



Universidad  
de La Laguna



## **TRABAJO DE FIN DE GRADO**

PROYECTO DE INNOVACIÓN:

**PSICOMOTRICIDAD EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO**

Autora: Gladys Teresa Pérez Gutiérrez

Tutora: Ana Vega Navarro

GRADO EN PEDAGOGÍA

FACULTAD DE EDUCACIÓN

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

CURSO ACADÉMICO: 2016/2017

**CONVOCATORIA DE JUNIO**

<b><u>ÍNDICE</u></b>	<b>Pág.</b>
• Resumen	2
• Abstract	2
1. Datos de identificación del proyecto	3
2. Justificación	4
3. Fundamentación teórica	4
3.1.El concepto de psicomotricidad	4
3.2.Breve recorrido histórico de la psicomotricidad	5
3.3..Modelos de intervención de psicomotricidad	6
3.4.El rol del psicomotricista	9
3.5.La Pedagogía Hospitalaria	10
4. Análisis de necesidades	12
5. Propuesta de actuación	16
5.1.Objetivos del plan	16
5.2.Metodología	17
5.3.Estrategia de intervención	17
5.4.Fases de la intervención	18
5.5.Temporalización de las fases	18
5.6.Diseño de las actividades	19
5.7.Cronograma	21
6. Propuesta de evaluación	23
7. Presupuesto	26
8. Conclusiones	27
9. Bibliografía	29
10. Anexos	31

**TÍTULO: “Psicomotricidad en el contexto hospitalario”**

**RESUMEN:**

Mi propuesta de Trabajo de Fin de Grado consiste en la elaboración de un proyecto de innovación dirigido al hospital “Nuestra Señora de Candelaria”. La propuesta está centrada en favorecer el desarrollo integral de los menores hospitalizados ya que en los contextos hospitalarios, normalmente, sólo se trabajan aspectos cognitivos cuando se interviene en el plano educativo con ellos.

Se pretende lograr este fin a través de la psicomotricidad relacional con la que se fomenta la actividad espontánea del niño o de la niña y se trabaja a partir de sus intereses y motivaciones, sin presiones y respetando sus ritmos de aprendizaje.

**ABSTRACT:** My proposal of Grade Final Project consist in the elaboration of an innovation project directed to "Nuestra Señora de Candelaria" hospital. In this context, the Pedagogy Department only works the cognitive aspects of hospitalized children, so our proposal is centred on favouring their integral development.

We want to achieve this objective through the relational psychomotricity which encourage the spontaneous activity of children and works from their interests and motivations, without pressure and respecting their learning rhythms.

**PALABRAS CLAVE:** Psicomotricidad, Pedagogía, educación, desarrollo integral, experiencias, menores hospitalizados.

**KEY WORDS:** Psychomotricity, Pedagogy, education, integral development, experiences, hospitalized children.

## **1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO**

Mi plan de trabajo se desarrolla en un contexto educativo no formal, en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, situado en Santa Cruz de Tenerife, capital de la isla. Está adscrito a la red de hospitales públicos del Servicio Canario de la Salud y desde hace 50 años y presta asistencia sanitaria especializada a la población tinerfeña, así como a ciudadanos de El Hierro, La Gomera y La Palma en aquellas especialidades no existentes en su área sanitaria.

Tras cinco décadas, este hospital ha evolucionado con el tiempo adaptándose a la demanda social y situándose a la cabeza de los mejores centros hospitalarios de su categoría mediante la incorporación de nuevos servicios asistenciales, tecnología puntera y novedosas técnicas quirúrgicas y gracias al trabajo de casi 5.000 profesionales (Gobierno de Canarias, s.f)

En cuanto los destinatarios del proyecto, éstos son los menores hospitalizados en el área pediátrica. Por lo tanto, son menores que se encuentran cursando Educación Infantil, Primaria o Secundaria. Son niños y niñas de cero a dieciocho años, aunque el Servicio Pedagógico del hospital suele atender a los niños y niñas a partir de los tres años de edad. Las patologías de los menores son diversas y, por lo general, las estancias suelen ser bastante cortas ya que se evita en todo momento que el o la menor esté ingresado si no es necesario. En general, las estancias suelen durar entre siete y quince días, aunque también existen casos en los que es inevitable que estén ingresados e ingresadas por periodos más largos.

Mi proyecto estaría enmarcado dentro del Servicio Pedagógico de dicho hospital, sus objetivos son:

- 1.- Coordinar y organizar las distintas áreas que forman el Servicio Pedagógico.
- 2.- Defender y garantizar el derecho de los niños hospitalizados a recibir una educación apropiada a sus necesidades individuales y en un entorno adecuado.
- 3.- Asegurar la continuidad de la educación para aquellos niños enfermos que tras un ingreso hospitalario, deban de convalecer en el propio domicilio por un periodo de tiempo prolongado.
- 4.- Actuar de mediador entre los profesionales implicados en el campo de atención a la hospitalización infantil (médicos, enfermeras, psicólogos, asistentes sociales, etcétera).
- 5.- Promover formación al alumnado en prácticas de las distintas instituciones.
- 6.- Organizar y colaborar en la organización de seminarios, jornadas, etcétera).

En el *anexo I* se detallan las áreas del servicio pedagógico, mostrando los proyectos que se desarrollan en las mismas.

## **2. JUSTIFICACIÓN**

La elección del tema de este proyecto viene motivada por la realización de mis prácticas externas en el Hospital “Nuestra Señora de la Candelaria”. Durante las mismas, he observado que se descuidan los aspectos emocionales y afectivos de los niños y niñas. Sin embargo, estos tienen una gran importancia ya que cuando permanecen mucho tiempo hospitalizados pueden estar bajos de ánimos o con falta de autoestima. Normalmente, se entiende que la Pedagogía Hospitalaria es sinónimo de apoyo escolar pero, en realidad, la finalidad de esta rama de la Pedagogía coincide con el objetivo principal de la educación: el desarrollo integral de las personas. Aunque ese apoyo escolar es necesario para normalizar la vida del niño o de la niña y que pueda continuar su trayectoria escolar sin problemas, no podemos basar toda la actuación en esta ayuda. Los menores hospitalizados necesitan más, y es en esto en lo que se basará este proyecto, en atender sus necesidades emocionales y afectivas, sin olvidar las cognitivas, teniendo en cuenta la situación en la que se encuentran.

Así pues, considero necesaria la realización de un proyecto de innovación que atienda las necesidades emocionales y afectivas que tienen los niños y niñas hospitalizadas, considerando su desarrollo global. La psicomotricidad vivenciada es una buena vía para ello, ya que uno de sus principios fundamentales es *favorecer el desarrollo global: motor, cognitivo y afectivo-social* (Bernaldo de Quirós, M., 2006). Y es que la psicomotricidad vivenciada parte de lo que desean y saben hacer los niños y niñas, no impone nada y, por la situación en la que se encuentran, en la que reciben muchas prescripciones y prohibiciones es necesario que tengan un tiempo y un espacio en el que sí se considere lo que desean hacer, en la que se evadan, desahoguen y jueguen mientras se favorece su desarrollo global.

## **3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

### **3.1.EL CONCEPTO DE PSICOMOTRICIDAD.**

Desde la antigüedad, se considera que el ser humano está compuesto por dos realidades completamente distintas: una realidad física y tangible que sería el cuerpo y una realidad espiritual e intangible que sería el alma. En la actualidad, continúa presente la idea de que el cuerpo es una maquinaria pilotada o dirigida por la psique. Así, por ejemplo, desde la concepción de la religión cristiana debemos tener un buen

comportamiento para que, una vez que nuestro cuerpo ha muerto, nuestra alma pueda ir a un sitio ideal, el cielo.

En contraposición a esta visión, la psicomotricidad, nacida a principios de siglo, rompe con esta dualidad y considera al ser humano como una unidad, trata de relacionar lo psíquico con lo motriz. Así pues, Llorca (2002) “considera al hombre como un ser global, como una unidad psicosomática que se expresa a través del cuerpo y del movimiento”.

Existen distintas formas de entender la psicomotricidad. Así pues, por ejemplo, Le Bouch se enmarca dentro de la corriente francesa de Psicomotricidad. Esta corriente intenta hacer una integración entre el cuerpo y la mente. Así, entiende *que* “la psicomotricidad es una forma de abordar la educación o la terapia y pretende ante todo, desarrollar las capacidades de la persona (inteligencia, comunicación, afectividad, sociabilidad, aprendizaje) a partir del movimiento” (Gallo, L.E., 2007). Lapiere y Aucouterier prefieren entenderla como una forma de hacer. Estos autores conjugan lo cognitivo con lo afectivo, “consideran que el cuerpo no es solamente una estructura racional con un delante y un detrás, o una derecha y una izquierda, etc. sino que es también, y ante todo, un lugar de placer y displacer, hecho que supone otra dimensión: la del *cuerpo vivido*” (Arnaiz, P., 1987). Por otro lado, autores como Boscaini, Arnaiz y García Nuñez prefieren entenderla como una disciplina educativa, reeducativa y terapéutica. Así pues, según Boscaini (2002) “el campo de la clínica psicomotriz es ante todo el cuerpo del sujeto como deseo, como relación y lenguaje con el otro constituyendo esto el fundamento para la emergencia, evolución e integración de las competencias neuropsicológicas y verbales ejecutadas en la realidad en función de los deseos personales y de los otros”.

Aun así todos coinciden en que la principal finalidad de la psicomotricidad es el desarrollo de competencias motrices, cognitivas y socioafectivas.

### **3.2.BREVE RECORRIDO HISTÓRICO DE LA PSICOMOTRICIDAD.**

“Los primeros pasos de lo que sería la psicomotricidad aparecen a finales del siglo XIX, con los grandes descubrimientos de la fisiología nerviosa, que ponía de manifiesto que el modelo anatómo-fisiológico que se tenía del cuerpo era insuficiente. Fue Dupré quien acuñó el término de psicomotricidad como síntesis de la relación entre los trastornos de la mente y su reflejo a nivel corporal”, (Llorca, M; Vega Navarro, A, 1998).

El primer cuarto de siglo se caracteriza por la concepción de que el cuerpo está formado por dos entes independientes: el cuerpo y el alma.

En esta época podemos destacar a Dupré, el primer autor en formular el término de psicomotricidad en 1920 y a Wallon quien realizó una serie de publicaciones que contribuyeron a un mejor conocimiento del niño a nivel motriz, intelectual y afectivo.

El segundo cuarto del siglo XX está caracterizado por la influencia de la psiquiatría infantil. En este periodo destaca Heuyer (1936) que establece la relación entre el desarrollo de la psicomotricidad, la inteligencia y la afectividad.

También es importante señalar las aportaciones de la *psicología del desarrollo*, en especial de Wallon y Piaget, que muestra el predominio del movimiento en el desarrollo del niño; y del psicoanálisis, con los trabajos de Spitz sobre las consecuencias de las características afectivas precoces.

En tercer periodo, que abarca el tercer cuarto del siglo XX, se inicia la búsqueda de la identidad de la psicomotricidad. Ajuriaguerra y Diatkine desarrollan una nueva técnica terapéutica, la reeducación psicomotriz e insisten en las posibilidades de educación y reeducación de los débiles motores.

En 1960 se publica la primera carta de educación psicomotriz en Francia. Va a ser la base de la futura disciplina psicomotriz.

La sistematización de los estudios de la psicomotricidad se llevó a cabo en la década 1963-1973.

El cuarto período se inicia a partir de 1974 y se caracteriza por la introducción de las influencias del psicoanálisis, la psicología de la comunicación no verbal y la etología.

Empieza a aparecer una psicomotricidad centrada en la expresión libre del paciente y en las capacidades relacionales del terapeuta, una psicomotricidad basada en la actividad motriz espontánea del niño, la cual evolucionará proponiéndole una tecnicidad bien estructurada y una serie de respuestas ajustadas a su demanda.

### **3.3. MODELOS DE INTERVENCIÓN DE PSICOMOTRICIDAD.**

- **La psicomotricidad dirigida.**

Este modelo de intervención aunque pretende lograr el desarrollo global de la persona, está centrado en aspectos motores y cognitivos.

La evaluación psicomotriz se realiza a través de pruebas estandarizadas. Uno de los instrumentos que más se suelen utilizar es el examen psicomotor de Vayer (1985) (*ver anexo II*)

A través de este examen se obtienen las dificultades y, a partir de ellos, se establecen los objetivos de tratamiento y se elabora un programa que permita abordarlos, en el cual se trabajarán tres áreas: el esquema corporal, el esquema espacial y el esquema temporal que se abordarán de forma paralela. El esquema corporal será la base para elaborar el esquema espacial y, estos dos, al mismo tiempo, serán la base para la construcción del esquema temporal.

La sala de psicomotricidad debe contar con una serie de requisitos (*Ver anexo III*)

En cuanto a los materiales, la sala debe contar con módulos de gomaespuma, tapices y colchonetas, pelotas y balones, aros, picas, cuerdas, marcajes de suelo, telas, instrumentos musicales, juguetes y material fungible.

Las sesiones pueden ser tanto individuales como grupales, deberán valorarse las ventajas e inconvenientes de las dos opciones. Cuanto mayor sean las dificultades de las personas más necesarias será la realización de sesiones individuales.

En cuanto al papel del terapeuta, es este quien decidirá que se hará, cuando y donde. El terapeuta programará las situaciones educativas que permitan alcanzar los objetivos de la sesión.

Dentro de este modelo de intervención podríamos enmarcar a L.Picq y P.Vayer, cuyo enfoque psicomotriz se fundamenta en las necesidades y características corporales de las personas. La concepción educativa de estos autores parte de los problemas y dificultades de cada persona. Desde esta visión, el cuerpo es el principal medio educativo pues, a través del mismo, se adquieren las distintas nociones del mundo exterior. Así, L. Picq y P. Vayer (1985) definen la psicomotricidad como “una acción pedagógica y psicológica que utiliza los medios de educación física con el fin de normalizar o mejorar el comportamiento del niño”.

Estos autores defienden que debe haber una preparación de la lección, “antes de cada sesión debe el maestro saber lo que va a hacer, como lo que va a hacer y tener previsto el material que deberá utilizar” (L. Picq y P. Vayer ,1985). No obstante, según como se vaya desarrollando la sesión, se pueden introducir modificaciones. En el “plan de la lección” proponen seguir la siguiente pauta: consciencia, conocimiento y control del propio cuerpo; equilibración; adaptación al mundo exterior; reposo; independencia segmentaria y precisión; organización y estructuración espaciotemporal. Una vez tenemos el plan de trabajo debemos escoger los ejercicios. Las sesiones tienen una duración de 30 a 45 minutos y la frecuencia depende de las necesidades del niño, de las posibilidades de la familia y de las posibilidades materiales o de horarios, “normalmente



dos sesiones por semana dan resultados suficientes ya que el espaciamiento (un día al menos) permite la maduración” (L. Picq y P. Vayer ,1985)

- **La psicomotricidad relacional o vivenciada.**

Los autores principales de la psicomotricidad vivenciada son Lapiere y Aucouterier que ponen la atención en el aspecto emocional-afectivo. Según estos autores, el niño debe aprender por sí mismo y según su propio ritmo de aprendizaje. Tienen una concepción de la psicomotricidad en la que destaca el trabajo del ámbito emocional. Así pues, explican que “No es suficiente el movilizar la musculatura voluntaria para ejecutar un acto reflexionado, y que no pone en juego más que el sistema cortical, sino movilizar también y en especial el sistema hipotalámico de modulación del tono emocional.” (Lapiere, A. y B. Aucouterier, 1977). Defienden que se debe evitar cualquier mecanismo represivo que restrinjan las vivencias de la realidad y proponen que abordar la psicomotricidad desde la significación de lo vivido pero, para que las vivencias sean completas, deben realizarse desde el plano perceptivo, motor, intelectual y afectivo. Para estos autores, el juego espontáneo es un medio para el desarrollo de las potencialidades del niño, pues “lo que en realidad interesa al niño es vivir con los objetos y en el movimiento. Es necesario, por tanto, partir de ahí” (Lapiere, A. y B. Aucouterier, 1977)

La psicomotricidad vivenciada se caracteriza por la importancia que tiene la observación y la escucha para responder a las necesidades del niño, aceptándolo tal y como es, se le acompaña en su juego simbólico para fomentar el desarrollo de todas sus áreas.

Para que los niños puedan jugar de forma espontánea ante un adulto que desconocen es importante que dejen de concebir al adulto como una persona amenazante y, para ello, el psicomotricista debe representar el rol que el menor demande, se trata de jugar a que perdemos nuestro papel amenazador para poder convertirnos en referentes de seguridad y afecto. Así pues, “el educador debe estar a disposición de los niños, pues solamente en estas condiciones la expresión es auténtica, libre, espontánea y sincrética, y en donde las actitudes de huida, inhibición, sobrecompensación u oposición desaparecen” (Lapiere, A. y B. Aucouterier, 1977).

En este modelo de intervención, no se trata de realizar actividades estructuradas y definidas sino que, el niño o la niña, explorando situaciones espontáneas llegará formas de abstracción diferentes según su personalidad. Aucouterier (2004) nos habla de la expresividad motriz como “la manera que cada niño tiene de manifestar el placer de ser

él mismo, de construirse de una manera autónoma y de manifestar el placer de descubrir y de conocer el mundo que le rodea” y es el psicomotricista quien debe crear las condiciones necesarias para que emerja de cada niño.

En relación a la distribución del espacio, Aucouterier diferencia el espacio para la expresividad motriz y el espacio para la distanciaci3n emocional. En el primero el ni1o corre, trepa, sube, baja, se lanza, rueda...pero tambi3n en 3l representa sus angustias o miedos. En el segundo espacio, el ni1o verbaliza lo representado. Aucouturier, B. (2004) defiende que “El espacio, vivido por cada ni1o, es la representaci3n de un cuerpo muy querido, sobre el que puede caminar con toda tranquilidad, en el que puede equilibrarse con total seguridad, en el que cae, gira, salta con gran placer, en el que puede coger los objetos con seguridad; aunque alguna vez este espacio tambi3n puede vivirse como representaci3n de un cuerpo poco querido, que hay que rechazar (entonces el ni1o va a tirar, empujar, atacar, incluso destruir con violencia)”.

En cuanto a la distribuci3n del tiempo, diferencia entre un momento centrado en el juego y la acci3n y un momento centrado en la representaci3n a trav3s de diversos materiales que se ponen a la disposici3n del ni1o.

Para comenzar la sesi3n de psicomotricidad es importante que cada uno tenga un sitio en el que se les salude y en el que se les pregunte qu3 es lo que quieren hacer. Asimismo, deben marcarse unos l3mites explic3ndoles que, aunque podemos hacer una serie de cosas, hay otras que no podemos hacer, se trata de introducir ley en la sala. Una vez ha terminado la sesi3n y ha acabado el tiempo de representaci3n, se despide a cada ni1o de forma individual para que se retire con calma de la sala.

En relaci3n a los materiales, debe haber un material que permanece fijo (como las espalderas y las colchonetas) y otro m3s variable (como los m3dulos de gomaespuma que se pueden utilizar con distintas formas). Tambi3n puede incluirse un material complementario, por ejemplo, cuerdas, mu1ecos, osos de peluche, etc. y todo aquello que el psicomotricista considere que pueda contribuir al desarrollo del ni1o (Se ampl3a en el *anexo IV*)

### **3.4.EL ROL DEL PSICOMOTRICISTA**

En cuando a el psicomotricista, 3ste debe mantener una actitud empat3a y de escucha. “Este trabajo requiere del psicomotricista una formaci3n importante en la emocionalidad corporal, para poder situarse frente a las vivencias del ni1o y la ni1a, sin dejarse invadir por las emociones, respondiendo a cada uno seg3n su necesidad y su momento evolutivo” (Llorca, M; Vega, A, 1998).

Debe responder a las demandas que se le planteen pero no juega con los participantes. El psicomotricista es un compañero simbólico, es decir, desempeña el rol que el niño o la niña demande. A su vez, el psicomotricista aunque no debe tener una actitud impositiva, si debe procurar mantener el orden en todo momento. Asimismo, sus intervenciones son mínimas, solo intervendrá en aquellas situaciones en las que no se cumplen las normas o cuando sea necesario modificar alguna conducta. En la práctica, interviene modificando el medio utilizado durante la sesión y desarrollando las producciones de este medio.

En las intervenciones de psicomotricidad relacional es normal que, en un primer momento, el niño sienta desconfianza hacia el psicomotricista para él simboliza la prohibición, la norma, la ley, etc. Por este motivo Lapierre, Llorca y Sánchez (2015) defienden que “es necesario que el psicomotricista pierda su posición de adulto amenazante y se ponga a la altura del niño para representar esos roles que nos asignan y, en función de los miedos de cada niño, permitir que nos aborden corporalmente, propiciando el enfrentamiento y facilitando que el niño se afirme mediante la agresividad ante ese personaje y lo destruya simbólicamente”. Aunque el psicomotricista elimina su figura amenazante no deja de ser un adulto. Una vez que el niño siente que ha destruido ese poder del adulto, toma las riendas y somete al adulto a su voluntad convirtiéndolo, por ejemplo, en su mascota. No obstante, hay que señalar que se intervendrá siempre con los menores en función de la estructura de la personalidad que posean pues, por ejemplo, podemos encontrarnos niños con dificultades para aceptar la relación corporal o niños que no han accedido a la creación de su imagen corporal.

En cuanto a la formación del psicomotricista, ésta comprende el dominio de contenidos teóricos, contenidos prácticos o profesionales y una formación personal (*ver anexo V*)

### **3.5. LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA**

“La Pedagogía Hospitalaria se justifica por los efectos psicológicos, sociales y educativos de carácter negativo que la hospitalización puede causar, tanto en el propio paciente como en su familia. De esta forma coincidiendo con los objetivos de la educación, la finalidad de la Pedagogía Hospitalaria es el desarrollo integral de la persona” (Cárdenas Rodríguez, R. y López Noguero, F., 2005.). Sin embargo, no es esto lo que ocurre sino que, la Pedagogía Hospitalaria se centra en que los infantes hospitalizados reciban apoyo escolar, sin atender de forma global al individuo. La Pedagogía Hospitalaria debe encargarse de que el niño, durante su estancia, desarrolle

un día a día lo más parecido a su vida cotidiana antes de ser hospitalizado y prepararlo para su vuelta a ella una vez abandone el hospital. Además, es importante que participe activamente en su contexto social, con su familia y amigos, se debe atender a la necesidad de socialización que tenemos todos los seres humanos. Así pues, de los cuatro modelos de intervención educativa que nos propone González Simanca y Polaino (1990) (*Ver anexo VI*) para este proyecto el más adecuado es el modelo social ya que, además de favorecer el desarrollo integral de las personas debemos favorecer su incorporación a la sociedad, una vez supere su enfermedad.

Asimismo, es necesario que haya una coordinación entre el servicio pedagógico del hospital y los médicos que atienden a los niños, ya que para poder desarrollar una intervención educativa con éstos es importante tener conocimientos sobre la enfermedad que padecen, saber qué síntomas les provoca esa enfermedad, las consecuencias que tendrá, el tiempo que permanecerán en el hospital, etc. para poder prepararlos para aquello que les toca afrontar.

Al mismo tiempo, es necesario conocer al niño desde el punto de vista educativo. Por ejemplo, deberíamos realizar una evaluación para saber el estilo de aprendizaje del niño, los conocimientos que posee, su ritmo de aprendizaje, si posee necesidades educativas especiales, etc. Aunque, claro está, que esto tiene más sentido cuando se trata de hospitalizaciones de larga duración.

Además, es importante lograr una implicación y apoyo de los padres que contribuya a la recuperación de los menores:

“Es importante que la familia acepte la enfermedad de su hijo, no sólo desde una poco útil y pasiva resignación sino desde el conocimiento de las posibilidades que deben tenerse en cuenta y la responsabilidad que les incumbe respecto a la puesta en práctica de esas posibilidades y situaciones con las que favorezcan la superación de la dura etapa por la que su hijo pasa, superación que le permita al alumno olvidar, en cierto modo, su enfermedad y sobreponerse a ella sin que le suponga un quebranto demasiado negativamente importante en su vida” (González Jiménez, F.E, Macías Gómez, E. y García Hernández, F., 2002).

También hay que tener en cuenta que el niño, una vez recuperado, volverá a su vida normal, por eso es importante que no se rompan los lazos con las personas con las que tenía contacto antes de ser ingresado, ya que eso puede provocar que, una vez salga del hospital, se sienta marginado o fuera de lugar.

En definitiva, la Pedagogía Hospitalaria, además de encargarse de que el alumno reciba atención educativa, debe preocuparse de que el niño tenga un día a día lo más parecido a su vida cotidiana y de prepararlo para su salida del hospital, siendo atendido de forma global, teniendo en cuenta aspectos emocionales y afectivos.

En el *anexo VII* se detallan las leyes y los decretos que constituyen el marco legislativo de la Pedagogía Hospitalaria en España.

#### **4. ANÁLISIS DE NECESIDADES**

Una vez he revisado bibliografía sobre la psicomotricidad y los modelos de intervención, he decidido decantarme por la psicomotricidad vivenciada debido a las características del contexto al que va dirigido este proyecto, un hospital, en el que muchos niños y niñas no pueden salir de las habitaciones y, por lo tanto, debemos partir de lo que pueden y quieren hacer, atendiendo a sus deseos y cuidando sus aspectos cognitivos, motrices y afectivos y emocionales. Estos dos últimos se descuidan en este contexto ya que por encima de eso prima, en lo que a lo educativo se refiere, que continúen trabajando los contenidos escolares que estudiarían si no se encontraran en tal situación.

Debido a que me encuentro inmersa en el día a día de la atención que reciben los niños y niñas ingresados en el hospital poseo bastante información de lo que se hace en el ámbito educativo con los menores. Aun así, consideré que no era suficiente y que había muchos aspectos que desconocía y realicé una entrevista a mi tutor de las prácticas externas en el hospital Nuestra Señora de la Candelaria, Don Juan Leonardo García Gómez, Coordinador del Servicio Pedagógico y Pedagogo del Aula Hospitalaria del mismo.

Para adentrarme aún más en el tema de la psicomotricidad, realicé una entrevista a Josefina Sánchez, coordinadora del Servicio de Psicomotricidad en la Universidad de La Laguna y asistí a dos sesiones de psicomotricidad en dicho servicio.<sup>1</sup>

En cuanto a la entrevista realizada a Don Juan Leonardo García, ha sido una entrevista no estructurada<sup>2</sup> ya que, aunque la secuencia de preguntas estaba prefijada, cabía la posibilidad de preguntarle aquello que “sobre la marcha” consideraba oportuno.

Es conveniente señalar que las actividades educativas que señaló el Coordinador del Servicio Pedagógico<sup>3</sup> son actividades manuales, de apoyo educativo, juego...pero en

---

<sup>1</sup> Ver observaciones en el anexo VIII

<sup>2</sup> Ver diseño en el anexo IX

<sup>3</sup> Ver la transcripción de la entrevista en el anexo X

ningún momento se comentó que se realizará alguna actividad que trabajase las emociones de los niños y niñas. Asimismo, se señaló que la psicomotricidad podría tener efectivos positivos tanto en los niños y niñas como en los padres.

En cuanto a la entrevista realizada a Josefina Sánchez, también fue no estructurada<sup>4</sup>, es preciso señalar que comentó que, actualmente, no se le da la importancia que tiene a la psicomotricidad y que los padres, si sus hijos no tienen algún tipo de problema, tampoco se la dan. En cuanto a realización de sesiones de psicomotricidad con niños hospitalizados, coincidió con Juan Leonardo en que es complicado. Josefina explicó que, a pesar de eso, podrían llevarse a cabo jugando con las sensaciones, con el juego, la palabra, etc.<sup>5</sup>

Además, se ha realizado un análisis DAFO con el objetivo de saber con qué oportunidades, fortalezas, amenazas y debilidades cuenta la institución. La información la he obtenido a partir de mi experiencia en la realización de las prácticas, y con la realización de las dos entrevistas.

A continuación, se muestra el DAFO realizado para el análisis de necesidades.

---

<sup>4</sup> Ver diseño en el anexo XI

<sup>5</sup> Ver transcripción de la entrevista en el anexo XII

<b>DEBILIDADES</b>	<b>OPORTUNIDADES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay personal suficiente para atender las necesidades educativas de todo el alumnado.</li> <li>• No existe un proyecto educativo.</li> <li>• El Servicio Pedagógico se centra únicamente en el apoyo escolar.</li> <li>• No se favorece el desarrollo global del niño, la acción educativa está centrada en aspectos cognitivos.</li> <li>• Los padres no participan en las actividades educativas que se realizan con los menores aunque si están presentes.</li> <li>• No todos los niños y niñas pueden salir de las habitaciones.</li> <li>• Se atiende a menores de diferentes edades.</li> <li>• No se realizan adaptaciones curriculares para los niños y niñas con Necesidades Educativas Especiales.</li> <li>• El Servicio Pedagógico no posee una formación sólida para poder trabajar la psicomotricidad con los niños y niñas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posibilidades de elaborar un proyecto educativo.</li> <li>• Trabajar el apoyo escolar empleando una metodología alternativa.</li> <li>• Atender la parte emocional del alumnado.</li> <li>• Posibilidad de trabajar contenidos extracurriculares.</li> <li>• Importancia de las actividades lúdicas y de diversión en la recuperación de los menores.</li> <li>• Posibilidad de trabajar la psicomotricidad de los niños ya que actualmente no se trabaja.</li> </ul>
<b>AMENAZAS</b>	<b>FORTALEZAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prioridad de la salud del niño o niña por encima de la educación.</li> <li>• Intrusión del personal no educativo en el ámbito pedagógico.</li> <li>• Infravaloración del servicio pedagógico.</li> <li>• Presencia de los padres en todas las actividades que realicen sus hijos.</li> <li>• Existencia de diversidad de familias, lo que dificulta abordar ciertos temas.</li> <li>• Muchos niños y niña no pueden salir de las habitaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los objetivos llegan a multitud de alumnado.</li> <li>• Disponibilidad de acceso a Internet para obtener recursos didácticos.</li> <li>• El servicio Pedagógico está abierto a cambios e innovaciones.</li> <li>• Se cuenta con el apoyo de la Asociación Española Contra el Cáncer, Cruz Roja Juventud y Pequeño Valiente.</li> <li>• Se permite a los padres quedarse en las habitaciones con los niños.</li> </ul>

A continuación se mostrarán las dimensiones a trabajar en este proyecto, partiendo del análisis de necesidades que se ha realizado.



En cuanto a la dimensión “**Desarrollo integral de los menores hospitalizados**” hago referencia a trabajar aspectos cognitivos, emocionales y motrices, ya que la atención educativa que reciben los menores en el hospital es únicamente de apoyo escolar, es decir, trabajan los contenidos estipulados en el currículum prescrito. Así pues, se hace necesaria una intervención educativa que no solo se centre en cubrir contenidos. Es cierto que, necesitan recibir esos conocimientos para normalizar la vida del niño y que éste no se encuentre perdido una vez haya salido del hospital y se incorpore al colegio pero esta necesidad ya está cubierta, por eso, este proyecto de innovación pretende que los menores reciban una atención educativa que vaya más allá de esto y trabaje, aparte de aspectos cognitivos, los afectivos y los motrices.

Con la dimensión “**Participación de las familias**” hago referencia a lograr que los padres estén implicados en las actividades educativas que realizan los menores en el hospital. He observado, durante la realización de mis prácticas, que los padres, aunque están presentes en todo momento, no participan de forma activa en las actividades educativas con sus hijos o hijas ya sea por falta de implicación o por considerar que esa tarea le compete al personal educativo. Además, el hecho de que los menores realicen actividades con sus padres u otros familiares contribuirá a la mejora de sus estados anímicos pues se sentirán apoyados, respaldados y que no están solos en la situación en la que se encuentran.

La “**Formación del Servicio Pedagógico**” es una dimensión vital pues éste estar formado para poder lograr la implicación de las familias y lograr un desarrollo integral de los niños y niñas, es decir, las otras dos dimensiones no se pueden llevar a cabo si la



persona o las personas encargadas de la educación de los niños y niñas del hospital no se encuentran preparadas para ello.

## **5. PROPUESTA DE ACTUACIÓN**

### **5.1. OBJETIVOS GENERALES**

A partir del análisis de necesidades se observa que existen una serie de carencias que deben ser resueltas para que la atención educativa del aula hospitalaria sea lo más efectiva posible.

Así pues, teniendo en cuenta esos aspectos a mejorar, los objetivos generales que persigue este plan de innovación son los siguientes:

- ❖ Mejorar las acciones educativas del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria.
- ❖ Implicar y preparar al Servicio Pedagógico del hospital para ello.

A continuación, se establece una clasificación de los objetivos específicos en las tres dimensiones expuestas anteriormente: desarrollo integral de los menores hospitalizados, participación de las familias y formación del Servicio Pedagógico.

#### **1. Dimensión 1: “Desarrollo integral de los menores hospitalizados”**

- Trabajar conocimientos mientras se fomentan valores y sentimientos.
- Fomentar el desarrollo de los niños y niñas a través su propia experiencia.

#### **2. Dimensión 2: “Participación de las familias”**

- Lograr que los padres se impliquen y participen en las actividades educativas que realicen sus hijos.
- Tener en cuenta a los padres en la realización de actividades educativas, ofreciéndoles la oportunidad de participar activamente en ellas.
- Conseguir que la realización de actividades de los familiares con los menores ingresados contribuya a que éstos se sientan apoyados y acompañados en el proceso de hospitalización.

#### **3. Dimensión 3: “Formación del Servicio Pedagógico”**

- Que el Pedagogo del aula hospitalaria posea los conocimientos y las destrezas necesarias para poner en práctica sesiones de psicomotricidad relacional que contribuyan al desarrollo integral del alumnado del hospital.

## **5.2. METODOLOGÍA**

### **5.3. Estrategia de intervención**

Debido al contexto en el que se encuentran los menores de restricciones y prescripciones se hace necesaria una forma de trabajar con ellos donde se tenga en cuenta sus intereses y motivaciones. Por ello, la metodología a emplear serán sesiones de psicomotricidad relacional con las que, no solo se trabajará la globalidad del niño y de la niña sino que, además, se partirá de lo que quiere hacer respetando en todo momento sus distintas personalidades.

Así, lo que se pretende con estas sesiones de psicomotricidad es darle al menor la posibilidad de deslizarse, balancearse, saltar, etc. En definitiva, se pretende que sientan el placer de jugar y, a la vez, de descargar todo el estrés, miedo y frustración que le pueda provocar el contexto en el que se encuentra. Así pues, la estrategia para abordar la dimensión 1 (Desarrollo integral de los menores) serán sesiones de psicomotricidad relacional en la que se trabajarán sus aspectos cognitivos, motrices y afectivos.

Asimismo, para trabajar la participación de las familias (dimensión 2) se realizarán actividades en las cuales intervendrán los padres de los menores de forma activa, de esta forma no sólo conseguiremos su implicación en las actividades educativas que hacen sus hijos sino que, además, estos se sentirán respaldados y apoyados por sus familias, al compartir un tiempo haciendo algo de forma conjunta. Esto se hace necesario por la situación en la que se encuentran los menores. Estas actividades serán coordinadas, dirigidas e impartidas por el Pedagogo del hospital y se realizarán en las habitaciones de los menores.

Para formar al Pedagogo del hospital en conocimientos y habilidades de psicomotricidad, en primer lugar, recibirá un curso formativo en el que asistirá a clases magistrales que le ayudarán a adquirir los conocimientos teóricos básicos. En segundo lugar, asistirá a varias sesiones de psicomotricidad como observador. En tercer lugar, cuando se estén poniendo en práctica las sesiones de psicomotricidad de la dimensión 1, intervendrá junto con el o la psicomotricista que se encargará de estas sesiones incluso llegará a poner el mismo en práctica las sesiones cuando el o la experta en psicomotricidad lo considere oportuno. Es conveniente aclarar que el o la psicomotricista que se encargará de las sesiones de psicomotricidad de los menores será también quien se encargue del curso de formación del Pedagogo.

#### **5.4.Fases de la intervención**

Este plan de innovación se divide en dos fases:

- Primera fase:

Esta primera fase estará destinada a formar al Pedagogo del aula hospitalaria en contenidos teóricos sobre psicomotricidad, por lo tanto, estará centrada en la dimensión “Formación del Servicio Pedagógico”. Se desarrollará en los meses de julio y agosto una vez por semana (los miércoles) en horario de tarde, así pues, constará de ocho sesiones. En estas sesiones se trabajará la parte teórica de la psicomotricidad.

- Segunda fase:

Esta fase comienza en septiembre y acaba en junio. En este momento de la intervención se realizarán las sesiones de psicomotricidad relacional los martes y jueves en horario de mañana, se realizarán dos sesiones por día. En estas sesiones también se estará trabajando la formación del Servicio Pedagógico pues como se ha explicado anteriormente, actuará como apoyo e, incluso, desarrollará algunas sesiones, poniendo así en juego los conocimientos aprendidos durante la primera fase. Las actividades orientadas a lograr la participación de las familias se realizarán los lunes y los miércoles. Los viernes el o la psicomotricista y el Pedagogo se reunirán para hacer una valoración del trabajo realizado durante la semana. Cada dos meses, en el viernes de la cuarta semana se destinará la reunión a realizar las modificaciones precisas al proyecto de forma que se esté realizando una evaluación procesual del mismo, es decir, se reunirán cada viernes y, en los viernes de la cuarta semana de abril, octubre, diciembre, febrero y junio las reuniones se utilizarán para, teniendo en cuenta lo hablado durante las reuniones de los viernes anteriores, realizar las modificaciones que se estimen oportunas.

#### **5.5.Temporalización de las fases.**

La temporalización de las fases abarca un año entero. La duración del curso de formación al Servicio Pedagógico tiene una duración de dos meses (julio y agosto), en sesiones de dos horas una vez por semana, por lo tanto, con una duración de 16 horas.

La segunda fase abarca desde septiembre a junio, realizando las actividades del plan dos veces por semana y las sesiones de psicomotricidad también dos veces por semana. Debido a que no se sabe cuántos niños y niñas realizarán las actividades es imposible hacer un cálculo exacto de las horas. En el caso de que se realizarán las actividades con sus familiares tres niños cada día que corresponda, se emplearían 240 para la realización de dichas actividades. A esto debemos sumar las horas de psicomotricidad ,4 horas en

semana, que hacen un total de 160 horas en toda la intervención. Además, debemos sumar las horas en las que se reúnen el o la psicomotricista y el Pedagogo, tanto en las reuniones semanales como en las reuniones de evaluación procesual, que suman un total de 51 horas (suponiendo que se reunieran una hora). En total el plan supondría un total de 467 horas.

### 5.6. Diseño de las actividades

A continuación se muestran dos ejemplos de actividad<sup>6</sup>

#### ❖ Actividad 1 de la dimensión 2

<b>Dimensión 2: Participación de las familias</b>	
<b>Nombre de la actividad</b>	<i>Hoy soy un personaje de cuento</i>
<b>Competencias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expresión de lo emocional a través de la dramatización.</li> <li>• Comunicación no verbal a través de la representación del rol.</li> <li>• Creatividad dramática.</li> <li>• Simbolización.</li> <li>• Expresión psicomotriz</li> </ul>
<b>Qué objetivo(s) se persigue(n)</b>	<p>Los objetivos de esta actividad son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lograr la participación de los familiares en actividades educativas de los menores.</li> <li>• Conseguir que los y las menores se sientan respaldos en el proceso de hospitalización.</li> </ul>
<b>A quien va dirigido</b>	Esta actividad va dirigida a los menores hospitalizados y a sus familiares.
<b>Cuántas personas se prevé que participen</b>	Se prevé la participación de los menores y sus familiares.
<b>Cuál es la temporalización</b>	<p>Se prevé que la actividad tenga una duración de una hora.</p> <p>Calendario: se realizará el primer lunes de cada mes.</p>
<b>Lugar en el que se desarrolla</b>	En las habitaciones de los menores.
<b>Quiénes lo van a coordinar, dirigir...</b>	La actividad será coordinada, dirigida e impartida

<sup>6</sup> Para ver todas las actividades ir al anexo XIII













	por el Pedagogo.
<b><i>Como surge la necesidad de realizarla</i></b>	Surge de la necesidad de realizar actividades que no estén relacionadas con el ámbito escolar.
<b><i>Materiales</i></b>	8 cuentos tradicionales ( se utilizarán los de la biblioteca del aula hospitalaria)
<b><i>Evaluación</i></b>	La implicación y el rol desempeñado por parte de las familias se evaluarán a través de una rúbrica y la satisfacción de los participantes a través del debate que se realizará después de la actividad.
<b><i>Cuál es el papel de los ponentes</i></b>	El Pedagogo coordinará, impartirá y dirigirá la actividad.
<b><i>En qué consiste la actividad</i></b>	
En esta actividad el Pedagogo del Hospital mostraran 8 cuentos tradicionales y, tanto los menores como sus padres, deberán escoger un cuento, dentro del cuento escogido deberán seleccionar un personaje, no podrán decir a nadie ni el cuento escogido ni el personaje. A continuación, cada persona (el menor, la madre y el padre) uno por uno, deberán representar el personaje que ha escogido sin hablar. Si transcurre mucho tiempo y no se adivina, se podrán hacer preguntas a la persona que esté representando pero sólo se contestarán con sí o no.	
<b><i>Debate sobre la actividad</i></b>	
¿Qué les ha parecido la actividad? ¿Les ha resultado fácil adivinar los personajes? ¿Ha sido divertido convertirnos en un personaje de cuento por un momento? ¿Cómo os habéis sentido durante la actividad? ¿Os habéis sentido apoyados por los demás?	

El diseño de las sesiones de Psicomotricidad que se realizarán los martes y jueves en horario de tarde, se encuentra en el ***anexo XIV***.

## 5.7. Cronograma

	1° FASE: Formación del Servicio Pedagógico.		2° FASE: Desarrollo integral de los menores hospitalizados y participación de las familias									
	JUL	AGOS	SEPTI	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
Actividad “conocemos la Psicomotricidad”												
Actividad “Observamos y aprendemos”												
Actividad “Dibujamos nuestras vivencias”												
Actividad “Hoy soy un personaje de cuento”												
Actividad “Escultores por un día”												
Actividad “Creando juntos”												
Actividad “Creamos seres extraños”												
Actividad “Músicos por un día”												
Actividad “La caja sorpresa”												
Actividad “Objetos polifacéticos”												
Visita del evaluador externo												
Reuniones para la evaluación procesual del proyecto												
Sesiones de psicomotricidad relacional												

## Leyenda:

-  Actividad “conocemos la Psicomotricidad” se realizará todos los miércoles del mes de julio
-  Actividad “Observamos y aprendemos” se realizará todos los miércoles del mes de agosto
-  Actividad “Hoy soy un personaje de cuento” se realizará el primer lunes de cada mes
-  Actividad “Dibujamos nuestras vivencias” se realizará el primer miércoles de cada mes
-  Actividad “Escultores por un día” se realizará el segundo lunes de cada mes
-  Actividad “Creando juntos” se realizará el segundo miércoles de cada mes
-  Actividad “Creamos seres extraños” se realizará el tercer lunes de cada mes
-  Actividad “Músicos por un día” se realizará el tercer miércoles de cada mes
-  Actividad 8 “Objetos polifacéticos”
-  Visita del evaluador externo cada tres meses
-  Reuniones para la evaluación procesual cada dos meses
-  Sesiones de psicomotricidad relacional que se realizarán los martes y jueves de cada mes

## **6. PROPUESTA DE EVALUACIÓN DEL PROYECTO**

Se comprobará que se hayan alcanzado los objetivos a través de una evaluación procesual e interna, aunque en algunos momentos será externa. Se evaluará conforme se va implementando el proyecto.

Como se ha podido observar en la metodología, el Pedagogo y el o la psicomotricista se reunirán cada viernes para hacer valoraciones del trabajo realizado durante la semana, éstas servirán para realizar las modificaciones del proyecto que se crean oportunas para lograr aumentar la calidad y eficacia del mismo.

Para comprobar que lo que se está poniendo en práctica se esté haciendo de manera correcta he propuesto una rúbrica para evaluar los aspectos de las dimensiones “Desarrollo integral del menor” y “Participación de las familias” y la hoja de observación para la dimensión “Formación del Servicio Pedagógico” que, a su vez, será evaluada también de manera externa. La persona experta en psicomotricidad que impartirá el curso y desarrollará las sesiones (con el apoyo del Pedagogo) realizará un examen tipo test para verificar que el Pedagogo del Hospital ha adquirido los conocimientos teóricos relativos a la psicomotricidad. Ya que será la persona experta en psicomotricidad la que seleccionará los contenidos concretos para el curso formativo será también quien verifique la adquisición o no de los mismos.

La evaluación de la dimensión 1 (desarrollo integral de los menores) se evaluará a través de una rúbrica que completará el Pedagogo o el Psicomotricista dependiendo de quien se encuentre jugando con los niños en las sesiones, es decir, la completará quien solo este observando la sesión en el momento del tiempo de trabajo. Se rellenará una rúbrica por menor para observar su evolución.

Al finalizar cada actividad el Pedagogo y el o la Psicomotricista rellenarán la rúbrica correspondiente a la dimensión 2 (participación de las familias). Para comprobar el buen funcionamiento o no de las actividades de dicha dimensión se hará un debate (se muestra en cada actividad) para conocer el grado de satisfacción con las actividades. La hoja de observación de la dimensión 3 (Formación del Servicio Pedagógico) la rellenará el evaluador externo cada dos meses cuando acuda a las sesiones de psicomotricidad que se realizarán.



## Evaluación de la propuesta

Ámbitos de análisis	Criterios	Indicadores	Instrumentos	Agentes que intervienen
Desarrollo integral del menor.	Ámbito cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>-El niño o la niña tiene capacidad representativa.</li> <li>-El niño o la niña propone juegos.</li> <li>-El niño o la niña desarrolla juegos simbólicos.</li> <li>-El niño o la niña está centrado durante la sesión.</li> <li>-El niño o la niña juega a través de la imitación.</li> </ul>	Rúbrica <sup>7</sup>	Pedagogo del Hospital o Psicomotricista.
	Ámbito afectivo-social	<ul style="list-style-type: none"> <li>-El niño o la niña recoge el material.</li> <li>-El niño o la niña se descalza y se calza solo o sola.</li> <li>-El niño o la niña utiliza el material adecuadamente.</li> <li>-El niño o la niña respeta las normas y los límites que se han trabajado al inicio de la sesión.</li> <li>-El niño o la niña se relaciona de forma adecuada con los demás (de manera respetuosa, sin imponer nada, etc.)</li> <li>-El niño o la niña presenta una buena autoestima.</li> <li>-El niño o la niña es espontáneo o espontánea.</li> <li>-El niño o la niña respeta las decisiones de los demás.</li> </ul>		
	Ámbito motriz	<ul style="list-style-type: none"> <li>-El niño o la niña es capaz de saltar, rodar, arrastrarse, trepar, etc.</li> <li>-El niño o la niña tiene seguridad ante sus movimientos.</li> <li>-El niño o la niña manipula de forma adecuada los objetos.</li> <li>-El niño o la niña tiene un buen control postural.</li> <li>-El niño o la niña tiene equilibrio</li> </ul>		
Participación de las familias.	Implicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Los padres y madres se mostraron dispuestos a realizar las actividades.</li> <li>- Los padres y madres intentan resolver las dudas de sus hijos o hijas en la medida de lo posible durante la realización de las actividades.</li> <li>-Los padres y madres están preocupados de que su hijo o hija alcance el objetivo de la actividad.</li> </ul>	Rúbrica <sup>8</sup>	Pedagogo del hospital.

<sup>7</sup> Ver rúbrica en el anexo XV

<sup>8</sup> Ver rúbrica en el anexo XVI

	Rol desempeñado	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Los padres y madres participan de manera activa en las actividades.</li> <li>-Los padres y madres permiten la autonomía de su hijo o hija.</li> <li>-Los padres y madres, ante un conflicto en el desarrollo de la actividad, intentan mediar una posible solución con su hijo o hija sin intentar imponerla.</li> </ul>		
	Satisfacción con las actividades realizadas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Los familiares y los menores expresan haber experimentado sensaciones positivas en la realización de las actividades.</li> <li>-Los familiares y los menores señalan haberse divertido durante las actividades.</li> <li>-Los menores se han sentido respaldados y apoyados por sus familiares en la realización de las actividades.</li> <li>-Los familiares y los menores tienen una visión positiva del trabajo realizado en las actividades.</li> </ul>	Debate <sup>9</sup>	Pedagogo del hospital.
Formación del Servicio Pedagógico.	Conocimientos teóricos	<ul style="list-style-type: none"> <li>-El Pedagogo conoce el concepto, la historia y las corrientes de la Psicomotricidad.</li> <li>-El Pedagogo conoce los beneficios y la importancia de la Psicomotricidad.</li> <li>-El Pedagogo sabe los pasos a seguir para planificar y desarrollar una sesión de Psicomotricidad.</li> <li>-El Pedagogo conoce el papel que tiene que desempeñar el psicomotricista.</li> <li>-El pedagogo conoce las habilidades con las que debe contar un o una psicomotricista.</li> </ul>	Examen tipo test	Psicomotricista
	Habilidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mantiene una actitud de empatía y escucha.</li> <li>-Sabe responder a las demandas de los niños y niñas de manera ajustada.</li> <li>-Es capaz de desarrollar el rol que el menor le demanda.</li> <li>-Es capaz de intervenir cuando no se cumplen las normas o cuando es necesario modificar alguna conducta.</li> <li>-Permite el juego de los niños y niñas bajo unos límites.</li> <li>-Es capaz de retomar las situaciones cuando estas se vuelven difíciles.</li> <li>-Sabe marcar las normas y los límites.</li> <li>-Pone atención al grupo en acción.</li> <li>-Participa en los diferentes juegos durante la sesión.</li> <li>-Es comprensivo.</li> <li>-Mantiene el orden.</li> </ul>	Observación <sup>10</sup>	Evaluador externo.

<sup>9</sup> En cada actividad se muestran las preguntas del debate.

<sup>10</sup> Ver hoja de observación en el anexo XVI

## **7. PRESUPUESTO**

### **• Coste personal**

En cuanto al personal que vamos a necesitar para el desarrollo del proyecto, contaremos con una persona que tenga una amplia formación y experiencia en el ámbito de la psicomotricidad. Esta persona será la que imparta el curso de formación al Pedagogo del hospital y quien coordinara, dirigirá y desarrollará (junto con el Pedagogo) las sesiones de psicomotricidad. Además, se contratará un evaluador externo que asistirá

El o la psicomotricista recibirá un salario de 1.000 € al mes, en total, serían 12.000 €. Al evaluador externo se le pagará 10€ la hora, un total de 240 €. Por lo tanto, el personal tendría un coste total de **12.240€**

### **• Coste material**

En cuanto al material necesario, solo prescindiremos de todos aquellos materiales necesarios para realizar las sesiones de psicomotricidad. En la medida de lo posible se utilizarán los materiales del aula pedagógica, por lo tanto, aquí se exponen los materiales con los que no cuenta la misma y que sería necesario comprar. Para la formación teórica del Pedagogo del Hospital solo es necesario un proyector y unos altavoces ya que se utilizará el ordenador con el que él cuenta.

La lista del material que se necesita es la siguiente:

<b>MATERIAL BÁSICO PARA LAS ACTIVIDADES Y LAS SESIONES DE PSICOMOTRICIDAD</b>	
<b>MATERIAL TECNOLÓGICO</b>	
Altavoces	20€
Proyector	259€
<b>MATERIAL FUNGIBLE PARA LAS ACTIVIDADES</b>	
Caja decorada	1€
Papel brillante ( 1 metro)	2,50€
Cuerda	1,98€
3 botes de cristal	4€
Papel aluminio (1€)	1,49€
Arcilla (1,5 kg)	1,50€
3 botellas de agua vacías	1,08€
<b>MATERIAL PARA LAS SESIONES DE PSICOMOTRICIDAD</b>	
7 colchonetas de poliéster	900€
5 cubos de material blando	140€
6 pelotas blandas	160€
2 espalderas	800€

2 escaleras de psicomotricidad	1.000€
4 alfombras	20 €
Telas	15€
3 peluches	9 €
5 cojines	15€
2 cajas de cartón	8€
3 muñecos	30€
<b>Total</b>	<b>3.389,55€</b>

En total, el proyecto tendría un precio de **15.629,55€**

## **8. CONCLUSIONES**

Este proyecto ha estado inspirado en la realización de mis prácticas externas en el Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria. En este espacio he vivido experiencias que me han permitido no sólo poner en práctica los conocimientos adquiridos en los cuatro años de carrera sino que, además, me han permitido desarrollar competencias con las que no contaba.

Muchas veces pensamos que una estancia en un hospital es sinónimo de una experiencia negativa que intentamos evitar y, más aún, cuando se trata de menores. Pero en este proyecto he procurado romper con esa visión y demostrar que la estancia en un hospital, con sus inconvenientes, puede ser una experiencia enriquecedora. Por eso, he intentado en todo momento realizar una propuesta que dé a los menores hospitalizados lo que necesitan no solo atendiendo a sus aspectos cognitivos sino, también, a sus emociones y su motricidad. Con la realización de este proyecto me he dado cuenta de que la psicomotricidad relacional es una forma de trabajar que, no solo atiende de manera global al niño, sino que, además, tiene en cuenta su personalidad, sus intereses, motivaciones, lo que desean hacer los niños y niñas... y considero que, no solo se debería trabajar en los contextos formales de educación sino también en los no formales, pues educación no es sinónimo sólo de adquirir conocimientos y habilidades, la educación tiene como objetivo primordial contribuir al desarrollo integral de la personal ¿y qué mejor manera de lograrlo que a través del juego y del movimiento? Debería aprovecharse más esta forma de trabajar y que no sea solamente utilizada cuando los niños o niñas presentan algún tipo de problema.

Durante mi trabajo en el hospital observé que la mayoría de los niños y niñas suelen estar ingresados por causas no demasiado graves y que, por lo tanto, no tienen

totalmente limitado el movimiento, así pues, el hospital podría ser un contexto en el que, a través de sesiones de psicomotricidad, se trabajen otros aspectos y no solo los cognitivos ya que los menores se encuentran en una situación en la que necesitan realizar otro tipo de actividades ya que están en un lugar en el que no pueden salir a pasear, quedar con amigos, ir al cine... lo que puede hacer que se sientan bajos de ánimos o frustrados, por este motivo, considero que sería una forma de bajar sus niveles de estrés y se evadan mientras juegan.

He querido reflejar en este proyecto todo lo que he aprendido durante los tres meses de prácticas en la institución, comprometiéndome con la misma hasta el punto de decidir basar mi Trabajo de Fin de Grado en un proyecto que mejore las intervenciones educativas que se llevan a cabo en el hospital, haciéndolas más eficaces y de mayor calidad.

Asimismo, en este proyecto considero al Pedagogo como un profesional que no sólo ofrece conocimientos sino que además se preocupa por aspectos que van más allá de eso como pueden ser los afectivos o emocionales. Considero que cualquier profesional de la educación debe ser un facilitador del aprendizaje, pero nunca un mero transmisor de conocimientos. En mis prácticas vi como las intervenciones educativas que realizaba el Pedagogo estaban centradas, básicamente en apoyo escolar, lo que me planteó la opción de mostrar una alternativa tanto a las actividades educativas que se estaban realizando como a la figura del Pedagogo en sus intervenciones directas con los niños y niñas.

Además, el hecho de plantear este proyecto para una situación real en la que he estado inmersa, me ha hecho planearlo desde el minuto uno teniendo en cuenta cada uno de los detalles y datos que me estaba ofreciendo la experiencia. He planteado esta propuesta partiendo siempre de la realidad y me ha ayudado el hecho de haberla conocido de cerca, de haber interactuado tanto con el personal de la institución como con los familiares y menores que han ingresado en el hospital. Lo cierto es que, ha sido una experiencia enriquecedora que me ha hecho crecer como profesional y como persona y no he visto mejor ocasión que esta para “devolver” todo lo que me ha aportado.

Al mismo tiempo, he querido ofrecer una visión de la Pedagogía Hospitalaria como la encargada no solo de que los alumnos reciban los conocimientos que recibirían si estuvieran asistiendo al colegio, sino que he querido plantearla como una rama de la Pedagogía que se preocupa de que el niño tenga un día a día lo más parecido a su vida

cotidiana y de prepararlo para su salida del hospital, siendo atendido de forma global, teniendo en cuenta aspectos emocionales y afectivos.

Asimismo, la elaboración de este trabajo me ha servido para poner en práctica competencias que he estado trabajando durante los cuatro años de carrera como, por ejemplo, competencias relacionadas con el diagnóstico y la planificación pero, a su vez, me servido para adquirir competencias genéricas como la capacidad de síntesis y análisis, la toma de decisiones, el aprendizaje autónomo, la expresión escrita, etc. En definitiva, competencias que como profesional debo poseer para tener un futuro profesional exitoso.

## 9. **BIBLIOGRAFÍA**

- Arnaiz, P. (1988). *Fundamentación de la práctica psicomotriz de B. Aucouturier*. Madrid: Sec-Olea.
- Arnaiz, P. (1984). Consideraciones en torno al concepto de psicomotricidad. *Revista Anales de Pedagogía*. Disponible en <http://revistas.um.es/analespedagogia/article/view/288391/209571>
- Bernaldo de Quirós, M. (2006). *Manual de psicomotricidad*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Aucouturier, B (2004). *Los fantasmas de acción y la práctica psicomotriz*. Barcelona: Editorial Graó.
- Cárdenas Rodríguez, R. y López Noguero, F. (2005). Hacia la construcción de un modelo social de la Pedagogía Hospitalaria. *Revista Interuniversitaria*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1350/135016217004.pdf>
- Gallo Cadaviz, L. E. (2007). Cuatro hermenéuticas de la educación física en Colombia. *Revista Educación física y deporte*. Recuperado de [http://viref.udea.edu.co/contenido/publicaciones/memorias\\_expo/educacion\\_fisica/cuatro.pdf](http://viref.udea.edu.co/contenido/publicaciones/memorias_expo/educacion_fisica/cuatro.pdf)
- Gobierno de Canarias (s.f). *El hospital*. Recuperado el 11/03/2016. Disponible en <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=08c62358-2f8a-11e0-919a-bdaa63e0a438&idCarpeta=10b3ea46-541b-11de-9665-998e1388f7ed>

- González Jiménez, F.E, Macías Gómez, E. y García Hernández, F. (2002). La Pedagogía Hospitalaria: reconsideración desde la actividad educativa. *Revista complutense de educación*. Recuperado de <http://www.cerelepe.faced.ufba.br/arquivos/fotos/80/jimenezgomezhernandez.pdf>
- Lapierre, A., Llorca, M. y Sánchez, J. (2015). *Fundamentos de intervención en psicomotricidad relacional: reflexiones sobre la práctica*. Ediciones Aljibe.
- Lapierre, A. y Aucouterier, B. (1977). *Simbología del movimiento*. Barcelona: Editorial Científico-Médica.
- Llorca Llinares, M., y Vega Navarro, A. (1998). *Psicomotricidad y globalización del currículum de educación infantil*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Llorca Linares, M., Ramos Diaz, V., Sánchez Rodríguez y J., Vega Navarro, A. (2002). *La práctica psicomotriz: una propuesta educativa mediante el cuerpo y el movimiento*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Picq, L. y Vayer, P. (1985). *Educación psicomotriz y retraso mental: aplicaciones a los diversos tipos de inadaptación*. Barcelona: Editorial Científico-Médica.
- Pastor Pradillo, J (2002): El concepto de educación vivenciada y las posibilidades interdisciplinarias de las actividades físicas. *Pulso* 25, 217-228. Recuperado de: DIALNET, <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/244115.pdf>
- Sánchez Rodríguez, J. y Llorca Linares, M. (2008). El rol del psicomotricista. *Revista Interuniversitaria del Formación del Profesorado*. Recuperado de [http://www.aufop.com/aufop/uploaded\\_files/articulos/1217114265.pdf](http://www.aufop.com/aufop/uploaded_files/articulos/1217114265.pdf)

❖ ANEXO I.





## **LOS OBJETIVOS DEL AULA HOSPITALARIA SON:**

- 1.-Coordinar y organizar las distintas áreas que forman el Servicio Pedagógico.
- 2.- Defender y garantizar el derecho de los niños hospitalizados a recibir una educación apropiada a sus necesidades individuales y en un entorno adecuado.
- 3.- Asegurar la continuidad de la educación para aquellos niños enfermos que tras un ingreso hospitalario, deban de convalecer en el propio domicilio por un periodo de tiempo prolongado.
- 4.- Actuar de mediador entre los profesionales implicados en el campo de atención a la hospitalización infantil (médicos, enfermeras, psicólogos, asistentes sociales, etcétera).
- 5.- Promover formación al alumnado en prácticas de las distintas instituciones. 6.- Organizar y colaborar en la organización de seminarios, jornadas, etcétera).

## **ÁREA PEDAGÓGICA**

### **“AULA HOSPITALARIA”**

"Favorecer la integración del niño en el medio hospitalario y conseguir que en su reinserción posterior a su ambiente familiar, escolar y social, se realice sin problemas".

## **ÁREA INFORMÁTICA**

### **“CIBERAULA” - Fundación La Caixa**

“Favorecer las relaciones y comunicación con el entorno, dirigidas a los menores que tienen que permanecer hospitalizados durante un tiempo, así como a los familiares que le acompañan”.  
Además, contamos con el **PROYECTO PAIH** - Proyecto de Atención a la Infancia Hospitalizada.

## **ÁREA DE JUEGOS**

### **“SERVICIO DE PRÉSTAMOS”**

“Mostrar los efectos positivos que el juego y los materiales lúdicos pueden tener en el contexto hospitalario”.

## **ÁREA DE ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS:**

*Dr. D. Juan Leonardo García Gómez  
Coordinador del Servicio pedagógico y pedagogo del Aula Hospitalaria  
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria*

**RONALD MACDONALD´S** - S/C de Tenerife - Plaza de La Candelaria.

“Mejorar la calidad de vida de los niños hospitalizados, aportando un pequeño grano de arena para mejorar la estancia en los hospitales”.

**PROYECTO SONRISAS** - Fundación Canaria MAPFRE GUANARTEME.

“Ofertar a los niños hospitalizados en el hospital “un día diferente”, todo ello por medio de visitas de personajes animados y actividades variadas”.

**FUNDACIÓN THEODORA** - Doctores Sonrisas - Payasos para niños

hospitalizados. “Aliviar el sufrimiento de los niños hospitalizados a través de la risa”.

Además, contamos con el **PROYECTO AQUÍ** - Proyecto de Acompañamiento Quirúrgico.

**FAN 3 - FUNDACIÓN ANTENA 3**

“Mejorar la calidad de vida de los niños hospitalizados” con su lema “que vuelvan a sonreír también es urgente”

**DE NARICES - Payasos y Artistas Comprometidos**

“Mejorar la calidad de vida y paliar los estados de estrés, ansiedad, sufrimiento, dolor y soledad de los niños y niñas hospitalizados a través de la figura del payaso”

**PROGRAMA “JUEGA CON LA AECC”**

“Promover el entretenimiento y la estimulación de niños y niñas que se encuentren hospitalizados o acudan a tratamientos”

**PROYECTO RESPIRO FAMILIAR**

- 1.- Generar un ambiente dinámico, creativo y participativo a través de las actividades lúdicas que estimule al niño hospitalizado, fomentando la relación con otros niños.
- Buscar que el niño normalice y viva el proceso de hospitalización de manera no traumática.
- Ofrecer a los padres un espacio de tiempo libre para poder disminuir el estrés.

## ❖ ANEXO II.

### **Examen psicomotor de Vayer.**

*Tabla 1. Pruebas del examen psicomotor de Vayer (1985)*

<p>-Perfil psicomotor.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Coordinación dinámica de las manos.</li><li>• Coordinación dinámica general.</li><li>• Control postural.</li><li>• Control segmentario.</li><li>• Organización espacial.</li><li>• Estructuración espaciotemporal.</li></ul> <p>-Pruebas complementarias.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Lateralidad.</li><li>• Rapidez.</li><li>• Conducta respiratoria.</li></ul>
---

Fuente: Mónica Bernaldo de Quirós Aragón en “Manual de psicomotricidad”

## ❖ ANEXO III.

### **Condiciones de la sala de psicomotricidad dirigida (Bernaldo de Quirós, M. 2006):**

-Es necesario que haya espacio suficiente, en el que la personal se pueda mover cómodamente, pero cuyas dimensiones sean lo bastante reducidas como para que no se sienta perdido.

-El suelo debe permitir que puedan caminar descalzos. Normalmente se utilizan materiales como moqueta, parqué, aglomerado o incluso cocho barnizado.

-En cuanto a la decoración de la sala, es conveniente que las paredes estén pintadas de un color claro, y que no haya un exceso de decoración que pueda distraer la atención.

-La climatización de la sala debe ser buena, para que cuando se realicen los ejercicios activos no tengan un calor excesivo y cuando permanezcan quietos (por ejemplo, en relación) no se queden frío. Asimismo, la habitación debe estar ventilada.

#### ❖ ANEXO IV.

##### **Cómo realizar una sesión de psicomotricidad relacional (Bernaldo de Quirós, M. 2006):**

El primer paso será la realización de una valoración que comienza con una entrevista a los padres en el caso de los niños, o con el propio individuo si se trata de un adulto. Los datos que se recogerían en esta entrevista serían, por ejemplo, desarrollo del lenguaje, relaciones interpersonales, enfermedades, etc.

En el segundo paso se observa a la persona en la sala de psicomotricidad en una sesión normal junto a los otros para analizar su actividad motriz.

Durante la sesión el observador debe realizar un registro narrativo en el que se describan las conductas de la persona que está siendo observada en la sala. A continuación se ofrece un ejemplo:

Ana sigue arrullando a Manuel y le empuja ligeramente para tumbarlo. Manuel no se deja y entonces Ana pide a la psicomotricista que le diga que se tumbe, y ella sugiere que se lo pregunte. Cuando Ana se lo pide, Manuel se tumba.

Eva se acerca a su juego y pregunta a Ana que si puede jugar. Ana le comenta que ella es la mamá. Daniel es el papá y Manuel es el bebé. Juegan todos juntos.

Eva se cae y llora, la psicomotricista se acerca y enseguida se calma. Eva pregunta a la psicomotricista “si quiere ser su madre”, y ésta le contesta que le pregunte a Ana que acepta.

Deciden cambiar la casa de lugar, se van a la zona de las espalderas y trasladan allí todo.

Seguidamente, se valoraran una serie de parámetros en relación con el cuerpo, con el espacio, con el tiempo, con los objetos, con los otros y con el lenguaje.

- *Relación con el cuerpo.* Se analizarán los siguientes aspectos:
  - Conocimiento del esquema e imagen corporal.
  - Coordinación dinámica general: qué desplazamientos utiliza y como los realiza (la marcha, la carrera, los saltos, los deslizamientos, los giros, las caídas, etc.)
  - Control postural: equilibrios y desequilibrios.

- Tono muscular: si es adecuado a la acción, o por el contrario, si aparecen hipotonías o hipertonías.
- Otros aspectos: la mirada (si acompaña a la acción o está perdida), la gestualidad facial y corporal (si acompaña a lo que hace y a lo que dice).
- *Relación con el espacio:*
  - Si se mueve por toda la sala o utiliza solo una parte de ella.
  - Qué espacio utiliza preferentemente.
  - Si evita algún espacio.
  - Orden que sigue en la exploración del espacio.
  - Si utiliza distintas alturas.
- *Relación con el tiempo.* A lo largo de la sesión se observa:
  - En el tiempo de entrada: si es capaz de permanecer sentado y si repite las normas con todos.
  - Durante la sesión se valorará cómo distribuye su tiempo: cuánto tiempo dedica a cada actividad( si permanece un tiempo adecuado o pasa constantemente de una actividad a otra), el tiempo que pasa solo o acompañado, y el tiempo que necesita para comenzar una actividad o para realizarla.
  - En el tiempo de salida se valora cuánto tiempo tarda en dejar el material e ir a la rueda, si es capaz de estar sentado, de escuchar a sus compañeros y de intervenir de forma adecuada.
- *Relación con los objetos.* Se valora:
  - El interés que muestra por los objetos, su manipulación y exploración.
  - Objetos que utiliza, y si muestra preferencia por alguno.
  - Para qué los utiliza (para el juego sensoriomotor...simbólico...o como mediador en la relación con el otro).
  - Si es capaz de dar distintos usos a los objetos.
- *Relación con los otros.* Se valora si establece relación con el otro y cómo se relaciona.
  - Cómo se relaciona con sus compañeros: con quien se relaciona, si se relaciona con los demás porque quiere hacerlo, qué lugar ocupa dentro del grupo, si es capaz de situarse en distintas actitudes en su relación con los demás (oponerse, colaborar, compartir, etc.). Es importante analizar las relaciones que establece con cada persona del grupo.

- Cómo se relaciona con el psicomotricista: si hay demanda de relación o si sólo responde a sus propuestas, si existe dependencia (física o psicológica), si se le considera una figura hostil.
- *Lenguaje*: Se valora cómo habla, de que habla, si hay algún tema significativo y a quién se dirige.

A continuación, se analizan las secuencias, analizando las conductas en torno a tres fases: el estímulo, la acción y las consecuencias. En primer lugar, el estímulo es lo que mueve actuar. El estímulo puede darse desde la tentación, la intimidación, la provocación o la seducción. En segundo lugar, la acción es el acto mismo, a través del cual la persona entra en relación con el otro, con el objeto o con el medio. En tercer lugar, las consecuencias son las valoraciones que se establecen sobre la acción. Por un lado, estas pueden ser un juicio negativo o positivo sobre la acción del sujeto, puede ser un premio o un castigo y viene del exterior. Por otro lado, pueden ser una valoración del mismo sujeto y puede ser un reconocimiento o un no reconocimiento. Puede venir tanto del exterior como del mismo sujeto que realiza la acción.

El siguiente paso sería realizar una exploración médica y/o psicológica si se considera necesario. Por último, se integran los datos y se formulan los objetivos de la intervención en relación con el cuerpo, con el espacio, con el tiempo, con los objetos, con los otros y con el lenguaje.

Aunque los materiales utilizados son muy diversos, Lapierre y Lapierre (1985) y Llorca (2002) los resumen en: módulos de gomaespuma, tapices y colchonetas de gomaespuma, pelotas o balones, aros, cuerdas, telas, juguetes, arcilla y materiales para la representación.

Una sesión de psicomotricidad relacional debe tener la siguiente estructura:

- Ritual de entrada: El psicomotricista recibe a los participantes, éstos deberá descalzarse y formar un círculo. En el ritual de entrada se dejan claras las normas y los límites, por ejemplo “no dar patadas al otro”
- Tiempo de trabajo: La mayor parte del tiempo de la sesión se dedica al juego y a la acción, los niños y las niñas jugarán libremente durante al menos una hora. Antes de que se acabe la sesión se avisa a los niños de que hay que ir

terminando. Dejamos un momento para la “vuelta a la calma” donde los niños continúan acostados en las colchonetas.

- Ritual de salida: En esta parte de la sesión los participantes vuelven a formar un círculo y comentan sus opiniones sobre la experiencia, lo que han hecho, con quien han jugado, etc. (Bernaldo de Quirós, M. 2006)

#### ❖ ANEXO V.

### **Dimensiones de la formación del psicomotricista.**

Según Sánchez, J. y Llorca (2008), M. la formación del psicomotricista abarca tres dimensiones:

Por **contenidos teóricos** entendemos todo el bagaje de conocimientos que hacen referencia a:

- La concepción de Educación y, dentro de ésta, a la Educación Psicomotriz;
- las bases psicológicas, cognitivas, motrices y socioafectivas en las que se sustenta el desarrollo del niño; y
- las herramientas del trabajo psicomotriz: estructura, tiempos, espacios y materiales para preparar una sesión, y a la profundización en el juego (sensoriomotor, simbólico, representacional) como herramienta metodológica para favorecer el desarrollo infantil.

Por **contenidos prácticos o profesionales**, hacemos referencia a:

- la realización de observaciones sobre la práctica psicomotriz, centrándonos en la expresividad del niño-grupo y la acción del psicomotricista;
- la práctica con diferentes grupos de niños y casos individuales;
- la reflexión y el debate a partir de la puesta en común del trabajo realizado;
- el análisis personal y la reflexión sobre el trabajo realizado; y
- la puesta en práctica de estrategias de comunicación con otros profesionales y la familia.

Por **formación personal**, hacemos referencia fundamentalmente a dos aspectos:

- al conocimiento vivencial de la utilización del espacio, los objetos y los otros; dinámicas motrices, cognitivas y socioafectivas que entran en juego; y
- al conocimiento de la historia personal, las actitudes, dificultades y necesidades propias que pueden repercutir en la relación con los otro

#### ❖ ANEXO VI.

### Modelos de intervención educativa en el hospital González Simanca y Polaino (1990) (Citado en Cárdenas Rodríguez, R., 2005)

Modelo tradicional	El/la niño/a permanece en el hospital con el único objetivo de curarse, sin recibir ninguna educación en el centro sanitario, ya que eso es función única de la escuela y no del hospital. El niño podrá ir a la escuela una vez que haya superado su enfermedad.
Modelo rehabilitador	Se plantea una intervención educativa, pero desde un punto de vista médico, es decir, al enfermo se le educa, no con un objetivo formativo, sino para ayudarle a soportar tanto física como psíquicamente su enfermedad, sobre todo si se trata de estancias largas y enfermedades crónicas.
Modelo educativo	Se tratar al niño/a como una persona íntegra y global, que tiene una enfermedad. En este modelo, el/a niño/a no es sólo un enfermo, sino que es ante todo una persona. Por ello, el modelo educativo que subyace bajo esta perspectiva es el de necesidades educativas: el niño obtiene una educación según las necesidades que tenga en ese momento, una formación a la medida de la persona, en sus múltiples facetas humanas.
Modelo social	Este enfoque que proponemos significa un avance, un punto de vista más complejo y extenso que el anterior, pero no con ello diferente sino más bien complementario. El enfermo no sólo se entiende como una persona con todas sus inquietudes y características individuales de manera íntegra y global (modelo anterior), sino que el enfermo se ve como una persona social, puesto que forma parte de la sociedad y, más tarde o más temprano, se integrará en ella.

67

Fuente: Cárdenas Rodríguez, R., 2005 en “Hacia la construcción de un modelo social de la Pedagogía Hospitalaria”.

#### ❖ ANEXO VII.

### Marco normativo de la Pedagogía Hospitalaria en España.

#### a) Ley 13/1982 de Abril, sobre la Integración Social de los Minusválidos (LISMI).

En el artículo 29 de dicha ley se establece: que “todos los hospitales tanto infantiles como de rehabilitación, así como aquellos que tengan servicios pediátricos permanentes, sean de la Administración del Estado, de los Organismos Autónomos de ella



dependientes, de la Seguridad Social, de las Comunidades Autónomas y de las Corporaciones Locales, así como los hospitales privados que regularmente ocupen cuando menos la mitad de sus camas con enfermos cuya estancia y atención sanitaria sean abonadas con cargo a recursos públicos, tendrán que contar con una sección pedagógica para prevenir y evitar la marginación del proceso educativo de los alumnos en edad escolar internados en dichos hospitales”.

**b) Real Decreto 334/1985 del 6 de Marzo, de Ordenación de la Educación Especial**

.En su disposición adicional segunda indica, retomando el contenido de la LISMI, lo siguiente: 1. “Las Administraciones educativas podrán concertar con las instituciones sanitarias públicas, tanto infantiles como de rehabilitación, así como con aquellas que tengan servicios pediátricos permanentes, el establecimiento de dotaciones pedagógicas necesarias para prevenir y evitar la marginación del proceso educativo de los niños en edad escolar internados en ellas”. 2. “Las mismas provisiones podrán adoptarse con respecto a los establecimientos sanitarios privados que regularmente ocupen cuando menos la mitad de sus camas con enfermos cuya estancia y atención sanitaria sean abandonadas con cargo a recursos públicos”.

**c) Ley Orgánica 1/1990 del 3 de Octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE).**

Sin hacer mención especial a los niños hospitalizados, el título quinto, dedicado a la compensación de las desigualdades en educación, establece: “... los poderes públicos desarrollarán las acciones de carácter compensatorio en relación con las personas, grupos y ámbitos territoriales que se encuentran en situación desfavorable...” (Art. 63.1).

**d) Real Decreto 696/1995 del 28 de Abril, de Ordenación de la Educación de los Alumnos con Necesidades Educativas Especiales.**

En su artículo 3.6 señala: “el Ministerio de Educación y Ciencia promoverá la creación, en los centros hospitalarios y de rehabilitación, de servicios escolares para el adecuado desarrollo del proceso educativo de los alumnos de educación infantil, educación primaria y educación secundaria obligatoria internados en ellos.”

**e) Real Decreto de 299/1996 del 28 de Febrero, de Ordenación de las acciones dirigidas a la Compensación de Desigualdades en Educación.**

En el capítulo III, sección 2ª, sobre las actuaciones de compensación educativa dirigida a la población hospitalizada establece: “El alumnado hospitalizado mantendrán su escolarización en el

centro ordinario en el que desarrolle su proceso educativo” (Art. 18.1). Excepcionalmente, cuando no pueda asistir a un centro educativo, por permanencia prolongada en el domicilio por prescripción facultativa, podrá matricularse en la modalidad de educación a distancia...” (Art. 18.2). “El Ministerio de Educación y Ciencia creará unidades escolares de apoyo en los centros hospitalarios, sostenidos con fondos públicos, que mantengan regularmente hospitalizado un número suficiente de alumnos en edad de escolaridad obligatoria. Asimismo, y a petición de instituciones hospitalarias de titularidad privada, podrá formalizar convenios para la concentración de unidades escolares de apoyo” (Art. 19.1). “El Ministerio de Educación y Ciencia podrá formalizar convenios con entidades públicas y asociaciones sin ánimo de lucro para el desarrollo de programas de atención educativa domiciliaria dirigido al alumnado con permanencia prolongada en su domicilio por prescripción facultativa...” (Art. 20.2).

**f) En 1997 la Consejería de Educación emitió la Orden de 7 de abril**

Esta Orden regula el procedimiento de realización de las adaptaciones curriculares de centros y las individualizadas, en el marco de la atención a la diversidad del alumnado de las enseñanzas no universitarias en la Comunidad Autónoma de Canarias. En esta presente Orden se establecen, de acuerdo con dicha norma, los criterios de flexibilidad del periodo de escolarización y determina las características de los informes psicopedagógicos y el procedimiento de solicitud y de acreditación administrativa en el correspondiente expediente académico así como las medidas de carácter curricular que han de posibilitar, dentro del contexto ordinario, el máximo desarrollo de las potencialidades del alumnado sobredotado intelectualmente.

**❖ ANEXO VIII.**

**Hojas de observación de dos sesiones de Psicomotricidad.**

- **Sesión 1.**

<b>Sala de Psicomotricidad de la ULL</b>		<b>Psicomotricistas:</b> Eduardo y Raquel.
<b>Nivel infantil-primaria:</b> cuatro/ cinco años.		<b>Duración de la sesión:</b> 1 hora.
<b>TIEMPO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	
16:00- 16:15	En la primera parte de la sesión los niños y niñas se sientan en círculo en una colchoneta (“la casita”) con los psicomotricistas y	

	dicen sus nombres. A continuación, uno por uno dice una norma (“no se puede estropear el material”, “no se puede pegar”...) y comentan lo que quieran (que han hecho durante la semana, enseñan algún juguete que hayan traído...). Cuando Raquel y Eduardo dan la señal los niños comienzan a jugar por toda la sala.
16:15-16:35	Es el tiempo de trabajo, los niños y niñas juegan de distintas formas: unos juegan con las cuerdas, otros se deslizan por las colchonetas, etc. Cuando hay algún niño o niña que se “descuelga” de la sesión intervienen los psicomotricistas tratando de integrarlo o integrarla. En varias ocasiones se llama la atención a un niño que utiliza una cuerda como látigo. En la sesión los niños suelen usar bastante la imaginación, utilizan una sábana y se la ponen en la barriga para hacer que están gordos, utilizan una caja enorme de madera como caldero y representan que son una croqueta, utilizan una colchoneta enorme como si fuera un barco, etc.
16:35-16:45	Los niños escuchan la canción de “vuelta a la calma” y se acuestan y cierran los ojos, están así unos minutos. Cuando se les ordena, entre todos, recogen el material.
16:45-17:00	Los niños y niñas vuelven a “la casita”. Eduardo los va llamando uno por uno para que cojan papel y colores y hagan un dibujo. Cuando han acabado el dibujo vuelven a “la casita” y, Raquel va pasando cada dibujo y cada niño pone título al suyo. Los dibujos son diversos: un niño de dibuja jugando a la <i>play</i> , otro dibuja un arcoíris, una niña dibuja una pizza, etc,

- **Sesión 2.**

<b>Sala de Psicomotricidad de la ULL</b>	<b>Psicomotricistas:</b> Tania y Rocío
<b>Nivel infantil-primaria:</b> siete/ocho años	<b>Duración de la sesión:</b> 1 hora.

<b>TIEMPO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
17:45-18:00	En la primera parte de la sesión los niños y niñas se sientan en círculo en una colchoneta (“la casita”) con las psicomotricistas y dicen sus nombres. A continuación, uno por uno dice una norma (“no se puede estropear el material”, “no se puede pegar”...) y comentan lo que ha hecho la semana pasada ya que no tuvieron sesión y no se vieron. Cuando Tania y Rocío dan la señal los niños y niñas, inmediatamente, comienzan a jugar por toda la sala.
18:00-18:20	En el tiempo de trabajo los niños y niñas, por lo general, juegan de manera conjunta: se esconden debajo de una sábana, se deslizan y saltan en las colchonetas, utilizan las telas como alfombras o se las ponen a modo de vestido, etc. Las psicomotricistas apenas tienen que intervenir ya que los niños y niñas respetan bastante las normas, únicamente intervienen para desempeñar el rol que los niños y niñas les demandan o para integrar a algún niño o niña en la dinámica de la sesión.
18:20-18:30	Los niños escuchan la canción de “vuelta a la calma” y se acuestan y cierran los ojos, están así unos minutos. Cuando se les ordena, entre todos, recogen el material.
18:30-18:45	Los niños y niñas vuelven a “la casita”. Tania y Rocío les da folios y colores y los niños para que hicieran un dibujo libre. Cuando terminaron, cada uno explicó lo que había dibujado a sus compañeros y compañeras.

## ❖ ANEXO IX.

### **Diseño de la entrevista al Servicio Pedagógico**

Buenos días Leonardo. Me gustaría realizarle una serie de preguntas acerca del trabajo educativo que se desarrolla en el hospital, ya que usted quien se ocupa de coordinar el servicio pedagógico del hospital y de atender las necesidades educativas de los niños y niñas que ingresan en el mismo. Comentarle que dicha entrevista tendrá validez y será utilizada únicamente como contenido indispensable para mi Trabajo de Fin de Grado de la carrera. Es por ello, que espero su total sinceridad acerca del tema, y si tiene alguna duda sobre las preguntas, no dude en señalarlas. Gracias, y demos comienzo a la entrevista

1. ¿Considera que se debería llevar a cabo alguna actividad que actualmente no se esté desarrollando?
2. De las actividades educativas que se llevan a cabo en el hospital ¿Considera que se podría prescindir de alguna?
3. ¿Cuál cree que es la principal necesidad educativa de los niños hospitalizados?
4. Aparte del apoyo escolar ¿Qué se les podría ofrecer, desde el punto de vista educativo, a los niños y niñas para que su estancia sea lo más satisfactoria posible?
5. ¿Qué se debe tener en cuenta antes de trabajar con niños hospitalizados?
6. ¿De qué forma se involucran las familias en las actividades educativas que realizan los menores en el hospital?
7. ¿Qué es lo más difícil de trabajar con niños y niñas enfermas?
8. ¿Cuál es la principal finalidad de la atención educativa que reciben los menores en el hospital?
9. ¿Se realiza alguna actividad en la que se trabaje la psicomotricidad de los niños y niñas?
10. ¿Qué beneficios considera que puede suponer trabajar la psicomotricidad con los niños y niñas del hospital?
11. ¿Ha recibido algún tipo de formación sobre psicomotricidad?

## ❖ ANEXO X.

### **Transcripción de la entrevista al Coordinador del Servicio pedagógico y Pedagogo del Aula Hospitalaria del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria.**

Entrevista realizada al coordinador del Servicio Pedagógico y Pedagogo del aula hospitalaria del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria, Juan Leonardo García Gómez.

“Buenos días Leonardo. Me gustaría realizarle una serie de preguntas acerca del trabajo educativo que se desarrolla en el hospital, ya que usted quien se ocupa de coordinar el servicio pedagógico del hospital y de atender las necesidades educativas de los niños y niñas que ingresan en el mismo. Comentarle que dicha entrevista tendrá validez y será utilizada únicamente como contenido indispensable para mi Trabajo de Fin de Grado de la carrera. Es por ello, que espero su total sinceridad acerca del tema, y si tiene alguna duda sobre las preguntas, no dude en señalarlas. Gracias, y demos comienzo a la entrevista”.

**P: ¿Considera que se debería llevar a cabo alguna actividad que actualmente no se esté desarrollando?**

R: Yo pienso que estamos completos, pero completos en el sentido de que tenemos aquellas actividades que realmente precisan los niños, que no llegamos, a lo mejor, a ocuparlo todo y pues...no te digo que no, por ejemplo, yo una de las cosas que si veo una necesidad son aquellos niños que, aunque sean pocos, tengan necesidades educativas especiales que, claro, no llegamos a completar esas actividades que realmente necesitan pero hay que pensar que los niños vienen de paso y pocos días, entonces sí, hay algunas actividades que pueden faltar en determinadas etapas con determinadas edades pero, en principio, yo creo que no.

**P: De las actividades educativas que se llevan a cabo en el hospital ¿Considera que se podría prescindir de alguna?**

R: No, yo pienso que lo que tenemos está completo, desde un payaso a una actividad lúdica o una actividad preescolar, pedagógica, etc.

**P: ¿Cuál cree que es la principal necesidad educativa de los niños hospitalizados?**

R: ¿La principal necesidad? La principal necesidad es que se curen, que se vayan lo antes posible. Yo siempre digo que cuando el niño ingresa lo prioritario es su salud, digo esto porque yo recuerdo, cuando comencé en el año 85 como maestro, que las estancias de los niños eran de quince días y veinte días, incluso un mes, hoy en día no, los niños entran y se van al siguiente día, incluso los operan y se van el mismo día, claro, operaciones sencillas pero, por ejemplo, vamos a un caso más extremo, los niños de oncología se ponen el tratamiento cicloestático en tres o cuatro días, le hacen la valoración pertinente, ven que está bien y se va para casa. Lo que procuramos es que el niño esté el menos tiempo posible en el hospital y, si se puede poner el tratamiento en casa o venir al hospital de día, no cubrimos una cama, es decir, las estancias son relativamente cortas y, realmente, no se puede hacer otra cosa.

**P: En cuanto a las necesidades educativas específicamente, ¿has visto que alguna que sea una necesidad verdadera del niño?**

R: Es que si tú dices que estas en un colegio ordinario pues tienes que llevar una continuidad pero los niños vienen de paso, entonces, no puedes concretar, es decir, por ejemplo, yo no tengo un programa “x” para los niños porque entonces tendría que hacer una adaptación curricular a cada uno de los niños, según las edades y, encima, adaptada a la patología, imagínate...pero es que todos los niños son diferentes, todas las familias son diferentes, entonces, según vienen va uno tratándolos y viendo qué necesidad tienen pero, por eso, la enseñanza es personalizada, cama a cama, profesores de guía, profesores de apoyo... La escuela del hospital no es escuela en sí, es como algo de apoyo, algo de paso. Si, por ejemplo, hay un niño que va a estar mucho tiempo, que son casos extremos, que tiene que estar quince días, un mes o dos meses ingresado, tú lo que puedes hacer es seguir, ayudar y apoyar una vez hayas contactado con el profesor o tutor del colegio o el director o la profesora que le da clase al niño y buscar la manera de hacer una continuidad, pero lo que yo no puedo hacer evaluar, entre otras cosas. ¿Qué es lo que quieren los niños cuando están aquí? Pues que le pinchen lo menos posible, que no le hagan daño, que estén bien, una actividad lúdica, una “maquinita”...y tarea lo menos posible pero, claro, nosotros intentamos que tenga una continuidad en el colegio y llevar a cabo una “normalización”, que es que el niño, mientras esté aquí, se encuentre como en su casa e intentar normalizar esa patología que tiene dentro del contexto hospitalario y que, cuando salga, no tenga problemas.

**P: Aparte del apoyo escolar ¿Qué se les podría ofrecer, desde el punto de vista educativo, a los niños y niñas para que su estancia sea lo más satisfactoria posible?**

R: Yo siempre me baso en el juego, por ejemplo, nosotros tenemos lo del Doctor Mocito<sup>11</sup> que es una actividad complementaria, una actividad complementaria buena, satisfactoria, sensible, de apoyo hacia la entrada de los quirófanos, de arrancar sonrisas, del apoyo a los padres, etc. Un montón de objetivos que puedes conseguir solamente con el Doctor Mocito, ya saben ustedes que trata de pasar habitación por habitación, hacer actividades con ellos, un poco socializarlos. Después tenemos pues los trabajos manuales de la Asociación Contra el Cáncer que es otro apoyo más hacia los niños. Además, tenemos la Cruz Roja Juventud que viene dos veces en semana que hacen prestamos de juguetes y, de igual manera, Pequeño Valiente que es la asociación que viene también dos veces en semana y también nos apoya con trabajos manuales y actividades, es decir, todo se resume en actividades lúdicas, los niños lo que quieren es olvidar un poco que están en el centro hospitalario.

**P: ¿Qué se debe tener en cuenta antes de trabajar con niños hospitalizados?**

R: La edad, la etapa en la que está, si tiene o no tiene lagunas, la patología que tiene, si existen problemas familiares, si hay separación de los padres, si son niños con maltrato, con *bullyng*, etc., es decir, se valora el punto de vista psicológico del niño y de la familia y, luego, se empieza a trabajar a partir de ahí.

**P: ¿De qué forma se involucran las familias en las actividades educativas que realizan los menores en el hospital?**

R: Yo recuerdo a Don Raúl Trujillo, que era el jefe de departamento de Pediatría que decía que cuando el niño ingresaba la familia también ingresaba pero, anteriormente, al niño se le “arrancaba” de la familia porque cuando ingresaba el niño en el hospital no se quedaba nadie sino que quien lo cuidaba era la enfermera o la auxiliar, aquí no podía quedarse nadie. Hoy en día puede quedarse en padre, la madre, el abuelo... es decir, vienen todos.

Nosotros lo que intentamos es que la familia no esté aquí solamente sentada sino que estén de forma participativa, que participen no solo en lo que es la función hospitalaria,

---

<sup>11</sup> El Doctor Mocito es un payaso infantil de la asociación Theodora



todas las cosas que se pueden hacer en la habitación sino que, participen de forma activa en actividades escolares, en actividades lúdicas, etc.

**P: ¿Qué es lo más difícil de trabajar con niños y niñas enfermas?**

R: Yo como llevo tantos años...a mí no me parece difícil, me parece que esta es mi segunda casa, no sé si porque pasé de un estatus a otro, de celador pase a maestro y vi otra cara diferente del hospital. Yo pienso que, siendo buen profesional, no hay nada que se te interponga, haciendo las cosas de forma sencilla y humilde...no hay más.

**P: ¿Cuál es la principal finalidad de la atención educativa que reciben los menores en el hospital?**

R: Normalizar, dentro de lo que cabe, la situación del niño, que se sienta como en casa y que reciba una atención educativa que le sirva para que su estancia en el hospital no retrase su trayectoria en el colegio.

**P: ¿Se realiza alguna actividad en la que se trabaje la psicomotricidad de los niños y niñas?**

R: No. Con algunos niños es difícil porque tienen suero, que son de trauma, que tienen patologías que les impiden salir de la habitación porque no pueden tener contacto con otros enfermos, es decir, hay un montón de circunstancias que les dificulta eso. Si es verdad que hay casos que, porque la patología lo precisa el niño necesita terapia ocupacional, pero es para hacer ejercicios de brazos, de manos... es decir, a lo mejor niños con una parálisis, niños que van a riñón, que van a hacerse la diálisis, etc.

**P: ¿Qué beneficios considera que puede suponer trabajar la psicomotricidad con los niños y niñas del hospital?**

R: Yo pienso que es bueno pero ya no solo para los niños sino para los padres, para quitarse el estrés. Sería bonito que llevar a todos los padres y a todos los niños al solárium, hacer unas tablas, hacer gimnasia, hacer bailes, en definitiva, un montón de cosas donde haya movimiento.

**P: ¿Ha recibido algún tipo de formación sobre psicomotricidad?**

R: Alguna idea tengo, podría desarrollar una sesión pero me sería muy difícil ir más allá.

## ❖ ANEXO XI.

### **Diseño de la entrevista a la coordinadora del Servicio de Psicomotricidad de la Universidad de La Laguna.**

Entrevista realizada a la coordinadora del Servicio de Psicomotricidad de la Universidad de La Laguna.

“Buenos días Josefina. Me gustaría realizarle una serie de preguntas sobre la psicomotricidad y, más concretamente sobre la psicomotricidad relacional. Comentarle que dicha entrevista tendrá validez y será utilizada únicamente como contenido indispensable para mi Trabajo de Fin de Grado de la carrera. Es por ello, que espero su total sinceridad acerca del tema, y si tiene alguna duda sobre las preguntas, no dude en señalarlas. Gracias, y demos comienzo a la entrevista”.

1. En la educación actual, ¿considera que se le da la importancia que tiene a la psicomotricidad?
2. ¿Qué papel juegan los recursos y el espacio en la psicomotricidad?
3. ¿Qué habilidades son necesarias para ser un buen o una buena psicomotricista?
4. ¿Desde qué edad es preciso comenzar a trabajar la psicomotricidad?
5. ¿Cómo se puede atender a las diversas características de los niños y niñas dentro de una misma sesión de psicomotricidad?
6. ¿Qué papel tiene el psicomotricista durante las sesiones de psicomotricidad?
7. ¿Qué consecuencias tendría trabajar psicomotricidad con un niño o una niña?
8. ¿Cómo podrían hacerse sesiones de psicomotricidad vivenciada con niños hospitalizados que no pueden salir de sus habitaciones?
9. ¿Qué consecuencias podría tener realizar sesiones de psicomotricidad en las que los padres también participaran?
10. ¿Suelen ser los padres conscientes de la importancia que tiene la psicomotricidad para el desarrollo del niño?
11. ¿Qué limitaciones y que ventajas considera que tiene la psicomotricidad relacional?
12. ¿Cómo debe estructurarse una sesión de psicomotricidad relacional para que ésta sea eficaz?

## ❖ ANEXO XII.

### **Transcripción de la entrevista a Josefina Sánchez.**

Entrevista realizada a la coordinadora del Servicio de Psicomotricidad de la Universidad de La Laguna.

“Buenos días Josefina. Me gustaría realizarle una serie de preguntas sobre la psicomotricidad y, más concretamente sobre la psicomotricidad relacional. Comentarle que dicha entrevista tendrá validez y será utilizada únicamente como contenido indispensable para mi Trabajo de Fin de Grado de la carrera. Es por ello, que espero su total sinceridad acerca del tema, y si tiene alguna duda sobre las preguntas, no dude en señalarlas. Gracias, y demos comienzo a la entrevista”.

**P: En la educación actual, ¿considera que se le da la importancia que tiene a la psicomotricidad?**

R: No. Considero que sólo se le da importancia cuando los niños tienen problemas pero, en realidad, la psicomotricidad es una técnica preventiva y educativa que debería estar presente en todas las escuelas y en todos los niños hasta los seis o siete años.

**P: ¿Qué papel juegan los recursos y el espacio en la psicomotricidad?**

R: El espacio es fundamental, sobre todo el espacio en psicomotricidad porque necesitamos de salas amplias donde los niños puedan jugar sin hacerse daño. También se necesitan un material adecuado pero, bueno, el material no es caro, podemos jugar con cajas de cartón, con papel, con pelotas, con un aro. Pero si que el espacio tiene que tener unas condiciones de colchonetas, de espalderas, etc.

**P: ¿Qué habilidades son necesarias para ser un buen o una buena psicomotricista?**

R: Para ser un buen o una buena psicomotricista lo más importante no es saberse la teoría sino tener formación personal, es decir, haber hecho prácticas donde tú te formes y tengas conciencia de la actitud, de las dificultades, de la disponibilidad, de entender lo que los niños nos cuentan a través del juego.

**P: ¿Desde qué edad es preciso comenzar a trabajar la psicomotricidad?**

R: Nosotros empezamos con niños que están en los centros infantiles desde un añito hasta los dieciséis o diecisiete años tenemos niños.

**P: ¿Cómo se puede atender a las diversas características de los niños y niñas dentro de una misma sesión de psicomotricidad?**

R: Pues con la formación personal te va a ayudar a ver cuáles son las diferentes necesidades de los niños, quiénes requieren más apoyo, a quienes tienes que dejar más autonomía, como implicarte en el juego y cómo saber salir de él para que podamos dar una respuesta los diferentes niños.

**P: ¿Qué papel tiene el psicomotricista durante las sesiones de psicomotricidad?**

R: El psicomotricista tiene que contener al grupo, tiene que mantener la seguridad del grupo y saberse implicar corporalmente y emocionalmente para que cada uno de los niños que está en ese grupo se sienta reconocido. Si necesita límites los puede encontrar en el psicomotricista, si necesita reconocimiento, si necesita que lo animen.

**P: ¿Qué consecuencias tendría trabajar psicomotricidad con un niño o una niña?**

R: Pues, normalmente, que los niños tienen un espacio donde se sienten escuchados y, a partir del juego, pueden ir elaborando y mejorando las dificultades que ellos tengan, ya sea a nivel relacional, a nivel comunicativo, a nivel cognitivo a veces también porque te mejora la capacidad de expresión y, a nivel motor, porque aumenta la seguridad en sí mismos, no es tanto porque se vuelva un niño habilidoso como por la respuesta que le da el psicomotricista que hace que ese niño vaya sintiéndose cada vez más capaz.

**P: ¿Cómo podrían hacerse sesiones de psicomotricidad vivenciada con niños hospitalizados que no pueden salir de sus habitaciones?**

R: Es complicado hacer psicomotricidad en una cama de un hospital pero, lo más importante, de la psicomotricidad es la actitud que tenga el psicomotricista. Así pues, con un niño que no se pueda mover se puede jugar con las sensaciones, se puede jugar con el cuerpo, con la palabra. Sería adaptarlo al entorno en el que están.

**P: ¿Qué consecuencias podría tener realizar sesiones de psicomotricidad en las que los padres también participaran?**

R: Nosotros no tenemos esa experiencia, solamente en casos puntuales pero si que en Barcelona, por ejemplo, en los CEIAP, que son los centros de atención temprana, cuando son bebés, ellos lo que hacen es trabajar con los padres dentro y apoyan a la familia para que tenga mejores estrategias para entender lo que le pasa al niño y como darle respuesta si tiene comportamientos repetitivos, autolesiones, si el niño los ignora o si el niño es muy dependiente. La idea es que, a través de este espacio, el psicomotricista tenga una mirada sobre los padres y les pueda ayudar a cómo interactuar para estar mejor con su niño.

**P: ¿Suelen ser los padres conscientes de la importancia que tiene la psicomotricidad para el desarrollo del niño?**

R: Los padres que tienen niños con problemas si que son más conscientes porque, sobre todo, cuando empiezan a llevarlos ven los cambios que tienen. Cuando eso no es así, los padres no son conscientes, los padres piensan que la psicomotricidad es la educación física, piensan que si su niño se mueve bien ¿para qué lo vas a traer a psicomotricidad? No tienen claro que el objetivo nuestro es mejorar las competencias relacionales, emocionales y afectivas de ese niño.

**P: ¿Qué limitaciones y que ventajas considera que tiene la psicomotricidad relacional?**

R: Las ventajas que tiene es que es una intervención que se basa, fundamentalmente, en el juego no dirigido, que tiene detrás una teoría que nos permite saber qué es lo que le pasa a ese niño sin que el niño o la persona lo sepa para mejorar como utiliza los materiales y de codificación simbólica, el análisis, el sentido que le podemos dar al juego que hace el niño o a cómo utiliza los materiales. Las limitaciones que tenemos, como cualquier otro tipo de intervención, es que hay determinados niños con trastornos graves mentales, por ejemplo, que conseguimos que estén un poco más estables pero que no conseguimos curarle. Igual pasa con un niño con autismo conseguimos que tenga más estrategias pero, evidentemente, no somos Dios y no podemos curarle.

**P: ¿Cómo debe estructurarse una sesión de psicomotricidad relacional para que ésta sea eficaz?**

R: Normalmente, las sesiones de psicomotricidad relacional y cualquier sesión de psicomotricidad suele tener la misma estructura. En primer lugar, hay un momento de

entrada, donde los niños tienen que entender cuáles son las normas de la sesión porque es un juego libre, entonces no podemos permitir que se hagan daño ellos o que hagan daño a los demás. En ese momento de entrada también hacemos una presentación de los materiales que han en la sala, o les preguntamos a los niños como están y a que quieren jugar. En segundo lugar, hay un momento de juego libre que puede ser motor y evolucionar a simbólico o presimbólico depende de cada uno de los niños y de su momento o de las personas con las que estemos. A continuación, hay un momento de vuelta a la calma para parar el movimiento y un momento, al final de la sesión, donde a través del dibujo, de las palabras, de la plastilina, del modelado...tratamos de poner palabras a lo que hemos vivido. A veces es de manera consciente, cuando hablo de cómo me he sentido, a veces es de manera inconsciente, cuando yo, a través de mis dibujos o mis modelados o mis construcciones reflejo cómo me voy modificando, como voy modificando mi estado y mi relación con los demás

❖ ANEXO XIII.

**Continuación de las actividades**

**DIMENSIÓN 2.**

- **Actividad 2 de la dimensión 2**

<i>Dimensión 2 : Participación de las familias</i>	
<i>Nombre de la actividad</i>	<i>Dibujamos nuestras vivencias</i>
<i>Competencias</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creatividad.</li> <li>• Traslado de lo experimentado al pensamiento representándolo de forma gráfica</li> <li>• Desarrollo de habilidades motrices y la grafomotricidad.</li> </ul>
<i>Qué objetivo(s) se persigue(n)</i>	<p>Los objetivos de esta actividad son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lograr la participación de los familiares en actividades educativas de los menores.</li> <li>• Conseguir que los y las menores se</li> </ul>

	sientan respaldos en el proceso de hospitalización.
<b><i>A quien va dirigido</i></b>	Esta actividad va dirigida a los menores hospitalizados y a sus familiares.
<b><i>Personas que participan</i></b>	Se prevé la participación los menores hospitalizados y sus familiares.
<b><i>Temporalización</i></b>	Se prevé que la actividad tenga una duración de una hora. Calendario: Se realizará el primer miércoles de cada mes de septiembre a junio
<b><i>Lugar en el que se desarrolla</i></b>	En las habitaciones de los menores.
<b><i>Quienes lo van a coordinar, dirigir...</i></b>	La actividad será coordinada, dirigida e impartida por el Pedagogo.
<b><i>Como surge la necesidad de realizarla</i></b>	Surge de la necesidad de realizar actividades que no estén relacionadas con el ámbito escolar.
<b><i>Materiales</i></b>	Folios y lápices de colores.
<b><i>Evaluación</i></b>	La implicación y el rol desempeñado por parte de las familias se evaluarán a través de una rúbrica y la satisfacción de los participantes a través del debate que se realizará después de la actividad
<b><i>Cuál es el papel de los ponentes</i></b>	El Pedagogo del Hospital coordinará, impartirá y dirigirá la actividad.
<b><i>En qué consiste la actividad</i></b>	
En esta actividad tanto los niños y niñas como sus padres o los familiares que se encuentren con ellos deberán dibujar una escena de sus vidas que haya tenido un impacto emocional, que sea importante para ellos. Tendrán treinta minutos para realizar el dibujo. A continuación cada persona explicará la situación que ha representado y por qué es importante.	
<b><i>Debate sobre la actividad:</i></b>	

¿Qué sensaciones habéis tenido mientras dibujaban? ¿Habéis tenido claro desde el primer momento que situación elegir? ¿Qué os ha parecido los demás dibujos y las situaciones representadas? Respecto a las demás personas ¿Cómo os habéis sentido? (apoyados, queridos, respaldados, reconocidos...) ¿Qué os ha parecido la actividad en general? ¿Estáis contentos con el resultado? ¿Os ha parecido divertido?

- **Actividad 3 de la dimensión 2.**

<i>Dimensión 2: Participación de las familias</i>	
<i>Nombre de la actividad</i>	<i>Escultores por un día.</i>
<i>Competencias</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crear.</li> <li>• Hábitos de escucha activa y toma de decisiones.</li> <li>• Cooperación.</li> <li>• Creatividad.</li> <li>• Percepción visual.</li> <li>• Destreza manual</li> </ul>



<b><i>Qué objetivo(s) se persigue(n)</i></b>	<p>Los objetivos de esta actividad son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lograr la participación de los familiares en actividades educativas de los menores.</li> <li>• Conseguir que los y las menores se sientan respaldos en el proceso de hospitalización.</li> </ul>
<b><i>A quien va dirigido</i></b>	Esta actividad va dirigida a los menores hospitalizados y a sus familiares.
<b><i>Cuántas personas se prevé que participen</i></b>	Se prevé la participación de los menores y sus familiares.
<b><i>Cuál es la temporalización</i></b>	<p>Se prevé que la actividad tenga una duración de una hora.</p> <p>Calendario: se realizará el segundo lunes de cada mes.</p>
<b><i>Lugar en el que se desarrolla</i></b>	En las habitaciones de los menores.
<b><i>Quienes lo van a coordinar, dirigir...</i></b>	La actividad será coordinada, dirigida e impartida por el Pedagogo.
<b><i>Como surge la necesidad de realizarla</i></b>	Surge de la necesidad de realizar actividades que no estén relacionadas con el ámbito escolar.
<b><i>Materiales</i></b>	Plastilina, arcilla, tijeras, temperas, pegamento, papel brillante, papel aluminio, papel higiénico, botes de cristal (pueden añadirse más materiales de las mismas características)
<b><i>Evaluación</i></b>	La implicación y el rol desempeñado por parte de las familias se evaluarán a través de

	una rúbrica y la satisfacción de los participantes a través del debate que se realizará después de la actividad
<i>Cuál es el papel de los ponentes</i>	El Pedagogo coordinará, impartirá y dirigirá la actividad.
<b><i>En qué consiste la actividad</i></b>	
<p>En esta actividad se les dará al niño o a la niña y a sus familiares distintos materiales: una caja de cartón, botes de cristal, papel higiénico, papel aluminio, papel brillante, pegamento, temperas, arcilla, plastilina, tijeras, etc. Deberán construir de forma cooperativa una escultura con el material dado. Para ello, en primer lugar, deberán llegar a un consenso sobre qué escultura crear, el método a seguir para crearla es totalmente libre, solo se pedirá que se tengan en cuenta las opiniones de todos y que la escultura sea original. Por último, se pedirá que expliquen lo que han hecho y como y se realizará un debate sobre la actividad donde se les preguntará si se han divertido, como han contribuido todos para hacer la escultura, que ha sido lo más divertido, etc.</p>	
<b><i>Debate sobre la actividad</i></b>	
<p>¿Os habéis divertido? ¿Se han tenido en cuenta las opiniones de todos? ¿Ha sido divertido trabajar en equipo? ¿Estáis satisfechos con el resultado? ¿Os habéis sentido apoyados por las demás personas en la realización de la actividad? ¿Cómo os sentíais cuando estabais realizando la actividad?</p>	

- **Actividad 4 de la dimensión 2.**

<b><i>Dimensión 2: Participación de las familias</i></b>	
<b><i>Nombre de la actividad</i></b>	<i>Creando juntos</i>
<b><i>Competencias</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crear.</li> <li>• Promover el sentimiento de</li> </ul>

	<p>aceptación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cooperación.</li> <li>• Toma de decisiones por consenso.</li> <li>• Fomentar el sentimiento de pertenencia.</li> <li>• Creatividad.</li> <li>• Atención y la concentración.</li> <li>• Percepción visual y la percepción táctil.</li> </ul>
<b><i>Qué objetivo(s) se persigue(n)</i></b>	<p>Los objetivos de esta actividad son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lograr la participación de los familiares en actividades educativas de los menores.</li> <li>• Conseguir que los y las menores se sientan respaldos en el proceso de hospitalización.</li> </ul>
<b><i>A quien va dirigido</i></b>	Esta actividad va dirigida a los menores hospitalizados y a sus familiares.
<b><i>Cuántas personas se prevé que participen</i></b>	Se prevé la participación de los menores y sus familiares.
<b><i>Cuál es la temporalización</i></b>	<p>Se prevé que la actividad tenga una duración de una hora.</p> <p>Calendario: se realizará el segundo miércoles de cada mes.</p>
<b><i>Lugar en el que se desarrolla</i></b>	En las habitaciones de los menores.
<b><i>Quienes lo van a coordinar, dirigir...</i></b>	La actividad será coordinada, dirigida e

	impartida por el Pedagogo.
<b><i>Como surge la necesidad de realizarla</i></b>	Surge de la necesidad de realizar actividades que no estén relacionadas con el ámbito escolar.
<b><i>Materiales</i></b>	75 piezas geométricas de cartulina.
<b><i>Evaluación</i></b>	La implicación y el rol desempeñado por parte de las familias se evaluarán a través de una rúbrica y la satisfacción de los participantes a través del debate que se realizará después de la actividad.
<b><i>Cuál es el papel de los ponentes</i></b>	El Pedagogo coordinará, impartirá y dirigirá la actividad.
<b><i>En qué consiste la actividad</i></b>	
<p>En esta actividad se repartirán 25 piezas a cada uno, al niño o niña enferma y a dos familiares suyos. Estas piezas tendrán diversas formas geométricas, tamaños y colores. Además, se les dará una hoja en blanco bastante amplia que será la base del diseño que harán de forma cooperativa con las piezas que se les han dado. En primer lugar, deberán decidir de forma consensuada que figura van a realizar. A continuación, deberán organizarse para realizar la figura que hayan decidido hacer (por ejemplo, si van a realizar tiradas por turno o arbitrariamente). Por último, empiezan a construir la figura aportando cada jugador sus fichas a la composición final.</p>	
<b><i>Debate sobre la actividad</i></b>	
<p>¿Todos habéis aportado ideas para realizar la figura? ¿Ha sido fácil ponerse de acuerdo? ¿Se han tenido en cuenta las opiniones de todos? ¿Os ha gustado el resultado final? ¿Cómo habéis resuelto los conflictos si es que se han generado? ¿Qué sensaciones habéis experimentado durante la realización de la actividad? ¿Os habéis sentido respaldados y apoyados mientras realizabais la figura? ¿Ha sido divertido? ¿En general que os ha parecido la actividad?</p>	

- **Actividad 5 de la dimensión 2.**

<b><i>Dimensión 2: Participación de las familias</i></b>	
<b><i>Nombre de la actividad</i></b>	<i>Creamos seres extraños</i>
<b><i>Competencias</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Placer de realizar creaciones divertidas.</li> <li>• Expresión emocional a través del dibujo.</li> <li>• Cooperación.</li> <li>• Creatividad.</li> <li>• Coordinación visomotora.</li> <li>• Sentimiento de aceptación.</li> </ul>
<b><i>Qué objetivo(s) se persigue(n)</i></b>	<p>Los objetivos de esta actividad son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lograr la participación de los familiares en actividades educativas de los menores.</li> <li>• Conseguir que los y las menores se sientan respaldos en el proceso de hospitalización.</li> </ul>
<b><i>A quien va dirigido</i></b>	Esta actividad va dirigida a los menores hospitalizados y a sus familiares.
<b><i>Cuántas personas se prevé que participen</i></b>	Se prevé la participación de los menores y sus familiares.
<b><i>Cuál es la temporalización</i></b>	<p>Se prevé que la actividad tenga una duración de una hora.</p> <p>Calendario: se realizará el tercer lunes de</p>

	cada mes.
<b><i>Lugar en el que se desarrolla</i></b>	En las habitaciones de los menores.
<b><i>Quienes lo van a coordinar, dirigir...</i></b>	La actividad será coordinada, dirigida e impartida por el Pedagogo.
<b><i>Como surge la necesidad de realizarla</i></b>	Surge de la necesidad de realizar actividades que no estén relacionadas con el ámbito escolar.
<b><i>Materiales</i></b>	Lápices de colores, folios.
<b><i>Evaluación</i></b>	La implicación y el rol desempeñado por parte de las familias se evaluarán a través de una rúbrica y la satisfacción de los participantes a través del debate que se realizará después de la actividad.
<b><i>Cuál es el papel de los ponentes</i></b>	El Pedagogo coordinará, impartirá y dirigirá la actividad.
<b><i>En qué consiste la actividad</i></b>	
<p>En esta actividad el menor y los familiares que se encuentren con él deberán dibujar en una hoja A-3 y con lápices de colores una cabeza con cuello de una mujer, un hombre, un monstruo, etc. Una vez que cada persona ha dibujado la cabeza, se les pedirá que doblen la hoja pero que se les vea el cuello y se intercambiarán el dibujo con otra persona y, sin ver la cabeza, deberán dibujar el tronco y la cabeza usando la imaginación. Se vuelve a doblar la hoja por el tronco para que la otra persona a la que pasen el dibujo dibuje las piernas. A continuación, se despliegan las hojas y se ven los personajes que se han creado. Entre todos, pueden añadirle más cosas, decorarlo o hacerle un marco ya que, una vez se han terminado, se usarán para decorar la habitación del hospital.</p>	
<b><i>Debate sobre la actividad</i></b>	

¿Qué os parecen los personajes que habéis creado? ¿Qué sensaciones habéis tenido una vez se han desplegado los tres dibujos? ¿A alguien le ha costado dejar su dibujo para que los demás lo terminaran? ¿Por qué? ¿A quién le ha parecido divertido dejar que los demás lo acabaran? ¿Qué os ha parecido la actividad en general? ¿Qué sensaciones habéis tenido en el transcurso de la actividad?

- **Actividad 6 de la dimensión 2.**

<b><i>Dimensión 2: Participación de las familias</i></b>	
<b><i>Nombre de la actividad</i></b>	<i>Músicos por un día.</i>
<b><i>Competencias</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Placer de crear.</li> <li>• Expresión emocional a través de la música.</li> <li>• Hábitos de escucha activa.</li> <li>• Cooperación.</li> <li>• Creatividad plástica (crear las maracas) y musical.</li> <li>• Percepción auditiva y el ritmo.</li> </ul>
<b><i>Qué objetivo(s) se persigue(n)</i></b>	<p>Los objetivos de esta actividad son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lograr la participación de los familiares en actividades educativas de los menores.</li> <li>• Conseguir que los y las menores se sientan respaldos en el proceso de hospitalización.</li> </ul>

<b><i>A quien va dirigido</i></b>	Esta actividad va dirigida a los menores hospitalizados y a sus familiares.
<b><i>Cuántas personas se prevé que participen</i></b>	Se prevé la participación de los menores y sus familiares.
<b><i>Cuál es la temporalización</i></b>	Se prevé que la actividad tenga una duración de una hora.  Calendario: se realizará el tercer miércoles de cada mes.
<b><i>Lugar en el que se desarrolla</i></b>	En las habitaciones de los menores.
<b><i>Quienes lo van a coordinar, dirigir...</i></b>	La actividad será coordinada, dirigida e impartida por el Pedagogo del Hospital.
<b><i>Como surge la necesidad de realizarla</i></b>	Surge de la necesidad de realizar actividades que no estén relacionadas con el ámbito escolar.
<b><i>Materiales</i></b>	Arroz, 3 botellas o yogures.
<b><i>Evaluación</i></b>	La implicación y el rol desempeñado por parte de las familias se evaluarán a través de una rúbrica y la satisfacción de los participantes a través del debate que se realizará después de la actividad
<b><i>Cuál es el papel de los ponentes</i></b>	El Pedagogo coordinará, impartirá y dirigirá la actividad.
<b><i>En qué consiste la actividad</i></b>	
Tanto el o la menor como sus familiares crearán dos maracas rellenas con granos de arroz una botella de agua o un vaso de yogur. De forma cooperativa deberán inventar una melodía rítmica que enseñaran y, cuando consideren oportuno, se grabará con el fin de que la escuchen	



en cualquier momento y recuerden la situación en la que, entre todos, la crearon.

***Debate sobre la actividad***

¿Os ha gustado construir las maracas con arroz? ¿Ha sido difícil? ¿Os ha parecido difícil crear un ritmo con las maracas? ¿Os ha gustado la melodía final? ¿Qué sentimientos y sensaciones habéis tenido durante la realización de la actividad? ¿Habéis sentido el apoyo de los demás durante el transcurso de la actividad? ¿Qué valoración hacéis de la actividad en general? ¿Os ha parecido divertido?

- **Actividad 7 de la dimensión 2.**

<b><i>Dimensión 2: Participación de las familias</i></b>	
<b><i>Nombre de la actividad</i></b>	<i>La caja sorpresa</i>
<b><i>Competencias</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dramatización.</li> <li>• Expresión emocional.</li> <li>• Descarga de tensiones.</li> <li>• Interacción social amistosa.</li> <li>• Creatividad dramática.</li> <li>• Expresión psicomotriz.</li> </ul>
<b><i>Qué objetivo(s) se persigue(n)</i></b>	<p>Los objetivos de esta actividad son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lograr la participación de los familiares en actividades educativas de los menores.</li> <li>• Conseguir que los y las menores se sientan respaldos en el proceso de</li> </ul>

	hospitalización.
<b><i>A quien va dirigido</i></b>	Esta actividad va dirigida a los menores hospitalizados y a sus familiares.
<b><i>Cuántas personas se prevé que participen</i></b>	Se prevé la participación de los menores y sus familiares.
<b><i>Cuál es la temporalización</i></b>	Se prevé que la actividad tenga una duración de una hora.  Calendario: se realizará el cuarto lunes de cada mes.
<b><i>Lugar en el que se desarrolla</i></b>	En las habitaciones de los menores.
<b><i>Quienes lo van a coordinar, dirigir...</i></b>	La actividad será coordinada, dirigida e impartida por el Pedagogo del Hospital.
<b><i>Como surge la necesidad de realizarla</i></b>	Surge de la necesidad de realizar actividades que no estén relacionadas con el ámbito escolar.
<b><i>Materiales</i></b>	Caja decorada.
<b><i>Evaluación</i></b>	La implicación y el rol desempeñado por parte de las familias se evaluarán a través de una rúbrica y la satisfacción de los participantes a través del debate que se realizará después de la actividad
<b><i>Cuál es el papel de los ponentes</i></b>	El Pedagogo coordinará, impartirá y dirigirá la actividad.
<b><i>En qué consiste la actividad</i></b>	

Para esta actividad se necesitará una caja. El Pedagogo abrirá y dirá “De la caja salen...” (Por ejemplo, pájaros, serpientes, batidoras, tijeras...). Tanto el menor como sus familiares deberán representar lo que sale de la caja todos al mismo tiempo. Cuando se dice “se cierra la caja”, todos vuelven a la posición inicial. De la caja puede salir cualquier cosa siempre y cuando pueda ser representado por un niño que se encuentra acostado en una cama y que los movimientos que puede realizar son muy simples.

***Debate sobre la actividad***

¿Ha sido divertida esta actividad? ¿Qué roles os ha gustado más representar? ¿Cuáles menos? ¿Cuál ha sido la cosa más difícil de representar? ¿Y la más fácil? ¿Cómo os habéis sentido durante la actividad? ¿Cómo describirías la actividad realizada con tres palabras? ¿Qué sensaciones habéis tenido en el desarrollo de la actividad?

• **Actividad 8 de la dimensión 2.**

<b><i>Dimensión 2: Participación de las familias</i></b>	
<b><i>Nombre de la actividad</i></b>	<b><i>Objetos polifacéticos.</i></b>
<b><i>Competencias</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expresión de la personalidad a través de la dramatización.</li> <li>• Comunicación no verbal.</li> <li>• Creatividad dramática.</li> <li>• Expresión psicomotriz.</li> </ul>
<b><i>Qué objetivo(s) se persigue(n)</i></b>	<p>Los objetivos de esta actividad son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lograr la participación de los familiares en actividades educativas de los menores.</li> <li>• Conseguir que los y las menores se sientan respaldos en el proceso de hospitalización.</li> </ul>

<b><i>A quien va dirigido</i></b>	Esta actividad va dirigida a los menores hospitalizados y a sus familiares.
<b><i>Cuántas personas se prevé que participen</i></b>	Se prevé la participación de los menores y sus familiares.
<b><i>Cuál es la temporalización</i></b>	Se prevé que la actividad tenga una duración de una hora.  Calendario: se realizará el cuarto miércoles de cada mes.
<b><i>Lugar en el que se desarrolla</i></b>	En las habitaciones de los menores.
<b><i>Quienes lo van a coordinar, dirigir...</i></b>	La actividad será coordinada, dirigida e impartida por el Pedagogo.
<b><i>Como surge la necesidad de realizarla</i></b>	Surge de la necesidad de realizar actividades que no estén relacionadas con el ámbito escolar.
<b><i>Materiales</i></b>	Cuerda, toalla, vaso (podrían ser otros)
<b><i>Evaluación</i></b>	La implicación y el rol desempeñado por parte de las familias se evaluarán a través de una rúbrica y la satisfacción de los participantes a través del debate que se realizará después de la actividad.
<b><i>Cuál es el papel de los ponentes</i></b>	El Pedagogo coordinará, impartirá y dirigirá la actividad.
<b><i>En qué consiste la actividad</i></b>	
En esta actividad se les mostrará un objeto (Por ejemplo, una cuerda). Cada persona deberá representar una acción con el objeto que se irán pasando. Para una persona la cuerda será usada de teléfono, para otra como una pulsera, etc. El material deberá ser poco estructurado de forma que se fomente la creatividad. El uso de los objetos puede ser disparatado y las	

acciones no se pueden repetir.

### ***Debate sobre la actividad***

¿Era difícil imaginarse en qué podía transformarse el objeto? ¿Ha sido divertido? ¿Qué objetos daban más cabida a representar acciones con ellos? ¿Cuáles menos? ¿Qué usos os han parecido más originales? ¿Por qué? ¿Qué emociones, sentimientos y sensaciones habéis tenido durante el desarrollo de esta actividad? ¿Qué os ha parecido en general la actividad?

## **DIMENSIÓN 3**

- **Actividad 1 de la dimensión 3.**

<b><i>Dimensión 3: Formación del Servicio Pedagógico.</i></b>	
<b><i>Nombre de la actividad</i></b>	<b><i>“Conocemos la Psicomotricidad”</i></b>
<b><i>Competencias</i></b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Comprensión, análisis y retención de la información.</li><li>• Concentración y atención.</li></ul>
<b><i>Qué objetivo(s) se persigue(n)</i></b>	Con esta actividad se pretende que el Pedagogo del aula hospitalaria adquiera los conocimientos básicos sobre la Psicomotricidad que le permitan actuar adecuadamente como psicomotricista.
<b><i>A quien va dirigido</i></b>	Esta actividad va dirigida al Pedagogo del Hospital.

<b><i>Cuántas personas se prevé que participen</i></b>	Se prevé que participe una persona, el Pedagogo del Aula Hospitalaria.
<b><i>Cuál es la temporalización</i></b>	Nº de horas previstas: 6 sesiones de dos horas cada una (12 horas en total).  Se realizarán los miércoles de las semanas del mes de julio.
<b><i>Lugar en el que se desarrolla</i></b>	En el Hospital Nuestra Señora de la Candelaria, en el despacho del Pedagogo.
<b><i>Quienes lo van a coordinar, dirigir...</i></b>	Esta actividad será coordinada, dirigida e impartida por un o una experta en Psicomotricidad.
<b><i>Como surge la necesidad de realizarla</i></b>	Surge de la necesidad de realizar actividades que no estén relacionadas con el ámbito escolar. Para ello, es necesario que la persona encargada del ámbito educativo en el Hospital esté capacitada para ello.
<b><i>Cuál es el papel de los ponentes</i></b>	El papel de los ponentes será hacer entender al Pedagogo del Hospital los conocimientos básicos de la Psicomotricidad para que luego los pueda poner en práctica.
<b><i>Materiales</i></b>	Ordenador, proyector y altavoces.
<b><i>En qué consiste la actividad</i></b>	
<p>En esta actividad la persona experta en psicomotricidad, en las seis primeras sesiones, explicará al Pedagogo todos los conocimientos sobre Psicomotricidad. Se trata de sesiones no demasiado formales en las que el Pedagogo podrá intervenir siempre que quiera para aportar algo, hacer sugerencias, preguntas, etc.</p> <p>La tratará de clases magistrales en las que se usará como apoyo la proyección de diapositivas de Power Point o de vídeos, música, imágenes, etc.</p>	

- **Actividad 2 de la dimensión 3.**

<b><i>Dimensión 3: Formación del Servicio Pedagógico.</i></b>	
<b><i>Nombre de la actividad</i></b>	<i>“Observamos y aprendemos”</i>
<b><i>Competencias</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprendizaje a través de la observación.</li> <li>• Capacidad de abstracción.</li> </ul>
<b><i>Qué objetivo(s) se persigue(n)</i></b>	Con esta actividad se pretende que el Pedagogo del aula hospitalaria adquiera los conocimientos básicos sobre la Psicomotricidad que le permitan actuar adecuadamente como psicomotricista.
<b><i>A quien va dirigido</i></b>	Esta actividad va dirigida al Pedagogo del Hospital.
<b><i>Cuántas personas se prevé que participen</i></b>	Se prevé que participe una persona, el Pedagogo del Aula Hospitalaria.
<b><i>Cuál es la temporalización</i></b>	<p>Nº de horas previstas: 2 sesiones de dos horas cada una (16 horas en total).</p> <p>Se realizarán los miércoles de las semanas del mes agosto.</p>
<b><i>Lugar en el que se desarrolla</i></b>	En el Hospital Nuestra Señora de la Candelaria.
<b><i>Quienes lo van a coordinar, dirigir...</i></b>	Esta actividad será coordinada, dirigida e impartida por un o una experta en Psicomotricidad.
<b><i>Como surge la necesidad de realizarla</i></b>	Surge de la necesidad de realizar actividades que no estén relacionadas con el ámbito escolar. Para ello, es necesario que la persona

	encargada del ámbito educativo en el Hospital esté capacitada para ello.
<i>Cuál es el papel de los ponentes</i>	El papel de los ponentes será hacer entender al Pedagogo del Hospital los conocimientos básicos de la Psicomotricidad para que luego los pueda poner en práctica.
<b><i>En qué consiste la actividad</i></b>	
Esta actividad consiste en observar 4 sesiones de Psicomotricidad de una hora, es decir, en cada una de las dos últimas sesiones de la dimensión tres, se observarían dos sesiones de Psicomotricidad en el Servicio de Psicomotricidad de la Universidad de La Laguna. El Pedagogo del hospital deberá observar las sesiones y anotar todos aquellos aspectos que considere relevantes y puedan ser necesarios para la puesta en práctica posterior de sesiones de Psicomotricidad.	

❖ **Anexo XIV.**

**Las sesiones de Psicomotricidad Relacional.**

***Estructuras de las sesiones de Psicomotricidad.***

**-Ritual de entrada (15 minutos)**

Una vez estén todos los menores que van a participar en las sesiones se les pedirá que se descalcen y que, formando un círculo, se sienten en una colchoneta a la que llamaremos “la casita” junto con la o el psicomotricista y el Pedagogo del Hospital. Seguidamente, se les explicará las normas (“no se puede romper el material”, “prohibido dar patadas”, “no podemos hacer daño a los compañeros y compañeras”...). Cada uno deberá decir su nombre y una de las normas que recuerde. A continuación, se dejará un tiempo para que hablen de lo que quieran (respetando el turno de palabra en todo momento), por ejemplo, de sus aficiones, gustos, alguna anécdota, etc.

**-Tiempo de trabajo (20 minutos)**



Cuando el o la psicomotricista y el Pedagogo den la señal comenzarán a jugar con lo que quieran y cómo quieran siempre que se respeten las normas. Pueden jugar con las colchonetas, con las cuerdas, los módulos de gomaespuma, las telas, etc.

#### -Ritual de salida (10 minutos)

Para volver a la calma, se les pondrá una canción relajante y los niños y niñas deberán acostarse en las colchonetas y cerrar los ojos. Permanecerán así unos minutos. Cuando se les de la señal, entre todos, deberán recoger el material.

#### -La representación.

Se les dará a cada menor una hoja y lápices de colores para que hagan un dibujo libre. Una vez hayan acabado el dibujo, en la “casita”, uno por uno, deberán ponerle un título. Además, deberán comentar lo que les ha parecido, a lo que han jugado, con quién, etc. Si se prefiere, en lugar de dibujar se puede realizar la representación con otros materiales como plastilina. La finalidad de esta fase es descubrir qué ha significado para los infantes el juego que han desarrollado durante la sesión.

#### ***Duración de las sesiones.***

Las sesiones tendrán una duración de una hora.

#### ***Temporalización***

Las sesiones de Psicomotricidad se realizaran los martes y jueves. En primer lugar, se deberá pasar habitación por habitación avisando a los familiares y a los niños y niñas de que van a comenzar las sesiones.

#### ***Lugar***

Los menores deberán acudir al “Solarium” con ropa cómoda

#### ***Materiales de la sesión según los espacios.***

##### -Espacio sensoriomotor

- Espalderas
- Módulos de gomaespuma
- Cuerdas

- Pelotas

-Espacio simbólico

- Módulos de gomaespuma
- Telas

-Espacio para las representaciones

- Plastilina
- Folios
- Lápices de colores

***Evaluación de las sesiones***

Para evaluar cada sesión, el o la Psicomotricista o el Pedagogo del Hospital rellenarán una rúbrica con cada menor, de esta forma se podrá comprobar la evolución del mismo.

❖ ANEXO XV.

**Rúbrica para evaluar el desarrollo integral de los menores en las sesiones de Psicomotricidad.**

<b>Nombre del niño o de la niña:</b>				
<b>Nivel educativo:</b>				
<b>Fecha:</b>				
	<b>4. Bastante</b>	<b>3. Mucho</b>	<b>2. Poco</b>	<b>1. Nada</b>
Tiene capacidad representativa.				
Propone juegos.				
Desarrolla juegos simbólicos.				
Está centrado durante la sesión.				
Juega a través de la imitación.				
Recoge el material.				
Se descalza y se calza solo o sola.				
Utiliza el material adecuadamente.				
Respeto las normas y los límites que se han trabajado al inicio de la sesión.				

Se relaciona de forma adecuada con los demás (de manera respetuosa, sin imponer nada, etc.)				
Presenta una buena autoestima.				
Es espontáneo o espontánea.				
Respeto las decisiones de los demás				
Es capaz de saltar, rodar, arrastrarse, trepar, etc.				
Tiene seguridad ante sus movimientos.				
Manipula de forma adecuada los objetos.				
Tiene un buen control postural.				
Tiene equilibrio				

❖ ANEXO XVI.

**Rúbrica para evaluar la participación de las familias.**

Nombre del niño o niña:				
Fecha:				
Actividad:				
	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>	<b>Poco</b>	<b>Nada</b>
Los padres y madres se mostraron predispuestos a realizar las actividades.				
Los padres y madres intentaron resolver las dudas de sus hijos o hijas en la medida de lo posible durante la realización de las actividades.				
Los padres y madres están preocupados de que su hijo o hija alcanzara el objetivo de la actividad.				
Los padres y madres participaron de manera activa en la actividad				
Los padres y madres permitieron la autonomía de su hijo o hija				
Los padres y madres, ante un conflicto en el desarrollo de la actividad, intentan mediar una posible solución con su hijo o hija sin intentar imponerla.				

❖ ANEXO XVII.

**Hoja de observación.**

<b>Nivel educativo del niño o de la niña:</b> <b>Fecha:</b> <b>Duración de la sesión:</b>	NUNCA	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE
Mantiene una actitud de empatía y escucha.				
Pone atención al grupo en acción.				
Sabe responder a las demandas de los niños y niñas de manera ajustada.				
Participa en los diferentes juegos durante la sesión.				
Es capaz de desarrollar el rol que el menor le demanda.				
Mantiene el orden.				
Es capaz de intervenir cuando no se cumplen las normas o cuando es necesario modificar alguna conducta.				
Ayuda a aquellos que más atención necesitan.				
Permite el juego de los niños y niñas bajo unos límites.				
Es capaz de retomar las situaciones cuando estas se vuelven difíciles.				
Es comprensivo.				
Sabe marcar las normas y los límites.				

