



UNIVERSIDAD DE HOLGUÍN
OSCAR LUCERO MOYA
SEDE UNIVERSITARIA MUNICIPAL DE GIBARA
CARRERA DE PSICOLOGÍA

Trabajo de Diploma

TÍTULO: Propuesta de un programa de intervención para niños con Parálisis Cerebral Infantil.

AUTOR: Lixandra Torres Ocampo.

TUTOR: Lic. Hanoy González Cruz.

2010

PENSAMIENTO

*...Esos vivos nacen muertos, y la enseñanza los revela a la vida, y
Fructifica en ellos la obra de la paciencia y la bondad.*

José Martí.

AGRADECIMIENTOS

A quienes me han escuchado todos los días de mi vida. A mi madre por ser la mejor. A mi padre por su orientación vocacional. A mi hermano por confiar en mí. A mi tutor que ha moldeado la forma de mis días y por su apoyo incondicional. A pipo por su enseñanza y educación para afrontar la vida.

A todos los que de una forma u otra extendieron su mano para ayudarme.

RESUMEN

El objetivo general del presente trabajo es la propuesta de un programa de intervención para niños con Parálisis Cerebral Infantil (PCI), de la cual se desprenden un conjunto de tareas investigativas tales como:

- 1- Análisis de las concepciones teóricas sobre la PCI.
- 2- Caracterizar y establecer un diagnóstico del grupo de muestra de niños con PCI.
- 3- Elaborar una propuesta de intervención que posibilite la compensación de alteraciones psicológicas en niños con PCI.

El grupo de muestra la constituye 12 niños cuyas edades oscilan entre los 9 y 11 años, los cuales son portadores de PCI, con alteraciones psicológicas que inciden negativamente en el aprendizaje con manifestaciones marcadas de hiperactividad que influyen en la atención, las relaciones grupales y en la autovaloración.

Las actividades propuestas encaminadas a la compensación de las alteraciones manifiestas fueron diseñadas en sesiones de terapia grupal y las mismas en forma de juego.

Para la elaboración de las actividades se tuvieron en cuenta una serie de presupuestos teóricos y metodológicos como:

- ü Se tomó como punto de partida la caracterización individual de cada sujeto.
- ü Se precisan los objetivos de la actividad.
- ü Se selecciona el método que en este caso lo constituye el tipo de recurso terapéutico a empelar en casa sesión.
- ü Se describen los materiales y medios necesarios.
- ü Se tiene en cuenta la base orientadora para el desarrollo de la actividad a través de las consignas e instrucciones dadas.
- ü Se tiene en cuenta el carácter sistemático y activo de la actividad.
- ü Se parte de la interacción sujeto-sujeto y de la experiencia de cada uno.
- ü Se concibe como un proceso de aprendizaje.

ü La motivación constituye un elemento rector en el desarrollo de las actividades.

En diferentes momentos de la investigación se utilizaron un grupo de técnicas como:

ü Entrevista realizada a psicopedagogos y maestros de la escuela.

ü Estudio de los expedientes clínicos y acumulativos de los niños.

ü Observación de la realización de las actividades sobre la base de un conjunto de indicadores.

El análisis de los resultados permitió concluir que los niños portadores de PCI como característica general poseen una marcada hiperactividad que influye de forma directa en el proceso de enseñanza y aprendizaje así como la no existencia de un programa de intervención desde el punto de vista psicológico para erradicar o compensar estas alteraciones.

INDICE.

<i>Introducción.</i> -----	1
I- FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA -----	3
<u>1.1</u> Principales criterios existentes sobre la parálisis cerebral infantil (PCI). -----	3
<u>1.2</u> Características psicológicas de niños con parálisis cerebral infantil. -----	9
<u>1.3</u> Elementos que se tuvieron en cuenta para elaborar la propuesta de intervención atendiendo a las diferentes corrientes filosóficas y psicológicas. -----	11
II- PARTE METODOLÓGICA. -----	16
<u>2.1</u> Metodología. -----	16
<u>2.2</u> Fundamentos teóricos metodológicos que se tuvieron en cuenta para la elaboración de la propuesta de intervención en niños con parálisis cerebral infantil. -----	20
<u>2.3</u> Propuesta de intervención. -----	21
Análisis de los resultados. -----	41
Conclusiones. -----	43
Recomendaciones. -----	44
Bibliografía. -----	45
Anexos	

Introducción

La atención de niños portadores de parálisis cerebral infantil (PCI) constituye un problema de trascendencia que ocupa el orden clínico, pedagógico y social. Innumerables son los servicios y ayudas que se requieren para la atención integral de esta patología, elementos que garantizan y precisan cada vez más el cómo, el qué, el cuándo y el dónde enseñar, perfeccionándose paulatinamente las alternativas que propicien un mejor trabajo en el proceso de enseñanza.

No obstante, a pesar de realizarse un trabajo conjunto con los diferentes factores sociales, constituye un problema la atención de esta afección por lo controversial que ha sido desde la propia definición, etiología y forma de estimulación, aunque se realiza un trabajo preventivo y de perfeccionamiento en el diagnóstico, no se conoce la existencia de investigaciones que se proponga el trabajo conjunto e integral de las alteraciones manifiestas a pesar que el número de niños con PCI asciende en el área de salud de Gibara a más de 22 casos, de ellos 12 entre 9 y 11 años.

En estos niños conjuntamente con la afección cerebral aparecen afectaciones psicológicas que tienen importancia significativa ya que puede agravar y complicar el desarrollo del aprendizaje debido a la marcada hiperactividad que manifiestan que trae como consecuencia un alto nivel de distrabilidad afectando la atención, la autovaloración, la autoestima y las relaciones grupales.

La importancia de este trabajo lo avala la propuesta de un programa de intervención para niños con PCI, en el cual se propone un conjunto de actividades por sesiones con el fin de compensar las alteraciones psicológicas que estos niños manifiestan

Esta influencia psicoterapéutica será más efectiva si se parte de un enfoque integrativo, donde el especialista sea capaz de insertar en el trabajo técnicas correspondientes a diferentes escuelas psicológicas, siempre que tenga bien definido el objetivo a seguir. Además que sepa diseñar armónicamente el trabajo correctivo compensatorio desde una perspectiva grupal, sin olvidar la atención a las particularidades individuales e insertar a la

familia en todo este proceso de ayuda y que en la concepción del proceso psicoterapéutico tenga en cuenta la esencia de la escuela histórica cultural.

Sobre la base de la situación problemática existente se elabora el siguiente problema científico:

¿Cómo diseñar un programa de intervención para niños con PCI que favorezca la compensación de alteraciones psicológicas que afectan el aprendizaje?

Tema: Propuesta de un programa de intervención para niños con PCI.

Como objetivo general perseguimos proponer un programa de intervención para compensar las alteraciones psicológicas en niños con PCI.

Hipótesis: La propuesta de un programa de intervención contribuye a compensar las alteraciones psicológicas en niños con PCI.

Tareas investigativas:

- 1- Análisis de las concepciones teóricas sobre la PCI.
- 2- Caracterizar y establecer un diagnóstico del grupo de muestra de niños con PCI.
- 3- Elaborar una propuesta de intervención que posibilite la compensación de alteraciones psicológicas en niños con PCI.

I- FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

1.1 Principales criterios existentes sobre la Parálisis Cerebral Infantil (PCI).

Según Nelson KB (1979) plantea que la Parálisis Cerebral Infantil (PCI) es la forma más frecuente de trastorno motor crónico de la infancia. Su incidencia es de alrededor 2,08 por cada 1000 recién nacidos vivos.

Dentro de la neuropediatría y la rehabilitación la PCI, se define como una encefalopatía estable que puede definirse como un trastorno no progresivo de la postura y el movimiento, que se asocia frecuentemente a la epilepsia y alteraciones del lenguaje, de la visión y del intelecto, como consecuencia de una lesión o defecto del cerebro en desarrollo.

Se conocen estos trastornos desde épocas muy remotas. Nos llegan datos de existencia de la misma a través de esculturas sobre monumentos egipcios que representaban cuadros definidos de diaplejía espástica. Areteo de Capadocia que vivió en Alejandría contemporáneo de Galileo Galilei fue el primero en distinguir la parálisis espinal de la parálisis cerebral.

La historia moderna de la entidad comienza en 1861, cuando el cirujano ortopédico llamado William I. Little convenció a muchas generaciones de médicos que el origen de los defectos motores que él observó se debían a las circunstancias del nacimiento y fue más allá al concluir que virtualmente ningún otro factor podía causar el cuadro que él describió.

Varios estudios longitudinales prospectivos realizados durante el Proyecto Nacional Colaborativo Perinatal en Estados Unidos demostraron que lo anteriormente señalado sólo explicaba una minoría de los casos. En 1888 Bueges utilizó por primera vez el término de PCI. En 1897 Freud resaltó los aspectos de anomalías del desarrollo intrauterino asociadas a la Parálisis Cerebral. En ese mismo año Casauvieth trabajó sobre cadáveres y encontró cerebros atróficos planteando la posibilidad de distinguir anomalías del desarrollo de las lesiones destructivas por daños perinatales.

La PCI es una entidad asociada por gran diversidad de agentes etiológicos que producen diferentes lesiones anatomopatológicas, que a su vez tienen una variada expresión clínica por lo que se puede definir como un Síndrome.

La naturaleza, primeramente motora de los síntomas distingue la PC de otras encefalopatías estáticas como el retraso mental, disfunción cerebral orgánica, el Síndrome de Hiperactividad-déficit y los síndromes autistas.

Los factores etiopatogénicos pueden manifestarse durante la época intrauterina, durante el parto, PCI congénitas o durante los primeros años del desarrollo cerebral (PCI adquirida).

Un estudio de los años 70 en relación con los componentes hematológicos encontró que niveles bajos de hemoglobina (menor 140g/l), hepatocito (menor 0.40) y niveles altos de bilirrubina (mayor 20mg/dL) se asocian con un alto riesgo de padecer PCI.

Otros estudios mediante la Resonancia magnética han sugerido que el 40% de los casos se deben a factores vasculares entre ellos infartos y hemorragias cerebrales.

Un reciente descubrimiento nos demuestra que la evaluación de determinados factores de la coagulación y elementos inflamatorios están relacionados con la patología, lo que indica una base inmuno inflamatoria de la misma.

Observaciones aisladas desde 1995 han sugerido que la exposición prenatal a infección o factores asociados pueden afectar de forma adversa al desarrollo cerebral y causar parálisis cerebral.

La infección intrauterina es un factor predictivo en la puntuación del test de Apgar y puede semejar un cuadro de asfixia perinatal con depresión de la vitalidad y signos de encefalopatías.

Para evitar trastornos neurológicos se destacan los factores tales como edad gestacional y el peso al nacer entre los más importantes.

Investigadores del Imperial Collage y del Chelsea and Westminster Hospital de Londres (Reino Unido) han descubierto que varios factores que incluyen la infección materna durante el embarazo, el parto prematuro y pruebas de resonancia magnéticas que muestran áreas cerebrales no desarrolladas están asociados con la PC. La conclusión de este estudio se ha publicado recientemente.

En realidad, se sabe relativamente poco sobre las causas de la PCI una de las afecciones más comunes de la neurología infantil, que alcanza una incidencia de 23 por cada 1.000 nacimientos a término, pero que no se restringe a este grupo poblacional. En los prematuros, la incidencia es, de hecho, mucho más alta, y alcanza entre 12 y 64 por cada 1.000 niños nacidos prematuramente.

Muchas son las investigaciones y autores que han incursionado en el estudio de la PC, según Nelson Vaugher (1983) define como un grupo de trastornos no progresivos resultantes de una función anormal de los centros y vías motoras del cerebro, caracterizada por parálisis, incoordinación y debilidad u otras alteraciones de la función motora.

Hayberg (1978) utiliza el término de PCI para representar un grupo de condiciones heterogéneas tanto neurológicas como psicológicas como educacionales. Desde el punto de vista neurológico esta condición se define habitualmente como un deterioro permanente del movimiento y la postura, resultante de una perturbación cerebral no progresiva debido acontecimientos registrados durante el embarazo, el parto, el período neonatal y los primeros años de vida.

Luria (1983) define el término de PCI como un conjunto de afectaciones de origen neurológico que influye de forma negativa en el desarrollo locomotor, el aprendizaje y demás funciones psíquicas.

Por lo que podemos plantear que los trastornos psicomotores están asociados a lesiones de la corteza motora que pueden producir una incapacidad completa para mover el lado del cuerpo opuesto al de la lesión, estas cuando se encuentran en algunas áreas de la corteza

parietal cercanas a los lóbulos temporal y occipital pueden generar una incapacidad o una dificultad para realizar determinados movimientos.

Resulta, por tanto, importante al respecto que:

La PCI es un conjunto de síntomas y signos que surgen como consecuencia de una lesión del sistema nervioso central en los estadios iniciales de su desarrollo, pero que puede responder a una gran variedad de agentes etiológicos.

Clásicamente, se ha definido como un trastorno no progresivo que afecta al sistema nervioso central y que se expresa fundamentalmente por un cuadro motor característico, con una amplia gama de manifestaciones clínicas asociadas como el retraso mental la epilepsia y muchas otras.

Las concepciones que se encuentran en la base y fundamentan un general desarrollo infantil han estado históricamente relacionadas con investigaciones de los histólogos, anatomistas, fisiólogos, pedagogos y psicólogos.

Estas formas variadas de experiencia, a continuación se detallan para evaluar y criticar las concepciones de diferentes autores que abordan el tema.

La teoría biologicista: Para estos investigadores lo específicamente humano en los movimientos ha sido heredado biológicamente por este de sus antepasados, gradualmente entran en acción y se manifiestan exteriormente en la medida que el substrato neuromuscular del aparato motor alcanza el nivel de madurez.

Autores como Gesell (1969) han hecho investigaciones bajo esta concepción. Este autor, en sus trabajos afirmaba que es precisamente el proceso de maduración el que define las relaciones fundamentales, la continuidad y la formación de las estructuras; argumentaba que los factores del medio apoyan, desvían pero no originan las formas fundamentales ni las etapas consecutivas de la ontogénesis.

La autora reconoce la importancia del factor de la maduración, pero no como la única causa determinante del desarrollo. Es por ello que se razona que esta teoría tiene un alcance limitado ya que no consideran los factores ambientales ni las influencias educativas culturales en el desarrollo de los niños. El desarrollo del ser humano no solo se rige por leyes biológicas, sino que él también inciden leyes histórico-sociales.

Como otras tendencias aparece la teoría ambientalista la cual tiene en cuenta el medio que el sujeto vive y actúa, la experiencia individual del sujeto con el medio específico.

Partidarios de estas van desde aquellos para los que prevalece fundamentalmente el factor genético, hereditario y para los cuales el medio constituye solamente el campo en el cual tiene lugar el desarrollo y cuya función es favorecerlo o no.

Este enfoque parte de los trabajos de J. Piaget (1965), posiblemente el psicólogo infantil más conocido actualmente, quien enfatizó que cada niño sobre el mundo que lo rodea es producto de su interacción continua con él. Piaget (1965) describió el curso del desarrollo intelectual como una secuencia invariable de etapas, cada una de las cuales evolucionan a partir de sus predecesoras, concediéndole mayor importancia a la constitución hereditaria del individuo.

Las corrientes conductistas (behavioristas), aplican el esquema (E-R) en la explicación del desarrollo y aprendizajes en los niños las consideran al ambiente como la oportunidad para aprender, el factor crítico en el crecimiento y desarrollo, resultantes estos del sistema de recompensas que el ambiente proporciona y no tienen en cuenta las etapas o edades.

Si como considera toda conducta es aprendida, ella puede ser conformada o modificada mediante el reforzamiento.

La teoría histórico-cultural: A nuestro modo de ver la más completa, parte de que considera que el desarrollo está histórica y socialmente condicionado; el niño se desarrolla en la interacción con otros, y en el mundo de los objetos creados por el propio hombre.

En contraposición a la idea del desarrollo como proceso paulatino de acumulación, este autor, lo entendió como un complejo proceso cuyos puntos de viraje están constituidos por, momentos en los que se producen saltos cualitativos donde se modifica toda la estructura de las funciones, sus interrelaciones y vínculos.

La autora de la investigación coincide con que cada sujeto nace con determinadas estructuras biológicas que pueden considerarse como condiciones necesarias para su desarrollo pero que constituyen precisamente eso: condiciones; es preciso nacer con un cerebro humano para llegar a ser hombre. Determinadas condiciones de estas estructuras pueden favorecer o no el desarrollo y formación de capacidades en el ser humano por tanto deber ser tenidas en cuenta en la explicación del desarrollo.

La especificidad del desarrollo humano es que se integra de forma peculiar lo biológico, lo ambiental y lo socio cultural (específico del ser humano) en el desarrollo de la personalidad del hombre en cada una de sus etapas y de manera general.

En resumen, en las teorías antes descritas, se precisan dos líneas del desarrollo, biológica y el desarrollo histórico, las cuales se unen en la ontogénesis y forman un proceso único y complejo, ambos penetran uno en el otro y configuran en esencia un proceso bio-psico-social; la formación de la personalidad.

1.2 Características psicológicas de niños con Parálisis Cerebral Infantil.

Podemos plantear que en estudios realizados se pudo establecer que los investigadores del tema definen al niño con PCI con las siguientes características psicológicas:

M.A Blanco (1995) plantea que aparecen trastornos orgánicos graves provocados por una clara causa somática y fisiológica, relacionada con una lesión estructural en el cerebro y trastornos no orgánicos, a veces también denominados funcionales, considerados más leves.

Partiendo de la distinción y funcionamiento de la gravedad y de la base orgánica, implica un estado en el cual el paciente ha perdido el contacto con la realidad, se refiere un estado de malestar y ansiedad.

Por otro lado M.Badian (1995) refiere que una de las características presente en estos niños es la hiperactividad que se manifiesta en desorden que parte de un déficit en la atención y concentración, son incapaces de organizar y terminar su trabajo, de seguir instrucciones o perseverar en su tarea debido a una inquietud constante y patológica, los trastornos ansiosos comprenden el miedo a la separación, abandono de la casa o de los padres, a evitar el contacto con los extraños, se caracteriza por la distorsión simultánea y/o progresiva de varias funciones psíquicas como la atención y la percepción, influyendo negativamente en la autovaloración, la autoestima y las relaciones grupales así como el proceso de enseñanza y aprendizaje .

Fernández Marcote (1999) hace alusión a que poseen agudas perturbaciones del pensamiento la percepción y la emoción que afectan las relaciones con los demás, unido a un sentimiento perturbado sobre uno mismo y a una pérdida del sentido de la realidad que deteriora la adaptación social.

Aparecen además síntomas en el que predomina una alteración del estado de ánimo, el más típico la depresión, se caracteriza por la tristeza, el sentimiento de culpa, la desesperanza y la sensación de inutilidad personal. Su opuesta, la manía, se caracteriza por

un ánimo exaltado; expansivo, y también cambiante e irritable que se altera casi siempre en el estado depresivo.

Es valido aclarar que aunque en la literatura se expone como característica general la aparición de retraso mental en estos casos, no siempre es así, ya que en dependencia del lugar de la lesión así será el grado de afectación, existiendo varios pacientes portadores de parálisis cerebral con un intelecto normal.

1.3 Elementos que se tuvieron en cuenta para elaborar la propuesta de intervención atendiendo a las diferentes corrientes filosóficas y psicológicas.

Después de haber realizado un análisis de las características de los niños con PCI se demuestra la imperiosa necesidad de reforzar el trabajo psicoterapéutico dirigido a compensar las alteraciones psicológicas que manifiestan estos sujetos, atendiendo principalmente la hiperactividad, la cual incide en determinadas conductas que provocan dificultades en la autovaloración, la autoestima y las relaciones grupales, así como lograr un equilibrio emocional adecuado que permita una influencia positiva sobre la esfera cognoscitiva y de esta forma crear las bases para el éxito en el contexto escolar.

Con respecto a la utilización de un tipo u otro de técnica para incidir sobre las alteraciones psicológicas lo importante es que el terapeuta tenga una visión amplia pero bien precisa del objetivo que quiere lograr con la aplicación de una u otra técnica pertenecientes a escuelas o corrientes psicológicas diferentes.

Dependiendo de las propias orientaciones teóricas e inclinaciones filosóficas, el tratamiento psicoterapéutico es visto por algunos como un tratamiento psicosocial, por otros como una forma especial de educación (Freud ideó el término post educación), y por otros como medio de promover el crecimiento de la personalidad y su autorrealización.

Fernando Núñez de Villavicencio (1987) define el trabajo psicoterapéutico como una técnica psicológica curativa, con un enfoque científico que se fundamenta en la concepción del hombre como ser social.

Hiran Castro (1992) plantea que la psicoterapia es una modalidad terapéutica que emplea métodos psicológicos para hacer desaparecer síntomas psíquicos o patrones alterados de la conducta.

Bustamante concibe la psicoterapia como un método científico sujeto a entrenamiento sistemático con una serie de técnicas debidamente organizadas y estructuradas, que actúan sobre la psiquis del individuo con el objetivo de eliminar síntomas, modificar patrones de

conductas incorrectas, propiciar la madurez de la personalidad, lograr el equilibrio emocional y desarrollar al máximo las potencialidades del individuo.

El Dr. Dionisio Zaldivar Pérez (1998) resalta el vínculo en el proceso psicoterapéutico de varios factores: la madre, la familia, la escuela, el conflicto social en general y expone que esta labor consiste en ayudar al sujeto a corregir los efectos negativos que puedan afectar el desarrollo psicológico.

La psicoterapia va más allá del estudio acerca de las manifestaciones patológicas que inciden en el buen funcionamiento de la personalidad, va más de la búsqueda de la alternativa y métodos para su tratamiento, la psicoterapia tiene que ver con los impactos de la cultura y la educación sobre los hombres, por lo que su práctica implica necesariamente partir de una concepción del hombre (aspecto antropológico), de su funcionamiento ideal en el contexto de una cultura y sociedad determinada.

A partir de esta consideración la presente investigación se adscribe al punto de vista histórico cultural de Vigostki que plantea el desarrollo del ser humano como un proceso mediatizados por la cultura.

Es por eso que como elemento metodológico rector para poner en práctica los aspectos que aportan cada una de estas concepciones se parte del paradigma histórico cultural de L.S.Vigostki, donde concibe al hombre como una unidad biológica-psicológica y social, y le atribuye a la personalidad un enfoque holístico.

Para el tratamiento psicoterapéutico se tiene presente como elemento básico la estructura del defecto, es decir la determinación precisa de los síntomas primarios, secundarios y terciarios del defecto, se tienen en cuenta los factores sociales capaces de influir en el destino del niño, en la evolución del trastorno en la posibilidad de corregir o compensar el trastorno. Es por eso que para la elaboración de la propuesta se tiene en cuenta los siguientes enfoques pertenecientes a la escuela histórica cultural de Vigostki.

El enfoque integral parte de una visión de la personalidad y del desarrollo psicológico como sistema. La intervención se proyecta de forma abarcadora, armónica y flexible e incide no solo en la corrección de las alteraciones psicológicas sino en el desarrollo psicomotor en general, el enfoque comunicativo tiene como eje central la actividad grupal lo que posibilita el establecimiento de la comunicación entre los miembros del grupo y su desarrollo en otros contextos.

El enfoque de la adecuación del desarrollo está estrechamente relacionado con el enfoque individual. Se parte del análisis de las peculiaridades de estos niños y de sus diferencias individuales, adecuando las formas de influencia terapéuticas a los mismos.

El enfoque de consolidación colectiva parte de la actividad terapéutica en el grupo el cual favorece al desarrollo de las relaciones interpersonales, ayuda mutua, interacción y comunicación.

Además tomamos como premisa la tesis de Vigostky en relación con la dependencia del desarrollo psíquico de carácter y contenido de la enseñanza, la concepción sistemática del desarrollo psíquico, resumida en el principio de la unidad de lo afectivo y lo cognitivo y su teoría acerca de la zona de desarrollo actual y zona de desarrollo próximo.

En la apreciación Vigotskiana, zona de desarrollo actual es aquella que el niño es capaz de hacer de manera independiente, en tanto el nivel de desarrollo guiado zona de desarrollo próximo lo que el niño aún no es capaz de hacer solo, sino con la ayuda, en colaboración con los demás.

La particular importancia que la escuela socio histórico cultural le concede al concepto de zona de desarrollo próximo, esta también condicionada por el potencial que esta postula, encierra para un verdadero diagnóstico cualitativo basado en la comprensión de que al alcance del desarrollo psíquico se aprecia mejor desde la perspectiva de lo que los niños puedan hacer, que desde la postura de lo que hacen o no, por lo que finalmente se puede afirmar que lo que hacen es un caso particular de lo que pueden hacer.

Solo una enseñanza desarrolladora, intencional y debidamente organizada será capaz de convertirse en la fuente real que guía y produzca su desarrollo psíquico y que permite corregir o compensar las necesidades que generan un desarrollo biosicológico alterado.

Vigostki sistematizó y presentó tesis fundamentales a la hora de comprender la influencia del defecto, siempre es doble y contradictoria, por una parte el defecto debilita al organismo, arruina su actividad, es una minusvalía, por otra parte porque precisamente el defecto dificulta y altera la actividad del organismo, este sirve de estímulo para el desarrollo elevado de las otras funciones y lo incita a realizar una actividad intensificada, la cual podría compensar la deficiencia y vencer las dificultades.

Desde esta postura los brillantes aportes de Vigostky en relación con el trabajo correctivo compensatorio han de asumirse como la vía para generar, a partir del defecto la estimulación de la potencialidad.

Es precisamente esta postura lo que lleva a Vigostky a formular lo que para él constituía el postulado central de la defectología planteando que cualquier defecto origina estímulo para la formación de la compensación. Por eso el estudio dinámico del niño que presenta deficiencias no puede limitarse a la determinación del grado y de la gravedad de la insuficiencia, pero incluye el control de los procesos de compensación, de sustitución, procesos edificadores y equilibradores en el desarrollo y en la conducta del niño.

Asumir los conceptos Vigotskianos del trabajo compensatorio presupone considerar las potencialidades que desde el punto de vista psicofisiológico tiene el sistema nervioso, y sobre todo el cerebro humano para enfrentar ese proceso, se está considerando en particular la plasticidad y estructura, donde el desarrollo de una comprensión desde la perspectiva de localización dinámica de las funciones psíquicas superiores coherente con el principio Vigotskiano de la organización extracerebral de las funciones psicológicas superiores.

Otros elementos que se tuvieron en cuenta fue lo relacionado con las potencialidades de estos niños, los programas existentes de rehabilitación y la familia.

Según la Dra. M Angulo (2003) concibe la rehabilitación como el proceso social de formación de personas con alguna discapacidad física, sensorial, emocional y de desarrollo que puedan desempeñar un trabajo ayudándolos a incorporarse a la sociedad o bien elevar su calidad de vida.

En nuestro país está dirigida fundamentalmente por los sectores de la salud y educación los cuales brindan servicios para el diagnóstico y tratamiento para mitigar la invalidez funcional resultante de enfermedades o lesiones a nivel cerebral empleando fundamentalmente en la actualidad las salas de rehabilitación, en la que se brinda un tratamiento integral.

En el sector educacional se trabaja en la inserción a los centros de educación especial con el fin de desarrollar la esfera cognoscitiva, realizando diferentes adecuaciones al plan de estudio en dependencia de las habilidades y capacidades existentes en esta categoría de niños.

Es de destacar que aunque los programas de rehabilitación vigentes cumplen su objetivo, no existe la implementación de un programa de intervención para tratar las alteraciones motoras y en la esfera afectiva de manera simultánea.

La familia se tiene en cuenta partiendo de la importancia que esta posee en la sociedad, la cual ejerce la función de educación, orientación y aprendizaje, así como su influencia en el desarrollo de la personalidad de estos niños por ser el núcleo fundamental de la sociedad y responsable de lograr la socialización de los hijos.

II- PARTE METODOLÓGICA

2.1 Metodología

En este capítulo se recogen los aspectos de la metodología de la investigación que se tuvieron en cuenta para elaborar la propuesta del programa de intervención, partiendo de la situación problemática y del diagnóstico realizado al grupo de estudio.

Ø Problema de investigación

Respecto a lo expuesto en el capítulo anterior, nos formulamos el siguiente **problema de investigación**:

¿Cómo diseñar un programa de intervención para niños con PCI?

La situación problemática se fundamenta en el incremento de los casos de niños portadores de PCI existentes en el área de salud de Gibara, que se corresponde con la cabecera municipal.

Para dar respuesta al problema, se proponen los siguientes **objetivos**:

Objetivo General:

Ø Elaborar una propuesta de actividades para niños con PCI.

En estos niños conjuntamente con la afección cerebral aparecen alteraciones psicológicas que afectan el proceso de enseñanza y aprendizaje, siendo la hiperactividad la alteración que dificulta lograr la concentración de la atención.

Es de destacar que la hiperactividad es producto a la lesión cerebral que le imposibilita un equilibrio emocional que trae como consecuencias determinadas conductas de agresividad e incapacidad para la realización de determinadas actividades lo que incide en elementos importantes como la autovaloración, la autoestima y las relaciones grupales.

De ahí la importancia de este trabajo que sustenta su hipótesis en: La propuesta de un programa de intervención que contribuya a compensar las alteraciones psicológicas en niños con PCI.

Definición conceptual y operacional de las variables:

Variable Independiente: Propuesta de un programa de intervención para niños con PCI.

Variable Dependiente: Compensación de la hiperactividad en niños con PCI.

Conceptualización:

La hiperactividad (exaltación psicomotriz), se caracteriza por un trastorno de psicomotricidad que aparece como conducta y actividad básicas del sujeto. Consiste en un aumento de la actividad motórica y expresiva con mayor iniciativa y espontaneidad, acompañado frecuentemente de mayor velocidad en los procesos del pensamiento. Sin embargo, toda esta hiperactividad le llega al desarrollo como un comportamiento que si bien está acelerado y habitualmente persistente como armónico, los objetivos y metas aparecen inestables y cambiantes. La persona permanece inquieta, constantemente esta haciendo algo, hablando o moviéndose.

Autovaloración: Capacidad de valorarse, de reconocer sus potencialidades y cualidades positivas.

Relaciones grupales: Manejo de la relación interpersonal.

Capacidad de comunicación: facilidad para conversar; expresar las propias ideas, escuchar las ideas de los otros y mostrar interés por estas, facilidad para ayudar a las personas a resolver conflictos y a obtener una meta en común.

Descripción de la muestra.

Se toma un grupo de muestra de 12 niños con PCI cuyas edades oscilan entre los 9 y 11 años, como rasgo para su selección la presencia de hiperactividad que inciden de forma significativa en el aprendizaje y desarrollo psicológico general y que los mismos tuvieran un intelecto normal. Por tal razón se buscó información en el centro de diagnóstico y orientación del municipio con el objetivo de conocer en los centros docentes de la enseñanza general donde estuvieran matriculados estos niños, para definir las características psicológicas se realizó el estudio de los expedientes clínicos, entrevistas a maestros y psicopedagogos y la observación a determinadas sesiones de clases y actividades extradocentes.

En la muestra se incluyen además 12 padres que representan a cada uno de los sujetos seleccionados, maestros de las aulas de donde provienen los niños y 2 psicopedagogos que atienden la escuela.

Método, instrumento y técnica.

Estudios de documentos: Se revisa el expediente clínico y pedagógico de los niños y la caracterización psicopedagógica realizada por el maestro para recoger los datos más significativos en el orden clínico, pedagógico, psicológico y socio familiar.

Se revisa además el plan de desarrollo para la enseñanza de niños con PCI, para tomar aportes necesarios y tenerlos en cuenta en la elaboración del programa de intervención.

Métodos teóricos:

Analítico-sintético: Permite realizar el estudio y análisis bibliográfico sobre el objeto de estudio y procesar los datos obtenidos durante la fase exploratoria, la elaboración del programa de intervención, el análisis de los resultados y la conformación del informe de investigación.

Histórico-lógico: En el estudio y análisis histórico del problema y objeto de investigación. En el estudio de la caracterización individual y vida de cada sujeto.

Hipotético-deductivo: Para la elaboración de la hipótesis y el establecimiento de deducciones, para conformar el programa de intervención y en el análisis de los resultados.

Método empírico:

- ü Se emplea la observación externa y directa como método empírico general y como procedimiento auxiliar de otras pruebas, por ejemplo las empleadas en cada sesión, lo que permitió medir la evaluación individual.
- ü Se realizan entrevistas a los psicopedagogos que atienden la escuela, para explorar la problemática realizada con las alteraciones psicológicas que más afectan a los niños con PCI y las vías de intervención que se llevan a cabo para compensarlas.
- ü Entrevistas a maestros y a padres para enriquecer la caracterización psicopedagógica de los niños seleccionados para en pre-experimento y poder detectar posibles factores de riesgo.
- ü Entrevista de constatación final a padres y maestros para comprobar la efectividad de la propuesta de intervención.

2.2 Fundamentos teóricos metodológicos que se tuvieron en cuenta para la elaboración de la propuesta de intervención en niños con PCI.

La propuesta de intervención que se propone parte de la concepción de la psicoterapia grupal a la que se inserta el enfoque integrativo. Los enfoques o principios que sustentan la misma son los siguientes:

Enfoque histórico cultural: Se tuvo en cuenta al considerar la psicoterapia como un proceso de aprendizaje, con carácter activo y conciente, un proceso real de solución de tareas que contribuyen a la formación de la actividad cognoscitiva y al desarrollo de las funciones psíquicas superiores.

Se apoya en la experiencia individual, adaptando actividades de la propuesta de intervención a las peculiaridades de los sujetos. Predomina un carácter optimista y no segregacionistas incide sobre la familia como elemento esencial, indispensable para contribuir a la compensación de la hiperactividad.

Enfoque integral: Se parte de una visión holística de la personalidad y del desarrollo psíquico como sistema. La intervención se proyecta de forma abarcadora, armónica y flexible e incide no solo en la compensación de la hiperactividad, sino en el desarrollo de la personalidad en general.

Enfoque comunicativo: Tiene como eje central la actividad grupal, lo que posibilita el establecimiento de la comunicación entre los miembros del grupo y su desarrollo en otros contextos.

Enfoque individual: Se insertan secciones de terapia individual en los casos que la requieran, teniendo en cuenta el carácter personalógico para cada sujeto. Se sigue la evaluación individual de la alteración manifiesta.

Enfoque alternativo: Se emplean técnicas psicoterapéuticas que se consideran adecuadas para compensar la hiperactividad y porque puede ser utilizada en la atención

psicopedagógica a sujetos portadores de otras entidades tales como: retraso mental, trastorno de conducta entre otras.

Enfoque dinámico: Se recoge y organiza la información terapéutica relevante y se incorpora sistematicidad a la terapia. Ayuda al terapeuta a generar, reconocer y organizar información psicoterapéutica relevante.

Enfoque de la adecuación al desarrollo: Estrechamente vinculado con el enfoque individual. Se parte del análisis de las peculiaridades de la edad de los sujetos seleccionados y de sus deficiencias individuales, adecuando las formas de influencia terapéutica a las mismas

Enfoque del carácter activo y orientación conciente: Las actividades propuestas tienen un carácter activo, propiciando la interrelación entre todos los sujetos, permitiendo la orientación conciente hacia la tarea que se orienta. Permite preparar al sujeto desarrollando en ellas conocimientos y normas de conductas adecuadas.

Tomando como punto de partida estos enfoques la propuesta de intervención se diseña en varias etapas en correspondencia con la estructura de la psicoterapia.

Cada etapa cuenta con sesiones que responden a los objetivos establecidos para cada una. Se incluyen sesiones de dinámica familiar, insertados armónicamente y respondiendo a los objetivos de la etapa en que se conciben.

Para la elaboración y forma de desarrollo de las actividades terapéuticas se tuvieron en cuenta algunos aspectos tales como:

- ü Se tomó como punto de partida la caracterización individual de cada sujeto.
- ü Se precisan los objetivos de la actividad.
- ü Se selecciona el método que en este caso lo constituye el tipo de recurso terapéutico a emplear en casa sesión.
- ü Se describen los materiales y medios necesarios.

- Ü Se tiene en cuenta la base orientadora para el desarrollo de la actividad a través de las consignas e instrucciones dadas.
- Ü Se tiene en cuenta el carácter sistemático y activo de la actividad.
- Ü Se parte de la interacción sujeto-sujeto y de la experiencia de cada uno.
- Ü Se concibe como un proceso de aprendizaje.
- Ü La motivación constituye un elemento rector en el desarrollo de las actividades.

Desde el punto de vista psicológico y neurológico se han considerado otros elementos tales como: la preferencia de estos por la actividad de juego, por ello se introducen juegos de participación, de confianza, de cooperación y de preafirmación que posibilita una mejor interacción sujeto-sujeto y propician una mayor socialización y establecimiento de relaciones Interpersonales adecuadas.

Partiendo de la conservación de los procesos perceptivos se incluyen en casi la totalidad de las sesiones técnicas de relajación por diferentes sesiones. Estas técnicas crean las condiciones necesarias para lograr una mejor concentración de la atención durante la actividad.

Propuesta de intervención.

I Etapa de la psicoterapia grupal

1era. Sesión con la Familia.

Objetivo:

Comunicar a los padres las razones por las cuales sus hijos se van a incorporar a un grupo de terapia.

Crear las condiciones necesarias para fortalecer las relaciones entre los padres y favorecer la comunicación entre ellos.

Apertura:

Primeramente el terapeuta hará la presentación y explicara el porqué están reunidos. De manera general se referirá a las características de los niños que han hecho necesaria su incorporación a un grupo terapéutico, resaltando la importancia de este tipo de actividad para el desarrollo exitoso en la escuela y en la preparación para la vida.

Técnica de presentación:

Cada padre hará su presentación diciendo el nombre, el nombre de su hijo y el grado en que está (puede agregar cualquier dato que desee). Hará referencia a una cualidad positiva y una negativa de su hijo.

El terapeuta irá colocando en una cartulina todas las cualidades expresadas, a la izquierda las negativas y a la derecha las positivas.

Posteriormente se hará el analisis de las cualidades positivas resaltando sus valores. Apoyándose de las dificultades señaladas se referirá a la importancia que tiene trabajar sobre la eliminación de las mismas, para ello se apoyará en el criterio de los padres.

Técnica de cierre y despedida.

¿Qué importancia tiene que su hijo asista al grupo de terapia?

¿Por qué es necesario trabajar con la familia?

¿Están dispuestos a colaborar para que su hijo pueda vencer las dificultades?

Por último precisar fecha del próximo encuentro y la importancia de la asistencia.

Primera etapa de la psicoterapia grupal.

Sesión 1

Los objetivos de las secciones 1, 2, 3, y 4 pertenecen a la primera etapa de la psicoterapia grupal.

Información general: Los psicoterapeutas informan sobre la organización del grupo, los objetivos de trabajo con el grupo y la importancia de las actividades que se van a desarrollar.

Técnicas de animación:

Juego de presentación: La Gran Orquesta.

Se trata de escoger un instrumento musical para comunicarlo al resto del grupo, al mismo tiempo que se indica el nombre de cada jugador.

Objetivo: Aprender los nombres de cada miembro del grupo. Desarrollar el gusto por la música.

Desarrollo: Se explicara que se trata de formar una gran orquesta, en la que cada integrante se tiene que convertir en un instrumento de la misma, por ello, cada cual escoge individualmente el tipo de instrumento que le gustaría ser. Luego se agrupa y se saludan entre sí. A continuación cada instrumento jugador se presentara a los demás de la siguiente forma:

Yo soy.... (Un violín) y me llamo (Rosario) emitiendo las características del instrumento.

Una vez que se presenten todos, el psicoterapeuta (director de la orquesta) puede proponer terminar el juego interpretando conjuntamente una canción conocida.

Características: Tiempo de duración de 20 a 30 minutos, se puede utilizar para el grupo a partir de los 4 años.

Técnica principal "Juego de Ideas".

El terapeuta preguntará al grupo si alguien desea compartir algo, expresar algo que tienen en la mente o su sentimiento. Posteriormente cada miembro expresará su criterio respondiendo a la pregunta ¿Por qué estoy en este grupo?

Se escribirá en una cartulina y en otro medio las respuestas que se den en el grupo se leen y se hace un comentario sobre ellos. Esto permite que las dificultades del grupo queden plasmadas, así como sus expectativas.

Técnica de cierre y despedida:

Se le preguntará al grupo cómo se sintieron en la actividad, qué fue lo que más les gustaría hacer en próximas actividades. Por último se precisan lugar y hora del próximo encuentro.

Sesión 2

Ronda Inicial:

Los integrantes del grupo estarán sentados en círculo se le orienta que se agrupen en tríos para que consulten lo ocurrido en la reunión anterior. Podrán expresar, qué hicieron cómo se sintieron. Posteriormente uno o dos voluntarios harán una exposición breve delante del grupo

Técnica de animación: El Objeto Escondido.

El terapeuta con anterioridad ha escondido un objeto en un lugar del local donde se reúne el grupo, los integrantes deben buscarlo. El que lo encuentre recibirá un pequeño obsequio. El objeto escondido debe ir acompañado de una pregunta correspondiente a su vida, costumbres.

Técnica principal: Juego de Habilidades (lo que más me gusta).

Objetivo. Conocer los gustos y sensibilidades de los integrantes del grupo... estimular el intercambio y favorecer la autoafirmación.

Este juego consiste en exponer lo que más le gusta a cada persona en una serie de campos culturales.

Desarrollo:

El terapeuta entrega a cada miembro una ficha con las siguientes (o similares preguntas):

¿Cuál es tu canción preferida?

¿Cuál es tu deporte favorito?

¿Cuál es tu película favorita?

¿Qué hora del día prefieres?

¿Qué frase o expresión que le han dicho te ha gustado más?

¿Qué es lo que más te gusta de tu escuela?

Cada persona contesta su ficha por escrito. Cuando hayan contestado todos se comunicaran los gustos de cada uno, tratando de llegar a conclusiones generales.

El tiempo de duración es aproximadamente 1 hora.

Materiales: Fichas para escribir.

Técnica de cierre y despedida.

¿Cómo se han sentido en la actividad de hoy?

¿Qué es lo que más le ha gustado?

¿Qué es lo que no le ha gustado?

Se seleccionaron los integrantes del grupo que más han participado y se precisará el día y hora del próximo encuentro.

Sesión 3

Ronda inicial: Sentados en forma de círculo, comentan las actividades realizadas en la sesión pasada. Comentan sobre lo que le gustaba a cada miembro del grupo.

Técnica de animación: “Adivinando”

En una caja se introducen objetos de diferentes texturas y tamaños (áspero, suave, blando, duro, grande, mediano, pequeños), los integrantes de este grupo deberán adivinar a través del tacto el objeto y como es. El que más objeto adivine será el ganador.

Técnica de relajación: “Mono de Plastilina”.

Consigna: Deberán estar en posición de pie e ir siguiendo mis instrucciones. Al finalizar veras como te sientes.

Instrucciones: Con los ojos cerrados finges ser un mono de plastilina. Fuiste hecho por algunos niños y ahora te han dejado allí solo. Tienes cabeza, cuerpo, dos brazos que sobresalen y te paras sobre una robusta piernas. La mañana esta muy linda y el sol está brillante, se pone demasiado caluroso el sol, sientes que te estas derritiendo. Primero se derrite tu cabeza, luego un brazo, después el otro. Poco a poco comienza a derretirse tu cuerpo, ahora solo te quedan los pies y estos también se derriten. Pronto estarás completamente derretido.

Al concluir cada integrante del grupo los que deseen dirán como se sintieron cuando el mono de plastilina se iba derritiendo (Viole Oaklander 1992)

Técnica de cierre y despedida.

Se le pregunta como se sintieron en la actividad de hoy.

Si les gustaría repetir la actividad.

Sesión 4

Ronda inicial: Se agrupan en dúos y tríos para conversar el tema que quieran.

Luego un integrante de cada dúo o trío dirá al resto su tema de conversación.

Terminada esta actividad el terapeuta recordará lo ocurrido en la sesión anterior para esto se apoyará en lo que digan los integrantes del grupo. Se le debe dar tiempo necesario para que recuerden y realicen los comentarios.

Técnica de animación: Juego “Reconoce”.

Los alumnos se colocan en posición de pie, luego el terapeuta le tapaná los ojos y ese tratará de atrapar a los otros, cuando logre coger a un niño o niña deberá mantenerse con los ojos cerrados y debe describir cómo es y decir el nombre del que crea que es. Si lo adivina tendrá una recompensa y sino adivina el grupo le impondrá un castigo.

Técnica de cierre y despedida.

Sentados se colocaran a un lado las niñas y a otro los niños. Cada equipo dirá lo que han realizado en la actividad y las tres cosas que más le han gustado.

El terapeuta precisará la tarea que tiene para la casa. Evaluará el comportamiento individual y grupal en la sesión y precisará fecha del próximo encuentro y necesidad de asistir.

Sesión 5

Ronda inicial.

Sentados en el suelo en forma de círculo cada integrante del grupo mostrará el dibujo realizado que fue orientado en la sesión anterior.

Se seleccionaran los mejores dibujos y se reconocerán.

Técnica de animación. “Mi Juego Preferido”. (V: Mercadé 1998)

Esta técnica también se emplea como medio de relajación. En una esquina del salón se colocarán diferentes juguetes como: pelotas, muñecas, juego de arma, suiza, entre otros. Se le dice al grupo que expresen cuales son sus juegos preferidos que luego hagan pequeños grupos según la coincidencia del juego seleccionado.

Como no hay un juguete para cada uno tendrán que compartir el que han seleccionado entre todos los integrantes del equipo. Podrán jugar durante 15 o 20 minutos.

El terapeuta observará los juegos seleccionados por cada niño, la forma de jugar, cómo se integran al grupo y cómo comparten los juguetes.

Técnica principal: Juego de Cooperación. "Cuentos de una palabra".

Exige la cooperación de los miembros del grupo para superar las dificultades externas y realizar las tareas asignadas. Pone en evidencia la premisa de que para jugar y divertirse no hay que competir.

Objetivo: Crear colectivamente, desarrollar la imaginación propiciando un ambiente regulado y divertido.

Desarrollo: Sentados en un círculo, cada persona dice una palabra que desarrollará el cuento, teniendo en cuenta la emitida por el jugador anterior. Por ejemplo En... una... plaza... muy.

Técnica de cierre y despedida.

¿Qué actividades se han realizado en el día de hoy?

¿Cuáles fueron las actividades que más le gustaron? ¿Por qué?

¿Qué actividad no le gustó? ¿Cómo fue la disciplina durante la actividad?

Luego se realizan las siguientes preguntas.

¿Cómo se sintieron la primera vez que vinieron al grupo?

¿Cómo se sienten ahora?

¿Es buen trabajo jugar en grupo? ¿Por qué?

Sesión 2 De la dinámica familiar.

Objetivos: Lograr vías de solución que propician el manejo adecuado de determinada conducta de los hijos en el hogar.

Fortalecer la relación entre los miembros del grupo.

Desarrollo:

Se realiza la catarsis para propiciar que cada padre exprese libremente sin interrupción todo lo que desee acerca de su hijo, su conducta en el hogar, si ha observado algún cambio durante este tiempo, que le ha dicho sobre las actividades que ha desarrollado en el grupo, entre otros elementos que se deseen expresar.

Aplicación del psicodrama.

Consiste en ofrecer a los padres de manera objetiva los acontecimientos de la vida haciéndole demostraciones de que existen problemas comunes que pueden enfrentar y resolverse.

El tema a tratar será seguido por el terapeuta a los efectos de analizar una situación relacionada con el grupo.

Propuesta a tratar:

¿El empleo del castigo y la recompensa?

¿Qué hacer cuando mi hijo esté muy intranquilo?

¿Cómo solucionar nuestro problema sin tener que discutir o agredir a los demás?

Las obras representadas deben tener un lenguaje sencillo, que llegue fácilmente al auditorio siempre debe haber un final feliz, pues esto da la seguridad de que los conflictos siempre tienen una solución como variante se puede utilizar la denominada “media representación o representación interrumpida, donde el auditorio es quien completa el drama.

Técnica de cierre y despedida.

Los padres darán su opinión sobre la actividad desarrollada, la importancia de la misma y tendrán la posibilidad de seguir otros temas y otras actividades para próximos encuentros.

II Etapa de la psicoterapia Grupal

Ronda inicial: Cada integrante del grupo comenzará diciendo una frase que represente el saludo.

Posteriormente recordarán las actividades realizadas, haciéndose énfasis en la importancia que tiene el saber recordar que es lo que más nos gusta y lo que menos nos gusta de las cosas que nos rodean.

Técnica de animación: ¿Puedo o no puedo? (V. Mercadé 1998)

La técnica consiste en que los miembros del grupo demuestren que pueden o no hacer determinada actividad de forma individual o grupal.

Los oficios son los siguientes:

- ü Saltar obstáculos.
- ü Salto largo.
- ü El mayor tiempo sin respirar.
- ü Dibujos con los ojos cerrados.
- ü Dices trabalenguas.

Técnica de relajación:

Utilizando la sugestión. Se imaginaron que están flotando sobre las aguas del mar.

Consigna: Acostados en el suelo, boca arriba con los ojos cerrados y los brazos estirados, se imaginaron que flotan sobre las aguas del mar.

Se introducen ideas como:

Estoy flotando.... Puedo flotar.... Estoy tranquilo.... Estoy relajado..... pienso en algo agradable.

Técnica principal: Mis cualidades fuertes y débiles.

Objetivo: identificar las cualidades fuertes y débiles.

Consigna: cada uno podrá decir cuales son sus cualidades fuertes y débiles, el que desee puede escribirlo en una hoja.

Desarrollo: Se le entregará un lápiz y una hoja, cada integrante puede, si desea escribir sus cualidades fuertes y débiles, el que desee puede escribirlo en una hoja, si no lo escribe

puede expresarlo oralmente. Al final quedarán escritas de manera generales las cualidades fuertes y débiles que tiene el grupo y se hará el análisis dirigido por el terapeuta.

Técnica de cierre: Valoración de la actividad.

Precisar el próximo encuentro.

Sesión 2.

Ronda inicial: Recordar las actividades realizadas en el encuentro anterior. Un miembro del grupo leerá las cualidades fuertes y débiles que quedaron escritas. Cada integrante tendrá la oportunidad de expresar su criterio sobre qué hacen para erradicar las cualidades débiles del grupo y de manera individual.

Técnica de animación: “Quién Empezó el Movimiento. (V. Oaklander 1982)

Los participantes se sientan en un círculo. Un compañero sale del salón. El grupo establece quién iniciará el movimiento. Al hacerlo, todos en un grupo deben imitarlo.

Ejemplo: Mover la cabeza, un pie, hacer una mueca. Se le dan tres oportunidades.

Técnica de relajación: En posición de pie, realizar movimiento con todo su cuerpo. Se sugiere estar con los ojos cerrados.

Técnica principal: “Barómetro de Valores”

Este tipo de juego pretende romper la unidireccionalidad de la comunicación habitual, realizando la comunicación no verbal y prestando especial atención a lo que se dice más que a quien lo dice.

Objetivo: Permitir a los participantes tomar conciencia de lo que les une a lo que los distingue. Practicar la escuela activa, desarrollar el respeto por la opinión de los demás.

Desarrollo: El terapeuta presenta las reglas del juego. No puede haber actitudes neutrales, hay que tomar las afirmaciones tal como se comprenden, no se puede pedir explicaciones, la toma de posición con relación a las proporciones corresponden a un desplazamiento en el espacio: Totalmente de acuerdo, en el extremo derecho, totalmente en desacuerdo en el

extremo izquierdo. Entre la línea divisoria del campo del juego y la de las posturas radicalmente opuestas, se sitúan los que están más o menos de acuerdo. Comprendidas las reglas, el terapeuta (animador del juego), emite la primera fase/juicio. En este momento no hay posibilidades de dialogo. Una vez situados en el campo de juego, comienza el debate entre los jugadores.

Así sucesivamente se irán imitando otras frases. En la evaluación de la actividad se tendrá en cuenta el grado de dificultad personal para posesionarse ante las distintas frases, ver que reacciones se producen en el grupo cuando habían cambiado de lugar de sus componentes.

Debe pararse el juego cuando se verán síntomas de cansancio en la mayoría de los participantes.

Ejemplo de frases / juicios

- ü Somos disciplinados.
- ü Estamos venciendo las dificultades.
- ü Tenemos problemas.
- ü Somos valientes.

Técnica de cierre y despedida:

¿Cómo se sintieron en la actividad de hoy?

¿Piensan seguir asistiendo al grupo?

Precisar fecha del próximo encuentro.

Sesión 3 de la Dinámica familiar.

Objetivo: Comunicar a los padres la evaluación de sus hijos.

A cada padre individualmente se le informará los resultados de sus hijos. Podrán conocer lo positivo y negativo que han señalado en los diferentes momentos. Posteriormente aquellos padres que desean hacerlo, comentarán lo expresado por sus hijos y dirán en que están o no de acuerdo. Se establecen las regularidades.

Mediante el apoyo y la terapia se comunicará a los padres las diferentes reacciones y criterios de sus hijos y se les demostrará los avances obtenidos hasta el momento, así como, la necesidad de cooperar.

Técnica de cierre.

Valoración de la actividad, lo positivo y negativo de la misma.

Procesar fecha del próximo encuentro.

Etapa III de la Terapia Grupal.

Sesión 1

Ronda inicial: recordar las actividades realizadas en la sesión anterior

Conversar sobre las actividades realizadas en el hogar durante la semana.

Técnica de afinación: ¿Quién llega primero a la meta?

El grupo se dividirá en dos equipos. Antes de llegar a la meta tendrán que resolver ejercicios de diferentes niveles de complejidad por ejemplo:

Ü Saltar con un balón entre las piernas.

Ü Hacer 10 cuclillas.

Ü Adivinanzas.

Ü Saltar obstáculos.

El equipo que termine primero será el ganador.

Técnica de relajación:

Sentados se le indica que tomen la posición de cochero con los ojos cerrados, brazos y piernas completamente relajados. Se introducen frases como:

Estoy completamente tranquilo.

Estoy muy tranquilo.

Mi cuerpo esta relajado.

(Otras frases correspondientes al método)

Técnica principal "Buscando la Solución".

Objetivo: Reconocer los problemas o dificultades de cada integrante del grupo y proponer soluciones.

Se le entrega un papel a cada miembro del grupo y proponer soluciones.

Se le entrega un papel a cada miembro, donde tendrá que escribir cual es su mayor dificultad o problema. Se recogerán todos los papeles y se irán escogiendo al azar uno a uno. Se leerá lo que dice y los miembros del grupo adaptarán sus ideas de cómo darle solución. El que escribió el problema que se discute puede o no identificarse.

Se realizarán preguntas como:

- ü ¿Qué importancia tiene que le digamos nuestros problemas a las demás personas?
- ü ¿Cómo pueden las demás personas ayudarnos con nuestros problemas?
- ü ¿Por qué es importante resolver nuestros problemas?

Técnica de cierre y despedida.

Se orientará una tarea para la casa que consiste en pedirle a sus padres que escriban en una hoja, qué es lo que más les agrada a sus hijos.

Precisar fecha del próximo encuentro.

Sesión 2

Ronda Inicial: Recordar lo realizado en la sesión anterior.

Revisión de la tarea: Todos deben entregar el papel con la opinión de su familia.

El terapeuta hará una lectura identificando a quién pertenece cada papel. Esta actividad está encaminada a elevar la autoestima y reforzar las cualidades positivas de la personalidad de cada niño.

Técnica de Animación: “Juego Tradicional”.

Los integrantes del grupo estarán ubicados alrededor de un grupo de sillas colocadas en círculo. Mientras escuchan música darán vueltas a su alrededor, cuando esta pare se sentarán rápidamente. Siempre un integrante quedará sin silla. El último que se quede sentado será el ganador.

Técnica de relajación: caminarán lentamente alrededor del salón, escuchando una melodía suave. Harán movimientos con los brazos en forma de círculo y respiran profundamente mientras caminan.

Técnica principal: "Me siento "

Se reparte un cuestionario que tendrá que resolver en su totalidad. Una vez resuelto lo intercambiarán con el compañero que está a la derecha, haciendo comentarios sobre el mismo.

Puede expresarse la variante de realizarlo oralmente.

Esta técnica permitirá profundizar en el conocimiento de los demás, compartiendo sentimientos, a base de completar frases como:

- ü Cuando estoy callado me siento....
- ü Cuando estoy con una persona y no hablo me siento....
- ü Cuando alguien que está conmigo eleva....
- ü Cuando me pongo bravo me siento....
- ü Cuando digo algo agradable a alguien....
- ü Cuando me dicen algo agradable....

Técnica de cierre y despedida.

Valorar lo que más le gusta del día, seleccionar a los más destacados, precisar fecha del próximo encuentro.

Sesión 3

Ronda inicial: Comentar lo sucedido en la sesión anterior. Conversar sobre como ha pasado el día, narrando los sucesos relevantes.

Técnica de animación: "Haciendo pantomimas".

Se agruparán en dúos. Se dará un tiempo para que preparen sus pantomimas.

Cada dúo ejecutará su pantomima de situaciones y del resto del grupo tiene que adivinar lo que han querido representar.

Técnica principal.

Presentación de un Psicodrama donde se reflejen situaciones problemáticas a la que los miembros del grupo tienen que enfrentarse, con el objetivo que sean ellos los que propongan las soluciones y le den el feliz final del drama.

Los temas a tratar pueden girar sobre:

- ü Relaciones con la familia.
- ü Si mamá y papá discuten.
- ü Agredir a los demás.
- ü Cuando no quiero hacer caso.
- ü Otros temas.

Cuando culmine la obra, se procede a la discusión en el grupo.

Puede utilizarse como alternativa que sean los propios niños los que representen la obra.

Técnica de cierre y despedidas.

Valoración de la actividad. ¿Qué es lo que más les gustó? ¿Qué no les gustó? ¿Y por qué?

Precisar fecha del próximo encuentro y necesidad de asistir.

IV Etapa de la Terapia Grupal.

Sesión 1

Ronda inicial: Recordar lo realizado en la sesión anterior. Hablar sobre los personajes (Títeres). ¿Cuál fue el que más les gustó? ¿Por qué? ¿Cuál no le gustó?

Técnica de animación: "Exagerando un cuento".

Consiste en crear un cuento en colectivo, utilizando exageraciones que provoquen la risa. Un integrante comienza y el resto continúa agregándole una parte del cuento, hasta que cada uno diga su parte.

Ejemplo: Había una vez una casona grandota.... Donde vivían unos hombres cabezones.... Que tenían unos pies muy grandes....

Técnica Principal: “El squire”

Objetivo: Desarrollar la imaginación”.

Instrucciones: Se les entrega una hoja blanca con una marca negra. A partir de esa marca el niño tiene que completar con un dibujo que posteriormente comentará, la marca debe ser la misma para todos elementos que permitirá evaluar el nivel creativo de cada uno a partir de la misma situación.

Técnica de cierre y despedida.

Valoración de la actividad. Precisar próximo encuentro.

Sesión 2.

Ronda inicial: Sentados en forma de círculo recordarán lo que cada uno realizó en la sesión anterior que dibujo hizo a partir de la marca.

Técnica de animación: “Las Estatuas” (V. Mercadé 1998)

Consigna: Se convertirán en una estatua que se quedará muy fija en una posición determinada durante varios minutos. El que logre estar más tiempo como una estatua, sin moverse será el ganador.

Después de aplicada la técnica tendrán la oportunidad de hablar sobre las diferentes estatuas que conocen y en qué lugares están ubicados, relacionándolas con hechos históricos, personalidades importantes de nuestro país y territorio.

Técnica principal: “Mis Avances” (V. Mercadé)

Consigna: En esa hoja escribirán todos los avances las cosas buenas que ustedes han logrado durante este tiempo.

Instrucciones: Se le entregará a cada uno una hoja y un lápiz para que escriban aquellas cosas buenas que ellos creen que han logrado hasta el momento. Una vez escritas intercambiarán su hoja con el compañero de la derecha el que dará sus criterios acerca de la

veracidad o no del avance que se refleja y dará a conocer otras que quizás no aparezcan escritas, el grupo tiene el derecho de dar sus criterios al respecto.

Técnica de cierre y despedida: Comentar sobre la actividad. Se destacarán los que más participaron en la sesión. Precisar fecha próximo encuentro.

Sesión 3

Ronda Inicial: Recordar lo sucedido en la sesión anterior. Conversar sobre todo lo que pudieron realizar en la escuela, en su hogar y en la cuadra durante la semana, qué hacen ahora que no hacían antes.

Técnica de Animación: "Llegó el Circo."(V. Mercadé 1998)

Se formarán subgrupos de 2, 3 o cuatro integrantes. Se le entregará una pelota, un aro, un pañuelo, bolos, entre otros objetos, para que libremente representen diferentes actividades del circo. Puede durar de 10 a 15 minutos.

Consigna: Cada equipo o subgrupo puede representar algunas de las actividades que realizan los integrantes del circo, pueden hacer de payasos, magos, acróbatas.

Técnica de relajación: "Me Siento Seguro".

Objetivo: Desarrollar la autoafirmación.

Consigna: Cada uno de ustedes podrán decir en que aspectos de la vida se sienten seguros y por qué. Comenzaron diciendo: yo me siento seguro en.....

Instrucciones: Sentados en forma semicírculos, expresan en que aspectos se sienten seguros, por qué se sienten seguros y que han hecho para sentirse seguros.

El terapeuta guiará la reflexión hacia la ayuda que ha recibido de sus compañeros, de su familia, de su maestra o de otras personas.

Técnica de cierre y despedida:

Importancia de la actividad realizada. Avances del grupo.

4 etapa sesión Dinámica familiar y cierre de la actividad grupal.

Los padres estarán sentados al lado de sus hijos. Por orientaciones recibidas con anterioridad cada padre comunicará todos los avances que su hijo ha tenido durante la etapa.

Los maestros que también estarán presentes realizarán una valoración acerca de los avances que ha tenido el grupo.

El terapeuta aprovecha la ocasión para plantear que por esas razones hoy celebraron una pequeña fiesta con la que concluye la actividad del grupo. Los niños tendrán la oportunidad de decir sus criterios acerca cómo se han sentido, la ayuda que han recibido, etc.

III ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

En la entrevista realizada a los psicopedagogos seleccionados ver (anexo 1), y que tenía como objetivo en primer lugar constatar como se desarrollaba el trabajo psicopedagógico y el empleo de técnicas psicoterapéuticas para tratar las alteraciones psicológicas en estos niños, así como determinar que alteración afectaba con mayor intensidad el aprendizaje siendo la hiperactividad la que más influye asociando alteraciones en cuanto a la autovaloración y las relaciones grupales.

A pesar de contar con una serie de funciones bastantes abarcadoras y en las que prima el asesoramiento psicopedagógico a alumnos, maestros y familia, no se recoge como función indispensable el dar tratamiento desde el punto de vista psicoterapéutico de manera grupal para eliminar o compensar la hiperactividad que aparece en estos niños.

Estos manifiestan que no tienen dominio a plenitud acerca de las diferentes técnicas que se pueden utilizar y organizar sesiones grupales con los escolares y con la familia desde una óptica psicoterapéutica. No obstante se reconoce por su parte la imperiosa necesidad de trabajo más profesionalmente, sin sustituir al psicólogo o al psiquiatra.

Durante la observación (anexo 3) realizada a las actividades docentes se obtuvieron los siguientes resultados: La presencia de inmadurez en estos niños trae como consecuencia que dificultades en la atención se manifiestan en una concentración deficiente durante las actividades de clases, específicamente en las asignaturas más complejas en las cuales demuestran poco interés.

Los niños ansiosos se manifiestan con una extrema hiperactividad, como si estuvieran a la expectativa y en un estado de alerta constante que hacen que desvíen la atención hacia elementos no significativos dentro de la clase, aspecto que incide negativamente sobre la correcta memorización de aquellos contenidos a los cuales no se le ha prestado una atención adecuada.

Como puede observarse de manera general los aspectos observados durante la clase oscilan en la escala de regular hasta malo (anexo 4) resultados similares se observan durante las actividades de continuidad (anexo 5), aunque se debe destacar en este caso la comprensión hacia las actividades mejora, se considera que está dado porque las mismas son menos complejas que las realizadas durante clases, y en la que se emplean muchos juegos didácticos, rompecabezas, actividades mas dinámicas.

A partir de las 3 de la tarde aumentan los niveles de hiperactividad, una vez obtenidos todos estos datos, se pasó a la organización y planificación de las diferentes sesiones.

Conclusiones

- 1- Consideramos que la propuesta de intervención puede incidir favorablemente en el establecimiento de relaciones sociales a través de la interacción sujeto – sujeto y a la formación de cualidades como el compañerismo, la ayuda mutua y la solidaridad.

- 2- Las actividades propuestas contribuyen a estimular la zona de desarrollo próximo, estableciéndose una interacción entre el plano interno que moviliza sus potencialidades para hacer sentir, expresar y crear.

- 3- El proceso psicoterapéutico no puede concentrarse sólo a la aplicación de fórmulas o recetas. La técnica que se emplee es un catalizador, todo depende de las características de cada niño, de la situación en que se encuentre y del fin preciso de su empleo.

Recomendaciones

- 1- Aplicar esta propuesta, haciendo las adecuaciones pertinentes en otras alteraciones o trastornos psicológicos y validar su incidencia en el aprendizaje.
- 2.- Insertar otros recursos terapéuticos como la musicoterapia.

Bibliografía.

- ✚ Badian, M. Tendencias actuales de investigación e intervenciones en la Parálisis Cerebral Infantil, perspectivas futuras, Salamanca, 2004.
- ✚ Bell Rodríguez .Rafael. Actualidad y perspectiva de la atención a los niños con necesidades educativas especiales. Revista Educación No 84, enero-abril. Ed. Pueblo y Educación, La Habana, 1985.
- ✚ Bell Rodríguez .Rafael. Prevención, corrección ,compensación e integración
- ✚ Betancourt, J. Selección de temas de psicología Especial, Ed. Pueblo y Educación, La Habana, 1992,113p.
- ✚ Blanco, M, A. Síndrome de Parálisis Cerebral. Enfermedades invalidantes de la infancia: Un enfoque integral de Rehabilitación. Santiago: Sociedad de ayuda del niño discapacitado, 1985.
- ✚ Castro López, Hiran. Psicopatología clínica. Ed . Científico técnico, La Habana, 1990,200p.
- ✚ Collazo Delgado, B. La orientación a la actividad pedagógica. Ed. Pueblo y Educación, La Habana 1992.
- ✚ Díaz Félix. Estructura del defecto. Algunas reflexiones. Revista Educación, no 84.Ed Pueblo y Educación, Ciudad de la Habana, 1995.
- ✚ Fernández Marcote, A. Fundamentos teóricos sobre la Parálisis Cerebral Infantil. Ed. Gymnos, Madrid 1999,254p.
- ✚ Chibás Ortiz, F. Creatividad + dinámica de grupo. ¿Eureka? Ed. Pueblo y Educación, La Habana 1992.

- ✚ Denhoff E, Silver ML. Prognostic Studies in Children with Cerebral Parálisis IMA 1956; (6): 161.
- ✚ Oaklander, Violet. Ventanas a nuestros niños y jóvenes. Terapia Gestáltica. Ed. Cuatro Vientos, Santiago de Chile, 1992.
- ✚ Ortega Ruiz, Rosario. El juego infantil y la construcción social del conocimiento. Ed. Alfar, Sevilla,1993
- ✚ Little WJ. On the influence of abnormal parturation, difficult labours, premature birth, and asphyxia neonatorum on the mental and physical condition of the child especially in relation to deformities. Trans Obstet Soc London 1861; 3:293-344.
- ✚ López Hurtado, Josefina. El diagnóstico: un instrumento de trabajo pedagógico de preescolar a escolar, Ed. Pueblo y Educación, Ciudad de la Habana, 1998, 70p,
- ✚ Nelson KB. Can we prevent cerebral palsy? N Engl J Med 2003; 349:1765-1769.
- ✚ Nocedo de León, Irma. Metodología de la investigación pedagógica y psicológica II Parte/ Irma Nocedo de León y Eddy Abreu Guerra. Ed. Pueblo y Educación, Ciudad de la Habana, 1987, 104p.
- ✚ Núñez de Villavicencio Porro, F. Psicología Médica. Tomo II Ed. Pueblo y Educación, Ciudad de la Habana, 1987,104p.
- ✚ Paykel. E, S. Psicología de los trastornos afectivos ; Ed. Piramide, Madrid, 1985, 670p
- ✚ Petrosvski, A.V. Psicología General. Ed. Progreso, Moscú, 1980.

- ✚ Román López, I. Intervención psicoterapéutica en adolescentes. Tesis de grado Especialista de 1er Grado en Psiquiatría infanto-juvenil, Holguín, 2000.
- ✚ Rosenberg.D.MRI and cerebral palsy. Archives de pediatrie 14(3): 313-314 MAR 2007.
- ✚ Skatuvedt M Cerebral paralysis: Aclinical Study of 370 casos Acta Pediatr 1958; 46:1-101.
- ✚ Krangeloh-Mann I. Horber V. The role of magnetic resonsnce imaging in eluciadating the pathogenesis of cerebral palsy: a systematic review developmental medicine and child neurology 49 (2): 144-151 feb 2007.
- ✚ Vigotsky, L.S. Obras completas. Tomo V. Ed. Pueblo y Educación, La Habana, 1989.
- ✚ Zaldivar García, A. Las técnicas psicoterapéuticas en escolares con necesidades educativas especiales/ Nancy Moreno Camacho (Trabajo de diploma: Licenciada en Educación Especial) ISP Holguín, 1997 60h.
- ✚ Zaldivar Pérez, D. Alternativa en psicoterapia. Ed Academia, La Habana, 1998, 128p.

Anexo 1

Entrevista realizada a psicopedagogos de la escuela.

Objetivos:

- 1- Obtener información acerca de las alteraciones psicológicas que aparecen con mayor frecuencia en los niños con PCI.
- 2- Obtener información acerca de la organización del trabajo psicopedagógico en la escuela para la compensación de las alteraciones psicológicas.

Compañeros estamos realizando una investigación sobre algunos aspectos relacionados con PCI. Necesitamos que usted nos responda algunas preguntas.

1-¿A su consideración cuales son las alteraciones psicológicas que más inciden en niños con PCI?

2-¿Como repercuten esas alteraciones en el aprendizaje y en el desarrollo de la personalidad del niño?

3-¿En la escuela existe diseñado algún programa para el trabajo psicopedagógico con estos niños a qué generalmente se dirige?

4-¿Qué acciones se llevan a cabo con la familia de estos escolares?

5-¿Conoce como organizar un sistema de influencias psicoterapéuticas para compensar las alteraciones psicológicas que se pueden presentar?

Anexo 2

Entrevista realizadas a maestros.

Objetivos:

1-Obtener información acerca de las alteraciones psicológicas que aparecen con mayor frecuencia en los niños con PCI.

Compañeros estamos realizando una investigación sobre algunos aspectos relacionada con la PCI.Necesitamos que usted nos responda algunas preguntas.

1-¿Qué alteraciones psicológicas se observan en sus alumnos?

2-¿Cómo se manifiestan estas alteraciones en cada caso particular?

3-¿Conoce usted como darle tratamiento a estas alteraciones psicológicas?

4-¿Consideras que estas alteraciones influyen en el aprendizaje? ¿Por que?

Anexo 3

Guía de de observación.

Objetivo:

1-Constatar las alteraciones psicológicas de los niños con PCI.

Se realizan observaciones del escolar durante clases, actividades extradocentes.

Aspectos a observar.

- 1- Aceptación de la tarea.
- 2- Compresión de la tarea.
- 3- Interés por la actividad.
- 4- Independencia.
- 5- Concentración.
- 6- Hiperactividad.

Anexo 4

PLANILLA DE OBSERVACIÓN # 1

Indicadores a evaluar en la observación a clases

1. Comportamiento asumido durante las actividades.

Aceptación _____ No Aceptación
5 4 3 2 1

Interesado _____ Desinteresado
5 4 3 2 1

Entendimiento _____ No entendimiento
5 4 3 2 1

Independencia _____ No independencia
5 4 3 2 1

Concentración _____ No concentración.
5 4 3 2 1

No hiperactivo _____ Hiperactivo.
5 4 3 2 1

Anexo 5

PLANILLA DE OBSERVACIÓN # 2

Indicadores a evaluar en la observación en las actividades extradocentes.

1. Comportamiento asumido durante las actividades.

Aceptación _____ No Aceptación
5 4 3 2 1

Interesado _____ Desinteresado
5 4 3 2 1

Entendimiento _____ No entendimiento
5 4 3 2 1

Independencia _____ No independencia
5 4 3 2 1

Concentración _____ No concentración.
5 4 3 2 1

No hiperactivo _____ Hiperactivo.
5 4 3 2 1

Anexo 6

Indicadores Generales

- ✓ **Aceptación:** Se muestra atento a las orientaciones y explicaciones de los especialistas esforzándose por participar o expresar sus criterios sobre el tema que se aborda.
- ✓ **Interés:** Participa y coopera con la realización de las actividades encomendadas por los especialistas., se muestra dispuesto a participar y aprender del tema que se aborda.
- ✓ **Entendimiento:** Es capaz de interiorizar las orientaciones dadas y cumplir las misma sin dificultad.
- ✓ **Independencia:** Asume la realización de las acciones dadas de manera independiente.
- ✓ **Concentración:** Mantiene una atención concentrada en la realización de las tareas.
- ✓ **Hiperactividad:** Control de los movimientos y acciones ejecutadas. Capacidad para concentrar la atención durante la actividad.

Indicadores específicos:

5-4 Bien

3-2 Regular

1 Mal

Aceptación

Bueno: Se muestra atento a las orientaciones y explicaciones de los especialistas esforzándose por participar o expresar sus criterios sobre el tema que se aborda.

Regular: Muestra atención solo cuando le interesa lo que está exponiendo el especialista.

Malo: Se torna indiferente ante las orientaciones que se imparten.

Interés

Bueno: Participa y coopera con la realización de las actividades encomendadas por los especialistas, se muestra dispuesto a participar y aprender del tema que se aborda.

Regular: Muestra poco interés ante las actividades y en ocasiones se manifiesta retraído.

Malo: No muestra ningún interés por lo que se realiza.

Entendimiento

Bueno: Es capaz de interiorizar las orientaciones dadas y cumplir las mismas.

Regular: Muestra duda en las orientaciones dadas pero llega a realizarlas.

Malo: No es capaz de entender las orientaciones dadas.

Independencia

Bueno: Asume las orientaciones dadas de manera independiente.

Regular: Muestra duda en la realización de las orientaciones dadas necesitando no más de un nivel de ayuda.

Malo: No es capaz de cumplir las orientaciones dadas.

Concentración

Bueno: Mantiene una atención concentrada en la realización de las tareas.

Regular: Distorsiona la atención ante diferentes fenómenos pero logra en algún momento equilibrar esta.

Malo: No es capaz de lograr una concentración equilibrada.

Hiperactividad

No manifiesta: Controla los movimientos y acciones ejecutadas. Tiene capacidad para concentrar la atención.

Poco manifiesta: No es capaz de controlar los movimientos y acciones ejecutadas cuando las actividades no son de interés personal.

Manifiesta: No controla los movimientos y acciones ejecutadas. No es capaz de concentrar la atención

Anexo 7

Resultados generales obtenidos durante la observación a clases.

Aspecto a observar	Escala		
	Buena	Regular	Mala
Aceptación		80%	
Comprensión		80%	
Interés		80%	
Independencia		80%	
Concentración			20%
	Muy Manifiesta	Poco Manifiesta	No Manifiesta
Hiperactividad	80%	20%	

Anexo 8

Resultados obtenidos en la observación a las actividades extradocentes.

	Escala		
	Buena	Regular	Mala
Aceptación	100%		
Comprensión	40%	60%	
Interés	100%		
Independencia	100%		
Concentración	20%	80%	
	Muy Manifiesta	Poco Manifiesta	No Manifiesta
Hiperactividad	80%	20%	