

LA PSICOMOTRICIDAD COMO ESTRATEGIA EN EL PROCESO DE
RECUPERACIÓN DE LA FUNCIÓN MOTORA EN UNA MENOR VIH
POSITIVO, PERTENECIENTE A LA FUNDACIÓN DAR
AMOR DE LA CIUDAD DE CALI - VALLE

YURY VERGARA LÓPEZ

UNIVERSIDAD DEL VALLE
INSTITUTO DE EDUCACIÓN Y PEDAGOGÍA
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN FÍSICA Y SALUD
SANTIAGO DE CALI 2005

LA PSICOMOTRICIDAD COMO ESTRATEGIA EN EL PROCESO DE
RECUPERACIÓN DE LA FUNCIÓN MOTORA EN UNA MENOR VIH
POSITIVO, PERTENECIENTE A LA FUNDACIÓN DAR
AMOR DE LA CIUDAD DE CALI - VALLE

YURY VERGARA LÓPEZ

Trabajo de grado presentado como requisito final para optar
al título de Licenciada en Educación Física y Salud

Director
Cecilia Ortiz
Licenciada en Educación Física

UNIVERSIDAD DEL VALLE
INSTITUTO DE EDUCACIÓN Y PEDAGOGÍA
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN FÍSICA Y SALUD
SANTIAGO DE CALI 2005

Nota de aceptación

Firma del presidente el Jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Cali, Septiembre del 2005

DEDICATORIA

A mi madre Bernarda Lopez por ser compañera y guía durante todo este tiempo de formación y vivencias.

A Christopher mi hermano, quien a su corta edad me ha enseñado el valor de la paciencia.

A mi familia quienes siempre han sido mi apoyo incondicional, brindándome su alegría y comprensión.

Yury Vergara López

AGRADECIMIENTOS

A Dios por ser eje de todo mi caminar en este proceso.

A la Fundación Dar Amor por su constante colaboración para la realización de este trabajo.

Al Doctor Guillermo A. Garrido Arango por las revisiones previas realizadas a este documento.

A la menor que hizo posible este aprendizaje continuo que hoy se ve plasmado en este trabajo.

A la Licenciada Cecilia Ortiz quien siempre estuvo ahí para asesorarme y acompañarme en el transcurrir de este trabajo.

A los profesores del Área de Educación Física y Deportes por todos los conocimientos que me brindaron en mi formación como profesional.

A mis amigos de siempre, por escucharme y apoyarme a cada momento.

Gracias a todos por aportar en mi andar un granito de arena para formar el camino.

UNIVERSIDAD DEL VALLE
INSTITUTO DE EDUCACIÓN Y PEDAGOGÍA
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN FÍSICA Y SALUD
FORMATO DE RESUMEN

Objetivo: Aportar una base bibliográfica con la cual se pueda tener parámetros para identificar cuales serian las dificultades motrices que se pudieran presentar en niños VIH positivo

Metodología: Se realizó un trabajo investigativo de tipo “estudio de caso”, en la Fundación Dar Amor “Fundamor”, en la ciudad de Santiago de Cali (Valle del cauca), que permite contribuir a la creación de una base bibliográfica en la cual podemos encontrar parámetros que son un medio para poder identificar posibles dificultades motrices que se pueden presentar en niños cero positivos.

Este estudio estuvo dividido en varias etapas para su desarrolló, una primera de acercamiento con la institución y luego con los menores, a la par con esta una revisión bibliográfica. Posteriormente se realizó un diagnostico del caso para una intervención y concluir con un análisis de

los logros del proceso.

Resultados: Es clara la importancia de reconocer la necesidad que el trabajo psicomotriz inicie inmediatamente después de haberse realizado el diagnóstico y se utilicen combinaciones específicas de los movimientos corporales.

El trabajo psicomotriz orientado, como proceso de recuperación en limitaciones de la función motora, posibilita en la menor el construir experiencias de movimiento; consiguiendo optimizar los hábitos posturales y procesos de socialización.

Concepto Personal: Este trabajo fue de gran importancia puesto que se presentó en el inicio de mi vida como profesional y me amplió la visión del campo de acción de la Educación física, en donde me permitió enriquecer muchos aspectos de mí quehacer como educadora.

Con el transcurrir de estos meses pude llegar a concluir que el conocimiento no es nada sin unas manos creativas que le de un buen uso; y que la vida es un soplo del viento que no hay que dejar de sentir.

UNIVERSIDAD DEL VALLE
INSTITUTO DE EDUCACIÓN Y PEDAGOGÍA
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN FÍSICA Y SALUD

AUTOR: VERGARA LÓPEZ, Yury.

TITULO: LA PSICOMOTRICIDAD COMO ESTRATEGIA EN EL PROCESO DE
RECUPERACIÓN DE LA FUNCIÓN MOTORA EN UNA MENOR VIH
POSITIVO, PERTENECIENTE A LA FUNDACIÓN DAR AMOR DE LA
CIUDAD DE CALI - VALLE

TEMAS A TRATAR: Psicomotricidad (control de la postura y el equilibrio,
Esquema corporal, Conocimiento y dominio del cuerpo, Habilidad motora,
educación física y desarrollo de la competencia motriz), Virus de la
inmunodeficiencia humana VIH y SIDA (medios de transmisión,
prevención madre – hijo, detección y diagnóstico, VIH en el infante).

CONTENIDO

	Pág.
0. INTRODUCCIÓN	12
1. PROBLEMA	14
1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	14
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	14
2. JUSTIFICACIÓN	16
3. OBJETIVOS	18
3.1. OBJETIVO GENERAL	18
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
4. MARCO CONCEPTUAL	19
4.1.1. PSICOMOTRICIDAD	19
4.1.2. EL EQUILIBRIO CORPORAL	21
4.1.3. COORDINACIÓN	23
4.1.4. ESQUEMA CORPORAL	24
4.1.4.1. CONOCIMIENTO Y DOMINIO DEL CUERPO	26
4.1.5. HABILIDAD MOTORA	28
4.1.6. LA EDUCACIÓN FÍSICA Y EL DESARROLLO MOTRIZ	29
4.1.7. LA TERAPIA MOTRIZ EN EL NIÑ@	30

4.1.8.	ESTIMULACIÓN PERCEPTIVO MOTRIZ	31
4.1.8.1.	SENSOPERCEPCIONES	33
4.1.8.2.	EXPERIENCIAS MOTRICES BÁSICAS	34
4.1.9.	INTERACCIÓN SOCIAL	35
4.2.	EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA, VIH Y SIDA	35
4.2.1.	MEDIOS DE TRANSMISIÓN	37
4.2.1.1.	TRANSMISIÓN SEXUAL	38
4.2.1.2.	TRANSMISIÓN SANGUÍNEA	39
4.2.1.3.	TRANSMISIÓN VERTICAL	40
4.2.2.	PREVENCIÓN, MADRE – HIJO	42
4.2.3.	DETECCIÓN Y DIAGNOSTICO	42
4.2.4.	EL VIH EN EL INFANTE	43
5.	MARCO CONTEXTUAL	47
5.1.	CARACTERIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN FUNDACIÓN DAR AMOR “FUNDAMOR”.	47
5.2.	MISIÓN	47
5.2.1.	PROPÓSITO DE LA FUNDACIÓN	47
5.3.	VISIÓN	48
5.4.	OBJETIVOS	48
5.5.	UBICACIÓN	48
5.6.	RAZÓN DE SER DE FUNDAMOR	49
5.7.	RESEÑA HISTÓRICA	51

5.8.	POBLACIÓN ATENDIDA	54
6.	METODOLOGÍA	55
6.1.	ESTUDIO DE CASO	55
6.2.	ESTUDIO DE UN CASO	55
6.3.	DESCRIPCIÓN DEL CASO	56
6.3.1.	EXAMEN PSICOMOTOR	58
6.4.	PLAN DE INTERVENCIÓN	64
6.4.1.	DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	67
6.5.	RESULTADOS OBTENIDOS DURANTE EL PROCESO	87
6.5.1.	PRIMERA ETAPA, PATOLOGÍA Y PROCESOS DE RECUPERACIÓN	88
6.5.2.	SEGUNDA ETAPA, HÁBITOS POSTURALES	90
6.5.3.	TERCERA ETAPA, PROCESO DE SOCIALIZACIÓN	92
6.5.4.	CUARTA ETAPA, FAMILIARIZACIÓN CON EL INSTRUMENTO ORTOPÉDICO	94
7.	CONCLUSIONES	97
8.	RECOMENDACIONES	99
	BIBLIOGRAFÍA	102
	ANEXOS	108
1.	EXAMEN PSICOMOTOR DE LA PRIMERA INFANCIA	108
2.	FOTOS (recursos logísticos)	114

0. INTRODUCCIÓN

“Estamos en guerra con nosotros mismo, el cerebro deseando cosas que el cuerpo no quiere y el cuerpo deseando cosas que el cerebro no permite; el cerebro dando direcciones que el cuerpo no sigue, y el cuerpo dando impulsos que el cerebro no puede entender”.

Alan Watts

Esta investigación buscó hacer un aporte al campo de la educación física, en lo que respecta al trabajo con menores que presentan trastornos motores y en esté caso en particular, con una menor cero positivo.

Primeramente, se esboza la temática de la psicomotricidad, que fue el eje de todo el proceso de intervención, posteriormente se tratará sobre el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA), y sus formas de contagio.

Se contextualiza el escenario de la Fundación Dar Amor “Fundamor”, como el lugar donde se posibilitó el desarrollo de este trabajo de campo y las vivencias con la menor.

A partir de lo anterior se encuentran y consolidan las conclusiones como resultado del análisis y documentación del proceso vivido a lo largo de un año.

Con respecto a la terapia física o motriz encontramos varios postulados, de una parte, se dice que consiste en inhibir los esquemas de movimiento patológico e influir en el tono muscular para facilitar el movimiento; en otro se le relaciona con la realización de “patrones”, que se basa en el principio de que las destrezas motoras se deben enseñar en la misma secuencia de las etapas de desarrollo normal del individuo.

Es clara la importancia de reconocer el papel de que la terapia física, cuando esta, se comience inmediatamente después de haberse realizado el diagnóstico y se utilicen combinaciones específicas de los movimientos corporales.

Si bien se habla de que “la terapia física sola o combinada con aparatos ortopédicos puede mejorar las deficiencias motoras contribuyendo así a mejorar la calidad de vida”. Desde la educación física se reconoce que el trabajo que se realiza con poblaciones con discapacidad ó en situación de discapacidad esta más enfocado a condicionar la motricidad y capacidades existentes para que la persona supere su deficiencia.

1. PROBLEMA

1.1. Formulación del problema

Cómo influye el trabajo psicomotriz en el mejoramiento de las condiciones de vida de un menor VIH positivo, con limitaciones de la función motora (paraparesia espástica moderada), perteneciente a la Fundación Dar Amor.

1.2. Descripción del Problema

Con la creciente necesidad de apoyar los programas que protegen a los menores, que se encuentran en situación de riesgo, para que cuenten con similares oportunidades, de crecimiento y desarrollo que los demás, encontramos que ellos no solo necesitan que se les cubra sus necesidades básicas (como lo son alimentación, alojamiento y educación), como también es el caso de los niñ@s de la Fundación Dar Amor, que requieren no solo si no en la psicológica y física que les permita vivenciar procesos acorde a su etapa de crecimiento para conseguir con esto llevar una vida plena en el momento de su reinserción a la sociedad.

Para el trabajo en la fundación los menores requieren que se enfoque en la corrección de los malos hábitos posturales en línea con su desarrollo físico motriz, en este sentido es necesario que se enfoque el trabajo en el ser humano en su integralidad del “ser hombre” y no la motricidad de un “cuerpo” mecánico organizado por sistemas.

2. JUSTIFICACIÓN

Desde el papel desempeñado como educadora y especialmente en el trabajo con niñ@s, se visualiza la necesidad de realizar un trabajo enfocado a reforzar las condiciones psicomotrices, lo que puede potenciar el desarrollo integral de los menores.

Reconociendo que la psicomotricidad “orienta el movimiento desde la perspectiva de su realización, como la manifestación del organismo, que modifica sus reacciones motoras, en función de las situaciones y sus motivaciones” (CONDEMARIN y otros [6]), esto ubica a la psicomotricidad dentro de la construcción cotidiana, a partir de los momentos, vivencias, experiencias de cada sujeto en su entorno, que lo condicionan a responder frente a ellos, también influye dentro de lo corporal, como, las funciones biopsicosociales que desarrollan el ser.

Por otra parte al referirnos al caso en particular de menores cero positivos y planteando que además de deprimir el sistema inmunológico, pueden retrasar en gran medida su desarrollo motor, y esto puede repercutir a nivel emocional, comportamental y con ello en el proceso de socialización que se da en el transcurso de la vida del menor.

Teniendo en cuenta que los menores son cero positivos, no se va a identificar a la menor por su nombre u apellido; debido a la normatividad vigente del derecho a la privacidad de la menor, explícitamente a la confidencialidad del diagnóstico del VIH/SIDA.

Es pertinente anotar que esta investigación se desarrolla con una menor cero positivo que presenta una deficiencia motora diagnosticada por el fisiatra como Paraparesia Espástica Moderada, la cual implica una deficiencia motriz (*la menor presenta patrones de movimiento tardíos para su edad*), cuyo proceso de recuperación busca que la menor logre pasar estas dificultades con éxito paulatino y superarlas a largo plazo, dentro de sus posibilidades, lo que lleva a que se reintegre a una vida “normal” para una niña de su edad.

Es reconocible que la recuperación y sus momentos se desarrollan en ambiente apto, cuando los menores se reconocen dentro de cada etapa y la vivencian en línea con su cotidianidad, así pues, no se trata de introducir al niñ@ bruscamente en la recuperación, sino de facilitarle construir el escenario para ella, desde el mismo, además de que enriquezca y estructure su propio esquema corporal.

Por eso nace la necesidad de ayudar a la formación psicomotriz y desarrollo físico en los primeros años de vida, creando adecuados hábitos del desarrollo físico y motor del menor.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

- ❖ Aportar una base bibliográfica con la cual se puedan tener parámetros para identificar cuales son las dificultades motrices que se puedan presentar en niños VIH positivo.

3.2. Objetivos Específicos

- ❖ Determinar las dificultades en los patrones motrices que presenta la menor.
- ❖ Utilizar movimientos terapéuticos, ejercicios y juegos para mejorar el control corporal en la menor.
- ❖ Describir los procedimientos utilizados durante el proceso realizado con la menor.
- ❖ Realizar una propuesta de trabajo psicomotriz para menores que presenten una limitación en su función motriz.

4. MARCO CONCEPTUAL

El trabajo motriz, ha evolucionado y ha dejado de ser mecanicista en el proceso, y ha logrado introducirse en la práctica cotidiana, teniendo en cuenta las necesidades y motivaciones de los menores, respetado el ritmo y las posibilidades procurado que las actividades sean un goce para el menor. En esta experiencia procure tener presentes las pautas anteriores logrando con esto que la practica de la menor fuera placentera, y que alcanzara los parámetros que ella necesitase para desenvolverse dentro de su entorno logrando la globalidad del “ser”, manifestada por las acciones que ligan emocionalmente a la menor con el mundo.

4.1.1. PSICOMOTRICIDAD

Según CONDEMARIN y otros [6]; la psicomotricidad da significación psicológica al movimiento que permite tomar conciencia de la dependencia recíproca de las funciones de la vida psíquica y de la esfera motriz.

“Partiendo de la base que el movimiento humano construye una realidad psicofisiológica, se distingue entre los términos de motricidad y psicomotricidad, no

como realidades o tipos de actividad diferentes, sino como dos puntos de vista o niveles de análisis de una realidad que es, intrínsecamente unitaria”.

Entendiendo por motricidad “el movimiento considerado desde un punto de vista anátomo-fisiológico y neurológico” (Vial M. 1972). Considerando así que el movimiento es la suma de actividades producida por tres sistemas: “el sistema piramidal (movimientos voluntarios), el sistema extrapiramidal (motricidad automática) y el sistema cerebeloso que es el regulador de la armonía del equilibrio interno.

Con la dimensión de la función motriz propiamente se refiere a la evolución de la tonicidad muscular, al desarrollo de las funciones del equilibrio, control y disociación del movimiento y al desarrollo de la eficiencia motriz (rapidez, precisión).

Al hablar de Psicomotricidad podemos considerar principalmente la globalidad del ser humano, dado que esta globalidad en el niño se manifiesta en una acción que lo une emocionalmente al mundo y como tal “debe ser comprendida como el estrecho vínculo existente entre su estructura somática y su estructura afectiva y cognitiva” (MARTÍNEZ FRAILE y otros [21]), con esto podemos decir que toda acción del niño se modula con su afectividad, y sus deseos, y con esto todas sus posibilidades de comunicación y concepción.

Dado esto por consiguiente, (MARTÍNEZ LÓPEZ y otros [22]) “como concepción

educativa, la psicomotricidad se desprende directamente de aquella concepción del desarrollo psicológico del niño según la cual la causa de ese desarrollo se encuentra en la interacción activa del niño con su medio ambiente, en una dirección que va desde lo mas simple a lo mas complejo, desde el conocimiento y el control del propio cuerpo al conocimiento de acción consciente sobre el mundo externo. Así, las técnicas desarrolladas por la Psicomotricidad están basadas en el principio general, largamente experimentado y demostrado, de que el desarrollo de las complejas capacidades mentales de análisis, síntesis, abstracción, simbolización, etc., solamente se logran a partir del conocimiento y control de la propia actividad corporal, es decir, a partir de la adecuada construcción y asimilación por parte del niño de lo que se llama el esquema corporal”.

4.1.2. EL EQUILIBRIO CORPORAL

El equilibrio es un estado del cuerpo donde se anulan las fuerzas que actúan sobre él, manteniendo proporciones de equidad.

El equilibrio corporal, como aspecto de la educación del esquema corporal que condiciona las actitudes del sujeto frente al mundo; teniendo en cuenta que el equilibrio se constituye en un estado corporal durante el cual se logran estabilizar fuerzas contrarias del movimiento.

Según MARTÍNEZ FRAILE y otros [21], “Lo que caracteriza al equilibrio

tonicopostural, que se manifiesta en la actitud de bipedestación, es un principio que se lleva a cabo con el mínimo esfuerzo (voluntario) y cualquiera que sea el tipo de actitud”. Dentro del plano de la organización neuro-psicológica podemos decir que el equilibrio tonicopostural integra el modelo de la autorregulación del comportamiento considerando que todo el cúmulo de actividades tónico posturales son reguladas inicialmente desde el sistema nervioso central.

El equilibrio está asegurado por el juego complejo de los reflejos surgidos del conjunto de información de origen propio-ceptivo que constituyen redes de información del equilibrio actual y del medio en el que se ejerce. Con este juego complejo es que se constituye la realidad del equilibrio en la posición ortostática¹.

Es posible afirmar, que los factores biológicos del equilibrio corporal, datan tanto de aspectos genéticos como psicológicos, que permiten organizar en el ser humano un control tónico postural visible en su posición de bipedestación, y que todo esto es la resultante de las relaciones y estrategias motrices presentes en esa experiencia vital, historia corporal del sujeto.

El equilibrio integra al trabajo de la coordinación global donde se tiene en cuenta los aspectos tanto dinámicos, de acción y conciencia de corporalidad en la persona

¹ Es el cambio de posición, y en este caso se aplica a la posición de pie.

como los estáticos; y que todo esto va a suponer una adecuada regulación en los diferentes movimientos.

4.1.3. COORDINACIÓN

Hahn [12], habla de que la “coordinación es un efecto conjunto entre el sistema nervioso central y la musculatura esquelética dentro de un movimiento determinado, constituyendo la dirección de una secuencia de movimientos”. En este sentido se entiende la coordinación como el accionar acorde entre lo que demanda la musculatura y la respuesta del sistema nervioso.

Así pues, la coordinación como evento de dirección, no tiene carácter innato, si no mas bien se desarrolla por las situaciones y tareas que se vayan presentado en la cotidianidad.

Ante todo “el grado de la calidad de las funciones de la coordinación influyen sobre la velocidad y la calidad de los procesos de aprendizaje de destrezas”, estas capacidades contribuyen a una adaptación mas rápida a condiciones.

Los patrones motores simples (caminar, saltar, lanzar)), que se combinan entre si creando cadenas motrices complejas, son la base para formas motrices

especializadas; así como la coordinación es el requisito básico para el posterior desarrollo motriz.

Algo semejante se encuentra en CONDEMARIN y otros [6], quienes expresan que la coordinación es la resultante de una armonía de acciones musculares en reposo y en movimiento, y que es la respuesta a determinados estímulos. La coordinación participa directamente en la flexibilidad del control motor y de los mecanismos de ajuste postural que se realizan durante el movimiento. Esto “implica la toma de conciencia del cuerpo, lo cual es indispensable para la realización y el control de los movimientos finos”.

4.1.4. ESQUEMA CORPORAL

Comenzaremos por CONDEMARIN y otros [6], quienes dicen que esquema corporal es la toma de conciencia global del cuerpo que permite, simultáneamente, el uso de determinadas partes de él, así como conservar su unidad en las múltiples acciones que ejecuta.

Igualmente, conforme el niño crece, llega a ser conciente de su propio cuerpo y logra finalmente su adecuado conocimiento, control y manejo; “la noción de esquema corporal partió de la base de que las vísceras, la sensación kinestésica,

la sensibilidad táctil, térmica, dolorosa y la visión, darían una información en conjunto a nivel de la corteza cerebral, lo cual permitiría al individuo tener una noción, un modelo, un esquema de su cuerpo”.

En consecuencia, a partir de toda la actividad motriz que desarrolle el individuo en sus diferentes espacios, en la directa relación con su cuerpo, es que se va a constituir el esquema corporal el cual se ira desarrollando progresivamente en la acción.

Del mismo modo MARTÍNEZ FRAILE y otros [21], establecen que el esquema corporal consiste en la representación mental del propio cuerpo, de sus segmentos, de sus posibilidades de movimiento y de sus limitaciones espaciales. “Sin una correcta elaboración del esquema corporal seria imposible el acto motor voluntario, ya que la realización de este presupone la formación de una representación mental del acto a realizar, de los segmentos corporales implicados y del movimiento necesario para lograr el objetivo propuesto”.

“El esquema corporal es una necesidad. Es el resultado de la condición de las justas relaciones entre el individuo y el medio”.

Wallon H.

Además, la construcción adecuada del esquema corporal para cada persona se

realiza, cuando se acomodan perfectamente las posibilidades motrices con el mundo exterior, cuando se da una correspondencia exacta entre las impresiones sensoriales recibidas del mundo de los objetos y el factor kinestésico y postural. Los componentes fundamentales y necesarios para la elaboración del esquema corporal son: el control tónico, el control postural, el control respiratorio y la estructuración espacio- temporal (MARTÍNEZ LÓPEZ y otros [22]).

La experiencia corporal es el centro del desarrollo del “yo”; este tomara aspectos particulares según los diversos tipos de relación que ese “yo” establezca frente al mundo.

4.1.4.1. CONOCIMIENTO Y DOMINIO DEL CUERPO

Al respecto CONDEMARIN y otros [6], afirman que “la postura constituye el patrón motor básico que garantiza, convenientemente, la posición del cuerpo respecto a su centro de gravedad. Los mecanismos posturales están, en gran parte, bajo el control del cerebelo. Existen conexiones correspondientes a mecanismos de auto regulación entre el cerebelo y los centros superiores de la corteza cerebral, donde se encuentran los esquemas de conducta motora mas diferenciados. De ahí que no pueda realizarse movimiento alguno que sea incompatible con el mantenimiento de la postura corporal”.

El equilibrio está considerado como capacidad coordinativa por varios autores tales como: Meinel, Hirtz y Blume que han investigado las capacidades físicas. Sin embargo, con fines exclusivamente organizativos y pedagógicos en educación física, ha sido ubicado dentro del componente conocimiento y dominio del cuerpo por la atención que requiere como factor determinante en la calidad de todo movimiento, equiparado con la respiración y la postura.

Se enfatiza y se promueve la toma de conciencia en la movilización de segmentos corporales, el mantenimiento de actitudes posturales favorables; el equilibrio corporal para la importancia de la respiración y la tensión muscular (relajación) como procesos vitales que posibilitan el control del cuerpo en movimiento y en reposo.

Desde otra perspectiva RUIZ L. [27], nos plantea que “los movimientos corporales y su control, las conductas caracterizadas por los verbos hacer, realizar; en situaciones simples se manifiestan en una coordinación básica de acciones; mientras que en situaciones más complejas se denominan habilidades o secuencias de habilidades motrices”.

En definitiva, el dominio psicomotor hace referencia a la motricidad humana, al control de los movimientos y las posibilidades de utilización de las capacidades motrices en cualquier tipo de situaciones.

4.1.5. HABILIDAD MOTORA

FAMOSE [11], habla de la “habilidad motora como la capacidad adquirida por aprendizaje a alcanzar resultados fijados previamente con un máximo de éxito y a menudo un mínimo de tiempo, (Guthrie, 1957)”.

Esta definición nos indica claramente que el carácter aprendido de la habilidad motora es producto de un aprendizaje motor; así mismo hay que tener en cuenta que la habilidad motora es eficiente, adaptativa, coordinada y los movimientos están regulados por el entorno.

BATALLA [2], nos da una visión de las habilidades motoras básicas, dice que las podemos considerar como elementos que construyen el bagaje motor de las personas y, por otro lado, es el fundamento para aprendizajes posteriores mas complejos y especializados.

Entonces podemos entender que “habilidad motriz es la competencia del sujeto frente a un objetivo dado, aceptando que, para la consecución de este objetivo, la generación de respuestas motoras, el movimiento, desempeña un papel primordial e insustituible”.

Al hablar de movimiento se hace referencia al eje de la actividad humana que acompaña al ser desde los primeros instantes de su concepción, la posición erecta de los humanos, sobre dos extremidades (bipedestación) es el producto final de una

larga evolución y determina también ajustes especiales en los distintos sistemas orgánicos, el movimiento es entonces indicio de vida y realización que permite un contacto dinámico con el entorno y modificarlo en la medida de las posibilidades individuales.

La capacidad motriz que poseemos es de dimensión incalculable y constituye un acerbo desde el cual se puede estimular los fenómenos adaptativos que ocurren en los diferentes momentos de la persona.

4.1.6. LA EDUCACIÓN FÍSICA Y EL DESARROLLO MOTRIZ

RUIZ PÉREZ [26], nos expresa que en los últimos tiempos la educación física se ha caracterizado por su deseo contribuir al desarrollo motriz a través de diferentes actividades lúdicas y formativas.

De ahí que al hablar de desarrollo motriz: se puede hacer referencia al conjunto de conocimientos, procedimientos, actitudes y sentimientos que interviene en las múltiples interacciones que realiza en su medio y con los demás, y que permiten que los menores superen los diferentes problemas motrices, tanto en la educación física como en su vida cotidiana.

Mediante la educación física se trata que los niños y niñas sean motrizmente mas

ricos, del mismo modo que mediante otros elementos se trata de conseguir que sean eficaces con el manejo y empleo del lenguaje, en el razonamiento matemático o en la relación con los demás y el ambiente.

Las habilidades motrices resultan de la participación de diferentes tipos de conocimiento que deben ser representados en la memoria para su posterior utilización y dichas habilidades se adquieren como consecuencia de la practica (Ruiz, 1992).

Además, las concepciones cognitivas consideran la mejoría de la condición motriz como cambios y transformaciones a nivel cognitivo; estas transformaciones influyen de manera decisiva en las posibilidades de planificación y control de las acciones.

4.1.7. LA TERAPIA MOTRIZ EN EL NIÑ@

RICHARD y otros [25], nos dicen que la psicomotricidad, conducta y realización motora, características y alteraciones psicomotrices y terapia motriz, son diferentes aspectos de un ámbito de conocimiento y de práctica que en los últimos años no cesa de concretarse y desarrollarse.

Dentro de la psicomotricidad se tiene una manera propia de enfocar el cuerpo, se concentra y observa el cuerpo del otro; con el que también interactúa. De este

encuentro, con independencia de la edad y de la existencia o ausencia de una minusvalía o de aparente patología, se propone obtener un beneficio educacional, reeducacional o terapéutico. Pero lo que determina la practica psicomotriz, es la detección de alteraciones psicomotrices sea cual fuere su naturaleza.

Un trabajo psicomotriz debe ir enfocado no solo a adoptar un nuevo aspecto, ya no se trata de conseguir una simple cooperación, sino un compromiso reciproco en el cual el educador ocupa un lugar individualizado e inintercambiable. Después de un tiempo de trabajo puede aplicarse una reeducación y a su vez un aprendizaje sistemático.

“Para el niñ@, la finalidad consiste en proporcionarle lo mas pronto posible interacciones satisfactorias y constructivas, dentro de sus posibilidades”.

4.1.8. ESTIMULACIÓN PERCEPTIVO MOTRIZ

El ser humano como parte de su herencia genética, tiene la posibilidad de interpretar estímulos provenientes del exterior, captados a través de los órganos sensoriales y hacerla evidente, mediante la manifestación motriz coordinada. Para la cual la participación del sistema nervioso, es imprescindible (RUIZ L. [27]).

El desarrollo de la memoria motriz, tiene su origen en las experiencias perceptivo motrices que a lo largo de la vida van conformando la conciencia motriz del sujeto; la integración de ésta, implica una acción reflexiva de los movimientos vividos, a partir de los cuales diferencia, clasifica y selecciona las acciones requeridas en la solución de problemas que la vida cotidiana le plantea.

“De la estimulación perceptivo motriz, también depende el desarrollo de las capacidades físicas coordinativas; mismas que representan los puntos de partida para el aprendizaje de movimientos” (RUIZ L. [27]).

El desarrollo de las capacidades físicas coordinativas de reacción, orientación, equilibrio, ritmo, sincronización, diferenciación y adaptación, implica un trabajo ordenado de órganos de los sentidos, sistemas nerviosos y muscular que funcionalmente mejoran la aptitud para el aprendizaje motor, facilitando el logro de eficiencia en la ejecución, en el momento donde es necesaria y útil.

El beneficio de mayor trascendencia que el desarrollo de las capacidades coordinativas aporta al individuo, como resultado de la variada estimulación perceptivo motriz, es la favorable repercusión que ejercen en la personalidad del educando, al proporcionarle confianza y seguridad en lo que piensa, lo que siente y lo que hace, permitiéndole una visión más amplia de lo que sus potencialidades motrices representan.

La expectativa puramente deportiva, es rebasada y puede ser utilizada con responsabilidad siempre a favor de su salud, su medio ambiente y su relación social (AQUINO y otros [1]).

4.1.8.1 SENSOPERCEPCIONES

Forman una variada estimulación sensoperceptiva, donde se estimula al individuo con respecto a lo tónico, táctil, plantar y espacio temporal que favorezca acciones producto de la reflexión y/o automatización del movimiento tales como:

- ❖ La reacción motriz presente ante estímulos imprevistos del medio externo, ya sea de tipo visual, acústico y óptico, lo que indica una ubicación en el mismo contexto.
- ❖ La orientación del cuerpo ante estímulos que propicien su ubicación, con lo que se consigue una estructuración espacial con respecto a direcciones, áreas, alturas, etc.
- ❖ El ritmo corporal ante estímulos propios y externos donde identifique y reproduzca movimientos a diferentes velocidades, considerando los acentos y las pausas.

- ❖ La sincronización de movimientos que permite ordenar adecuadamente la participación de las masas musculares en su ejecución.
- ❖ La diferenciación de movimientos resultado de la selección de las masas musculares que participan con contracción óptima para lograr una tarea propuesta.
- ❖ La adaptación de movimientos ante estímulos imprevistos de intensidad variada, adoptando nuevos movimientos en la tarea encomendada (AQUINO y otros [1]).

4.1.8.2. EXPERIENCIAS MOTRICES BÁSICAS

La vivencia que produce la ejecución de los movimientos básicos, de acuerdo a las etapas de desarrollo por las que atraviesa el individuo, representa la oportunidad de adquirir experiencias motrices que al quedar grabadas en la memoria van formando una riqueza que favorece el crecimiento en cantidad y calidad de su capacidad motora. CALMELS [5].

El grado de dificultad de las actividades propuestas y la exigencia para realizar movimientos con o sin implementos, son las constantes de este componente.

4.1.9. INTERACCIÓN SOCIAL

IDARRAGA [14], la calidad de las relaciones que se establecen entre los miembros de un grupo social, constituye el marco de referencia del proceso enseñanza - aprendizaje, y se considera la fuerte influencia que ejerce en el sujeto: la familia, el grupo de amigos y los medios de comunicación masiva a los que el tiene acceso. Todo ello, genera una amplia gama de interacciones, que hace en este sentido, el proceso más educativo.

La variedad de actividades características de la educación física, representan un espacio pedagógico óptimo, para favorecer una influencia social de calidad entre maestro-alumno-compañero. Los juegos, el deporte, los bailes, las danzas y en general las actividades motrices expresivas, son recursos específicos a través de los cuales se propicia la manifestación de actitudes individuales y sociales que formen o refuercen valores, acordes a la cultura nacional, regional y comunitaria socialmente significativos.

4.2. EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA, VIH Y SIDA

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH, o HIV por su sigla en inglés) es el virus que provoca el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA, o AIDS por su sigla

en inglés). Este virus destruye o inhibe las células del sistema inmunológico, destruyendo de manera progresiva la capacidad del cuerpo de defenderse contra infecciones y ciertos cánceres. En adultos y adolescentes, el VIH se transmite generalmente por el contacto sexual con una persona infectada.

AIDSmeds [17], el VIH es un virus, parecido al de la gripe; los virus no son más que una serie de instrucciones para crear nuevos virus y están envueltos en una capa de grasa, proteína y azúcar. El virus no puede hacer nada sin células vivas; “es como un cerebro sin cuerpo” para poder reproducirse el debe entrar en una célula (infectarla y reproducirse).

Los portadores del VIH pueden ser asintomáticos o sintomáticos; en el caso de ser asintomáticos son aquellos individuos que son portadores, pero no presenta ningún síntoma, incluso pueden vivir con ella muchos años sin presentar cambios aparentes; mientras que los sintomáticos empiezan acrecentar algunos síntomas en sus funciones fisiológicas, que pueden contribuir al desarrollo y avance de la enfermedad.

En los EE.UU., casi todas las infecciones de VIH detectadas en niños menores de 13 años de edad se deben a transmisión vertical, es decir, el virus se transmite al niño en el útero de su madre o al atravesar el canal de parto. También se detectó el virus en la leche materna.

Antes del año 1985, un pequeño grupo de niñ@s se infectó con el virus a través de productos contaminados derivados de la sangre. A partir de 1985, comenzaron a realizarse estudios de detección de rutina con productos derivados de la sangre.

No todos los niñ@s cuyas madres están infectadas con el VIH adquieren el virus; esto es posible si la madre gestante lleva adecuadamente el control prenatal y el del virus, igualmente que en el parto sea realizado por cesárea, permitiendo con esto tener aun mas posibilidades del que el bebe no tenga contacto directo con la sangre de la madre durante el alumbramiento, además de que el menor no debe ser amamantado; con esto y un control constante de la salud del recién nacido durante sus 2 primeros años de vida, se puede tener la posibilidad de que el menor no desarrolle el virus.

4.2.1. MEDIOS DE TRANSMISIÓN

Con el fin de ofrecer un acercamiento a los medios de transmisión de VIH, planteamos que en la práctica existen tres modos fundamentales, a saber (DELGADO, [7]):

Transmisión sexual, transmisión parenteral por el uso compartido de agujas o jeringuillas, instrumentos contaminados, transfusión sanguínea, etc. y transmisión vertical o de la madre al feto.

Según DELGADO, [8] a esto se unen unas condiciones que modifican la transmisión, pues parece que requiere una cantidad mínima de virus por debajo de la cual el organismo podría liberarse del VIH y explicaría el por qué algunos líquidos orgánicos que contienen el virus no lo transmiten.

4.2.1.1. TRANSMISIÓN SEXUAL

Las relaciones sexuales con penetración vaginal o anal, heterosexuales u homosexuales, pueden transmitir el virus del SIDA. Los contactos oro-genitales (contacto boca-órgano genital) pueden transmitir el VIH si hay lesiones en cualquiera de las dos zonas. (DELGADO, [7]).

- ❖ Todas las prácticas sexuales que favorecen las lesiones y las irritaciones aumentan el riesgo de transmisión.
- ❖ Las relaciones anales son las más infecciosas porque son las más traumáticas ya que la mucosa anal es más frágil que la mucosa vaginal.
- ❖ El riesgo de infección aumenta con el número de relaciones sexuales, pero una sola puede ser suficiente.

- ❖ El riesgo aumenta si la mujer tiene el ciclo menstrual (a causa del flujo de sangre).

4.2.1.2. TRANSMISIÓN SANGUÍNEA

La transmisión del VIH por la sangre es, en la actualidad, el principal modo de transmisión del virus, dado que la mayoría de portadores de anticuerpos VIH son UDVP (usuarios de drogas por vía parenteral), (DELGADO, [7]). Las jeringuillas y agujas contaminadas que son compartidas pueden transmitir el VIH; además los objetos que se utilizan para la preparación de la droga (alucinógenos) también pueden estar contaminados.

La posibilidad de transmisión del VIH por transfusiones o inyecciones de productos derivados de la sangre es en la actualidad prácticamente nula ya que existe la obligatoriedad de detectar anticuerpos anti-VIH en todas las muestras de sangre desde 1.987 y para estos fines sólo se utilizan muestras que son cero negativas².

Las siguientes precauciones disminuyen la posibilidad de transmisión:

² Que no presenta evidencia de ser portadores del VIH.

- ❖ Toda persona que piense que ha tenido un comportamiento de riesgo en los últimos meses debe de abstenerse de dar sangre u órganos, y deben realizarse el examen.
- ❖ Los elementos de cuidado corporal (tijeras, hojas de afeitar, cepillo dental, pinzas, etc.) presentan un riesgo teórico de transmisión del VIH ya que pueden entrar en contacto con la sangre. Su empleo exige la limpieza con una solución desinfectante o su calentamiento.

4.2.1.3. TRANSMISIÓN VERTICAL

La transmisión llamada vertical o perinatal es, cuando una mamá infectada transmite el virus a su hijo durante el embarazo, parto o amamantamiento. Se considera que alrededor de 33 niñ@s de madres portadoras nacen infectados (AIDSmeds, [18]).

Los hallazgos del protocolo ACTG 076 indican que el tratamiento de las embarazadas cero positivas³ con antirretrovirales reduce el riesgo de transmisión del VIH de la madre al feto. Por lo tanto se aconseja que todas las embarazadas sean informadas y se solicite su consentimiento para realizarle la prueba de

³ Que son portadores de VIH.

detección de anticuerpos anti-VIH, (AIDSmeds, [30]).

Actualmente existen métodos que aplicados oportunamente en las madres embarazadas portadoras y en el niño, disminuyan considerablemente la probabilidad de transmisión.

Por eso es muy importante que cuando la madre considere que está en riesgo, se practique un análisis antes de embarazarse o durante el embarazo para poder prevenir daños al hijo o hija.

AIDSmeds, [18] Como la transmisión a través de la lactancia materna (a causa de las laceraciones en el pezón) también es posible, la mamá infectada no debe amamantar a su hijo, porque si bien está comprobado que en el adulto, la boca no es una vía de entrada del VIH, a menos que se tenga una eyaculación en ella, en el caso del bebé sí lo es.

Existen dos factores de riesgo importantes para la transmisión del virus al bebé durante la lactancia, uno que su sistema inmunológico no está suficientemente maduro y otro es que el bebé mama varias veces al día y las constantes exposiciones al virus aumentan el riesgo de infección por lo que la lactancia materna debe suplirse por leche suplementaria.

4.2.2. PREVENCIÓN, MADRE – HIJO

Al menos una quinta parte de los hijos de madres ceropositivas pueden presentar riesgo de transmisión del VIH.

- ❖ No es aconsejable el embarazo si alguno de los padres es ceropositivo.
- ❖ Se debería solicitar la prueba de detección en todos los embarazos especialmente cuando los padres han tenido o tienen comportamientos de riesgo.
- ❖ El caso de estar embarazada y ser ceropositiva se puede acoger al supuesto de interrupción voluntaria del embarazo (aborto).
- ❖ Si a pesar de todo se decide tener un hijo se debe buscar consejo y cuidados médicos.

4.2.3. DETECCIÓN Y DIAGNOSTICO

De acuerdo con lo planteado por distintos grupos médicos (AIDSmeds, [30]) El diagnóstico serológico del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) trasciende

en importancia a otros diagnósticos de laboratorio por la gravedad de la enfermedad que este virus produce, la existencia hoy en día de tratamientos mucho más eficaces que los iniciales y el conocimiento que tienen los médicos y otros profesionales de la salud sobre esta infección.

Además, buena parte de ese conocimiento ha tenido una gran difusión entre la población general, sobre todo el referido a los mecanismos de transmisión y a las posibilidades diagnósticas.

DELGADO, [8]. Por otro lado en los anticuerpos en muestras en suero se encuentra un método más comúnmente empleado para el diagnóstico en el laboratorio la infección por VIH. Las pruebas están basadas en distintos principios técnicos que han ido evolucionando con el tiempo, la experiencia adquirida y las recomendaciones nacionales e internacionales.

4.2.4. EL VIH EN EL INFANTE

PARDO, [23]. Se destaca que la mayoría de los niños VIH+ son hijos de una madre VIH+. Otros se infectaron a través de una transfusión de sangre. Este tipo de infecciones son poco comunes en los países desarrollados. La sangre para transfusiones es examinada cuidadosamente.

La mayoría de las mujeres embarazadas toman medicamentos antirretrovirales. Aún así, las madres pueden transmitir el VIH al recién nacido. Esto ocurre en situaciones en las que las mujeres no reciben atención médica adecuada durante el embarazo. También sucede en lugares donde los antivirales no están disponibles, o donde la sangre para transfusiones no siempre se analiza (La InfoRed, [20]).

El sistema inmune de los niñ@s todavía esta en desarrollo. Ellos tienen una respuesta diferente a la infección con el VIH. El recuento de células T y la carga viral son mas altos que en los adultos. La carga viral de un bebe generalmente disminuye hasta la edad de 4 o 5 años y luego se estabiliza (La InfoRed, [20]).

Los niñ@s también responden en forma diferente a los medicamentos anti VIH. Ellos tienen aumentos mayores en el conteo de células T y mayor diversidad de las mismas. Parece que recuperan más de su respuesta inmune que los adultos. Los bebes tienen mas grasa y agua en el cuerpo. Esto afecta la cantidad de medicamento disponible. Los niñ@s tienen un metabolismo rápido. Esto disminuye gradualmente a medida que van creciendo.

El hígado procesa medicamentos y los elimina del cuerpo. El hígado madura con el correr del tiempo. A medida que lo hace, los niveles de medicamentos en niñ@s pueden variar mucho.

Los huesos se desarrollan rápidamente durante los primeros años de vida. Los

antivirales debilitan los huesos en los adultos. Esto también se ha observado en los niñ@s.

Los niñ@s VIH positivos deben ser tratados por pediatras que comprendan el tratamiento del VIH.

La terapia antiviral funciona muy bien en los niñ@s. El porcentaje de muertes por SIDA en niñ@s ha disminuido tanto como en los adultos. Sin embargo, en los países desarrollados, no hay muchos niñ@s que puedan ser estudiados. Hasta hace poco tiempo, en Estados Unidos no se requería que los fabricantes de medicamentos hicieran estudios en niñ@s. Como consecuencia, muy pocos antivirales han sido estudiados en niñ@s.

No siempre se sabe cual es la dosis correcta. A veces, las dosis de los niñ@s se basan en su peso. Otro método es en base a la superficie del cuerpo, que tiene en consideración el peso y la altura; Como mencionamos anteriormente, varios factores afectan los niveles de medicamentos en los niñ@s. Quizás haya que ajustar las dosis de los medicamentos varias veces a medida que el niñ@ crece.

Las dosis de algunos medicamentos para niñ@s pueden individualizarse. Están disponibles en formula liquida o en polvo. Otros vienen en gránulos. Algunos comprimidos pueden ser molidos y así agregarse a los alimentos o líquidos. Algunas clínicas enseñan a los niñ@s a tragar pastillas. Los niñ@s que pueden tragar

píldoras tienen más opciones de medicamentos a su disposición.

Es difícil saber cuándo comenzar el tratamiento en los niñ@s. El tratamiento inmediato podría prevenir el daño al sistema inmunológico. Prolongar el tratamiento podría brindar una mejor calidad de vida por varios años; sin embargo, las enfermedades asociadas al VIH aparecen mucho más rápido en niñ@s no tratados que en adultos. Sin tratamiento, el 20% de los niñ@s muere o desarrollan SIDA en el término de un año. La mayoría de los niñ@s VIH+ en Estados Unidos comienzan tratamiento antiviral antes de los 3 meses de edad.

5. MARCO CONTEXTUAL

5.1. CARACTERIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN FUNDACIÓN DAR AMOR “FUNDAMOR”. (Según revista de la Fundación Dar Amor “Fundamor” conmemorativa a sus 10 años de vida “*funcionamiento*” (fecha, diciembre 2002), con modificaciones realizadas a partir de entrevistas con el director de la institución).

Conscientes de la necesidad de prevenir y dar educación sobre la propagación del virus de VIH/SIDA, un grupo de familias, personas y empresas deciden crear FUNDAMOR. Esta organización sin ánimo de lucro, inició sus labores el 23 de diciembre de 1992.

En su primera etapa atendió adultos en su sede de San Antonio. Hoy en día FUNDAMOR es un “hogar de Amor”, donde se genera vida en el corazón del niño o niña contagiado por el virus del VIH/SIDA. Igualmente, se les brinda protección y atención integral.

5.2. MISIÓN

Brindar protección integral a niños y niñas portadores del VIH/SIDA promoviendo procesos de conscientización social y de transformación a través del amor, el servicio y contribuir a crear conciencia en la población sobre riesgos de la enfermedad del VIH/SIDA, sus causas y efectos.

5.2.1. PROPÓSITO DE FUNDAMOR

Contribuir a mejorar la calidad de vida de los niños y niñas con VIH/SIDA, que estén en alto riesgo socioeconómico, brindándoles protección y atención integral, así como garantizándoles los derechos de la niñez a través de los servicios de promoción de la salud, prevención de las enfermedades y tratamientos a los problemas de salud, apoyo

psicológico, educación, etc.

5.3. VISIÓN

Ser una institución dinámica, flexible e innovadora, reconocida nacional e internacionalmente como una entidad que da ayuda y amor a los seres que requieren ser sanados, siendo también promotora de procesos que generan conciencia social a través del amor y el servicio.

5.4. OBJETIVOS

- ❖ *Ampliar y mantener la cobertura de protección y atención integral a niños y niñas portadores del VIH/SIDA, desarrollando proyectos y convenios que permitan fortalecer los ingresos y recursos de Fundamor.*
- ❖ *Orientar, en la prevención del VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual, a madres portadoras de VIH o con SIDA en estado de gestación.*
- ❖ *Prestar, a través del programa de prevención de VIH/SIDA, un servicio a la comunidad en la problemática de la sexualidad y en el manejo responsable de la misma, con el propósito de integrar este proceso a su entorno social y familiar. Todo esto basado en el amor como única verdad y dentro de una filosofía de transformación del ser humano.*

5.5. UBICACIÓN

La fundación esta ubicada en las afueras de la ciudad de Cali, en la zona campestre Calles 19 y 20 con carreras 148 y 154 La Viga Pance.

5.6. RAZÓN DE SER DE FUNDAMOR

FUNDAMOR nació de una necesidad de entrega, de servicio, de profundizar en el amor, de lo que es realmente el amor y por eso el nombre de Dar Amor.

Es amor lo que se brinda a las personas que se han servido de los diferentes momentos de la historia de Fundamor. Al comienzo los adultos terminales de SIDA, luego a los niños y niñas que conviven con el virus, después los infantes desprotegidos y a los jóvenes que hacen parte de la institución. Pues Fundamor no solo es una fundación social, es una institución con un espíritu de servicio a otros, en el encuentro con el amor y para encontrarse con el amor hay que encontrarse a si mismo, en una búsqueda interior, esto es espiritualidad desde cualquier modo que se quiera mirar, en cualquier religión, no importa que religión practique o no importa que no se tenga religión.

La fundación Dar Amor “Fundamor”, no es un centro hospitalario ni una institución que vende servicios de salud, Fundamor es la “casa hogar”, la familia de estos niños y niñas. La fundación brinda un servicio desinteresado que no busca contraprestaciones, ni espera recompensa material alguna. Los miembros de la fundación renuncian a los propios intereses, brindándose la oportunidad de encontrar a Jesucristo a través de estos hermanos heridos por el sufrimiento.

Fundamor no es una obra social cualquiera, es una obra que trabaja en la recuperación de la dignidad humana y en la transformación del ser, a través de un trabajo espiritual para la formación de una nueva humanidad.

Cuando Fundamor comienza, lo hizo de la nada y ha ido creciendo en la medida del esfuerzo y la cooperación de muchas personas, empresas e instituciones. Se convierte en una obra que ha impactado a muchos seres, algunos de los cuales se han servido de la institución de manera directa (7400 usuarios) y otros de manera indirecta entre empleados, estudiantes en práctica y comunidad en general (693.000 personas).

Fundamor a lo largo de estos doce años de historia ha ido aprendiendo de sus propias

vivencias: del transito con enfermos terminales en el estudio de la muerte, esa etapa tan dura de ver morir a personas: de abrazar enfermos llenos de llagas: de estudiar la muerte como parte de la vida: de ver que en realidad no existe la muerte y ser diestros en ella para liberar el miedo que existe en las personas de culminar esta etapa de sus vidas.

A su vez, Fundamor hoy en día cumple una misión con los niñ@s que se encuentran albergados en ella. Estos infantes reciben una asistencia integral, se colabora con sus padres y sus familiares, así como también se asume la reconstrucción de la familia como foco principal en la educación del ser.

El principal interés de Fundamor es el ser humano como tal, su crecimiento y su encuentro con los valores, pues la fundación es un lugar de conciencia donde se rescatan los valores que se han perdido, y es un lugar de sanación pero no solamente del cuerpo físico sino del alma.

Fundamor poco a poco ha generado credibilidad, ha desarrollado un modelo propio de autosostenibilidad y de transformación humana, que ofrece a una sociedad que esta en crisis la oportunidad de servir voluntariamente, ser generosa y compartir.

Entonces, lo verdaderamente real que se ha construido en la obra de Fundamor esta en el interior de cada persona que ha hecho un transito por la institución. La obra de Fundamor funciona en este sentido, generando logros en el camino espiritual, en la medida que su interior esta impregnado por la guía y la filosofía de un corazón bueno y que se abre en testimonio de la vida, de esa misión.

Fundamor en estos 12 años ha mantenido una dinámica de transformación y ha intentado hacer lo que se ha propuesto, sin perder su razón de ser. Se puede decir que la Fundación Dar Amor "Fundamor" es un proyecto hecho no desde la razón, sino desde lo que Dios brinda en cada momento, como opción de aprendizaje.

La historia de la fundación es una suma de realizaciones, frutos del esfuerzo de todos los que han aportado su compromiso en este devenir, labrando su propio camino, no

dependiendo de nada y buscando perfeccionamiento con constancia.

5.7. RESEÑA HISTÓRICA

Fundamor es un milagro de amor, es una historia de amor que ha ido haciendo camino al andar.

La fundación dar amor “Fundamor” ha ido cumpliendo etapas, son ya doce años en los cuales se ha logrado realizar un sueño inspirado en ayudar a las personas que conviven y han convivido con el VIH.

En 1992 la Fundación Dar Amor “Fundamor” nace de la expectativa de un grupo de 184 personas y empresas de la ciudad, preocupadas por el bienestar de seres afectados por el VIH/SIDA, por la violencia, el maltrato, el abandono y el abuso a la población infantil, víctimas inocentes de una guerra generalizada.

En diciembre del mismo año, se obtuvo la personería jurídica y se adquirió la casa del barrio San Antonio, la cual se convertiría desde 1993 en el hogar de personas terminales del SIDA. El objetivo principal, en ese momento, era brindar atención integral a personas que estaban en la última etapa de esta terrible enfermedad.

Al pasar del tiempo Fundamor vio la necesidad de implementar programas y estrategias de autofinanciamiento con el fin de obtener recursos que contribuyeran a consolidar la misión de Fundamor.

Fue así como en el año 1995 se fundo el taller de terapia ocupacional; este programa busco brindar oportunidad de empleo a portadores sintomáticos y asintomáticos del VIH.

Fundamor durante este proceso se encontró con la realidad de niños y niñas VIH que se encontraban desprotegidos a causa de la muerte de sus padres portadores, en vista de esto se crea un programa para niños y niñas cero positivo y posteriormente la fundación firma un contrato con ICBF (Instituto Colombiano del Bienestar familiar) en 1996. Así mismo comienza a recibir los menores que llegaban con sus padres en busca de apoyo durante el

proceso de la enfermedad, con esto se crea la casa hogar en la ciudad de Cali para albergar y atender niños y niñas cero positivos. Ellos requieren de una atención especial e integral medica, psicológica, nutricional, odontológica, educativa y recreativa; pero básicamente brindando el complemento esencial para su bienestar: “AMOR”, el cual estos infantes podrán encontrar en su actual hogar Fundamor.

En este mismo año, nace el programa del almacencito cuyo objetivo principal es generar una fuente de ingresos propios para la fundación, aunque no muy alta pero significativa para continuar luchando por este sueño.

Además de los programas ya mencionados, también se institucionalizo el programa de prevención y orientación en VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual, ETS, el cual esta enfocado a sensibilizar y crear conciencia en las personas, a partir del “amor por si mismos” y “los valores”.

A partir del año 1998 se realiza el sueño de amor que le permitió a la Fundación disponer de un hogar con ambiente propicio para la sanación de personas que conviven con la enfermedad del VIH/SIDA, cáncer o sufre por ser victimas de la violencia y el abandono.

Este es un lugar de naturaleza, armonía, color, luz, amor y paz donde el ser humano tiene la oportunidad de encontrarse consigo mismo y con su superación.

En julio de 1998 se firma un convenio institucional entre Fundamor y la “Fundación Joaquina Sardi La Viga”, por medio del cual se entrega en comodato las instalaciones de la casa de recuperación la Viga, Pance, ubicada a 40 minutos del centro del Cali.

Esta sede campestre cuenta con un área construida de 4600 m² con amplias zonas verdes y cómodas instalaciones, ambiente propicio para la recuperación de estos niños y niñas.

Un año mas tarde, finaliza el programa de atención integral a los adultos con VIH/SIDA y se orientan todos los esfuerzos hacia el albergue de niños y niñas.

Este mismo año, se comienza el programa de la granja orgánica de la institución, la cual

busca generar una producción alternativa de alimentos orgánicos y contribuir al auto sostenimiento; además de otras funciones como la producción de una alimentación sana, capacitación de jóvenes etc.

En el año 2000 se inicia un programa para la protección y atención de niños y niñas desprotegidos y afectados por la violencia, con el propósito de ofrecerles hogar, alimentación sana, educación formal, apoyo psicológico, atención medica integral y odontología.

A su vez, en este año se da comienzo al proyecto educativo relacionado directamente con el crecimiento personal de los niños y niñas de la institución, el cual se ha fortalecido con el apoyo de jardines infantiles expertos en educación preescolar y con vinculación directa de docentes en esta área de la educación, y de la vinculación de los menores a una educación formal dentro de una institución educativa.

En noviembre del año 2000, se da inicio a la estructuración del taller de confecciones y al comenzar el 2001 continúa fortaleciéndose, en su actividad, la cual se encuentra diseñada para generar recursos destinados a la reinversión social de la institución, y así apoyar los programas pertinentes a los niños y niñas que viven en la Fundamor.

En este camino para la autosostenibilidad, la fundación ha desarrollado varias estrategias como lo son: el almacén, el taller de confecciones, el programa de reciclaje, las tarjetas de navidad, los bonos por la vida, la granja orgánica, los dispensadores de galletas y eventos como un bingo y el día de la galletita.

En los años por venir la familia de Fundamor continúa y continuara trabajando arduamente, para que los niños y niñas albergados en esta institución encuentren en ella un hogar y una mano amiga que los ayude a mantener y mejorar su calidad de vida.

También continuaran sus esfuerzos para mantener y fortalecer los programas de prevención, y el de familia con el cual pretende ayudar al reingreso de los menores en un núcleo familiar.

5.8. POBLACIÓN ATENDIDA

De acuerdo a la filosofía propia de Fundamor y su programa de protección y atención integral, la institución tiene abiertas las puertas para recibir a niños y niñas desde pocos días de nacidos y hasta los 13 años de edad. Ellos suelen estar en alto riesgo socioeconómico (escasez de recursos para suplir las necesidades básicas), convivir con el virus del VIH/SIDA (convivir con mas personas portadoras), no contar con un círculo familiar estable, y vulnerados en sus derechos como consecuencia de la enfermedad que padecen.

Así mismo, la institución acoge a los infantes desprotegidos por la violencia, en su programa de protección y atención integral hasta los 6 años de edad. L@s niñ@s deben ser de escasos recursos, victimas del abandono o desplazados por la violencia, que se les estén vulnerando sus derechos por diferentes circunstancias y que requieran de protección, amor y afecto, condiciones de las que se les han privado.

6. METODOLOGÍA

6.1. ESTUDIO DE CASO

En un estudio de caso, o monografía, se estudia sólo un objeto o un caso; como consecuencia, los resultados que se obtendrán serán ciertos sólo en ese caso; es por lo que puede considerarse que los resultados no serán muy útiles, ya que no pueden ser aplicados de forma inmediata a otros casos. En ocasiones se hacen y la razón para ello es que el objeto es tan complicado que el investigador debe centrar todas sus energías en su estudio para revelar sus múltiples atributos y relaciones.

6.2. ESTUDIO DE UN CASO

Se realizó un trabajo investigativo tipo estudio de caso en la Fundación Dar Amor “Fundamor”, en la ciudad de Santiago de Cali (Valle del cauca), que permite contribuir a la creación de una base bibliografía en la cual podemos encontrar parámetros que son un medio para poder identificar cuales puedan ser las dificultades motrices que se pueden presentar en niños cero positivos.

Este estudio, estuvo dividido en varias etapas: en un primer momento, se dio el acercamiento con la institución, el cual se hizo posible desde la asignatura practica profesional a cargo de la docente Cecilia Ortiz, donde se expuso por parte de un egresado de la universidad la necesidad que tiene la Fundación Dar Amor “Fundamor” en la parte de desarrollo psicomotriz de los menores. A partir de esto se realizaron las primeras visitas a la institución y se recibió por parte de la misma la inducción respectiva.

En un segundo momento se presentó el acercamiento con la menor en donde primero se busco crear empatia, para poder así posteriormente evaluar las condiciones motoras en que se encontraba, para, a partir de ellas, poder seguir con la siguiente etapa en el cual se realiza la intervención con la menor a tratar.

6.3. DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente: una menor de cuatro años de edad al inicio del proceso (termina con 5 años), con diagnostico: VIH y Paraparecia espastica⁴ incipiente.

⁴Enfermedad neuronal causada por un retrovirus (HTLV-1, perteneciente a la familia del VIH); que ocasiona disminución paulatina en la fuerza muscular de los miembros inferiores, sin comprometer de la sensibilidad de los mismo.

La menor fue entregada al cuidado de la fundación el 2 de mayo de 2003 a la edad de 2 años, en ese entonces a la menor se le observa la dificultad que presentaba para caminar (no caminaba) y comenzó a hacerlo en la fundación con ayuda de una silla, también presentaba un retraso psicomotor y del lenguaje⁵.

Asistió a la fundación Ideal⁶ para mejorar el desarrollo psicomotriz en la cual realizo varias sesiones de terapia, las cuales fueron interrumpidas al realizar el cambio de la potestad de la menor (esto fue realizado en un corto tiempo cuando estuvo con la madre sustituta).

En la primera sesión, el 12 de marzo del año 2004, me encontré con una pequeña con las siguientes características físicas; caucásica de ojos azules y cabello castaño y liso, muy callada, esquivia y un poco mal humorada.

En cuanto a sus cualidades motrices pude observar que la menor presentaba rigidez y tensión muscular, en especial en sus extremidades inferiores, también poco tono muscular; en cuanto a su manejo postural, como consecuencia de su patología (pararperesia) su posición no era la adecuada; presentaba una posición cifotica con

⁵ Información tomada de la historia clínica y psicológica que tienen de la menor en Fundamor.

⁶ Esto lo realizo siendo aun bebe, no se tiene la fecha exacta, solo se sabe que fue antes de estar en Fundamor.

hombros protuidos con la mirada en un punto fijo al suelo, cuando se sienta lo hace sobre los talones en posición cifótica con hombros redondeados; es poco estable en posición bípeda; al momento de realizar la marcha la menor trataba de mantenerse en pie el mayor tiempo posible, por eso se valía de las paredes u objetos que le pudieran servirle de apoyo para desplazarse, al observarse el pie, ella no realizaba el apoyo adecuado de la superficie plantar, además de no tener puente (arco plantar); como consecuencia de este deficiente apoyo presentaba poca movilidad el tobillo (se le dificultaba la rotación de esta articulación), mostraba muy buena extensión y poca flexión, esto debido a que la mayoría de las veces ella pareciera andar de puntitas y no apoyaba el talón, lo que suponía incidía en que no relajara los dedos del pie, y por ello se le dificultaba su estabilidad y equilibrio.

6.3.1. EXAMEN PSICOMOTOR

Para poder determinar cuáles eran las necesidades psicomotrices que presentaba la menor, le realicé un examen psicomotriz⁷ que tuviera en cuenta determinadas pruebas; que pudieran evaluar sus posibilidades motrices, neuromotrices y perceptivo motrices; las pruebas elegidas estaban destinadas a observar las siguientes conductas:

⁷ Ver Anexo 1, protocolos.

1. Coordinación visomanual
2. Coordinación dinámica
3. Control postural: equilibrio
4. Organización perceptiva
5. Lenguaje

En el caso de la menor, la cual tenía una edad cronológica de 4 años, y que presentaba dificultades psicomotrices, que le impedían desenvolverse satisfactoriamente en su entorno; los resultados fueron los siguientes:

1. Coordinación visomanual:

Comprendida como la coordinación de los movimientos de las manos orientados con la visión (*ojos*). La menor demuestra gran habilidad y eficacia al realizar las pruebas (*estas se realizaron estando sentada la menor ya que no podía mantenerse en pie*), obtuvo resultados positivos en las pruebas, con referencia a su edad.

Edad	Prueba	Resultado
2 años	Coger el pincel y llevarlo hacia la pintura correctamente	Si
2 años 6 meses	Lo mismo, pero realizarlo y dirigirlo hacia el papel cuando se le indique (sin jugar con el)	Si
3 años	Lanzar hacia otra persona a dos manos he intentar	Si

	recibirla.	
4 años	Lanzar hacia arriba a dos manos y seguir el objeto y recibirlo.	si
5 años	Realizar un nudo simple con el lazo	no

2. Coordinación dinámica:

Interpretándola como la habilidad del individuo de ordenar patrones de movimiento que le permitan la ejecución de una tarea motriz. En este caso la menor no logra efectuar las pruebas que le exigen un mayor control de sus movimientos.

Edad	Prueba	Resultado
2 años	Subir y bajar, con apoyo, en un banco (banco situado al lado de una pared).	si
2 años 6 meses	Con los pies juntos saltar hacia delante simultáneamente con los dos pies juntos.	no
3 años	Con pies juntos saltar por encima de una cuerda extendida en el suelo	no
4 años	Dar saltitos sobre el mismo lugar con las dos piernas ligeramente flexionadas, y despegar simultáneamente.	no

3. Control postural: equilibrio;

Sabemos que esta habilidad, depende de la capacidad de cuerpo de mantener la igualdad de las fuerzan (*masa corporal vs gravedad*). La niña

presenta oscilaciones con hombros contraídos, ansiedad inestabilidad (se cae) y descontrol corporal.

Edad	Prueba	Resultado
2 años	Mantenerse de pie sobre un banco sin apoyo	no
2 años 6 meses	Mantenerse inmóvil sobre la viga, (sin apoyos)	no
3 años	Mantener el equilibrio con un solo pie de apoyo	no
4 años	Realizar la paloma, un solo pie de apoyo, llevar esotro a tras extendido, llevar el tronco hacia delante con los brazos abiertos.	no

4. Organización perceptiva⁸;

Interpretándola como la capacidad de “ser humano” de reconocer y percibir (*el mundo*) por medio de los sentidos. La niña demostró un desempeño proporcionado para su edad, además de gran interés por este tipo de actividades.

Edad	Prueba	Resultado
2 años	Encestar pelotas en una cesta.	si
2 años 6 meses	Mismo ejercicio, pero a mayor distancia.	si

⁸ Ver anexo 2, fotos del material utilizado.

3 años	Con un juguete didáctico de figuras geométricas, en el cual tiene 3 intentos para insertar cada una de las 3 figuras.	si
4 años	Mismo ejercicio, pero con 6 figuras.	si

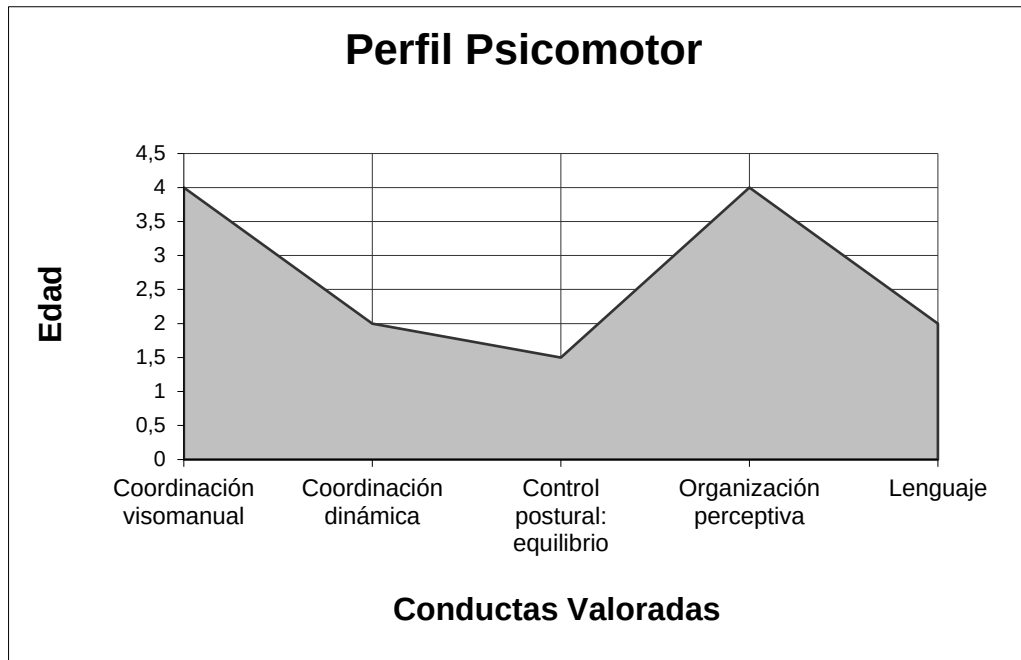
5. Lenguaje:

Es la faculta que poseemos de expresar y comunicar lo que pensamos y sentimos a los demás. En la niña pude encontrar que no posee gran habilidad de expresión verbal, pero se desenvuelve con destreza de forma gestual, posibilitando de algún modo la interacción con su entorno.

Edad	Prueba	Resultado
2 años	Lenguaje espontáneo, en frases de 2 palabras.	si
2 años 6 meses	Hacer que repita frases mas elaboradas de 4 a 5 palabras.	no
3 años	Hacer que repita frases mas elaboradas de 6 a 7 palabras.	no
4 años	Repetición de frases, más elaboradas, escondiendo una de varias que se le repiten escogiendo alguna y diciéndola sin errores.	no

Para una mejor interpretación de los datos obtenidos del examen psicomotor y para una mejor comprensión de los mismos fue conveniente realizar un perfil psicomotor

(*grafico*), y así identificar las deficiencias de la menor.



Observando los resultados del examen psicomotor, se puede decir; que la menor presentaba grandes carencias en su control corporal y equilibrio, seguido de una carencia en su coordinación dinámica, y una producción verbal pobre para una niña de su edad.

Mirando un poco mas allá la situación de la menor, y preguntado a la coordinadora del área de niñ@s de la fundación, si tenía información de cómo habrían sido los 2 primeros años de vida de la menor (*entorno social*), me contó que la menor había estado en un hogar sustituto en donde atendían a niñ@s con síndrome de down, lo

que también constituye un precedente para el retraso que la menor presenta a nivel psicomotriz y del lenguaje; teniendo en cuenta que los menores con síndrome de down tienen patrones de desarrollo motriz diferentes, encontramos así que la menor no tenía precedentes apropiados de aprendizaje motriz por imitación.

6.4. PLAN DE INTERVENCIÓN

Inicialmente procuré conocer el carácter y disponibilidad de la menor, con el fin de saber cómo podría obtener la mejor disposición para realizar cada actividad; conforme fue evolucionado fui reuniendo información teórica del virus del VIH en niños como del problema motor, le realice una evaluación (*observación a partir de habilidades motrices que le pedí a la menor realizar*), los instrumentos utilizados fueron, un espacio adecuado (*en espacio e iluminación*) en el cual se realizaron las actividades; un lazo que sirvió para delimitar un lugar del otro para que ella tuviera un referente al momento de realizar un salto largo (*como obstáculo para pasar*), una canasta con pelotas pequeñas que se utilizaron para medir precisión el momento de realizar lanzamientos además de la dificultad que le suponía realizar la tarea motriz, para la observación del equilibrio le solicité que se parara y se quedara totalmente quieta y así tomar el tiempo que podía estar de pie sin ningún apoyo, también la pedí que caminara para observar mas detenida mente la mecánica de su marcha al solicitarle que gateará no presentaba gran dificultad al coordinar el pie

con la mano pero si se le dificultaba mantener la cabeza en alto ; por otra parte también utilicé una balanza y un metro para llevar un control en su desarrollo físico y compararlo con la norma de crecimiento y desarrollo para una niña de su edad.

El registro de esta observación me dio como resultado, primero, que se encontraba dentro de los parámetros de crecimiento y desarrollo para una niña de su edad, en pocas palabras tenía un peso y estatura adecuados dentro de las medidas de crecimiento y desarrollo establecidos.

Segundo, que dependiendo de la dificultad de la tarea y de lo fraccionada que sea ella solicita o no ayuda, se muestra dispuesta o reacia a realizarla, en cuanto a las actividades física realizadas los resultados me enseñaron que el acervo motor de la menor es deficiente porque en su posición bípeda sea correcta o incorrecta, no satisfacía con la meta final de la posición de pie que es mantener las extremidades superiores libres para alcanzar un objeto o realizar otra actividad; ya que solo podía mantenerse en dicha posición alrededor de 10/seg. luego caía o necesitaba de algún apoyo externo; al de gatear lo hacia con soltura pero con la dificultad que señalé anteriormente (*además de bajar la cabeza*), la dificultad aparecía cuando a esta actividad se le agrega un implemento adicional como un balón y se le pide lo desplace, esto le dificulta el movimiento debido a que su mirada no siempre esta al frente, y coordinar con una extremidad menos se vuelve un reto difícil de alcanzar, ya que la tarea posee ya dos actividades que le demanda igual de atención y como

resultado de no poder realizar algo se irrita (consecuencia de un sentimiento de frustración⁹).

Por otra parte la realización de saltos la anima muchísimo es una actividad que la atrae con fuerza, ella realiza un buen salto vertical, pero no tiene estabilidad en el aterrizaje debido al incorrecto apoyo de los pies, por ende si no es auxiliada o ayudada a realizar la actividad, tiende a caerse; al solicitarle saltar hacia el frente se muestra como indecisa, me dio la impresión de que sabría de antemano que no lograría sobrepasar la línea trazada por el lazo, y creo que este ejercicio en especial se le dificultó mas que la mayoría debido a su posición cifotica, que en gran parte le dificulta el desplazamiento del centro de gravedad.

Así pues al realizar el ejercicio de precisión y lanzamientos, la menor se mostró muy dispuesta y sonriente aunque casi no hablaba, casi en todos los lanzamientos se desestabilizaba y caía ya que los hizo en posición bípeda pero aun así no desistía ya que en la mayoría de los lanzamientos lograba meterla a la canasta, vale la pena aclarar que estos lanzamientos se realizaron a una distancia razonable, para mantener a la pequeña motivada, cuando le solicité que realizara los lanzamientos estando sentada, no fueron tan efectivos, a causa de no tener el impulso de sus miembros inferiores, por lo cual vale la pena señalar que la menor había

⁹ Confirmado por informe psicológico en la fundación.

desarrollado algo de fuerza en sus miembros inferiores.

Por último, al ejecutar la marcha pude notar que la pequeña siempre tenía la articulación de la rodilla semiflexionada, acompañada de una posición cifótica en la espalda con los hombros protuidos, al realizar el apoyo del pie solo apoyaba la parte anterior de la planta además del arrastre de los dedos del pie, así mismo que junta las rodillas al caminar y hace eversión de los pies.

En otro sentido la menor no tenía control de sus esfínteres lo cual puede dificultar en gran medida la socialización con los demás niños, este retraso pudo tener como origen, la separación de la madre sustituta ya que la nombra constantemente; con esto cree lograr mayor atención de los demás sobre ella, así mismo pretende mantener con esto el control de su entorno¹⁰.

6.4.1. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Este programa de intervención, fue iniciado justo después de realizada la evaluación, la cual tuvo como base la observación de un conjunto de tareas motrices; durante el desarrollo de este proceso mantuve una metodología de

¹⁰ Conclusiones tomadas después de unas charlas con practicantes de psicología de la Universidad del Vallen, con las cuales se comentó el caso y en particular esta situación, teniendo como resultado estas disertaciones.

trabajo, con la menor, la cual se basó en un modelo de enseñanza – aprendizaje inductivo, ya que un niño@ pequeño aprende por imitación, de esta manera se reconoce como el menor asume modelos a partir de observación de patrones, movimientos, formas, conductas; las cuales va acoplando a su cotidianidad.

Para la habituación de una conducta se hace necesario una presentación sistemática de la misma, por esto se le proporcionó a la menor un espacio de 2 horas semanales, en el que se le brindó un acercamiento con su movimiento, su propio cuerpo permitiéndole reconocerlo y vivenciarlo, para con esto mejorar la limitante ocasionada por la enfermedad.

Después del diagnóstico inicial, estructuré la intervención en los siguientes ejes del ámbito de la psicomotricidad:

- ❖ Control postural y equilibrio;
- ❖ Coordinación;
- ❖ Esquema corporal, (conocimiento y dominio del cuerpo);
- ❖ Habilidad motora.

Control postural y equilibrio:

Al planificar las actividades y ejercicios, se es consciente de que el equilibrio o

control corporal es uno de los más importantes elementos que constituyen el esquema corporal, y que está basado en las experiencias sensomotrices del niño; por ende lo consideré uno de los parámetros más importantes a desarrollar, total que, sin un buen desarrollo del equilibrio no podríamos tener una buena mecánica de la marcha, ni estimular el desarrollo del esquema corporal; por esto es clave en este proceso cimentar unas buenas y adecuadas bases en el desarrollo del equilibrio para poder, iniciar y crear modificaciones en los patrones del movimiento, y así lograr, que la menor adquiriera paulatinamente unos adecuados hábitos posturales.

Por esto se escogieron algunas actividades y ejercicios que se adecuaran, a las necesidades concretas de la menor, teniendo en cuenta sus necesidades y dificultades.

❖ **Objetivos:**

Corto plazo: Estimular las reacciones de enderezamiento y equilibrio.

Mediano plazo: Inhibir los patrones de postura refleja anormal.

Largo plazo: Controlar el tono muscular, por lo que se deben realizar movimientos terapéuticos y ejercicios, para poder mejorar el control del cuerpo.

Ejercicios:

- ❖ Caminar en la barra de equilibrio, de frente y de lado, atrás y adelante; este ejercicio se desarrolla en una barra de equilibrio, de un material blando pero firme y de colores llamativos; con este ejercicio se buscaba no solo mejorar su estabilidad y equilibrio, sino que le ayudaba a mirar y mejorar la mecánica de su caminar, para mantener el interés de la menor en la actividad, se le cantaba una canción infantil (*con dos intenciones, primero mantener la atención de la menor y segunda para ayudarle a enriquecer su vocabulario*), o le pedía que contáramos los pasos que daba durante el recorrido en la viga, por cada recorrido una cuenta nueva, intercalando la dirección, o sea, una de frente, la otra de lado, luego hacia atrás, y todo de nuevo hasta hacer las repeticiones de la sesión.

- ❖ En posición de pie, jugar con bomba o pelota, manteniendo la postura bípeda el mayor tiempo posible; con esto se estimula no solo el equilibrio sino también la coordinación oculo – manual, y la coordinación de los movimientos; para mantener libre las manos debe hacer el correcto apoyo de pie, para que pueda mantener la estabilidad de su cuerpo sin necesidad apoyarse de algún objeto, además de ser un actividad muy entretenida para la niña en la cual se concentra con facilidad y no necesita de un estímulo extra para que lo realice.

- ❖ Subir y bajar una rampa, la cual estaba ubicada al lado de una pared para servirle de apoyo al subir, esto lo realizaba subiendo de espalda, de frente, y bajando de espalda y de frente, lo cual ayudaba no solo en su equilibrio por ser una superficie irregular, sino que al realizar la actividad hacia atrás, le ayudaba a sentir el apoyo del talón, esta actividad la siente como si fuera un reto, le anima mucho el realizarla, y cuando se ubica la rampa a un lado de la pared donde ella se podía apoyar solicitaba realizarla ella sola, y al bajar se le estimulaba con un abrazo y diciéndole lo bien que lo realizo, también había que recordarle que debe hacer el apoyo completo del pie y no solo apoyar la puntas.

- ❖ Andar de talones; en esta actividad requería ayuda, a la menor se le debía dar la mano para poder caminar sola en talones, y se realizaba tanto hacia delante como hacia atrás, se le dificultaba en gran medida hacerlo hacia el frente, puesto que el apoyo inicial del pie es de puntillas, por ello esta actividad se le dificultaba y la irritaba ya que decía no poder realizarla, se le debía incentivar para convencerla que la llevara acabo, no solo se le debía explicar porque es, sino que también hay que demostrárselo, e incentivarla con un abrazo o con palabras de aliento que procuraran una actividad libre de tensiones; para estas actividades, es mejor no presionarla demasiado para que la realice ya que es temperamental.

- ❖ Subir y bajar de un banco; el objeto se ubicaba cerca de una pared para que tuviera un apoyo, también se puede realizar en unas escaleras las cuales resultarían mas entretenidas para una niña pequeña ya que esto significa desplazarse hacia otro lugar, en esta actividad se nombraban los pies izquierdo o el derecho, para ayudarla en la diferenciación, de las partes del cuerpo y de cómo se llaman.

Intensidad:

La realización de estas actividades y sus repeticiones dependían del estado de ánimo de la menor, ya que su comportamiento es muy temperamental; se debía realizar a un ritmo moderado ejecutando pocas repeticiones seguidas para mantener la atención de la menor dentro del proceso.

Coordinación:

El trabajo de coordinación se basó mas que nada en lograr incentivar la correcta ejecución de los movimientos “naturales” del cuerpo como lo es la ejecución de la marcha; utilizando actividades que le fortalezcan su acerbo motor, teniendo presente que la coordinación es la base de un movimiento armonioso, y que con estas actividades se deben fortalecer las destrezas para la correcta ejecución de la acción motora.

❖ **Objetivo:**

Corto plazo: Mejorar control central de cuerpo.

Mediano plazo: Estimular la correcta ejecución de las acciones motrices.

Largo plazo: Favorecer los patrones integrales del movimiento.

Ejercicios:

- ❖ Acostada subir y bajar las piernas sin que se flexionaran las rodillas; este ejercicio en la menor presenta un grado de dificultad ya que tendía a elevar la cadera, por esto se debía ir aumentando paulatinamente la altura en la que se elevaban sus extremidades inferiores, este ejercicio era asistido, por que la menor no poseía la suficiente fuerza, ni la coordinación en sus miembros inferiores para elevarlos por si sola, esta actividad le resultaba molesta así que como estrategia al realizarla le canto una ronda infantil y le pedía que la repitiera conmigo, y se realizaban las repeticiones que alcanzarán durante la interpretación de la canción o también podía hacer con el alfabeto.
- ❖ Caminar en la pared, esta actividad se basaba en ejecutar el correcto apoyo de la planta del pie; estando acostada la menor en la colchoneta, se le explicaba como es el apoyo del pie al momento de hacer contacto con la superficie del suelo, y como primero va uno y luego el otro ligeramente

adelantado, después se le pedía que estando allí acostada lo realizara para que ella lo pudiera observar claramente, como es que sus pies se mueven, y que ella asimilara de cómo es la ejecución correcta del caminar, en esta actividad contaba cuantos pasos alcanzaba a dar hacia arriba y de regreso; siempre mirando que coordine con precisión el apoyo adecuado del pie y que este movimiento se pudiera ejecutar armoniosamente.

- ❖ Acostada, extendía una pierna y llevaba la otra flexionada, (*con rodilla al pecho*); y luego ambas rodillas al pecho; este ejercicio se realizaba en una colchoneta y mientras lo hacia la menor iba repitiendo las letras del alfabeto (*para mantener la atención y concentración de la menor*) ; cuando se realizaba alternando, es decir primero sube una pierna y luego la otra, a la menor se le dificultaba, un poco el coordinar este movimiento, además también se procuraba mantener los pies en un ángulo de noventa grados y no hiper-extendidos como es su posición habitual; cuando se realizaban las dos piernas al mismo tiempo se hacía necesario evitar que la menor realizará una elevación de su cadera; por eso este ejercicio se debía ejecutar muy despacio.

Volumen:

Estas actividades de coordinación debían realizar con un mínimo de 5 repeticiones; Vale la pena aclarar que la coordinación permite al ser humano

tener patrones de movimiento más fluidos.

Esto se realizaba con una secuencia moderada, con repeticiones intercaladas, con rondas para que fuera más divertido de realizar para la niña.

Esquema corporal, (conocimiento y dominio del cuerpo).

Reconociendo en la menor un esquema corporal frágil¹¹ en el cual las posturas no estaban bien definidas, impidiendo que ejecutara otros movimientos, además presentaba un estado de negación al conocimiento del cuerpo¹², Ej.: al llamar papá o mamá a sus pies durante alguna actividad; durante el proceso traté de brindarle a la menor experiencias y vivencias que fomentaran y fortalecieran los buenos hábitos posturales, promoviendo la toma de conocimiento de su cuerpo.

❖ **Objetivo:**

Corto plazo: Estimular inicialmente la sensibilización de los movimientos de su cuerpo.

Mediano plazo: Facilitar cambios de posición, y posturas adecuada.

¹¹ Conocimiento adquirido gracias al examen psicomotriz.

¹² Interpretación, concluida después de discernir con una estudiante de psicología de Univalle, lo curioso del que la menor a esa edad le llamara mamá y papá a sus pies.

Largo plazo: Promover las experiencias que estimulen el reconocimiento del cuerpo y él “yo” como parte de el, en relación al medio, en el cual se desenvuelve.

Ejercicios:

- ❖ Actividades frente al espejo (reconocimiento del “yo” y del cuerpo); estas actividades se desarrollaron frente a un espejo en el cual la menor se pudiera observar de cuerpo entero, primero se le mostraba a la menor las diferentes partes del cuerpo llamándolas por su nombre Ej.: nariz, boca, ojos, etc.; luego se le pedía a la menor señalarlas en el espejo y decir como se llamaban, después señalarlas en su cuerpo, diferenciándolas y llamándolas por el nombre que les corresponde.
- ❖ Trabajo con la sombra al aire libre; estando al aire libre se le pedía a la menor que identifique su sombra en el suelo, y que intente pisarla, sin dejarse caer; esto estimula el equilibrio y el conocimiento del cuerpo, y sus posibilidades de movimiento.
- ❖ Tarea de observación del movimiento, entre ella y los otros (comparación); en esta actividad, la menor observaba a sus compañeros y adultos realizar actividades como el caminar, lo cual le ayudaba a crear una imagen de como

se ve el proceso de la marcha, logrando así que la menor cree modelos del movimiento y empiece a ver que es lo adecuado, auto corrigiéndose y procurando modificar sus patrones de movimiento.

Intensidad:

Cuando inicio el proceso se realizaba las actividades al comienzo, en la mitad y al final, a medida que el proceso avanzaba se realizaron solo actividades al inicio y al terminar la sesión, por medio de estas actividades se buscaba estimular y afianzar los procesos intermedios.

Habilidad motora:

Para poder realizar cualquier movimiento, es indispensable que la menor desarrollara habilidades que le permitiera ejecutar una tarea motriz; y contribuyan a la formación de destrezas para la correcta ejecución de la acción, que estimulen y desarrollen los esquemas integrales del movimiento.

❖ *Objetivo:*

Corto plazo: Enriquecer los patrones del movimiento (caminar, correr, saltar, etc.).

Mediano plazo: Estimular la formación de destrezas para la correcta ejecución de la acción motora.

Largo plazo: Fortalecer las destrezas para la correcta ejecución de las tareas motoras.

Ejercicios:

- ❖ Estira rodilla y flexiona el pie; en posición de pie realizaba planti flexión, esto con el fin de que la menor recuperara un poco la flexibilidad del tobillo, ya que por su mal apoyo¹³ de pie al andar casi de punta, esta articulación se ve afectada, también se podía realizar la actividad en la colchoneta recostada, y para mantener ambos pies en planti flexión podemos utilizar un libro el cual nos sirve de soporte para ambas extremidades.
- ❖ Realizar lanzamientos, con las manos, en posición de pie y sentada; con estos ejercicios se estimulaban la coordinación oculo manual, y el equilibrio motivando a la menor en la realización de nuevas actividades que enriquecieran su patrón motriz.

¹³ Este mal apoyo pudiera ser por diversos factores como lo es la paraparesia a demás que la menor tiene pie plano, se podría general muchas hipótesis alrededor de esta dificultad teniendo en cuenta su diagnostico.

- ❖ Jugar al gol con una pelota suave, es como jugar fútbol entre dos, con esta actividad se buscaba estimular y mejorar la coordinación oculo pedica, y así preparar el cuerpo para la realización de nuevos patrones de movimiento que, creen bases para realizar nuevas tareas motrices.
- ❖ Hacer la posición de garza (con rodilla al frente), elevando una pierna y sostener por uno segundos; esta actividad fortalecía el control del cuerpo y el equilibrio además de fortalecer las articulaciones de la cadera y rodilla, para que mas adelante la menor pudiera realizar otras tareas motoras y de coordinación como lo son los ejercicios del títere y el caballito, que requieren de gran habilidad, coordinación y destrezas motrices.
- ❖ Realizar por secciones el proceso de la marcha y después unirla paulatinamente; ejecutan ejercicios que dividieran en varias etapas la marcha, ej: como lo es caminar en puntas, luego en talón, coordinar el movimiento de brazos; después de esto explicarle que el pie realiza en diferentes momentos el apoyo, primero apoya el talón, luego la parte del puente y por ultimo la punta del pie, después de realizarle una demostración se le pide a la menor que ejecute estos apoyos y de un par de pasos, esta actividad se estimula con un abrazo y palabras de aliento(*felicidades, muy bien que bien lo haces...*) al terminar el recorrido.

Estiramientos:

- ❖ Sentada en el suelo juntar las piernas e intentar tocar la punta de los pies, en esta actividad la menor, presentaba dificultad para realizar el ejercicio sin flexionar las rodillas y mantener la planti flexión del pie, pero paulatinamente ella fue avanzando, y relajando más los músculos de la espalda, logrando así mayor flexibilidad en la ejecución de la actividad.
- ❖ Estiramiento del cuádriceps, estando de pie la menor flexiona la rodilla y lleva el pie atrás, intentando tocar el glúteo con el talón, esta actividad además de estirar estos músculos ayuda a mejorar en la menor, su equilibrio.
- ❖ Hacer la mariposa, sentada, flexionar rodillas y juntar las plantas de los pies, luego tratar de tocar con las rodillas el suelo; con esta actividad no solo se mejora la flexibilidad, sino que también se estimula el fortalecimiento de la articulación de la cadera, la cual pierde un poco la estabilidad en la realización de otras actividades.

Intensidad:

Estas actividades fueron realizadas al finalizar la sesión, tratando de no producirle demasiado estrés a la menor al pedirle y exigirle realizar algunos de las ejercicios por tal razón cada que hay un nueva actividad se le explica a la

niña para qué es y cómo se realiza, demostrándole como se hace esta actividad y recordándole que todo es para que ella pueda desenvolverse mejor.

Recursos:

Durante este proceso fueron necesario los siguientes:

Humanos: personal de la Fundación

- ❖ Directivas
- ❖ Psicóloga
- ❖ Coordinadora del área de niños y niñas
- ❖ Profesoras

Técnicos¹⁴:

- ❖ Salón
- ❖ Zonas verdes
- ❖ Corredores
- ❖ Consultorio

Logísticos¹⁵:

¹⁴ Ver anexo 2, fotos.

¹⁵ Ver anexo 2, fotos.

1. Manuales

- ❖ Papel y lápiz
- ❖ Vinilos y pincel
- ❖ Bombas
- ❖ Pelotas
- ❖ Espejo

2. Instrumentos Coayudadores

- ❖ Viga de equilibrio
- ❖ Colchoneta
- ❖ Rampla
- ❖ Butaca o banquita
- ❖ Canasta

Estos recursos fueron consultados y utilizados, dependiendo de cada actividad a realizar.

CRONOGRAMA

Temática de las intervenciones	Contenidos	Meses De Marzo Del 2004 Al Febrero Del 2005											
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Control postural y equilibrio	Aprender a utilizar el espacio y desplazarse en él	X	X	X	X	X	X		X		X		X
	Dominar los movimientos finos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Diferenciar entre derecha e izquierda	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Dirección	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Trayectoria		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Velocidad			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Control progresivo de su propio impulso				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Coordinación	Habilidades del movimiento natural	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Competencia motriz (control neuro-motor)			X		X		X		X		X	X
	Coordinación dinámica general		X		X		X	X	X	X	X	X	X
Esquema corporal; esquemas motores básicos;	Movimientos genéricos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Conocer e identificar partes del cuerpo	X	X	X	X	X	X		X		X		X
	Realizar movimientos voluntarios			X	X		X	X	X		X	X	X
	Desarrollo de la capacidad respiratoria	X	X	X	X		X		X		X		X
Habilidad motora	Desplazamientos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Giros, en diferentes ejes.				X	X	X		X		X	X	X
	Salto.	X	X	X		X		X		X		X	X

Fases Del Proceso Pedagógico, Adecuadas Al Proceso En La Menor

Primera, fase de adquisición de hábitos; en esta fase se estimula la creación de nuevos hábitos, en cual se adquieren nuevos movimientos y patrones motrices, los cuales contribuirán con el esquema corporal de la menor.

Segunda, fase de mantenimiento; durante esta fase se busca continuar y mejorar con el acervo motor que se ha adquirido; por medio del aprendizaje de nuevas formas de movimiento y gestos, manteniendo las destrezas ya adquiridas.

Tercera, fase de mejoramiento; se caracteriza por buscar el mejoramiento de las destrezas recién adquiridas y afianzar las que ya posee; trabajando con aumentos paulatinos de la complejidad de la tarea acorde con el proceso que se ha estado trabajando.

- ❖ Durante la realización de estas actividades, y la adaptación de estas fases al proceso que lleva la menor, puedo decir que este es un proceso de fases que se desarrolla circularmente, en el cual después de mejorar los hábitos adquiridos se nos presentan nuevas habilidades y destrezas, que deben ser mejoradas.

Logros:

De acuerdo con el trabajo realizado con la menor durante el proceso de intervención, en sus diferentes etapas y en los múltiples aspectos de la motricidad manejados es posible reconocer los siguientes avances en relación a la situación en la que se encontraba, se consideró significativo los logros en las actividades motrices coordinativas (*caminar, correr, saltar, etc.*) presentados a lo largo de este año, aunque bien es cierto que en la búsqueda de resultados duraderos es pertinente que el procesó continué; a continuación relaciono los logros obtenidos por la niña.

- ❖ Presenta una notoria mejoría en la ejecución de la marcha y el caminar (*determinado por huellas del apoyo del pie hechas por la menor en diferentes momentos del proceso*).
- ❖ Hay un evidente cambio de la postura corporal.
- ❖ Reconoce los patrones apropiado de los movimientos de su cuerpo.
- ❖ Se evidencia un cambio en la actitud personal frente a la actividad a realizar (*se muestra mas tranquila y relajada, sonríe, y pide realizar las actividades que mas le gustan*).

Dificultades:

Después de valorar el proceso de desarrollo de las conductas motrices y trabajarlas con la menor, con miras a privilegiar un desarrollo integral y acordes con el medio social en el que nos desenvolvemos.

Encontré en este proceso algunas dificultades las cuales yo anotaré como pequeños obstáculos frente al trabajo, de lo corporal y motriz persistente con la menor; en relación con esto es preponderante citar;

- ❖ Presenta una resistencia a realizar actividades nuevas que ella cree no poder desarrollar.
- ❖ Se irrita fácilmente cuando una actividad se muestra repetitiva o aburrida.
- ❖ Se le dificultan las actividades que le demanden mayor atención y concentración.
- ❖ Se muestra dependiente a la figura materna¹⁶.

Recomendaciones:

¹⁶ Confirmado en por algunos informes psicológicos de la menor.

Las capacidades coordinativas, o cualidades motrices constituyen la parte cualitativa del movimiento corporal, por lo que este componente se orienta a la mejorar específicamente los movimientos del ser humano y enriquecer las posibilidades motrices, a partir del conocimiento del propio cuerpo y del reconocimiento de los segmentos corporales, buscando desarrollar y mejorar las habilidades básicas y generales para luego desarrollar aspectos específicos, en esta perspectiva se plantean las siguientes recomendaciones a continuar en el proceso con la menor.

- ❖ La niña debe reforzar los buenos hábitos motores.
- ❖ Se debe fortalecer el traslado del peso de cuerpo para realización de la marcha (centro de gravedad).
- ❖ Se le debe fomentar la seguridad y confianza en si misma.

6.5. RESULTADOS OBTENIDOS DURANTE EL PROCESO

En este capítulo se presentan comentarios de lo que fue el proceso llevado a cabo con la menor (*al momento de la intervención contaba con 4 años*) en el transcurrir de estos meses en la Fundación Dar Amor; para esto me he permitido diferenciar

por categorías, en las que se detendrán estas conclusiones:

6.5.1. PRIMERA ETAPA, PATOLOGÍA Y PROCESOS DE RECUPERACIÓN

Se considera que la patología (*paraparesia espástica*) que presenta la menor es el eje central en el que se desarrolla este proceso, debido a que esta enfermedad influye con severidad en su desarrollo motor.

Hay que tener en cuenta que presentar una deficiencia en la función motora es una desventaja que impide al cualquier sujeto portador o no, desempeñar el rol y satisfacer las expectativas correspondientes a su sexo y edad dentro del grupo correspondiente.

En primer lugar, es necesario aclarar que la paraparesia espástica, es una enfermedad degenerativa que no tiene cura conocida y que lo que más se puede hacer es ayudar en su proceso de mejoramiento y mantenimiento de su calidad de vida.

Cabe resaltar que el VIH es un virus que deprime el sistema inmunológico y lo deja a merced de cualquier enfermedad oportunista, por esto se podríamos decir que no es raro que un menor portador presente un tipo de enfermedad que generalmente se presenta en personas adultas, teniendo en cuenta la paraparesia espástica es

producida por un virus que demora varios años en desarrollar la enfermedad.

Así pues, me ocupé de abordar los problemas motores y deficiencias físicas los cuales impedían en gran medida que la menor se pudiera desenvolver en su medio social, de forma adecuada para una niña de su edad.

En el estado inicial tenemos que tener en cuenta que la menor a su ingreso a la fundación (*tenía 2.7 años*) se encontraba en condiciones motrices muy pobres, las cuales se podían evidenciar, solo con mirar su postura corporal, y su proceso de marcha el cual era casi nulo, además su expresión verbal era muy deficiente, pero se desenvuelve bien con la expresión gestual.

En la etapa inicial, emocionalmente la niña presentó un grado de dependencia¹⁷ hacia los demás y poca tolerancia a la frustración esto hacia que la menor se encerrara mas en si misma, igualmente se irritaba fácilmente frente a las actividades que le demandan esfuerzo y concentración.

Por esta razón su proceso de recuperación se basó en promover las experiencias motoras, estimulando y desarrollando conductas a nivel de la motricidad fina y gruesa, además de sociales acordes a su edad que le permitieran mayor independencia con el entorno en el cual se desenvuelve.

¹⁷ Dato tomado del informe de un practicante de psicología de la fundación, al inicio del proceso.

Todo esto por medio de actividades, (*manejadas en el proceso*) que le permitieran fortalecer su auto estima, la tolerancia, además de su deseo de superación que le permitieron la modificación de la conducta de dependencia hacia los demás, al igual que actividades que promovieran mejorar su nivel de motricidad como lo fueron la integración de patrones de movimientos acordes a su edad y la adquisición de unos buenos hábitos posturales.

Es preponderante resaltar la necesidad que la menor pudiera conocer y comprender, las fases del proceso y tener opinión sobre ellas, pues con esto se motivaba a participar y conocer la necesidad de realizar este proceso.

6.5.2. SEGUNDA ETAPA, HÁBITOS POSTURALES

Teniendo en cuenta que los hábitos posturales constituyen una base fundamental para el desarrollo físico y emocional, por consiguiente, también son la base de una mejor calidad de vida.

La importancia de los hábitos posturales, es que en ellos radica el buen desenvolvimiento del ser social, y para que el ser social pueda desarrollarse en su máxima expresión es de vital importancia que los menores tengan un buen control y dominio de su cuerpo y esto está ligado directamente al esquema corporal que el

niñ@ desarrolle durante toda su vida a través de las experiencias.

Para el caso las posturas que se pudieron observar en la menor, en lo que respecta a la posición de pie, la menor presentaba un flexión marcada en las rodillas y la espalda encorvada, las plantas de los pies no hacían el apoyo adecuado; En cuanto al gatear lo hace de manera adecuado pero presenta una rigidez en la espalda, la cabeza en la mayoría de las ocasiones la deja abajo en vez de levantarla; sentada en el suelo mantenía la cabeza agachada, hombros caídos y hacia el frente; acostada en una superficie plana aparentaba normalidad.

El aumento de la cantidad y calidad del conocimiento que sobre las acciones adquieren los niños y niñas los convierte en seres capaces de establecer opiniones sobre si mismos y sobre su capacidad de llevar a cabo cualquier actividad.

De la misma manera, a medida que van siendo mayores, los niños y niñas van desarrollando toda una serie de habilidades las cuales trabajan la mente en relación a la capacidad de movimiento.

De igual manera, es indispensable que en el análisis de los hábitos posturales se tengan en cuenta los contextos sociales del niñ@ y el mundo en el que se desarrolla, es decir: es diferente mirar los hábitos posturales en un niñ@ indígena acostumbrado a la vida en a la campo, al de un niñ@ acostumbrado a las comodidades de la ciudad; pues los patrones de movimiento que se establecen

determinan niñ@s más o menos sedentarios en sus destrezas motrices.

Un mal habito postural no corregido a tiempo tendrá consecuencias en la calidad de vida de individuo que se encuentra en proceso de desarrollo.

Con referencia a la espasticidad de la postura esto se debe a que los grupos musculares habitualmente están contraídos, dificultando así que el proceso de la marcha sea fluido y natural.

A partir de todo el trabajo que se realizó con la menor y en el que se buscó, como ya ha sido expuesto, enfatizar en los aspectos básicos de la psicomotricidad, puedo anotar en la observación que se hace en la actualidad se han obtenido avances en los hábitos posturales y en el equilibrio al momento de la marcha así como se han visto mejoradas sus relaciones con otros niñ@s de la fundación.

6.5.3. TERCERA ETAPA, PROCESO DE SOCIALIZACIÓN

Teniendo en cuenta que la socialización responde al proceso vivido por la niña desde sus etapas mas tempranas, es preponderante referirnos inicialmente, al hecho de que la menor respondía a ese proceso de identificación primaria (con una madre sustituta) que si bien en los primeros momentos ofrece un espacio afectuoso y placentero, esto se ve frustrado por la separación de esta figura; esto es una de

las explicaciones de la necesidad de introducir en el proceso de recuperación el afecto (abrazos, besos, etc.) que proporcionan a la menor motivación, satisfacción, etc.

En este proceso fue de vital importancia la introducción de juegos, canciones entre otros, que además de mantener motivada a la niña, fueron un medio de ayuda al proceso de enriquecimiento verbal de la menor, debido que al iniciar el trabajo, ella se expresaba de forma gestual, no verbal, buscando mediante esto ganar atención de las personas que están al cuidado de ella, lo que incidió en el proceso de interacción y socialización de la menor dentro del ambiente de la fundación.

En esta misma línea nos encontrábamos con una menor aislada, “solitaria”, a la que observábamos jugar sola y muy pocas veces acompañada; pero que parecía disfrutar de estos espacios; mas se ve la necesidad de que la menor se integrara al grupo, ya que este le proporciona un espacio de juego, de interacciones necesarias dentro del proceso de socialización.

Desde otra perspectiva fue pertinente analizar que la menor tenía un control deficiente de esfínteres lo que puede ser visto como una forma de controlar algunos aspectos de si misma que en su cotidiano no ha logrado asimilar, o como consecuencia de su deficiente proceso de desplazamiento y como resultado de esto también se presentaba el rechazo de los otros menores.

Con el transcurrir del tiempo la menor ha ido superando paulatinamente muchas de las dificultades que le impedían un correcto desenvolvimiento con el entorno; ahora tiene un mayor y mejor control de su cuerpo y por ello de movimiento¹⁸, así como también ha mejorado el control de los esfínteres¹⁹, de ahí que la menor ahora tenga un mejor proceso de interacción con los demás y su entorno.

Para concluir, la menor durante este proceso de recuperación ha logrado con gran éxito retomar muchas de las habilidades apropiadas para su edad, y de participar más de las actividades que realizan los niños y niñas de la fundación.

6.5.4. CUARTA ETAPA, FAMILIARIZACIÓN CON EL IMPLEMENTO ORTOPÉDICO

Para iniciar hablare del implemento ortopédico “Twister”, el cual fue ordenado por el médico fisiatra para ayudar en el proceso de corrección de la postura y a mejorar el apoyo del pie, que se ve afectado no solo por la enfermedad sino también por la falta del puente plantar de la menor.

El objetivo de la utilización del implemento reside en la necesidad que se tiene de reeducar en la menor las posiciones básicas (caminar, sentarse, gatear, acostarse

¹⁸ Corroborado con la ultima cita que asistió la menor a la clínica de espasticidad, y por el medico fisiatra.

¹⁹ Observaciones y comentarios de las auxiliares a cargo de su cuidado.

y pararse), para la posición bípeda.

La primera fase de la familiarización sucede al cabo de un mes de iniciado el proceso, cuando la menor acepta con agrado la utilización del twister ya que para ella es algo novedoso y llamativo, la única dificultad que se presento fue el poco equilibrio que poseía en ese instante y que fue mejorando con el trabajo psicomotriz que se realizó.

Con el transcurrir de los días y de la convivencia de la menor con los demás niñ@s, empiezan a surgir dificultades, puesto que los niñ@s ven en ella su dificultad para movilizarse con el implemento y comienzan a molestarle con burlas y empujándola para hacerla caer, por tal motivo la menor empieza a rechazar el twister pero se trata de persuadirla explicándole la importancia que tiene su utilización.

Al cabo de algún tiempo el implemento se le retira para realizarle algunos cambios en su tamaño y realizar un cambio de zapato por que se le queda pequeño.

Después de esto se vuelve a realizar una familiarización debido al tiempo que se demoró el cambio de talla del twister, lo cual genero rechazo al presentarle de nuevo el implemento a la menor ella se niega rotundamente a utilizarlo debido a las experiencias vividas en los meses anteriores ya que con el se sentía vulnerable antes los demás.

Por esta razón se realiza un proceso de intervención con los demás chicos en el

cual se les da una charla explicándoles el por qué y para qué, su compañera utiliza el implemento ortopédico, así mismo ellos demostraron gran interés en saber su funcionamiento, de vivenciarlo por medio del tacto; demostrando así toda su curiosidad e interrogantes que tenían, siendo desde ese momento actores directos de este proceso y que mostraron gran apoyo y ayuda a su compañera de ahí en adelante.

A la menor aun le incomoda tener que utilizar el twister, pero es conciente que es necesario e importante su uso durante su proceso de recuperación. Con esto a demostrado que es una niña muy inteligente con una capacidad de asimilar y relacionar toda la información que le den acerca de ella y su entorno.

7. CONCLUSIONES

El trabajo psicomotriz se ubica como un ramillete de posibilidades en lo que respecta a los procesos de adaptación de limitaciones de la función motora, como bien es sabido el papel de la educación física reside en la educación del y por el movimiento, siendo un campo de acción amplio el recobrar y enriquecer en una menor ese acerbo motor y permitirle interactuar con su cuerpo, construyendo experiencias de movimiento.

La labor del educador no puede terminar con una mera aplicación de lo aprendido, está en el ir más allá y asumir al sujeto como ese ser integral, y desde esa perspectiva el trabajo con la menor de Fundamor le permitió reconocer sus sentimientos, pensamientos, formas de asumir y vivenciar el proceso y a partir de esto ser conciente de como interactúa en los diferentes espacios incluyendo dentro de estos el de la relación con los otros menores pertenecientes a la fundación.

Se puede considerar que los implementos ortopédicos como medio de apoyo para los procesos de recuperación se constituyen en herramientas claves si se les brinda el adecuado manejo y se permite que la persona (en este caso la menor) se familiarice de manera adecuada con éste.

Al concluir el trabajo con la menor se puede decir con gran satisfacción que los cambios han sido notorios durante este año, puesto que la menor ha demostrado grandes avances en su desenvolvimiento personal y con el entorno (como mejorar las relaciones interpersonales, gracias a su mejoría en su habilidad al desplazarse), de igual forma la menor demuestra una mayor estabilidad en posición bípeda y un mayor control del equilibrio siendo capaz de superar ciertas tareas motrices básicas como por ejemplo: estar de pie en una posición adecuada, saltar, y correr trayectos cortos.

Teniendo en cuenta que el perfil del educador físico no debe limitarse, y concibiendo que en las instituciones que manejan niños en situación de riesgo, requieren que los profesional a cargo tengan una formación integral, que fortalezca y de importancia al dialogo interdisciplinario e incluso transdisciplinario, que enriquezcan los procesos.

8. RECOMENDACIONES

Partiendo del trabajo realizado existen algunos aspectos en los cuales seria importante trabajar en un momento futuro:

- ❖ El trabajo en el área de actividades acuáticas constituiría un aporte importante en el proceso de desarrollo psicomotriz de la menor, dentro de esto se puede recomendar las siguientes actividades:
 - Andar hacia delante, atrás y a los lados con movimiento de los brazos; debido a que esta actividad se realiza en un medio acuático el mantener los brazos extendidos le ayuda a mantener la flotabilidad, además de que el medio acuático opone una fuerza contraria al movimiento que se realiza; lo cual le exige un mayor esfuerzo al que lo ejecuta, por ello es muy favorable; los movimientos en el agua, ayudan a mejorar, tanto en coordinación como el equilibrio, debido a que el medio acuático cambia constantemente el centro de gravedad.
 - Pataleo con las piernas totalmente extendidas, sin flexionar rodillas; sostenida del borde de la piscina, la menor realiza patadas, que debe marcar un ritmo de ejecución, entra una al agua y sale la otra, con

este ejercicio se busca no solo mejorar la coordinación de sus miembros inferiores sino también el fortalecimiento del grupo muscular y la articulación de la cadera

- Separa y unir las piernas, dentro del agua, prendida en el borde con las piernas flotando y apoyadas en el piso; en esta actividad se busca mejorar la coordinación en la ejecución, ya que las dos parten del mismo punto y deben regresar.
- ❖ El trabajo motriz con los niñ@s VIH positivo en edad escolar que si bien no presentan alguna patología que interfiera con su desarrollo motor, no cuentan con posibilidades de un mayor desenvolvimiento motriz; debido a su patología, sus cuidados son extremos, lo cual dificulta una dinámica deportiva.
- ❖ Realizar un trabajo interdisciplinario (*psicólogo, fonoaudiólogo, terapia ocupacional, etc.*) en el cual el papel del educador físico sea el de guiador del proceso, orientado a la consolidación de la conciencia motriz, realizando una retroalimentación con los otros profesionales.
- ❖ Las interacciones que establecen los niñ@s entre si y con las personas, que están a su cargo, estudiando los procesos de apego y desapego que han

tenido.

- ❖ Realizar una investigación del cual seria el beneficio que puede tener para la salud de los menores portadores y a largo plazo para una mejor calidad de vida, el realizar una practica deportiva supervisada con una intensidad adecuada; comprendiendo el deporte no para competir ni para alcanzar logros deportivos, sino para el disfrute y el sentir de la corporalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. AQUINO, Francisco y ZAPATA, Oscar A. Psicopedagogía de la Educación Motriz en la Juventud. México : Trillas, 1994. 441 p.
2. BATALLA FLORES, Albert. Habilidades Motrices. España : Inde, 2000. 107 p.
3. BEDOYA TOBÓN, Olga Inés. Competencia Motriz y Conocimiento: Un Objeto de Estudio. En: revista Educación Física y Deporte: Órgano de difusión Universidad de Antioquia. Vol. 20 No. (ene. – jun. 1998); p. 53 – 58.
4. BOLAÑOS, Cesar Leonardo; ESCARRIA, Ferrucio y HERNÁNDEZ, Gloria Cecilia. Influencia de los Juegos Infantiles en las Conductas Sociales de los Niños con Retardo en el Desarrollo. Santiago de Cali, 1984, 100 p. Trabajo de Grado (Licenciado en Educación Física y Salud). Universidad del Valle. Facultad de Educación y Pedagogía. Departamento de Educación Física y Deporte.
5. CALMELS, Daniel. “Lecturas: Educación Física y Deportes, Revista Digital”.

- [online] Cuerpo y Saber. Buenos Aires. Marzo 1999.
<<http://www.sirc.ca/revista/>>.
6. CONDEMARIN, Mabel, CHADWICK, Mariana y MILICIA, Neva. Madurez Escolar. Chile : Andrés Bello, 1984. 411 p.
 7. DELGADO RUBIO, Alfonso. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. Asociación Española de Pediatría. [online] Profilaxis de la transmisión vertical del VIH (pdf). España 2001.
<http://www.medicinainformacion.com/sida_libros.htm>
 8. DELGADO RUBIO, Alfonso. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. Asociación Española de Pediatría [online]. Conducta a Seguir Ante un Recién Nacido VIH (+). (pdf). <<http://aeped.es/protocolos/infectologia/07-Conductarnvih+.pdf>>
 9. DUSSAN GIRALDO, Adriana. El Manejo del Peso y el Equilibrio en los Niños a la Luz de las Practicas Cognitivas. Santiago de Cali, 1993, 121 p. Trabajo de Grado (Psicólogo). Universidad del Valle. Instituto de Educación y Pedagogía. Departamento de Psicología.
 10. El Embarazo y el VIH. [online]. AIDSmeds, 7 de febrero 2004.

<<http://www.aidsmeds.com/espanol/lecciones/Embarazo.htm>>

11. FAMOSE, Jean Pierre. Aprendizaje Motor y Dificultad de la Tarea. España : Paidotribo, s. f. 333 p.
12. HAHN, Edwin. Entrenamiento con Niños. España : Martínez Roca, s.f. 165 p.
13. HEYWARD, Vivian H. Evaluación y Prescripción del Ejercicio. España : Paidotribo, s.f. 278 p.
14. IDARRAGA CASTAÑO, Maria Nancy. La Educación Física Como Actividad Asociada al Proceso de Socialización de los Niños. Santiago de Cali, 2000, 86 p. Trabajo de Grado (Licenciado en Educación Física y Salud). Universidad del Valle. Instituto de Educación y Pedagogía. Área de Educación Física y Deportes.
15. KIPHARD, Ernest. Insuficiencias del movimiento y de la coordinación en la edad de escuela primaria. Argentina : Kapelusz, 1976. 119 p.
16. La cloroquina bloquea la transmisión vertical del VIH [online]. Nueva York: www.diariomedico.com, 13 de diciembre del 2001. <<http://www.>

diariomedico.com/edicion/noticia/0,2458,86239,00.html> (AIDS 2001; 15: 2.221-2.229).

17. Lecciones: ¿Qué son el VIH y el SIDA? [online]. AIDSmeds, 15 febrero del 2004. <<http://www.aidsmeds.com/espanol/lecciones/CicloDeVidaIntro.htm>>
18. Lecciones: Temas Especiales Para las Mujeres y los Niños. [online]. AIDSmeds, 15 febrero del 2004. <<http://www.aidsmeds.com/espanol/lecciones/Lecciones9.htm>>
19. LLORET, Mario. 1020 Ejercicios y Actividades de Readaptación Motriz. España : Paidotribo, s.f. 306 p.
20. Los Niños y el VIH [online]. México : La InfoRed SIDA, 27 de septiembre 2004. <<http://www.aidsinfonet.org/articles.php?articleID=612&newLang=es>>
21. MARTÍNEZ FRAILE, Maria del Pilar; GARCÍA GARCÍA, Maria del Carmen y MONTORO MARÍN, Juana Maria. Primeros Pasos en Psicomotricidad. España : Narcea, 1988. 112 p.
22. MARTÍNEZ LÓPEZ, P., Y GARCÍA NÚÑEZ, J. A. Psicomotricidad y Educación Preescolar. Madrid : García Núñez, 1986. p. 33.

23. PARDO, Francisco Javier. VIH Y SIDA [online]. España : 16 de julio del 2000.
<<http://www.ctv.es/USERS/fpardo/home.html>> “todos los artículos presentes en esta pagina sobre el VIH”.
24. PUBIANO G., Dora Inés. El Desarrollo Motor y Perceptual En El Niño. Colombia : Andes, 1983. 130 p.
25. RICHARD, Jacques y RUBIO, Lina. Terapia Psicomotriz. España : Masson, 1996. 231 p.
26. RUIZ PÉREZ, Luis M. Competencia Motriz. “Elementos para el Aprendizaje Motor en Educación Física Escolar”. España : Gymnos, s.f. 163 p.
27. RUIZ PÉREZ, Luis M. Desarrollo Motor y Actividades Físicas. España : Gymnos, 1994. 158 p.
28. RUMPLER, Bettina y SCHUTT, Karin. El Masaje. España : Paidotribo, s.f. 141 p.
29. SORRENTINO, Anna Maria. Handicap y Rehabilitación. “Una Brújula Sistemática en el Universo Relacional del Niño con Deficiencias Físicas”. España : Paidos. 1990. 120 p.

30. Temas Especiales para los niños VIH Positivos, ACTG: AIDS Clinical Trial Group Protocol / Protocolo de los Grupos de Ensayos Clínicos del SIDA. [online]. AIDSmeds, 1 de octubre 2003. <<http://www.aidsmeds.com/espanol/lecciones/Ninos .htm>>
31. TRIGO, Eugenia y Colaboradores. Creatividad y Motricidad. España : Inde, 1999. 166 p.
32. URIBE PAREJA, Iván Darío. Motricidad Infantil y Desarrollo Humano. En: revista Educación Física y Deporte: Órgano de difusión Universidad de Antioquia. Vol. 20 No. (ene. – jun. 1998); p. 91 – 95.
33. ZUKUNFT-HUBER, Bárbara. Gimnasia para Bebés. España : Paidotribo, s. f. 199 p.

ANEXOS

1. EXAMEN PSICOMOTOR DE LA PRIMERA INFANCIA²⁰

1. Coordinación visomanual:

Edad	Descripción
2 años (T.M.)	Construcción de una torre: Material: 12 cubos, se toman 4 cubos y con ellos se monta una torre ante el niño. “Haz una igual” (sin desmontar el modelo). El niño debe hacer una torre de 4 cubos o más, cuando se le indique (no debe jugar con los cubos antes ni después).
2 años 6 meses (B.L.)	El mismo ejercicio. El niño debe conseguir una torre de 6 cubos. (Mismas condiciones).
3 años (T.M.)	Construcción de un puente: 12 cubos en desorden; se toman 3 y con ellos se construye un puente ante el niño. “Hazlo tú ahora” (sin desmontar el modelo). Se le puede enseñar varias veces la forma de hacerlo. Es suficiente que el puente se mantenga aunque no esté demasiado bien equilibrado.

²⁰ Estas pruebas corresponden a: los tests motores de Ozeretsky revisados por Guilmain; Escala de desarrollo Psicomotor de la Primera Infancia de Brunet y Lezine; Bidet-Simon revisado por Terman, citado por MARTÍNEZ FRAILE, María del Pilar; GARCÍA GARCÍA, María del Carmen y MONTORO MARÍN, Juana María. Primeros Pasos en Psicomotricidad. España : Narcea, 1988. 112 p. [21].

4 años (O.G.)	Enhebrar una aguja: (aguja capotera punta roma, hilo num. 60. Para empezar, las manos separadas 10 cm. – El hilo sobre pasa a los dedos en 2 cm. – longitud total, 15 min. Duración 9". 2 ensayos.
5 años (T.M.)	Hacer Un nudo: Un par de cordones de zapatos y un lápiz. "Fíjate en lo que hago. Anudo este cordón en el lápiz." Hacer un nudo simple y darle el otro cordón al niño. "Con ese cordón vas a hacer un nudo en mi dedo como el que yo he hecho en el lápiz." Se acepta cualquier tipo de nudo con tal de que no se deshaga solo.

2. Coordinación dinámica:

Edad	Descripción
2 años (O.G.)	Subir, con apoyo, en un banco de 15 cm. de altura y bajar. (banco situado al lado de una pared).
2 años 6 meses	Con los pies juntos: saltar hacia delante simultáneamente con los dos pies. Fallos: pérdida del equilibrio; impulso y caída no se efectúan con los dos pies juntos. 2 intentos.
3 años (O.G.)	Con los pies juntos. Saltar por encima de una cuerda extendida en el suelo (sin impulso, piernas flexionadas). Fallos: Pies separados; pérdida de equilibrio al caer. 3 intentos: 2 de 3 deben ser buenos.

4 años (O.G.)	Dar saltitos sobre el mismo lugar con las dos piernas ligeramente flexionadas por las rodillas y despegándose del suelo simultáneamente. 7 u 8 saltitos sucesivos. Fallos: movimientos no simultáneos de ambas piernas; caer sobre los talones. 2 intentos.
5 años (O.G.)	Con los pies juntos: saltar sin impulso por encima del elástico colocado a 20 cm. del suelo (rodillas flexionadas). Fallos: tocar el elástico; tocar el suelo con las manos. 3 intentos; 2 sobre 3 deben ser conseguidos.

3. Control postural (equilibrio):

Edad	Descripción
2 años (O.G.)	Sobre un banco de 15 cm. de altura y 13 x 18, debe el niño mantenerse inmóvil, pies juntos, brazos a lo largo del cuerpo. Fallos: desplazar los pies, mover los brazos. Duraron: 10".
2 años 6 meses (B.L.)	Mantenerse sobre una pierna, la otra flexionada, durante un instante. (Puede utilizar la pierna que quiera). Fallos: apoyar enseguida el pie levantado. 2 intentos.

3 años (O.G.)	Brazos a lo largo del cuerpo, pies juntos, poner una rodilla en tierra sin mover los brazos ni el otro pie. Mantener esta posición, con el tronco vertical (sin sentarse sobre el talón). Tras 20" de descanso, el mismo ejercicio con la otra pierna. Fallos: tiempo inferior a 10"; desplazamientos de los brazos, del pie o rodilla; sentarse sobre el talón. 2 intentos por cada pierna.
4 años (O.G.)	Con los ojos abiertos, pies juntos, manos a la espalda: flexionar el tronco en ángulo recto y mantener esta posición. Fallos: mover los pies; flexionar las piernas; tiempo inferior a 10". 2 intentos.
5 años (O.G.)	Mantenerse sobre la punta de los pies, ojos abiertos, brazos a lo largo del cuerpo, pies y piernas juntos. Duración: 10" 3 intentos.

4. Organización Perceptiva:

Edad	Descripción
------	-------------

2 años (T.M.)	Tablero con 3 agujeros (tablero didáctico, de figuras geométricas): Se presenta el tablero al niño, con la base del triangulo frente a él. Se sacan las piezas dejándolas colocadas frente a sus respectivos agujeros. “ahora mete tú las piezas en los agujeros”. 2 intentos. Se cuenta un intento cuando, tras haber hecho una colocación cualquiera, empuja el niño el tablero hacia l examinador, o bien se lo queda mirando, aunque no haya dicho que ha terminado.
2 años 6 meses (T.M.)	El mismo ejercicio. Ahora se le presenta el tablero por el lado opuesto, dejándose las 3 piezas alineadas en el orden anterior frente al niño. 2 intentos.
3 años (T.M.)	El mismo ejercicio. Pero, tras quitar las piezas y dejarlas alineadas con el vértice del triangulo mirando al niño, se da la vuelta al tablero. “Anda, colócalas en su sitio”. Sin límite de tiempo. 2 intentos, conseguidos ambos.
4 años (B.S.)	Comparación de longitudes: Dos palillos o cerillas de diferente longitud: 5 y 6 cm. colocar los palillos sobre la mesa, paralelos y separados por 2.5 cm.: a) _____ b) _____ c) _____ “Qué palillo es mas largo? Pon el dedo encima del más largo.” 3 pruebas cambiando la posición de los palillos. Si falla en uno de los 3 primeros intentos, hacer 3 más cambiando las posiciones de los palillos. La prueba se da por bien resuelta cuando el niño acierta 3 de 3 ó 5 de 6.

5 años (B.S.)	Juego de paciencia: Colocar un rectángulo de cartulina de 14 x 10 cm. y en sentido longitudinal, delante del niño. A su lado y un poco más cerca del sujeto, las dos mitades de otro rectángulo, cortado por la diagonal, con las hipotenusas hacia el exterior y separadas unos centímetros. “Coge esos dos trozos y júntalos de manera que salga una cosa como ésta”. 3 intentos de 1 minuto. Si falla en el primer intento colocar de nuevo las dos mitades en su posición original y decirle “no, ponlos juntos de varias maneras hasta que hagas algo como esto”. Notación: 2 logros sobre 3 intentos. Cada intento no debe sobrepasar el minuto.
------------------	--

5. Lenguaje (memoria inmediata y pronunciación):

Edad	Descripción
2 años (T.M.)	Frese de dos palabras: observación del lenguaje espontáneo. La prueba se considera bien resuelta si el niño es capaz de expresarse de otra forma que con palabras aisladas, es decir, si sabe unir al menos dos palabras; por ejemplo: “Mamá no está”, “está afuera”..., se consideran éxitos. Por el contrario, “nene bobo”, no tiene valor. Basta un solo éxito.

3 años (B.S.)	Repite una frase de 6 a 7 silabas: “¿Sabes tú decir mamá?” “Di ahora: gatito pequeño”. Hacer repetir entonces: 1. “Yo tengo un perrito pequeño”; 2. “E perro corre tras el gato”; 3. “En verano hace calor”. La prueba se da por buena cuando ha repetido una frase si error, tras oírla una sola vez.
4 años (T.M.)	Recuerdo de frases: “Ahora vas a repetir”: ❖ “Vamos a comprar pasteles para mamá”; ❖ “A Juanito le gusta jugar a la pelota”. Si el niño titubea, animarle a probar otra vez diciéndole: “vamos, dilo”. La frase no se puede repetir. Se da por bien resuelta la prueba cuando consigue repetir al menos una de las frases sin error.
5 años (T.M.)	Recuerdo la frase (2º grado): ”bueno, vamos a continuar, ahora vas a repetir”: ❖ “Juan va a hacer un castillo en la arena”; ❖ “Luis se divierte jugando al fútbol con su hermano”. Las mismas observaciones y notaciones que para los 4 años.

2. FOTOS (Recursos Logísticos)



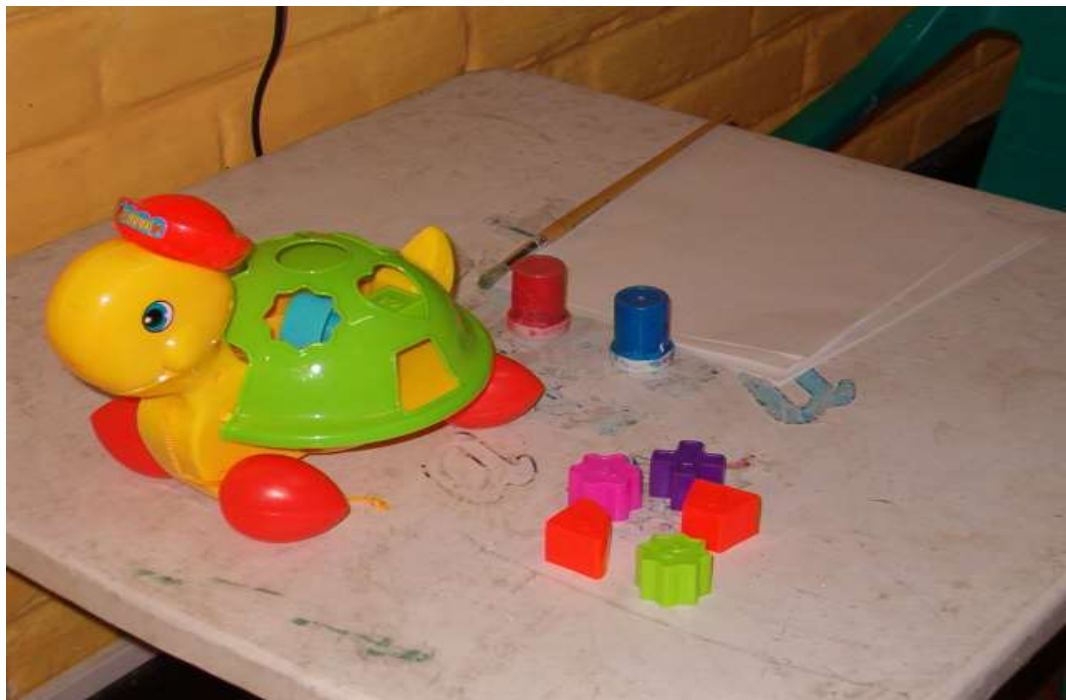
Fundación Dar Amor (la viga pance, Cali Valle)



Salón de Clases



Balón y bomba (para efectuar lanzamientos hacia arriba, etc.)



Material didáctico (Papel, pinturas, pinceles, juguete con formas geométricas)



Banco o butaca



Colchoneta y lazo



Viga de Equilibrio



Canasta y pelotas



Rampa



Cilindro didáctico