



Research Paper

# Propuesta De Intervención Psicomotora En El Alumnado Con Dispraxia Infantil

Marta Garrido Cano

## RESUMEN

En la actualidad se estima que entre el 5-6% de los niños y niñas en su etapa infantil sufren un trastorno de dispraxia. Esto saca a la luz que al menos un niño por cada aula está presentando síntomas de esta afectación, que se va a desarrollar en detrimento del niño en un trastorno del aprendizaje. El presente trabajo tiene como meta el conocer los trastornos de dispraxia, definirlos y localizarlos en niños de 0 a 6 años, así como desarrollar un plan de acción e intervención que disminuya los efectos del trastorno. Es esencial que se conozcan los síntomas y las tipologías de estos trastornos en un entorno educativo, qué estrategias llevar a cabo para disminuir sus efectos y con qué recursos realizarlos para niños en etapa de Educación Infantil. Por último, es necesario señalar el papel del educador en la detección e intervención, pues orienta y guía su desarrollo.

## PALABRAS CLAVE

Trastorno del desarrollo psicomotriz, detección, intervención, actividades, terapia.

Received 28 Nov, 2021; Revised 10 Dec, 2021; Accepted 12 Dec, 2021 © The author(s) 2021.

Published with open access at [www.questjournals.org](http://www.questjournals.org)

## I. MARCO TEÓRICO

### 1. QUÉ SON LAS DISPRAXIAS INFANTILES

Las dispraxias infantiles son alteraciones en el ámbito psicomotriz que afectan durante las etapas críticas del desarrollo infantil y dificultan y/o retrasan el aprendizaje psicomotor en los niños. Al contrario que las praxias, que son el “proceso neurológico por medio del cual se organizan, planean y ejecutan acciones eficientemente” (Nicholls, 2011, p.10).

A lo largo de la investigación sobre esta condición, se le ha ido dando nombres tales como *síndrome del niño torpe*, que en su inicio describía la realización de movimientos que estaban desprovistos de funcionalidad y que existía una alta dificultad para cometer una actividad. Es por ello que se llevó a cabo una reinterpretación del título de esta afectación, llegando a *trastorno del desarrollo de la coordinación*.

Pero no solo afecta en el ámbito psicomotriz del movimiento y la coordinación, sino que afecta al habla, por lo que también se define a este trastorno como “un trastorno neurológico (pediátrico) del habla y de los sonidos, en el que la precisión y consistencia de los movimientos que subyacen al habla están alterados, en ausencia de déficit neuromusculares” (ASHA, 2007 en Gómez, Bustamante, y Gareca, 2019, p.86).

La dispraxia se manifiesta en un “retraso en el proceso de aprendizaje, observándose lentitud, desinterés, deficiencia en la atención y concentración, baja autoestima, esto afecta el rendimiento escolar y las actividades escolares” (Pinos, Medrano, y Alarcón, 2017, p.384).

Para poder describir los síntomas, primero hay que especificar quién se convierte en el primer observador de tales circunstancias, y no son otros que los padres de los niños. Esto ocurre durante los dos primeros años de vida y se manifiesta al ver la dificultad al realizar sencillas tareas, problemas de gateo o retraso del aprendizaje del caminar. Señala la importancia de los padres dentro del diagnóstico temprano de este tipo de trastornos que dificultan el desarrollo del niño, posicionándolos en una situación de desventaja para con sus homólogos.

#### 1.1. CAUSAS DE LA DISPRAXIA INFANTIL

Las causas de la dispraxia no son del todo conocidas, y tal y como afirma Clínicas Neural (2018), se ha sospechado que este trastorno se debe a alteraciones que acontecen durante el neurodesarrollo del niño, en la que algunas áreas del cerebro no maduran correctamente. De esta manera, las conexiones cerebrales han salido perjudicadas y los músculos se interrumpen, provocando problemas de coordinación y movimiento. Por eso, este trastorno está relacionado con el trastorno de los niños y niñas. Y no solo son causas suficientes las anteriormente

vistas, sino que la dispraxia puede aparecer también tras un daño o lesión cerebral.

También se especifica que puede ser causa de la dispraxia una afectación del feto durante el embarazo (uso de drogas, tabaco y/o alcohol), existencia de un parto traumático con sufrimiento del feto, prematuridad de los fetos por debajo de las 37 semanas de gestación y antecedentes genéticos.

## **1.2. SÍNTOMAS DE LA DISPRAXIA INFANTIL**

Cuando nos metemos de lleno en la observación de los síntomas que se pueden prestar atención en los niños y niñas durante su etapa más temprana de vida, tenemos distinguir entre las que se comprenden en la *motricidad fina* y la *motricidad gruesa*.

- La motricidad fina se relaciona con el dominio de movimientos pequeños, más complejos que los que se refieren a la motricidad gruesa y que suelen implicar esfuerzos coordinados del cerebro. Entre ellos, se puede incluir: sostener un lapicero, dibujar, escribir de manera clara un texto, trocear papel, apilar bloques y el uso de herramientas tales como tijeras y otros útiles escolares.

- La motricidad gruesa se basa en el dominio de los movimientos grandes, que abarcan los músculos largos de todo el cuerpo, coordinando el sistema neurológico con los músculos, tarea complicada. Entre ellos, se puede incluir: la fuerza física, el tiempo de reacción, la coordinación, el equilibrio o la conciencia corporal.

Los síntomas de la dispraxia, como explican Etapa Infantil (2021) empiezan a verse desde antes de que el niño pueda caminar o hablar, durante su etapa de bebé. Así, se podría hablar de que los síntomas muestran a un individuo que muestra dificultad al gatear o que tuvieron un retraso al caminar. Lo cierto es que el desarrollo psicomotriz en niños con dispraxia es más lento y suele presentar dificultades en el habla.

La edad en la que los síntomas de la dispraxia suelen empezar a ser vistos, es durante el segundo año de vida del niño o niña. A menudo es más visible por la dificultad al realizar sencillas tareas como abotonarse la camisa, atarse los cordones o peinarse.

Después, durante la etapa que enmarcan los 3 a 5 años de edad, este trastorno se hace más palpable en el niño. El niño sufre de cierta torpeza o dificultad al realizar los movimientos, casi siempre debido a la descoordinación. Estos niños suelen presentar propensión a las rabiets, suelen caerse con frecuencia u pueden presentar aleteo de manos. Tienen dificultades para subir y bajar escaleras y el lenguaje suele ser inmaduro para su edad.

## **1.3. TIPOS DE DISPRAXIA INFANTIL**

La dispraxia se puede catalogar en base a la forma de manifestación:

- Ideomotora: se observa dificultad para realizar sencillas tareas de un solopaso, por ejemplo: peinarse.
- Ideatoria: se observa dificultad para realizar sencillas tareas de varios pasos, por ejemplo: ponerse la ropa en orden.
- Oromotora o del habla: se observa dificultad para coordinar movimientos musculares necesarios para pronunciar palabras y sílabas.

- Constructiva: se observa dificultad en la capacidad de comprender las relaciones del espacio y se hace muy complicado mover los objetos de un lugar a otro.

Otra clasificación, según Clínicas Neural (2018) sería según la parte del proceso de movimiento o del organismo donde se produce la dificultad, donde se encuentra:

- La dispraxia motora: crea problemas para coordinar determinadas acciones, como escribir, saltar o vestirse. Es visto además en acciones cotidianas como atarse los cordones de los zapatos.

- La dispraxia verbal: que genera dificultades en la coordinación voluntaria de los músculos para producir palabras y sonidos. Es debido a esto que, a la hora de hablar, es más fácil que realice la acción de manera lenta y con frecuentes pausas.

- La dispraxia oral: en la que se observan inconvenientes para relacionar los movimientos de la lengua y la boca. Por este motivo, se suelen apreciar dificultades para tragar o comer.

La clasificación que realiza Cesar (2021) evoca a las afectaciones que se observan en relación con las áreas del movimiento. Así, comprende entre:

- Dispraxia al vestirse: cuando se encuentran limitaciones para abotonarse de manera correcta, subir la cremallera o atar los cordones de los zapatos.

- Dispraxia digital: cuando se halla dificultad para mover coordinadamente los dedos en actividades comprendidas en la psicomotricidad fina como escribir.

- Dispraxia del habla: abarca los problemas del habla, por lo que su comunicación queda impedida.

- Dispraxia psicomotriz: el niño se ve afectado por trastornos motores, visuales, trastornos del comportamiento, ausencia de actividad y resulta en trastornos del aprendizaje.

- Dispraxia motriz: se manifiesta de manera parcial o total, ya que afecta a la realización de movimientos, los cuales van a exigir precisión y coordinación.

Así, se puede observar un abanico amplio de tipología en las dispraxias pero que es resumible en que afectan al desarrollo psicomotor y del lenguaje del niño, y que pueden desembocar en un trastorno del aprendizaje si estas dispraxias no son intervenidas a tiempo.

## **2. CÓMO IDENTIFICAR LAS DISPRAXIAS INFANTILES**

A menudo, los padres de los niños son los primeros en fijarse en ciertas capacidades que sus hijos no realizan adecuadamente. Pero este no es sino el pico del iceberg para encontrar y definir si un niño padece de dispraxia o no.

Una evaluación fruto de la observación del niño o niña en una sala especialmente diseñada para esa ocasión, así como el registro del desempeño psicomotor son los factores claves a la hora de identificar de manera correcta una dispraxia infantil.

Para ello han de tenerse en cuenta todas las características que presentan los infantes debido a la dispraxia y corroborar su ocurrencia. Tot teràpia (2021) especifica los comportamientos a tener en cuenta:

- En etapas tempranas: dificultad cuando aprenden a sentarse, gatear, andar...
- Escritura: agarrar un lápiz, dejar espacio entre palabras y líneas, la formación de las letras...
- Planificación motora: problemas para planificar y ejecutar movimientos no automatizados.
- Conciencia corporal pobre.
- Dificultad para correr o saltar.
- Tropieza con cierta frecuencia con otros o cosas.
- Tarda en elegir su mano dominante, pues inicialmente usa las dos para escribir de manera indistinta.
- Problemas para sostener objetos, pues se le caen.
- Presenta dificultades en el lenguaje, no controla los movimientos de la lengua y de la boca.
- Se le dificulta la planificación de las palabras, cambiando de lugar las consonantes.
- En los juegos y actividades que requieren de la coordinación de ojo y mano.

- Inteligencia normal, pero dificultades para planificar y organizar el

pensamiento.

- Lentitud en el aprendizaje en algunas de las habilidades, sobre todo las que abarcan planificación motora general.

- Rutinas: dificultades para vestirse en orden, aseo, alimentación, habilidades para organizar armarios, poner la mesa, ordenar sus cosas...

- En el ámbito educativo:

- Dificultades al aprender a escribir; apretar demasiado el lápiz, confundir las letras, organizar mal el espacio entre palabras, cuadernos y tareas mal organizados y sucios, dificultad para copiar en la pizarra...

- Niños tildados de vagos o torpes por negarse a realizar las actividades propuestas

Como también es importante trabajar con el material adecuado de registro. Y para eso podemos adoptar las medidas recogidas en Nicholls (2011, p. 31-32) acerca de su estudio. Estas son:

- **Escala McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad para Niños – MSCA** (McCarthy, 1988): la cual se indica para edades entre 2,65 y 8,6 años. Valora las habilidades del niño y su inteligencia general con pruebas en 6 escalas; verbal, perceptivo-manipulativa, cuantitativa, memoria, motricidad e índice cognitivo general.

- **Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil CUMANIN** (Portellano, Mateos y Martínez, 2000): que evalúa a infantes entre 3 y 6 años. Se basa en 8 escalas principales; psicomotricidad, lenguaje articulatorio, lenguaje comprensivo, lenguaje expresivo, estructuración espacial, viso percepción, memoria icónica y ritmo y 5 escalas auxiliares (atención, fluidez verbal, lectura, escritura y lateralidad).

- **Test de comprensión de palabras Peabody PPVT-III** (Dunn y Dunn, 1965, revisado 2007): que evalúa el vocabulario receptivo o auditivo paraniños a partir de 2,6 años.

- **K-ABC – Batería Kauffman de Evaluación para Niños** (Kauffman y Kauffman, 1983): que valora a niños de 2,5 a 12,5 años en la primera edición y hasta los 18 años en su segunda edición. Esta prueba mide el nivel intelectual global del niño.

- **Cuestionario del lenguaje para padres – Ritvo**: valora a niños desde 1 mes hasta 48 meses. Este cuestionario se les hace a los padres del infante sobre su hijo y de este se obtiene la edad lingüística y la edad expresiva del niño.

También se encuentra un cuestionario que puede resultar útil para ayudarnos a determinar que algo no está yendo bien. El **Cuestionario para la identificación del trastorno del desarrollo de la coordinación 2007 (DCQD'07)** facilitado por Naranjo, González, Giraldo, Guerrero, y Letts (2011), que puede ser contestado por padres, educadores o por otra persona que conozca bien al niño.

### 3. TRATAMIENTO DE LAS DISPRAXIAS INFANTILES

Lamentablemente, la dispraxia infantil no tiene cura, pero en la actualidad existen variadas formas de mejorar el desarrollo de los niños que sufren este trastorno. Las terapias se dan la mano aunando esfuerzos, teniendo como meta la mejora de la adaptación al medio gracias a la enseñanza de diferentes acciones o tareas.

Lo cierto es que la intervención debe iniciarse antes de los 3 años de edad, pero eso no suele ocurrir. Lo más normal es que se detecte desde los 7-8 años de edad, momento en el que la escritura forma parte de su día a día (Tot teràpia ,2021). Así, se establecen cuatro puntos principales en los que basar una intervención en el niño dispráxico, que son:

**Terapia ocupacional**: que estimula al niño y favorece su capacidad para el movimiento. Así, podemos encontrar que Nicholls (2011, p. 23- 27) añade terapias en subbase de datos para la dispraxia verbal, como:

- La terapia PROMPT: que se basa en una actividad táctil en la que se mezclan acciones propioceptivas, presión y claves cenestésicas para tratar e intervenir en trastornos severos del habla. Las metas de esta terapia son que el sentido del tacto es el medio perfecto para el desarrollo del control moto y para integrar varias modalidades sensoriales con el fin de que se favorezca el lenguaje expresivo y la creación de conceptos, así como crear un ambiente de confianza entre el infante y el terapeuta.

- Programa Nuffield: enfocado a la mejora de las capacidades del aprendizaje motor. Los objetivos son instruir al infante sonidos que no escapaz de emitir, enseñarle a conformar palabras, frases y oraciones uniendo fonemas y a mejorar el nivel de inteligibilidad del habla y favorecer la prosodia.

- VeDiT (VED-intensiv-Therapie): se orienta hacia el principio del aprendizaje asociativo, la constante repetición y práctica de ejercicios. Esta intervención consiste en ejercicios que pueden hacerse encasa, y no solo en un entorno logopédico.

**Logopedia**: tiene como objetivo educar al infante y ayudarle a desarrollar la coordinación de movimientos. Las metas deben ser no programadas y de progresión lenta para llegar a un resultado beneficioso. Sobre las metas de estas terapias, Ygual y Cervera,(2005, p.123) afirma:

“Mejorar el control voluntario de los movimientos articulatorios para llegar a automatizarlos. Conseguir la pronunciación de fonemas que no han podido resolverse con técnicas habituales de estimulación auditiva o visual.

Mejorar los aspectos de secuenciación de sílabas para formar palabras. Mejorar la prosodia”

Y establecen a su vez, varios programas de intervención distinguiendo en qué métodos están basados, los cuales son:

- Programas de intervención basados en el control motor (p.123): en el caso de que el problema motor derive en una dispraxia verbal. Las tareas a llevar a cabo serían en reproducir fonemas y secuencias de éstas mismas a través de movimientos voluntarios, conscientes, controlados y precisos.
- Programas de intervención basados en sistemas aumentativos (p.124): aplicando un sistema aumentativo que no sustitutivo o alternativo, donde los gestos o imágenes que se emplean, nunca sustituye el lenguaje oral, sino que refuerza el aprendizaje de los aspectos deficitarios en los niños.
- Programas basados en la melodía (p.125): modelo basado en una salmodia o canturreo de las frases en las que se remarcan exageradamente las características tonales de las lenguas acentuales.
- El lenguaje escrito como ayuda para mejorar la pronunciación (p.125): los logopedas han usado el lenguaje escrito como elemento de apoyo ya que sigue su etapa de escolarización, mantiene relación directa con uno de los puntos clave de la dispraxia y aporta estabilidad pues mantiene la vista dirigida de izquierda a derecha.

**Fisioterapia:** es de vital importancia para estimular la coordinación de movimientos.

**Equitación:** se establece una metodología para favorecer el control psicomotor a través de este deporte. La metodología se basa en “mejorar y aumentar su capacidad de relajación para reducir la tensión muscular y favorecer una respiración más regular y cómoda” (Bouzo, y Pino, 2015, p.3) en niños autistas.

En el programa de intervención de Cazorla y Cornellá (2014) se especifican dos tipos de intervenciones fisioterapéuticas en niños con espectro autista, y que son:

- Tratamiento acuático: que aprovecha la presión hidrostática y la viscosidad del agua para mejorar el control psicomotriz, y se aplicaría en sesiones individuales con la presencia de una persona cercana al niño.
- Tratamiento fisioterapéutico en sala de juegos: se realiza en una sala provista de material lúdico y terapéutico donde, de forma individual se interviene la psicomotricidad del niño en dos fases; la parte psicomotriz y la parte fisioterapéutica.

**Otras terapias:** fomentar la autoestima, entrenar sus habilidades sociales....

#### **4. CÓMO TRABAJAR LAS DISPRAXIAS INFANTILES EN LA ESCUELA**

Aunque la primera figura con la que el niño o niña se encuentra no es el educador, su persona se torna de vital importancia en la detección de este trastorno, así como en su corrección a través de terapia y actividades lúdicas. Es importante que un docente formado y motivado se adhiera a una metodología que se no se limite a lo preestablecido, obligándole a pasar de ser un transmisor del conocimiento a un orientador, que facilite y construya nuevos dogmas para beneficiar a sus alumnos (Cesar, 2021).

De este modo, el docente pasará por tres fases destinadas a cumplir con su tarea, las cuales son; detección del trastorno de dispraxia, diseño de un plan de acción y puesta en firme de tal plan.

Primero, como anteriormente se ha observado, es necesario que el docente preste especial atención al comportamiento de los niños y que sepa valorar que niño puede estar siendo afectado por un trastorno de dispraxia. Debido a la dificultad que supone la dispraxia en el desempeño psicomotriz y del lenguaje, puede significar un obstáculo futuro en el desarrollo del niño o niña. Por eso, las señales de dispraxia “no deben ser ignoradas por el docente” (Cesar, 2021, p.7). Segundo, se trata de diseñar un plan de acción una vez detectados posibles casos de dispraxia entre los niños y niñas del alumnado. Tercero y último, llevar a cabo ese plan con el firme objetivo de disminuir el efecto del trastorno.

Algo que no se debe olvidar es que el educador tiene cierta responsabilidad sobre la inclusión de los niños y niñas con trastornos, por lo que “se asume la inclusión educativa como un proceso dirigido a la eliminación de barreras, la garantía de permanencia y el logro del éxito de todos los alumnos sin importar el tipo de escuela o enseñanza” (Murguía, Hernández, Hernández, y Carrera, 2020, p.3).

Además, es necesario que la intervención educativa de competencias emocionales esté estructurada en torno a estrategias que incorporen destrezas y habilidades sociales y de comunicación (Lozano, Alcaraz, y Bernabeu, 2012, p.16). Así, el entorno de aprendizaje se torna cálido y acogedor para los alumnos.

Es importante considerar que toda intervención que se desarrolle en el aula y que involucre a alumnos con necesidades especiales requiera por parte de los docentes que intervienen un conocimiento apropiado, no solo de las características de su trastorno de desarrollo, sino también conocimiento sobre el desarrollo normal, para de esta manera verificar los avances de la intervención que se va a realizar, además de adaptar las estrategias de manera individual ya que estas se agrupan en torno a necesidades diferentes de cada uno de los niños

a intervenir, tomando en consideración las diferencias personales y el espacio físico adecuado para que el niño con trastorno del desarrollo comprenda su entorno y se adapte a éste de la manera más autónoma posible.

#### 4.1. ACTIVIDADES

##### **Actividades para trabajar las habilidades motoras finas:**

**Actividad 1:** organizar equipos para jugar identificándolos con un color distinto e instándolos a caminar primero y después saltar sobre líneas, figuras geométricas dibujadas con el color que los identifica como grupo, han de evitar salir del dibujo. Se pretende estimular el equilibrio, la memoria, la coordinación de los movimientos y la precisión.

**Actividad 2:** formar dos hileras de niños, o una hilera frente a un círculo con una pelota y se les insta a tirar la pelota de extremo a extremo intentando que no caiga al suelo. Se pretende favorecer estimular la coordinación temporal y espacial, viso motriz, los movimientos prensiles y la precisión.

**Actividad 3:** se colocan a los niños en tres filas, a unos 20 centímetros de distanciarlos unos de los otros, y un niño con un rollo de papel higiénico debe pasar por las filas desenrollando el rollo en zigzag en el menor tiempo posible. Se pretende trabajar las destrezas finas, la coordinación vasomotora y la comunicación entre pares.

**Actividad 4:** jugar a explotar pompas de jabón, donde han de hacerlas y explotarlas. Se pretende fomentar la destreza de la motricidad fina.

**Actividad 5:** creación de robots con piezas de construcción. Se pretende desarrollar la motricidad fina y el trabajo en equipo.

##### **Actividades para trabajar las habilidades motoras gruesas:**

**Actividad 6:** jugar a correr en un recorrido plagado de obstáculos. Se pretende favorecer el desarrollo de la motricidad gruesa.

**Actividad 7:** jugar a patear o atrapar un balón de manera repetida y constante. Se pretende ayudar a mejorar las habilidades motoras gruesas.

##### **Actividades para trabajar la planificación motora:**

**Actividad 8:** jugar a dar palmas siguiendo ritmos diferentes. Se pretende fomentar la coordinación entre su cuerpo y la música.

**Actividad 9:** enseñar a los niños a realizar alguna tarea rutinaria que impliquen movimientos predefinidos y memorizados, como lavarse los dientes o atarse los cordones de los zapatos.

##### **Actividades para ejercitar la coordinación:**

**Actividad 10:** organizar dos equipos de niños y una vez dibujadas unas líneas curvas en el terreno, colocar de tres a cinco bolos al final de las líneas a cierta distancia, el niño debe correr por la línea del equipo contrario con una pelota en las manos y tratar de tirar los bolos. Se intenta favorecer la lateralización del control muscular y la rapidez de movimientos, la coordinación dinámica, viso motriz, la precisión y los movimientos disociados de manipuleo.

**Actividad 11:** ofrecerle al niño varios objetos dispuestos en mesas y organizar por equipos una búsqueda de los objetos indicados por el docente, quedando claro que han de colocarlos en un sitio indicado. Se pretende estimular la coordinación viso motriz, la lateralidad, el control manual y la rapidez.

**Actividad 12:** se coloca a todos los niños en una fila a unos metros de distancia de una rana dibujada en papel a la que han de tirar pelotas, la rana tendrá señalado qué puntuación se obtiene al acertar en la rana y/o en sus alrededores. Se pretende trabajar la coordinación y la puntería en niños.

**Actividad 13:** juego de la silla tradicional, donde los niños han de competir girando alrededor de las sillas disponibles. Se pretende fomentar la coordinación motora, la velocidad y la rapidez.

**Actividad 14:** carrera de sacos en dos equipos. Se pretende favorecer la coordinación y la velocidad de los movimientos.

**Actividad 15:** jugar a ponerle la cola al burro, donde un niño con los ojos tapados por una cinta ha de colocarle la cola al burro siguiendo las instrucciones de sus compañeros. Se pretende favorecer el trabajo en equipo, la coordinación sin el sentido de la vista y la relación entre los compañeros.

##### **Actividades para fomentar el esquema corporal:**

**Actividad 16:** organizar a los niños en cuadro, ruedas en dúos, tríos... y se les insta a caminar o saltar alrededor de la figura geométrica uno tras otro y cumplir con la acción indicada por el educador como *tocar brazo izq./dcho.* o *tocar con brazo dcho. la pierna izq.* Se pretende estimular su concepción corporal y el de sus compañeros.

**Actividad 17:** se entrega a cada niño una cinta de papel de varios metros de longitud y deben enrollarla sobre sí misma hasta formar un rollo de cinta. Se pretende desarrollar el esquema corporal, la atención en los niños y la coordinación en general.

**Actividad 18:** los niños van a pasar a representar a robots que se mueven y no se paran hasta que toquen su botón de parada, y mientras uno sale de la sala, los robots deciden en qué parte de su cuerpo se sitúa el botón en cuestión. Se pretende fomentar el esquema corporal propio y el de los compañeros.

**Actividad 19:** bailar al ritmo de la música aprendiendo pasos sencillos. Se pretende fomentar el desarrollo motor, la coordinación y fomentar las relaciones entre niños.

Otro tipo de actividades:

**Actividad 20:** tutoría entre homólogos como forma de enseñar a los niños con desarrollo normal a como interactuar con sus compañeros con trastornos del desarrollo.

**Actividad 21:** utilización de los grupos de habilidades sociales, donde se involucren los alumnos con trastornos y se vayan incorporando el resto de alumnos con intención de saludar, ser amistosos e iniciar conversaciones o juegos.

**Actividad 22:** modelado con video, donde los niños con trastornos del desarrollo observan representaciones de ellos mismos o de otros niños realizando con éxito diversas habilidades sociales y han de imitarlas.

**Actividad 23:** historias sociales y libros, donde se cuentan historias breves a modo de cuentos individualizados para enseñar un comportamiento, habilidad social, evento o concepto.

#### **4.2. ESTRATEGIAS Y RECURSOS**

Para la elaboración de unas estrategias que favorezcan la participación de un niño con trastornos, es necesario la creación de un espacio adecuado a las necesidades de los niños y niñas con trastornos de dispraxia.

Para ello es necesario unos *recursos* que utilizar y que tener disponibles para la realización de las actividades expuestas en el apartado anterior. Primero, es importante contar con una sala para tal efecto, que ha de tener ciertas características. Estas características son:

- Un lugar cálido y a temperatura ambiente
- Un ambiente acogedor que invite al movimiento y al juego.
- Ambiente decorado, pero no recargado.
- Buena iluminación, pero teniendo la posibilidad de poder aumentar o disminuir la intensidad de la luz.
- Que sea confortable.
- Que tenga espacio suficiente para realizar las actividades.

También es necesario contar con un *material* que se les facilite a los niños y que corresponda con las actividades que van a realizar. Estos materiales podrían ser:

- Cintas adhesivas de colores
- Pelotas o balones
- Rollos de papel higiénico
- Bloques de construcción
- Botes de jabón y pomperos
- Conos de tamaño medio y de diferentes colores
- Bolos
- Sillas
- Recursos gráficos para los juegos
- Reproductor de música y de video

También es necesario que los materiales tengan un lugar donde estar ordenados y catalogados para ser guardados hasta su uso.

Las *estrategias* se enmarcan dentro de unas pautas de intervención que buscan el fomento del bienestar, desarrollando procedimientos que, intencionadamente y de manera flexible se haga posible el desarrollo locomotor del niño en edad preescolar o infantil.

- Adecuar al niño a su nuevo espacio, utilizando fotografías o pinturas que señalen los lugares que se van a convertir en las zonas de actividades o de descanso.
- Programación del horario de trabajo utilizando una pizarra con velcro, donde se puedan colocar dibujos o fotografías explicando las actividades que se van a realizar durante el día.
- Las actividades a realizar deben de estar bien explicadas y mostradas por medios visuales.
- El circuito que se debe completar en las actividades ha de estar convenientemente señalado.
- Las actividades deben tener un número homogéneo de variedades según qué aspecto se está intentando favorecer.

Así, el docente es el encargado de mantener un ambiente de comodidad y seguridad gracias a sus acciones. Estas deben de ser:

- Animar constantemente al niño por los logros cumplidos.
- Evitar los comportamientos de sobreprotección.
- Indicar con anticipación los cambios que su rutina puede sufrir, lo que ayuda a predecir conductas.
- Elogiar en cada ocasión que el niño realice una actividad requerida por su cuidador o persona responsable de su cuidado.
- Generalizar el manejo de estrategias en la mayor parte de los contextos en los cuales el niño se desenvuelve.
- Expresar solo un constructo a la vez.
- Los direccionamientos deben ser claros y precisos, evitando que estos sean secuenciales.
- Cuando el niño se aparta de la actividad, esperar un tiempo prudencial y animarlo a continuar la misma hasta que la concluya.
- Suprimir o disminuir ruidos innecesarios ya que esto podría alterar su tranquilidad.
- Conservar el orden de los materiales y cosas personales, ya que esto evita que se altere el orden.
- Conservar su rutina de actividades dentro del aula, ya que necesita saber qué es lo que va a ocurrir.
- Utilización de material visual que facilite establecer asociaciones mentales.
- Desarrollar actividades de relajación con el uso de música clásica.
- Desarrollar actividades de dramatización, lo que ayudará a identificar expresiones faciales.
- Fomentar con los compañeros del aula valores como la solidaridad y comprensión.
- Desarrollar el sentido de responsabilidad, delegándole actividades que pueda cumplir de manera adecuada.
- Mantener dentro del aula o espacio propio del niño materiales y herramientas que le permitan trabajar solo, sin necesidad de socializar.
- Cuando el niño no participa en las actividades, el factor principal de esta conducta es que los contenidos de las directrices son mayormente verbales, por lo cual se recomienda reforzar las mismas con material audio visual, que guíe al niño sobre cómo y dónde dirigir sus conductas.
- Recordarle de manera frecuente la actividad que está realizando, evitando que se desconecte o aparte de la misma.
- Elaborar un registro de turnos en todas las actividades programadas tanto en la escuela como en el hogar del niño

## II. CONCLUSIÓN

Las necesidades educativas de un niño o niña afectados por un trastorno de dispraxia son diferentes a las de un niño o niña con dominio motriz. Esto se refleja en sus comportamientos y actitudes ante simples actividades rutinarias del día a día o en grandes actividades en las que se requiere de una gran destreza locomotora. Cualquier retraso del desarrollo debido a estos trastornos, en estos momentos tan tempranos de la vida de un niño o niña, pueden resultar en problemas de aprendizaje, socialización o personalidad.

Eso demuestra que el correcto desarrollo psicomotriz de un niño o niña no es algo que se deba abandonar al destino, sino que ha de ser objetivo de la educación reglada desde los primeros años de su infancia, ya sea monitoreados por los padres o por el educador.

Por eso, es importante conocer y detectar las capacidades del niño o niña en su etapa infantil. Aquí radican las bases de su posterior desarrollo y desempeño.

La eficacia de la Educación Infantil estriba, en gran medida, de esta comprensión. Hay que descubrir las capacidades, habilidades, desempeño y destreza de los niños/as para intervenirlas a tiempo.

## BIBLIOGRAFÍA

- [1]. Bouzo, S. y Pino, M. (2015). Impacto de un programa de equitación terapéutica en la mejora de la psicomotricidad de niños autistas. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación, Extr.*(11). Doi: 10.17979/reipe.2015.0.11.513. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Margarita-Pino-Juste/publication/287973482\\_Impacto\\_de\\_un\\_programa\\_de\\_equitacion\\_therapeutica\\_en\\_la\\_mejora\\_de\\_la\\_psicomotricidad\\_de\\_ninos\\_autistas/links/5682d70408ae051f9ae7fff/Impacto-de-un-programa-de-equitacion-terapeutica-en-la-mejora-de-la-psicomotricidad-de-ninos-autistas.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Margarita-Pino-Juste/publication/287973482_Impacto_de_un_programa_de_equitacion_therapeutica_en_la_mejora_de_la_psicomotricidad_de_ninos_autistas/links/5682d70408ae051f9ae7fff/Impacto-de-un-programa-de-equitacion-terapeutica-en-la-mejora-de-la-psicomotricidad-de-ninos-autistas.pdf)
- [2]. Cazorla, J.J. y Cornellá, J. (2014). Las posibilidades de la fisioterapia en el tratamiento multidisciplinar del autismo. *Revista Pediatría Atención Primaria, 16*(61). Recuperado de: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322014000100016&script=sci\\_arttext&tlng=pt#bajo](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322014000100016&script=sci_arttext&tlng=pt#bajo)
- [3]. Cesar, G.G. (2021). Estrategias metodológicas en la mediación del aprendizaje en estudiantes con dispraxia. Universidad Técnica de Machala, Machala, México. Recuperado de: [http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/16789/1/E-12064\\_ABAD%20CAMACHO%20CESAR%20GABRIEL.pdf](http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/16789/1/E-12064_ABAD%20CAMACHO%20CESAR%20GABRIEL.pdf)

- [4]. Clínicas Neural (2018). *Diagnóstico y tratamiento de la dispraxia*. Neural. Recuperado de: <https://neural.es/diagnostico-y-tratamiento-de-la-dispraxia/>
- [5]. Etapa infantil. (2021). *Dispraxia: causas, síntomas y tratamiento*. Etapa infantil.
- [6]. Recuperado de: <https://www.etapainfantil.com/dispraxia>
- [7]. Gómez, C., Bustamante, D. y Gareca, L.A. (2019). Conceptualización histórica de los trastornos del habla. *Conceptos*, (506), 77-94. Recuperado de: <http://www.umsa.edu.ar/wp-content/uploads/2021/03/Fonoaudiolog%C3%ADa-Agosto-2019.pdf#page=78>
- [8]. Lozano, A., Alcaraz, S. & Bernabeu, M. (2012). Competencias emocionales del alumnado con Trastornos del Espectro Autista en un Aula Abierta Específica de Educación Secundaria. *Aula abierta*, 40(1), 15-26. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3791455.pdf>
- [9]. Murguía, M., Hernández, T., Hernández, T.B. & Carrera, M.A. (2020). Rol del maestro en la inclusión educativa de los alumnos con trastornos de la comunicación oral. *Propósitos y Representaciones*, 8(3). Doi: <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2020.v8nSPE3.730>
- [10]. Naranjo, L.M., González, M.M., Giraldo, B.S, Guerrero, I.G. y Letts, A. (2011). Cuestionario para la identificación del trastorno del desarrollo de la coordinación 2007 – versión en español (CTDC'07). Universidad Autónoma de Manizales, Manizales, Colombia. Recuperado de: [https://www.dcdq.ca/uploads/pdf/DCDQ\\_VERSION\\_EN\\_ESPANOL-1\\_2013.pdf](https://www.dcdq.ca/uploads/pdf/DCDQ_VERSION_EN_ESPANOL-1_2013.pdf)
- [11]. Nicholls, V.C. (2011). Dispraxia verbal: Revisión de la bibliografía reciente respecto a su naturaleza, clasificación y estrategias de intervención (tesis fin de master). Universidad de Navarra, Pamplona, España. Recuperado de:
- [12]. [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/53348810/colf\\_nichollsospina\\_valeriaceci-v2.pdf?Expires=1636976122&Signature=D99TxIT1g0QJuhDdNPV41CIRnQgJjz8prN3G0EOEAcm3-JhsEd3ED5J3DAKuxINhiX70PrYYqGlijsBa1wLwFaJyiGffgxaipeg7wdcwms5a mPQ94z-908J1DfkJvTjyWkAmBQErR~CXUrNuOf1vvFOJc~m9nhhNtArKxgk7K~0vUllk3ZErxC4wsbLEAUHoPMzjCazedtZn0ZK~oJ7lyYE7eq4IlgXWjSKUz2zTqPWLtjr8ACZ~ycliApVL2ptFOFiwPX4hUi2LfxQdqSjg1kRg\\_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/53348810/colf_nichollsospina_valeriaceci-v2.pdf?Expires=1636976122&Signature=D99TxIT1g0QJuhDdNPV41CIRnQgJjz8prN3G0EOEAcm3-JhsEd3ED5J3DAKuxINhiX70PrYYqGlijsBa1wLwFaJyiGffgxaipeg7wdcwms5a mPQ94z-908J1DfkJvTjyWkAmBQErR~CXUrNuOf1vvFOJc~m9nhhNtArKxgk7K~0vUllk3ZErxC4wsbLEAUHoPMzjCazedtZn0ZK~oJ7lyYE7eq4IlgXWjSKUz2zTqPWLtjr8ACZ~ycliApVL2ptFOFiwPX4hUi2LfxQdqSjg1kRg_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)
- [13]. Pinos, V., Medrano, N. y Alarcón, P. (2017). La dispraxia y sus efectos en el aprendizaje. *Dominio de las Ciencias*, 3(2), 380-400. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6325867.pdf>
- [14]. Tot teràpia (2021). *Dispraxia o trastorno de desarrollo de la coordinación (TDC)* Neural. Recuperado de: <https://totterapia.com/dispraxia-o-trastorno-de-desarrollo-de-la-coordinacion-tdc/>
- [15]. Ygual, A. y Cervera, J.F. (2005). Dispraxia verbal: características clínicas y tratamiento logopédico. *Revista Neurológica*, 40(Supl1), 121-126. Doi: <https://doi.org/10.33588/rn.40S01.2005083>