evaluación Psicológica*. Ciudad de La Habana: Ecimed. Recuperado el 3 de Julio de 2017, de <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-0psicolo1--00-0----0-10-0---0---0direct-10---4-----0-0l--11-0-50---20-help---00-0-1-00-0-0-11-1-0gbk-00&a=d&cl=CL1&d=HASH01c8a63a59a94100eaf4f010.9.1.2.4>
- Herrán Izaguirre, E., & Godall , T. (Septiembre de 2016). La pedagogía Pikler-Lóczy de educación infantil. *RELADEI- Revista Latinoamericana de educación infantil*, 5.3, 9-14. Recuperado el 20 de Enero de 2017, de http://redaberta.usc.es/reladei/files/volumen5_n3_completo.pdf
- Herrera , J. I. (2004). Un acercamiento al diagnóstico psicopedagógico. *Revista Icone Educacao*, 99-130. Recuperado el 10 de Mayo de 2017
- Herrera. (2004).
- Herrera. (2004). *Un acercamiento al diagnóstico psicopedagógico*. Andalucía: Icone Educacao.
- Huerta, G. C., Frontera, P., & Izquierdo, P. F. (2010). *El desarrollo psicomotor desde la infancia hasta la adolescencia*. Madrid: Narcia S. A.
- Jimenez, A., & Tonanzín, S. (2015). *Fundamentos de Investigación*. Blogger.
- Justo Martínez, E. (2014). *Desarrollo psicomotor en educación infantil*. Almería: Universidad de Almería.
- Justo Martínez, E., & Franco Justo, C. (2008). Influencia de un programa de intervención psicomotriz sobre la creatividad motriz en niños de educación infantil. *Revista Universidad de Almería*.
- Lascano Muñoz, E., & Bernal Almeida, J. (9 de julio de 2013). Estudio de la Psicomotricidad y sus beneficios en la educación inicial en niños y niñas del primer año de educación general. Ibarra, Ecuador.
- López. (2001). Diagnóstico del preescolar. La Habana. Recuperado el 10 de Junio de 2017

- López Angulo, L. M., & Cabrera Parodis, G. M. (2006). *Instrumentos de Evaluación Psicológica*. Universidad de Las Tunas, Facultad de Ciencias Sociales y Humanísticas/ Departamento de Psicología. La Habana: Repositorio institucional de la Universidad de Las Tunas. Recuperado el 10 de Junio de 2017, de [www.forumcyt.cu: http://www.forumcyt.cu/UserFiles/forum/Textos/0601897.pdf](http://www.forumcyt.cu/UserFiles/forum/Textos/0601897.pdf)
- López, J. (2001). *De preescolar a la escuela. Diagnóstico del Preescolar*.
- Maganto Mateo, C., & Cruz Sáez, S. (2010). Desarrollo físico y psicomotor en la etapa infantil. *Revista de la facultad de Psicología San Sebastián*.
- Maganto, C., & Cruz, S. (sin fecha). *Desarrollo físico y motor en la etapa infantil*. San Sebastian.
- Marquez, B. (2011). *Importancia de la Psicomotricidad en los niños*.
- Martín, M. S. (2012). Etapas del desarrollo infantil de 0 a 5 años para padres. *Fundalam*.
- Martinez , E. J., & Franco, C. J. (2008). Influencia de un programa de intervención psicomotriz sobre la creatividad motriz en niños de educación infantil. *Dialnet*.
- Más, M., & Aguilar , M. (1995). De preescolar a la escuela. *De las premisas para el aprendizaje a la etapa de aprestamiento*. Habana.
- MEEC. (2013). *Introducción a la adaptaciones curriculares para estudiantes con NEE*. Quito.
- Mendrana Rivas, J. (2008). La psicomotricidad educativa un enfoque natural. *Revista Interuniversitaria de formación del profesorado, Facultad Ciencias Humanas de la Educación*.
- MIES. (2013). *Política Pública. Desarrollo Infantil Integral*. (M. d. Social, Ed.) Recuperado el 5 de Mayo de 2017, de [www.inclusion.gob.ec: http://www.inclusion.gob.ec/content/uploads/downloads/2013/11/Libro-de-Pol%C3%ADticas-P%C3%BAblicas.pdf](http://www.inclusion.gob.ec/content/uploads/downloads/2013/11/Libro-de-Pol%C3%ADticas-P%C3%BAblicas.pdf)
- Ministerio de Educación. (2012). *Marco Legal Educativo*. Quito. Recuperado el 6 de Junio de 2017, de <http://educaciondecalidad.ec/ley-educacion-intercultural-menu/ley-educacion-intercultural-texto-ley.html>

- Ministerio de Educación. (2016). *Programa de Atención Educativa Hospitalaria*. Ministerio de Educación, Quito.
- Ministerio Educación del Perú. (2001). Guía para orientar la intervención de los servicios de apoyo y asesoramiento para la atención de las necesidades educativas especiales. *Ministerio del Perú*, 110. Recuperado el 5 de Junio de 2017, de <http://www.minedu.gob.pe/minedu/archivos/a/002/05-bibliografia-para-ebe/7-guia-para-orientar-la-intervencion-de-los-saanees.pdf>
- Monge Alvarado, M. d. (2012). Instrumentos de evaluación del desarrollo motor. *Revista Educación*.
- Montenegro Vega, E. (2016). Implementar un programa para potenciar la atención mediante juegos y ejercicios repetitivos en niños y niñas de la escuela de educación básica especializada Matilde Guzman de la ciudad de Yantzaza. Yantzaza, Azuay, Ecuador.
- Moreno, M. T. (4 de Mayo de 2003). Estrategias de aprendizaje: bases para la intervención psicopedagógica. (F. C. Universidade do Estado de Ceará, Ed.) *Revista Psicopedagogia*, 20(62), 7. Recuperado el 5 de Mayo de 2017, de <http://www.revistapsicopedagogia.com.br/detalhes/457/estrategias-de-aprendizaje--bases-para-la-intervencion-psicopedagogica>
- Moya Rosendo, D. (2012). La integración sensorial como parte de la rehabilitación infantil. *Hermanas hospitalarias*.
- Moyano, A., Torres, P., Borrera, P., & Eyheramendy, M. (2011). Trastornos por déficit de atención: Consideraciones desde la Psicología para un diagnóstico comprensivo integral. *Cuad. Méd Soc Chile*.
- Neus Andrés, M., Colomé, J., Martí, M. T., Martín, R. M., Sugraries, E., Pinell, M., . . . Angel, A. M. (2007). *La educación psicomotriz (3 - 8 años) cuerpo, movimiento, percepción, afectividad: una propuesta teórico-práctica*. España: Biblioteca infantil.
- Payo, P. M., & Yanza, T. (Octubre de 2016). *Adaptaciones curriculares en la escuela Luis Fernando Vivero*. Universidad Técnica de Cotopaxi, Unidad Académica de Ciencias Administrativas y Humanísticas. Latacunga: Repositorio. Universidad Técnica de Cotopaxi. Recuperado el 5 de Mayo de 2017, de <http://repositorio.utc.edu.ec/bitstream/27000/3847/1/T-UTC-0159.pdf>

- Peralta, J. (2017). *Estrategias Psicopedagógicas de intervención en dificultades específicas de aprendizaje-dislexia para mejorar el rendimiento académico en niños*. Universidad Técnica de Machala, Unidad Académica de Ciencias Sociales. Carrera de Ciencias de la Educación mención Psicología Educativa y Orientación Vocacional. Machala: Repositorio. Universidad Técnica de Machala. Recuperado el 5 de Mayo de 2017, de [http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/10478/1/ECUA CS%20DE00036.pdf](http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/10478/1/ECUA%20DE00036.pdf)
- Pozo, J. (2002). *Estrategias de aprendizaje*. Porto Alegre, Brasil : Artmed. Recuperado el 2 de Mayo de 2017
- proyecto aulas hospitalarias*. (primero de noviembre de 2012). Recuperado el 2012
- Psicodiagnosis. (2017). Orientaciones déficit de atención. *Psicodiagnosis*.
- Quiroz Moreira, G. M. (2011). El juego en el desarrollo de las funciones básicas en los niños y niñas del primer año de educación general básica de la ciudadela San Alejo, parroquia Andrés de Vera de la ciudad de Portoviejo era. Portoviejo, Manabí, Ecuador.
- Ramírez Rodríguez, J. A., & Rodríguez Rosas, N. (junio de 2012). Pedagogía Hospitalaria: Un modelo de inclusión educativa que disminuye el rezago educativo. México.
- Ramos Font, M. (2013). Psicomotricidad infantil. *Getalma*.
- Rentería Ramírez, L. F., & Quintero Romero, N. (2009). *Diseño de una estrategia de gestión educativa para mejorar los niveles de convivencia escolar en el Colegio Rafael Uribe de Ciudad Bolívar, en la jornada de la mañana*. Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Educación. Bogotá: Repositorio. Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado el 5 de Mayo de 2017, de <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/educacion/tesis30.pdf>
- Riano, J. (sin fecha). Déficit de atención. *Familia y comunidad*.
- Rigal, R. (2006). *Educación motriz y educación psicomotriz en preescolar y primaria- Acciones motrices y primeros aprendizajes*. Barcelona-España: Inde publicaciones.
- Riquelme Acuña, S. (2013). Modelo de intervención educativa y administrativa en el ámbito hospitalario. *El caso de las escuelas de la Fundación Carolina Labra Riquelme*. Chile.

- Rodríguez Enriquez, M. d. (2014). Análisis de la situación pedagógica hospitalaria en la provincia de Esmeraldas, año 2014. *Tesis*. Esmeraldas, Esmeraldas, Ecuador.
- Rodríguez Enriquez, M. d. (abril de 2015). Análisis de la situación pedagógica hospitalaria en la provincia de esmeraldas. Esmeraldas, Esmeraldas, Ecuador.
- Rodríguez, E. (2012). ¿Qué es la Psicomotricidad? *De Psicología.com*.
- Rodríguez, O. (1 de mayo de 2011). La carpeta de Olga. *Ejercicios para niños con hiperactividad y déficit de atención*.
- Rojas Marcos, L. (2012). *Diferencias existentes entre TDA y TDAH*. Santander.
- Roldán, M. J. (18 de mayo de 2016). *etapainfantil.com*. Recuperado el 18 de mayo de 2016, de etapainfantil.com.
- Romero, A. (2003). Psicopedagogía y Psicomotricidad: puntos de intersección. *Psicopedagogía*, 136-141. Recuperado el 5 de Mayo de 2017
- Rousseau. (1762).
- San José Madrazo, S. (2013). Intervención Educativa en Aulas Hospitalarias. Valladolid, España.
- Sánchez Betancur, N. (2009). La importancia de la psicomotricidad en educación infanti. *Revista digital*.
- Sánchez Betancur, N. (2009). La importancia de la psicomotricidad en educación infantil.
- Sánchez Fuentes, A. (2015). 11 juegos y actividades para estimular la atención de los niños y niñas. *Educa peques Portal de educación infantil y primaria*.
- Serradas Fonseca, M. (2016). Atención pedagógica en el ámbito hospitalario. *Educación en el contexto*, 70-73.
- Tomas, U. (2013). *Escalas de Mac carthy de aptitudes y psicomotricidad para niños*. Psicoasesor.
- Toro, M., & Foulquié, P. (2009). Estrategias Educativas y Didácticas en la Educación Superior. *Revista Pedagógica Universitaria*, 9(5), 7. Recuperado el 5 de Mayo de 2017, de

<http://bachverdiu.com/INSTRUMENTOS%20DE%20EVALUACI%C3%93N%20ACAD%C3%89MICA/ESTRATEGIAS-DIDACTICAS-EN-LA-EDUC-SUPERIOR.pdf>

Tripero, A. (s.f). La gran teoría de Rosseau: La esencia de la infancia es el juego. No matemos al ruiseñor. *Innova*.

UNESCO. (2004). Las tecnologías de la información y la comunicación en la formación docente. (UNESCO, Ed.) *Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencias y la Cultura*, 3-244. Recuperado el 20 de enero de 2017, de <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001295/129533s.pdf>

Universidad Internacional de Valencia. (2015). En qué consiste el TDA sin hiperactividad? *Universidad Internacional de Valencia*.

Verdugo, M. Á. (1984). El rol de los procesos psicológicos en el diagnóstico y tratamiento de los niños con dificultades de aprendizaje. *Revista de psicología general y aplicada.*, 39(2), 209-220.

vereny.blogspot.com. (22 de julio de 2013). Obtenido de Terapia Ocupacional Infantil.

Vericat, A., & Bibiana, A. (2013). El desarrollo psicomotor y sus alteraciones entre lo normal y patológico. *Revistas científicas de América latina, el Caribe, España y Portugal*.

Zurita Villa, M. d. (2009). La psicomotricidad en educación infantil. *Innovación y experiencias educativas. El Carpio- Córdoba*.

ANEXOS

Anexo 1. Guía de observación

Universidad Laica Vicente Rocafuerte de Guayaquil

Departamento de Formación de Posgrado

Maestría en Ciencias de la Educación

Tema: La atención educativa hospitalaria para el desarrollo de la psicomotricidad en niños de cuatro a cinco años de edad con trastorno de déficit de atención en el hospital Roberto Gilbert de la ciudad de Guayaquil.

Guía de observación

Institución: Hospital Roberto Gilbert Elizalde

Departamento: Medicina Física y Rehabilitación

Área: Terapia Ocupacional

Propósito: Conocer las fortalezas y debilidades que tiene el área de Terapia Ocupacional para llevar a cabo una atención educativa hospitalaria.

Datos de identificación del Área de Terapia Ocupacional

Nombre: Área de Terapia Ocupacional.

Ubicación: Departamento de Medicina Física y Rehabilitación (consulta externa)

Número de terapeutas: Tres

Horario de atención: De 8 a 4 de la tarde.

Turnos: Matutino y Vespertino.

Criterios de observación: 1: Deficiente 2: Aceptable 3: Satisfactorio 4: Excelente

Características del espacio físico y recursos materiales	1	2	3	4
El área cuenta con un espacio bien iluminado y climatizado				✓
Existe mobiliario apropiado para ejercer la atención educativa		✓		
Cuenta con material didáctico para el proceso enseñanza-aprendizaje			✓	
Hay un espacio disponible para las actividades recreativas			✓	
La decoración no interfiere con la atención durante la ejecución de las			✓	

actividades				
-------------	--	--	--	--

Competencias del recurso humano del área de Terapia Ocupacional	1	2	3	4
Utilizan un lenguaje adecuado y afectivo				✓
Desarrollan habilidades en los niños				✓
Realizan actividades lúdicas para la integración psicosocial de los niños				✓
Imparten conocimientos elementales de la educación básica como parte del plan de actividades			✓	
Aprovechan las potencialidades de los niños				✓
Promueven el trabajo cooperativo			✓	
Distribución eficiente del tiempo en cada actividad				✓
Evalúan de manera periódica				✓
Mantienen informada a la familia acerca de los avances o retrocesos de los niños				✓
Incentivan a la familia a reforzar el aprendizaje en el hogar				✓

Características de las actividades que se realizan en el área	1	2	3	4
Estimulan los procesos cognitivos (atención, memoria, razonamiento)				✓
Desarrollan la creatividad e imaginación			✓	
Mejoran las destrezas motoras				✓
Motivan a la interacción social			✓	
Invitan al análisis y solución de problemas			✓	
Favorecen la autonomía				✓

Anexo 2. Test MABC

Universidad Laica Vicente Rocafuerte de Guayaquil

Departamento de Formación de Posgrado

Maestría en Ciencias de la Educación

Tema: La atención educativa hospitalaria para el desarrollo de la psicomotricidad en niños de cuatro a cinco años de edad con trastorno de déficit de atención en el hospital Roberto Gilbert de la ciudad de Guayaquil.

Test MABC

Actividad	Resultado
Insertar monedas dentro de una alcancía	
Ensartar 10 bloques de madera dentro de un cordón	
Trazar una línea de puntos	
Atrapar un saco de arena	
Rodar una pelota a una portería	
Equilibrio sobre un pie por 20 segundos	

Anexo 3. Lista de cotejo

Universidad Laica Vicente Rocafuerte de Guayaquil

Departamento de Formación de Posgrado

Maestría en Ciencias de la Educación

Tema: La atención educativa hospitalaria para el desarrollo de la psicomotricidad en niños de cuatro a cinco años de edad con trastorno de déficit de atención en el hospital Roberto Gilbert de la ciudad de Guayaquil.

Lista de cotejo

Nombre: _____

Edad: _____

Actividades	Acciones	Adquirido	En proceso	No logrado
Actividades para la psicomotricidad fina	Reconoce colores básicos en los objetos del área			
	Discrimina formas y figuras en láminas			
	Hace bolitas de papel y las pega dentro y fuera de una figura			
	Agrupar objetos por tamaño			
Actividades para la psicomotricidad gruesa	Lanzamiento de pelotas a una canasta			
	Camina sobre bloques de madera			
	Imita los movimientos de los animales			
	Identifica las partes del cuerpo en un muñeco			

Anexo 4. Ficha de Valoración psicomotriz

Nombre: _____ Año lectivo: _____

Docente: _____ Nivel: _____

<u>Área personal social</u>	<u>Valoración</u>	<u>Observaciones</u>
Coordina las partes de su cuerpo durante el juego.		
Respetar las normas durante los juegos motrices.		
Realiza la pinza fina.		
Mantiene el equilibrio durante el juego.		
Identifique las partes de su cuerpo en él y en la actividad propuesta.		
Lanza pelotas con una o dos manos.		
Coordina el agarre de pelotas de distintos tamaños.		
Juega respetando su turno y a sus compañeros.		
Coordina sus movimientos en un determinado espacio.		
Participa de manera activa y se expresa corporalmente.		
Repta por el espacio de manera coordinada.		
Coordinación óculo-manual en actividades de ensarte.		
Motricidad favorable al lanzar las pelotas a la canasta.		

Escala Valorativa: I: Iniciada
EP: En proceso
A: Adquirida
NE: No evaluado

Anexo 5. Validación de propuesta. Guía sobre criterio de especialistas

Estimado profesional

Me encuentro en mi proceso de culminación del proyecto de investigación para obtener el título de Master en Inclusión Educativa y Atención a la Diversidad, atendiendo a su experiencia profesional, solicito muy respetuosamente su colaboración como especialistas para conocer sus criterios en cuanto al sistema de acciones de la Atención Educativa Hospitalaria que propongo, cuyo propósito es desarrollar la psicomotricidad en niños con trastorno de déficit de atención de 4 a 5 años.

Agradezco su atenta colaboración.

Años de experiencia: _____

Ocupación: _____

Nivel Profesional: _____

Lea detenidamente cada una de las preguntas del cuestionario y conteste con mucha franqueza y responsabilidad, usando una cruz (x) o un visto (√) según la tabla de valoración.

Alternativas	Valoración
5	Totalmente Satisfactorio(TS)
4	Medianamente Satisfactorio
3	Satisfactorio(S)
2	Poco Satisfactorio (PS)
1	No satisfactorio (NS)

Preguntas	Alternativas				
	TS	MS	S	PS	NS
¿Cree usted que el equipo de Licenciados en Terapia Ocupacional está preparado para llevar a cabo un proceso de atención educativa hospitalaria?					
¿Considera usted que la psicomotricidad será potenciada mediante el desarrollo de la propuesta?					
¿Las actividades propuestas en el sistema de acciones responden a las expectativas de un logro a corto plazo en cuanto al desarrollo psicomotriz de los niños con trastorno de déficit de atención?					
¿Estima usted que el sistema de acciones está distribuido de manera apropiada para contribuir al desarrollo motriz, cognitivo y social de los niños con trastorno de déficit de atención?					
¿Cree usted que la metodología del sistema de acciones pueda formar parte de las técnicas realizadas en área de rehabilitación?					
¿Considera usted que los niños con déficit de atención por medio del sistema de acciones presentarán mejoras en su aprendizaje escolar?					
¿Considera pertinente y factible la aplicación de la propuesta?					

Atendiendo a su experiencia profesional qué recomendaciones sugiere se deban realizar a la propuesta.

1

2

3

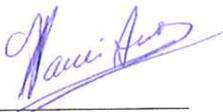
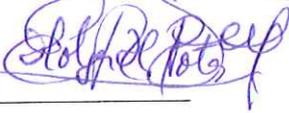
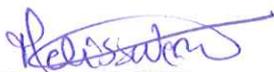
4

A). No tengo recomendaciones y recomiendo su implementación _____

B). A pesar de las recomendaciones considero que es factible su aplicación _____

Registro de firmas de expertos.

Tabla 1 Registro de expertos

Nombre de los especialistas	Título Profesional	Ocupación	Años de experiencia	Firma
MSc. Xavier Aragundi Rodríguez	Master en Desarrollo Humano y Conocimiento	Docente universitario, capacitador, mediador	25 años	
MSc. Eva Chang Catagua	Master en Terapia familiar sistémica	Psicóloga, Lic. en Terapia Física y Docente Universitaria	20 años	
MSc. María Teresa Hidalgo Camacho	Master en Diseño Curricular por competencias	Lic. en Terapia Ocupacional y Docente Universitaria	19 años	
MSc. Holger Potes Morán	Master en Gerencia en Salud	Lic. en Terapia Física y presidente del comité de salud Hospital Pediátrico	15 años	
MSc. Ana Melissa Vera	Master en Educación Especial	Estimuladora Temprana en Hospital Pediátrico	8 años	

Anexo 6. Hojas de vida de los especialistas

MSC. XAVIER ARAGUNDI RODRÍGUEZ

Psicólogo Clínico - Universidad de Guayaquil.

Maestría en Desarrollo Humano y Conocimiento - Universidad Católica del Ecuador.

Más de 25 años de experiencia en el área de desarrollo humano.

Más de 15 años de experiencia en capacitación y resolución de conflictos y mediación social.

Cursos Relevantes realizados:

Cursos de Desarrollo Humano (online).

Cursos sobre Gestión del Conocimiento (Cuenca, 2016).

Cursos de Ciencias del Comportamiento.

MSC. EVA CHANG CATAGUA

Licenciada en Terapia Física – Universidad de Guayaquil.

Psicóloga Clínica – Universidad de Guayaquil.

Maestría en Terapia Familiar Sistémica – Universidad de Guayaquil.

Más de 20 años de experiencia en el área pediátrica y quemados.

Docente de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Terapeuta Física del Hospital Roberto Gilbert.

Cursos Relevantes realizados:

Congreso de Medicina Física y Rehabilitación (México, 2015).

Cursos de aula invertida (Universidad Católica de Santiago de Guayaquil).

Cursos de Metodología de la Investigación (Universidad Católica de Santiago de Guayaquil).

Cursos para titulación (Universidad Católica de Santiago de Guayaquil).

Cursos de inglés para docentes (Universidad Católica de Santiago de Guayaquil).

MSC. MARÍA TERESA HIDALGO

Licenciada en Terapia Ocupacional – Universidad de Guayaquil.

Maestría en Diseño Curricular.

Diplomado en Diseño Curricular por Competencias.

Más de 19 años de experiencia en el área pediátrica.

Docente de la Universidad de Guayaquil.

Docente de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Terapeuta Ocupacional del Hospital Pediátrico Roberto Gilbert.

Cursos Relevantes realizados:

XII Congreso Internacional de Pediatría del Hospital Roberto Gilbert.

XIII Congreso Internacional de Pediatría “neonatos y adolescentes, edades extremas de la pediatría”.

Congreso Internacional de Estimulación Temprana “juego y arte terapéutico”.

Congreso Internacional de Investigación en Salud.

Primer Congreso en Salud Pública.

MSC. HOLGER POTES MORÁN

Licenciado en Terapia Física – Universidad de Guayaquil.

Maestría en Gerencia en Salud – Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Más de 15 años de experiencia en el área pediátrica.

Más de 12 años de experiencia en coordinación del área de Terapia Física del Hospital Roberto Gilbert.

Terapeuta Físico del Hospital Pediátrico Roberto Gilbert.

Cursos Relevantes realizados:

Certificación MBA.

Congresos Internacionales en Pediatría.

Congresos en Salud Pública: eventos adversos.

MSC. ANA MELISSA VERA

Tecnología en Estimulación Temprana - Universidad Casa Grande.

Licenciada en Educación Inicial con mención en Educación Especial –
Universidad Casa Grande.

Maestría en Educación Especial - Universidad Tecnológica Equinoccial.

Maestría en Desarrollo Temprano y Educación Infantil.

Más de 8 años de experiencia en el área de estimulación temprana.

Estimuladora Temprana del Hospital Roberto Gilbert.

Propietaria de un CDI.

Cursos Relevantes realizados:

Cursos de estimulación Temprana.

Congresos de Educación Inicial.

Congresos de Educación Inclusiva.

Cursos de diseño y Elaboración de material didáctico para la estimulación temprana y los primeros años de la educación básica.

Anexo 7. Encuesta a especialistas.

Guía sobre criterio de especialistas

Estimado profesional

Me encuentro en mi proceso de culminación del proyecto de investigación para obtener el título de Master en Inclusión Educativa y Atención a la Diversidad, atendiendo a su experiencia profesional, solicito muy respetuosamente su colaboración como especialistas para conocer sus criterios en cuanto al sistema de acciones de la Atención Educativa Hospitalaria que propongo, cuyo propósito es desarrollar la psicomotricidad en niños con trastorno de déficit de atención de 4 a 5 años.

Agradezco su atenta colaboración.

NOMBRE: XAVIER ARAGUNDI RODRÍGUEZ

TÍTULO PROFESIONAL: MASTER EN DESARROLLO HUMANO Y CONOCIMIENTO

PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE LA PROPUESTA

1.- ¿Cree usted que el equipo de Licenciados en Terapia Ocupacional están preparados para llevar a cabo un proceso de atención educativa hospitalaria?

Sí, porque la formación académica de los licenciados en terapia ocupacional permite la atención educativa hospitalaria, ya que la terapia ocupacional tiene un campo bien amplio que abarca la atención integral de los niños con trastorno de déficit de atención que representan una diversidad afectivo-conductual.

2.- ¿Considera usted que la psicomotricidad será potenciada mediante el desarrollo de la propuesta?

Sí, porque la planificación de las actividades ha sido elaborada con el fin de estimular la psicomotricidad, puesto que consta de actividades psicomotrices finas y gruesas.

3.- ¿Las actividades propuestas en el sistema de acciones responden a las expectativas de un logro a corto plazo en cuanto al desarrollo psicomotriz de los niños con trastorno de déficit de atención?

Sí, porque serán realizadas de manera conjunta tanto en las instituciones educativas como en el hospital, por lo tanto será potenciado el desarrollo psicomotriz.

4.- ¿Estima usted que el sistema de acciones está distribuido de manera apropiada para contribuir al desarrollo motriz, cognitivo y social de los niños con trastorno de déficit de atención?

Sí, porque contiene actividades psicomotrices que van a desarrollar no solo destrezas motoras, sino también van a mejorar los procesos cognitivo y las habilidades sociales.

5.- ¿Cree usted que la metodología del sistema de acciones puede formar parte de las técnicas realizadas en el área de Rehabilitación?

Sí, porque dará una intervención integral al niño.

6.- ¿Considera usted que los niños con déficit de atención por medio del sistema de acciones presentarán mejoras en su aprendizaje escolar?

Sí, porque se potencias sus capacidades y se trabaja en sus limitaciones.

7.- ¿Considera pertinente y factible la aplicación de la propuesta?

Si es pertinente y factible.

Guía sobre criterio de especialistas

Estimado profesional

Me encuentro en mi proceso de culminación del proyecto de investigación para obtener el título de Master en Inclusión Educativa y Atención a la Diversidad, atendiendo a su experiencia profesional, solicito muy respetuosamente su colaboración como especialistas para conocer sus criterios en cuanto al sistema de acciones de la Atención Educativa Hospitalaria que propongo, cuyo propósito es desarrollar la psicomotricidad en niños con trastorno de déficit de atención de 4 a 5 años.

Agradezco su atenta colaboración.

NOMBRE: EVA CHANG CATAGUA

TÍTULO PROFESIONAL: MASTER EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE LA PROPUESTA

1.- ¿Cree usted que el equipo de Licenciados en Terapia Ocupacional están preparados para llevar a cabo un proceso de atención educativa hospitalaria?

Sí, pero necesitan más herramientas para poder a llevar a cabo una adecuada atención educativa hospitalaria, ya que educar no es sencillo.

2.- ¿Considera usted que la psicomotricidad será potenciada mediante el desarrollo de la propuesta?

Claro que si cumple con el objetivo general de la propuesta que es contribuir al desarrollo psicomotriz de los niños que corresponden a la población en estudio.

3.- ¿Las actividades propuestas en el sistema de acciones responden a las expectativas de un logro a corto plazo en cuanto al desarrollo psicomotriz de los niños con trastorno de déficit de atención?

Sí, pero hay que recordar que la motricidad gruesa se desarrolla más rápido que la fina, porque esta última está en pleno proceso de maduración en esas edades que tiene la población en estudio.

4.- ¿Estima usted que el sistema de acciones está distribuido de manera apropiada para contribuir al desarrollo motriz, cognitivo y social de los niños con trastorno de déficit de atención?

Sí, porque va acorde al desarrollo según la edad y al plan de actividades que ameritan.

5.- ¿Cree usted que la metodología del sistema de acciones puede formar parte de las técnicas realizadas en el área de Rehabilitación?

Sí, porque se va a dar una atención integral al niño con trastorno de déficit de atención (pedagógica y terapéutica).

6.- ¿Considera usted que los niños con déficit de atención por medio del sistema de acciones presentarán mejoras en su aprendizaje escolar?

Sí, porque contribuye al desarrollo motriz, cognitivo y social para su permanencia y desenvolvimiento en sus actividades escolares.

7.- ¿Considera pertinente y factible la aplicación de la propuesta?

Si es pertinente y factible.

Guía sobre criterio de especialistas

Estimado profesional

Me encuentro en mi proceso de culminación del proyecto de investigación para obtener el título de Master en Inclusión Educativa y Atención a la Diversidad, atendiendo a su experiencia profesional, solicito muy respetuosamente su colaboración como especialistas para conocer sus criterios en cuanto al sistema de acciones de la Atención Educativa Hospitalaria que propongo, cuyo propósito es desarrollar la psicomotricidad en niños con trastorno de déficit de atención de 4 a 5 años.

Agradezco su atenta colaboración.

NOMBRE: MARÍA TERESA HIDALGO CAMACHO

TÍTULO PROFESIONAL: MASTER EN DISEÑO CURRICULAR POR COMPETENCIAS

PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE LA PROPUESTA

1.- ¿Cree usted que el equipo de Licenciados en Terapia Ocupacional están preparados para llevar a cabo un proceso de atención educativa hospitalaria?

Sí, porque las actividades que se realizan en el área están enfocadas en desarrollar destrezas motoras y habilidades cognitivas y sociales que son necesarias para el aprendizaje educativo.

2.- ¿Considera usted que la psicomotricidad será potenciada mediante el desarrollo de la propuesta?

Sí, porque contiene actividades motrices finas y gruesas que van a desarrollar la autonomía necesaria para una mejor calidad de vida.

3.- ¿Las actividades propuestas en el sistema de acciones responden a las expectativas de un logro a corto plazo en cuanto al desarrollo psicomotriz de los niños con trastorno de déficit de atención?

Sí, porque se ha visto que realizando una estimulación adecuada el pronóstico es favorable, por lo que la evolución es a corto plazo.

4.- ¿Estima usted que el sistema de acciones está distribuido de manera apropiada para contribuir al desarrollo motriz, cognitivo y social de los niños con trastorno de déficit de atención?

Sí, porque consta de actividades psicomotrices finas y gruesas que van potenciar las destreza motoras y teniendo como ejes transversales la cognición y socialización.

5.- ¿Cree usted que la metodología del sistema de acciones puede formar parte de las técnicas realizadas en el área de Rehabilitación?

Sí, porque sería un buen complemento para una intervención integral de los niños con trastorno de déficit de atención.

6.- ¿Considera usted que los niños con déficit de atención por medio del sistema de acciones presentarán mejoras en su aprendizaje escolar?

Sí, porque así se aminoran los problemas de aprendizajes durante el proceso educativo.

7.- ¿Considera pertinente y factible la aplicación de la propuesta?

Si es pertinente y factible.

Guía sobre criterio de especialistas

Estimado profesional

Me encuentro en mi proceso de culminación del proyecto de investigación para obtener el título de Master en Inclusión Educativa y Atención a la Diversidad, atendiendo a su experiencia profesional, solicito muy respetuosamente su colaboración como especialistas para conocer sus criterios en cuanto al sistema de acciones de la Atención Educativa Hospitalaria que propongo, cuyo propósito es desarrollar la psicomotricidad en niños con trastorno de déficit de atención de 4 a 5 años.

Agradezco su atenta colaboración.

NOMBRE: HOLGER POTES MORAN

TÍTULO PROFESIONAL: MASTER EN GERENCIA EN SALUD

PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE LA PROPUESTA

1.- ¿Cree usted que el equipo de Licenciados en Terapia Ocupacional están preparados para llevar a cabo un proceso de atención educativa hospitalaria?

La preparación se encuentra en un porcentaje de 80% porque solo hay una licenciada que ha seguido la maestría en ciencias de la educación, por lo tanto ha adquirido conocimientos de Pedagogía.

2.- ¿Considera usted que la psicomotricidad será potenciada mediante el desarrollo de la propuesta?

Sí, porque está debidamente estructurada para ese fin.

3.- ¿Las actividades propuestas en el sistema de acciones responden a las expectativas de un logro a corto plazo en cuanto al desarrollo psicomotriz de los niños con trastorno de déficit de atención?

Sí, porque involucra actividades para motricidad fina y gruesa, las cuales van a potenciar el desarrollo psicomotriz dando una atención integral al niño.

4.- ¿Estima usted que el sistema de acciones está distribuido de manera apropiada para contribuir al desarrollo motriz, cognitivo y social de los niños con trastorno de déficit de atención?

Sí, porque contiene actividades psicomotrices que van hacer que el niño adquiera destrezas y habilidades sociales y cognitivas, no solo motrices, las cuales van a desarrollar autonomía en ellos.

5.- ¿Cree usted que la metodología del sistema de acciones puede formar parte de las técnicas realizadas en el área de Rehabilitación?

Sí, porque con ello se optimizaría el tratamiento que se le brinda al niño en el área de Rehabilitación.

6.- ¿Considera usted que los niños con déficit de atención por medio del sistema de acciones presentarán mejoras en su aprendizaje escolar?

Sí, porque ya no se interrumpe el proceso educativo. Se aprovecha el tiempo y los recursos del área para mejorar el aprendizaje educativo.

7.- ¿Considera pertinente y factible la aplicación de la propuesta?

Si es pertinente y factible.

Guía sobre criterio de especialistas

Estimado profesional

Me encuentro en mi proceso de culminación del proyecto de investigación para obtener el título de Master en Inclusión Educativa y Atención a la Diversidad, atendiendo a su experiencia profesional, solicito muy respetuosamente su colaboración como especialistas para conocer sus criterios en cuanto al sistema de acciones de la Atención Educativa Hospitalaria que propongo, cuyo propósito es desarrollar la psicomotricidad en niños con trastorno de déficit de atención de 4 a 5 años.

Agradezco su atenta colaboración.

NOMBRE: ANA MELISSA VERA

TÍTULO PROFESIONAL: MASTER EN EDUCACIÓN ESPECIAL

PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE LA PROPUESTA

1.- ¿Cree usted que el equipo de Licenciados en Terapia Ocupacional están preparados para llevar a cabo un proceso de atención educativa hospitalaria?

Están preparados, pero es necesario que se manejen con planes del entorno, remediales para brindar una mejor atención educativa.

2.- ¿Considera usted que la psicomotricidad será potenciada mediante el desarrollo de la propuesta?

Sí será potenciada, pero depende mucho del déficit motriz que tenga el niño (cada caso es particular).

3.- ¿Las actividades propuestas en el sistema de acciones responden a las expectativas de un logro a corto plazo en cuanto al desarrollo psicomotriz de los niños con trastorno de déficit de atención?

Sí, porque están planificadas con objetivos específicos para cada caso.

4.- ¿Estima usted que el sistema de acciones está distribuido de manera apropiada para contribuir al desarrollo motriz, cognitivo y social de los niños con trastorno de déficit de atención?

Sí, porque involucra actividades psicomotrices, las cuales potencian el desarrollo del niño con trastorno de déficit de atención.

5.- ¿Cree usted que la metodología del sistema de acciones puede formar parte de las técnicas realizadas en el área de Rehabilitación?

Sí se puede porque es innovador y ayuda a que los niños avancen en el proceso de desarrollo psicomotriz.

6.- ¿Considera usted que los niños con déficit de atención por medio del sistema de acciones presentarán mejoras en su aprendizaje escolar?

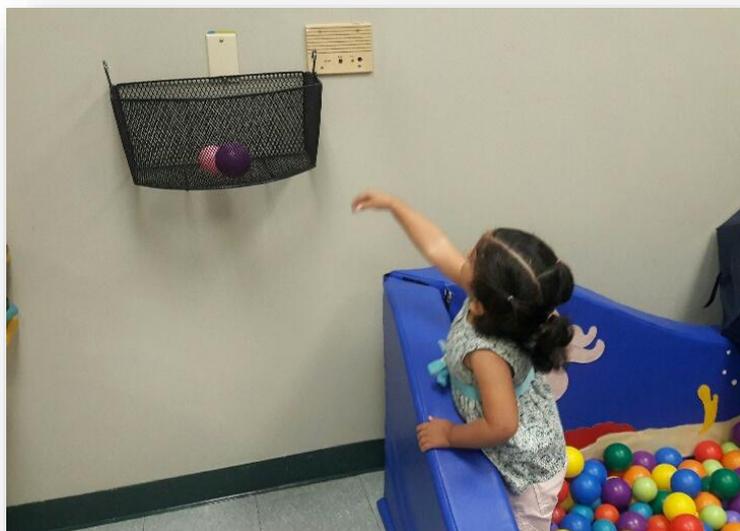
Si claro, siempre y cuando tengan un seguimiento con el maestro de la escuela y que existan adaptaciones curriculares para cada niño.

7.- ¿Considera pertinente y factible la aplicación de la propuesta?

Si es pertinente y factible.

Anexo 8. Fotos de la propuesta.

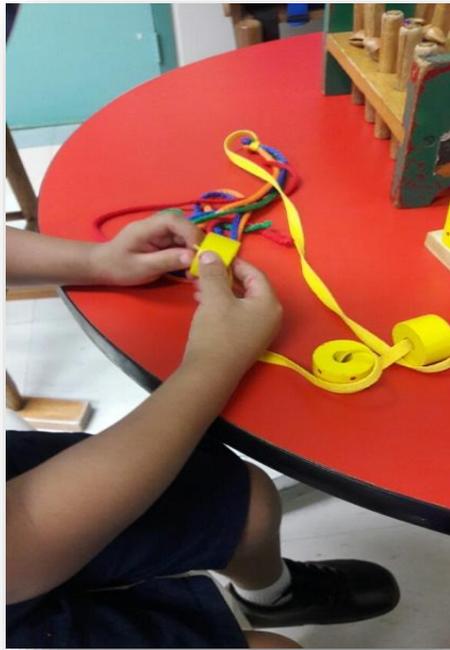
Actividades para la psicomotricidad gruesa

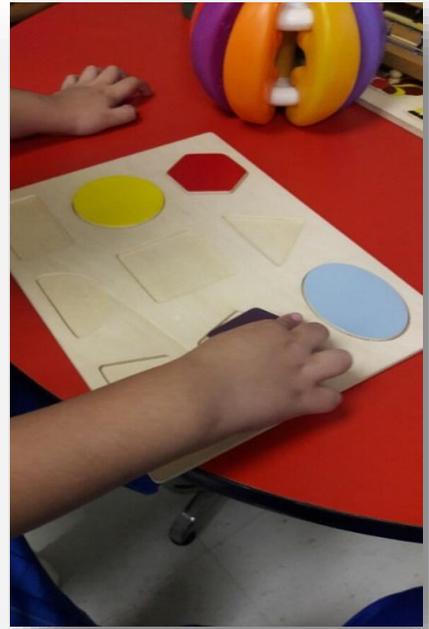




Actividades para la psicomotricidad fina







Urkund Analysis Result

Analysed Document: 777 Tesis Maestría Final María Leonor Guerra.docx (D30017577)
Submitted: 8/8/2017 12:50:00 AM
Submitted By: ibetancourtt@ulvr.edu.ec
Significance: 3 %

Sources included in the report:

TESIS final MarÃ-a JosÃ©.docx (D14849707)
Proyecto vivi (La Troncal).docx (D15054396)
TESIS-2014cisnesofia.docx (D14862428)
tesis Xim Jess 1.docx (D12044577)
tesis finalizada.docx (D13286415)
<http://www.normamorandini.com.ar/?p=11338>
<http://docplayer.es/8604905-La-educacion-domiciliaria-y-hospitalaria-en-el-sistema-educativo-nacional.html>
http://www.runayupay.org/publicaciones/evaluacion_de_los_aprendizajes_infantiles%20.pdf
<http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/1290/1/UNACH-EC-PSC.CLIN-2013-0015.pdf>
http://biblioteca.uns.edu.pe/saladocentes/archivoz/publicacionez/algunos_instrumentos_de_investigacion.pdf
https://es.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9todo_emp%C3%ADrico-anal%C3%ADtico
<http://ww2.educarchile.cl/portal.herramientas/planificaccion/1610/propertyvalue-40149.html>

Instances where selected sources appear: