

UNIVERSIDAD DE SONORA

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE CULTURA FÍSICA Y DEPORTE

**EFFECTOS DE UN PROGRAMA MOTRIZ PARA NIÑOS CON DISCAPACIDAD
INTELLECTUAL, MODIFICANDO SU DESARROLLO MOTOR.**



TESIS PROFESIONAL

Que para obtener el Título de:

LICENCIADO EN CULTURA FÍSICA Y DEPORTE

PRESENTA:

Cota Castillo Dulce Anabel

Hermosillo, Sonora, México

OCTUBRE 2015

Repositorio Institucional UNISON



**"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"**



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

AGRADECIMIENTOS

Antes que todo, quiero ofrecer esta tesis primeramente a Dios, ya que sin él no fuera posible encontrarme en este mundo, es decir por prestarme esta vida y darme las fuerzas para continuar en esta nueva preparación que emprendimos.

A Norma Alicia Castillo doy muchas gracias porque has sido mi grande motivación e impulso para superarme a lo largo de mi vida. Eres el pilar más grande y fuerte que me ayuda a estar siempre firme en cada paso que doy. Con tus consejos he construido mi mundo lleno de sueños y metas cumplidas.

A MI FAMILIA

Muchas gracias por su apoyo incondicional en esta etapa y logro más alcanzado en esta etapa de mi vida. Me siento bendecida por tener una familia tan responsable al guiarme con buenos consejos. A mis hermanos y sobrinos que con esa chispa de alegría me motivan para seguir echándole todas las ganas del mundo.

A TODOS MIS MAESTROS

Gracias por desempeñar su mejor trabajo que es el de la educación. Por la dedicación de y tiempo tan valioso por brindar ese espacio de estudio para formar mejores profesionistas. Y muy agradecida a mi maestro y asesor de este proyecto de tesis a José Manuel Tanori.

A mi asesor muchas gracias por su apoyo y dedicación al llevarme a la culminación de término de mis estudios, con este proyecto de tesis. Por la confianza que deposito en mí. Por sus ideas y aportaciones, que han resultado primordiales y muy valiosas; por haber guiado con gran sabiduría mi trabajo y haber aclarado todas mis dudas que surgieron durante el proceso

Y en último lugar quiero resaltar al personal docente del Centro de Atenciones Múltiples (CAM 57), por su valioso apoyo en la aplicación del programa, a los padres de familia de dicha institución, que confiaron en mí sus más valiosos tesoros, sus hijos.

INDICE

RESUMEN	1
CAPITULO I INTRODUCCIÓN	2
MARCO TEÓRICO	2
Discapacidad Intelectual leve.....	4
Discapacidad Intelectual moderado.....	5
Discapacidad Intelectual severo y profundo.....	5
Problemas para la clasificación de individuos con retraso mental.	6
Trastornos motores más frecuentes.	9
Características DI	9
Problemática actual de las personas con D.I.	11
Programas de atención a personas con discapacidad intelectual.....	12
Psicomotricidad.....	13
Definición consensuada por las asociaciones españolas de psicomotricidad o Psicomotricistas	14
Equilibrio:	14
Expresión Corporal:	17
Locomoción.....	20

Aparato Locomotor	22
ANTECEDENTES	23
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	27
JUSTIFICACION	Error! Bookmark not defined.
OBJETIVOS E HIPOTESIS.....	30
Objetivo general.....	30
Objetivos específicos.....	30
HIPOTESIS.....	30
CAPITULO 2 METODOS.....	31
SUJETOS O MUESTRA	31
DISEÑO DE INVESTIGACION Y VARIABLES DE ESTUDIO	31
Variables Independientes.....	32
Variables Dependientes.....	32
HERRAMIENTAS/INSTRUMENTOS	32
PROCEDIMIENTOS.....	34
ANALISIS ESTADISTICO	35
CAPITULO III RESULTADOS.....	36
Figura 1 Resultados generales de los niños con discapacidad intelectual (DI), en el área motriz	36
Figura 2 Resultado del área motriz sujeto 1 con DI.	37

Figura 3 Resultado del área motriz de sujeto 2 con DI.	38
Figura 4 Resultado del área motriz de sujeto 3 con DI.	39
Figura 5 Resultado general en el área coordinación de pierna 1ra. Y 2da. Evaluación con el test EPP.	40
Figura 6 Resultado general en el área Esquema corporal en si mismo 1ra. Y 2da. Evaluación con el test EPP.	41
CAPITULO 3	42
CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	42
REFERENCIAS	46
ANEXOS	49

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es aplicar un programa de psicomotricidad para niños/as con discapacidad intelectual (DI) en el Centro de Atención Múltiple, localizado en la ciudad de Hermosillo Sonora, México. Utilizando el test de evaluación de psicomotricidad para pre-escolar (EPP). Se realizaron adecuaciones al programa de intervención Psicomotriz según las características de los alumnos, en el cual se utilizaron materiales diversos, económicos, atractivos, de fácil manejo y musicales, para utilizarse durante las 36 sesiones a razón de 3 veces a la semana durante un periodo aproximado de 3 meses.

Se realizó una evaluación inicial con la aplicación del test (EPP) a los niños/as con DI, para conocer las habilidades o conductas motrices de los mismos. Al inicio se mostro resistencia y poco a poco se fue dando la comunión alumno-aplicador ya que la confianza creció de forma lúdica a la cuál ellos apoyaban y cooperaron en las sesiones. Según los comentarios de los padres o tutores de los alumnos y algunos maestros de esa institución, percibieron cambios en los niños en algunas conductas como lo fue el del interés en asistir a la escuela, ya que algunos de ellos preguntaban por los maestros de física. Al concluir las sesiones se les aplicó el segundo test (EPP) de forma final arrojándonos la información que en algunas sub-áreas como locomoción y coordinación de piernas fueron afectadas positivamente.

Lo cual nos arrojó resultados que en lo general y en conjunto los niños obtuvieron una $p > .05$.

CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN

Marco teórico

La discapacidad puede percibirse como algo engorroso, puede simbolizar el castigo percibido por el padre y la madre en la vida, o puede ser un constante recuerdo del fracaso en sus aspiraciones (Morgan, 1987).

Según la Asociación Americana para el retraso mental por sus siglas en inglés (AAMR) (2004) definió “la discapacidad intelectual como las limitaciones sustanciales en el funcionamiento intelectual. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual inferior a la media, que coexiste junto a limitaciones en dos ó más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, cuidado propio, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo.

Según Pedreira Massa (2005); la terminología sobre la discapacidad ha cambiado en las últimas décadas; para aludir a la población con estas características se han usado términos como el de “impedidos”, “inválidos”, “minusválidos”, “incapacitados”, “discapacitados”, “personas con discapacidad”, “personas con alguna discapacidad”. Estos cambios reflejan las distintas concepciones al respecto; los últimos rechazan aquellas que presuponen la anulación del potencial y de la subsistencia de las demás capacidades de esta población.

Según el Diplomado en educación especial. Versión 2005. P. 8. A lo largo de la historia, los sujetos con una baja capacidad intelectual han recibido muchas denominaciones o etiquetas, todas ellas influidas por las tendencias sociales, así como por las teorías o corrientes científicas de cada momento. Términos como demente, idiota, subnormal, retraso mental, disminuido, etc. Han estado a la orden del día a la hora de calificar a los sujetos con problemas en la esfera intelectual.

Concepto y criterios. (Diplomado en educación especial. Versión 2005.).

Existen 3 criterios fundamentales para definir lo que es la Discapacidad Intelectual (DI).

Criterio psicométrico. Discapacidad intelectual es aquel sujeto que presenta un déficit o disminución en sus capacidades intelectuales. Vinet y Simón fueron los principales impulsores del criterio psicométrico.

Criterio sociológico o social. Discapacidad Intelectuales la persona que presenta mayor o menor medida una dificultad para adaptarse al medio social en que vive y para llevar a cabo una vida con autonomía social. Doll, Kanner y Tred Gold, utilizaron ese criterio.

Criterio médico o biológico. La Discapacidad Intelectual tiene un sustrato biológico, anatómico o fisiológico que se manifiesta durante la edad de desarrollo.

Pero otro punto de vista de Luckansson y cols. (2002) “el retardo mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa, expresada en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina con anterioridad a los 18 años”.

Clasificación de la D.I. (Heward. P. 91).

Niveles de discapacidad intelectual	
Nivel	Puntuación del test de inteligencia
Leve	50-55 a aproximadamente 70 (+/-5)
Moderado	35-40 a 50-55
Severo	20-25 a 35-40
Profundo	Por debajo de 20-25

Discapacidad Intelectual leve

Los programas educativos para niños con Discapacidad Intelectual leve se centran en las asignaturas académicas básicas, lectura, escritura y aritmética. Durante los años de educación elemental. El énfasis pasa a la educación vocacional y a los programas de estudio/trabajo en la educación secundaria. La mayoría de los niños/as con Discapacidad Intelectual leve pueden dominar las aptitudes académicas hasta el sexto grado y es posible que sean capaces de

desempeñar trabajos de aptitudes medias lo suficientemente bien, como para actuar de manera independiente o semiindependiente.

Discapacidad Intelectual moderado

A diferencia de los niños con Discapacidad Intelectual leve, a quienes por lo general no se les identifica la necesidad de una educación especial hasta que llegan a la escuela, la mayoría de los niños/as con retraso mental moderado muestran retrasos importantes de su desarrollo durante sus años preescolares. A medida que crecen, las diferencias en desarrollo intelectual, social y motriz, se hacen mayores entre ellos y sus compañeros de edad no retrasados.

Las disciplinas académicas se limitan generalmente al desarrollo de un vocabulario básico visual y oral (por ejemplo, palabras como salida, no camine, stop), tal vez algo de lectura funcional (como recetas sencillas) y algunos conceptos numéricos básicos. Algunos adultos con retraso mental moderado pueden desempeñar trabajos no calificados en la comunidad, la mayoría en talleres protegidos.

Discapacidad Intelectual severo y profundo

Las personas con retraso mental severo o profundo se identifican casi siempre en el momento de su nacimiento o poco después. La mayoría de estos niños presentan importantes lesiones en el sistema nervioso central y también otras condiciones de deficiencia. Aunque la AAMD. Distingue entre retrasos profundos y severos en base a las puntuaciones del C.I., la diferencia básica se encuentra en los trastornos funcionales. La instrucción de las personas con

retraso mental severo se centra habitualmente en la capacidad de autoayuda, uso del retrete, vestirse, comer y beber y en el desarrollo del lenguaje.

Es posible que una persona con retraso mental profundo no pueda ser capaz de satisfacer sus necesidades personales. Sin embargo, recientes desarrollos en tecnología instruccional, como es el caso de la terapia física, terapia ocupacional y terapia de lenguaje (www.slideshare.net), están demostrando que muchas personas con retraso mental severo o profundo pueden aprender aptitudes que anteriormente se pensaban lejos del alcance de sus posibilidades, hasta el punto de convertirse en adultos semiindependientes capaces de vivir y trabajar en la comunidad.

Problemas para la clasificación de individuos con retraso mental

Al igual con la definición de retraso mental, ha habido muchas sugerencias y esquemas para la clasificación de las personas con retraso mental. Y de igual manera, la mayoría de los esquemas de clasificación se han diseñado para satisfacer las necesidades de quienes las han hecho. Desafortunadamente, los educadores aún no han desarrollado un sistema de clasificación funcional para los niños cuyo desarrollo es retrasado. Salvia (1978) describe así la situación:

La educación ha tomado definiciones y clasificaciones prestadas de la biología, psicología y sociología; desafortunadamente estas definiciones son solo de utilidad limitada para la educación de los niños. En el pasado, la etiqueta de retrasado mental podía utilizarse para excluir a los individuos de las escuelas

públicas. En la actualidad, de acuerdo con varias leyes estatales y federales (por ejemplo, la P.L. 94-142), todos los niños con deficiencias tienen derecho a una educación gratis y adecuada a expensas públicas al igual que todos los otros niños.

En México INEGI (2010) las causas de la discapacidad se clasifica en

Cuatro grupos según su causa:

1.- Nacimiento, 2.- enfermedades, 3.- Accidentes y 4.- edad avanzada

De cada 100 personas con discapacidad:

- 39 la tienen porque sufrieron alguna enfermedad.
- 23 están afectados por edad avanzada.
- 16 la adquirieron por herencia, durante el embarazo o al momento de nacer.
- 15 quedaron con lesión a consecuencia de algún accidente.
- 8 debido a otras causas.

FEAPS (2001), señalan las causas como:

- Origen genético: presentes antes y durante la concepción y gestación producen defectos, aberraciones cromosómicas y desórdenes en el metabolismo. (Síndrome de Down, Edwards, cromosoma 4, entre otros.)

- Virus y parásitos que causan daños al sistema nervioso durante la vida uterina y producen graves consecuencias en el recién nacido.
- Intoxicaciones ya sea a nivel exógeno (tabaco, alcohol, mercurio, plomo, drogas o, medicamentos consumidos en exceso), o endógeno (diabetes)
- Traumatismos obstétricos, traumatismos craneales en la primera infancia.

El desarrollo en personas con DI es mucho más lento, además, presentan problemas a nivel comunicativo, conductual, de interacción, concentración, memoria, cálculo y elaboración mental, presentan conductas de agresividad e inseguridad.

Es factible vincular el comportamiento autista y los trastornos de conducta con retraso mental (Kauffman, 1977; Ross, 1980).

Se argumenta la evolución del concepto social de la discapacidad intelectual, estado actual en América Latina y Cuba, empleando el método de revisión bibliográfica y el análisis de la historia y situación actual. Se describe que la discapacidad intelectual es un problema social complejo, visto de diversas formas, y según el período socio-cultural analizado. Pero de lo que no cabe dudas es de que el retraso mental no es ni solo, ni exclusiva, ni prioritariamente un problema médico o científico; sino, también, y sobre todo, un problema social, social en su origen, como se ha afirmado por Núñez (2004)

Trastornos motores más frecuentes.

- Débil motor. Se caracteriza por un retraso en la maduración del sistema nervioso, que se manifiesta por movimientos toscos, limitados, sin fluidez ni dinamismo. El niño parece combatir en dos frentes: por un lado, tiene la necesidad de vencer el obstáculo, de mover su masa; y por otro, busca un freno para sus movimientos involuntarios.
- El inestable motor. Se caracteriza por su agitación constante tanto motora como del carácter. Su hiperactividad le impide la atención y concentración. Lo que corresponde, en el plan del comportamiento psicológico, a problemas de atención y a reacciones emotivas repentinas.
- El inhibido psicomotor. La falta de seguridad le impide tener las experiencias motoras necesarias para el aprendizaje en general. Sus movimientos son rígidos, encogidos y presenta bloqueos en todos los niveles.

Características DI

- Los niños en situación de discapacidad intelectual se caracterizan por presentar limitaciones significativas en su funcionamiento intelectual, en la conducta y en las habilidades adaptativas a nivel conceptual, social y práctico.

- Las características que se observan en el comportamiento del niño con discapacidad intelectual, pueden ir desde las más leves hasta dificultades más profundas:
 - 1. Inestabilidad en la atención y concentración.
 - 2. Desequilibrios posturales y torpeza.
 - 3. Desorganización espacio temporal que dificulta el uso adecuado de los objetos.
 - 4. Limitación en el lenguaje y la comunicación.
 - 5. Impulsividad.
 - 6. Temor ante la pérdida de sostén.
 - 7. Bajo nivel de frustración.
 - 8. Dificultad o ausencia de fijación de la mirada y/o de respuesta a un estímulo sonoro.
 - 9. Presencia de movimientos y gestos estereotipados y repetitivos.
 - 10. Posturas cerradas con presencia de repliegues hacia el propio cuerpo.
 - 11. Dependencia en la ejecución de las actividades de la vida cotidiana.
 - 12. Imposibilidad de acceder al juego.
 - 13. Ausencia de control de esfínteres.
- En Crisálida, el manejo terapéutico en los niños con discapacidad intelectual, se direcciona a favorecer la organización funcional del cerebro y no solo a modificar sus conductas y respuestas motoras.

Cada área se ocupa de aspectos muy particulares, pero que se complementan entre sí.

- 2.- Componentes de la psicomotricidad
- 2.1.- Coordinación brazos
- 2.2.- Coordinación piernas
- 2.3 Coordinación manos
- 2.4 Equilibrio
- 2.5 Locomoción
- 2.6 Posiciones
- 2.7 Esquema corporal en uno mismo
- 2.8 Esquema corporal en otros

Problemática actual de las personas con D.I.

(Heward. P. 25). Educación especial: desafíos actuales y predicciones para el futuro.

La educación especial ha alcanzado grandes logros en las dos últimas décadas; existen razones válidas para que aquellos que trabajan en este campo se sientan orgullosos de los progresos obtenidos. Se ha logrado mucho en el sentido de que muchos niños deficientes, a quienes anteriormente se les negaba el derecho, tienen acceso a una educación libre y adecuada. Mucho se ha aprendido sobre cómo enseñar de forma eficaz a niños con severas deficiencias, de las que se creía que no eran capaces de aprender. Los educadores especiales y los padres han aprendido a trabajar conjuntamente a favor de los

niños excepcionales. Los avances tecnológicos han ayudado a muchos estudiantes a superar sus discapacidades físicas o deficiencias de comunicación.

Programas de atención a personas con discapacidad intelectual.

La *Asociación Padres y Amigos del Discapacitado Mental (APADIM)* es una institución dedicada a la formación integral e integración social de personas con discapacidad intelectual. Trabaja en la ciudad de Córdoba, donde sólo el 3% de personas discapacitadas intelectualmente en edad laboral tiene trabajo. Por eso, desde 1996 implementa un Programa de Integración Laboral a través de dos estrategias: las pasantías en empresas de la ciudad y el desarrollo de un taller protegido dedicado a la elaboración de productos de panadería y pastelería. Luego de ocho años, el programa ha alcanzado logros cuantitativos y cualitativos, superando ampliamente las expectativas iniciales: más de 70 personas han tenido una experiencia laboral positiva, 50 personas se encuentran actualmente trabajando en empresas y en el taller protegido de producción, 7 empresas líderes de Córdoba participan del programa, el taller protegido produce diariamente unos 400 kilos entre 26 productos de pastelería y panadería y que son consumidos por unas 2000 personas, empresas de selección de recursos humanos e instituciones dedicadas a la discapacidad están interesadas en replicar el programa o generar experiencias propias y articuladas, se experimentó una resignificación social de las personas con discapacidad dentro de sus familias, en las empresas y en la sociedad, contando con mayor autonomía y participación en decisiones, mayor poder de autogestión

ante problemas diarios y mayor autoestima, los trabajadores se integran mejor a actividades culturales, sociales, deportivas y/o recreativas. Se desempeñan en forma autónoma en los distintos ámbitos de su vida, participan responsablemente en elecciones y otras instancias cívicas, los procesos de integración son más cortos, son más las empresas interesadas en integrar y las familias se sienten más seguras de las posibilidades de sus hijos. El programa de integración laboral es una práctica sustentable económica, financiera, social, cultural y ambientalmente.

Psicomotricidad

Menciona Nuria Franch (2001) que la psicomotricidad es el conjunto de acciones intencionadas e intencionales que realizamos a partir y a través del movimiento para promover el desarrollo armónico de la persona, la integración de las diferentes funciones y el acceso y sostén de la comunicación base de la socialización.

Para el autor Pablo L. Bottini (2000) y nos dice que es “la expresión postural, motriz y gestual del proceso de integración de la persona a lo largo de su desarrollo. Dicha expresión, en su carácter de producción corporal sustentada en la función tónica, es condicionada por el contexto en que se manifiesta, a quien a su vez condiciona”.

El término "psicomotricidad" integra las interacciones cognitivas, emocionales, simbólicas y sensoriomotrices en la capacidad de ser y de expresarse en un contexto psicosocial. La psicomotricidad, así definida,

desempeña un papel fundamental en el desarrollo armónico de la personalidad. Partiendo de esta concepción se desarrollan distintas formas de intervención psicomotriz que encuentran su aplicación, cualquiera que sea la edad, en los ámbitos preventivo, educativo, reeducativo y terapéutico. Estas prácticas psicomotrices han de conducir a la formación, a la titulación y al perfeccionamiento profesional y constituir cada vez más el objeto de investigaciones científicas.

Definición consensuada por las asociaciones españolas de sicomotricidad o Psicomotricistas

Para los autores es importante señalar los conceptos que integran la psicomotricidad, los cuales a continuación se mencionan:

- 1.- Equilibrio
- 2.- Expresión corporal
- 3.- lateralidad
- 4.- Locomoción

Equilibrio:

Referirse al equilibrio del ser humano remite a la concepción global de las relaciones ser-mundo. El "equilibrio-postural-humano" es el resultado de distintas integraciones sensorio-perceptivo-motrices que (al menos en una buena medida) conducen al aprendizaje en general y al aprendizaje propio de la especie humana en particular, y que, a su vez, puede convertirse, si existen

fallos, en obstáculo más o menos importante, más o menos significativo, para esos logros.

El sentido del equilibrio o capacidad de orientar correctamente el cuerpo en el espacio, se consigue a través de una ordenada relación entre el esquema corporal y el mundo exterior. El equilibrio es un estado por el cual una persona, puede mantener una actividad o un gesto, quedar inmóvil o lanzar su cuerpo en el espacio, utilizando la gravedad o resistiéndola.

El equilibrio requiere de la integración de dos estructuras complejas:

El propio cuerpo y su relación espacial.

Estructura espacial y temporal, que facilita el acceso al mundo de los objetos y las relaciones.

Características orgánicas del equilibrio:

- La musculatura y los órganos sensorio motores son los agentes más destacados en el mantenimiento del equilibrio.
- El equilibrio estático proyecta el centro de gravedad dentro del área delimitada por los contornos externos de los pies.
- El equilibrio dinámico, es el estado mediante el que la persona se mueve y durante este movimiento modifica constantemente su polígono de sustentación.

El equilibrio está vinculado directamente con los siguientes sistemas:

El sistema laberíntico.

El sistema de sensaciones placenteras.

El sistema kinestésico.

Las sensaciones visuales.

Los esquemas de actitud.

Los reflejos de equilibración.

Los trastornos del equilibrio afectan la construcción del esquema corporal, dificultad en la estructura espacial y temporal. Además, provoca inseguridad, ansiedad, imprecisión, escasa atención y en algunos casos, inhibición.

En el momento en que el equilibrio se altera, una de las manifestaciones más evidentes que surgen es el vértigo. El vértigo se define como una sensación falsa de giro o desplazamiento de la persona o de los objetos, en otras ocasiones lo que aparece es una sensación de andar sobre una colchoneta o sobre algodones, que es lo que se conoce como mareo.

Para estimular el desarrollo del equilibrio de manera adecuada se debe:

- Evitar situaciones que generen ansiedad e inseguridad por parte del niño/a.
- Educar a partir de una progresión lenta.
- Trabajar el hábito a la altura y la caída.
- Disminuir la ayuda o la contención paulatinamente.
- Introducir juegos, movimientos rítmicos que favorezcan el balanceo.
- Posicionarse, cada vez más rápido, en un primer momento con ayuda y luego sin ayuda.

- Supresión de los ojos en cortos períodos de tiempo. Juegos con ojos cerrados.

Expresión Corporal:

Zapata (2002) Los términos esquema corporal e imagen de sí mismo aluden al concepto que tiene una persona de su cuerpo y de sí mismo, y tiene connotaciones específicas según diferentes autores. El conocimiento en sí mismo es el fruto de todas las experiencias activas o pasivas que tiene el niño. La conciencia corporal es el medio fundamental para cambiar y modificar las respuestas emocionales y motoras. Aunque se debe tener en cuenta que se entra en un proceso de retroalimentación, puesto que el movimiento consciente ayuda a incrementar a su vez la conciencia corporal y la relajación.

Los fundamentos de la conciencia corporal, del descubrimiento y la toma de conciencia de sí son:

- a. Conocimiento del propio cuerpo global y segmentario.
- b. Elementos principales de cada una de las partes su cuerpo en sí mismo y en el otro.
- c. Movilidad-inmovilidad.
- d. Cambios posturales. (Tumbado, de pie, de rodillas, sentado,...)
- e. Desplazamientos, saltos, giros. (De unas posturas a otras.)
- f. Agilidad y coordinación global.
- g. Noción y movilización del eje corporal.
- h. Equilibrio estático y dinámico.

- i. Lateralidad.
- j. Respiración.
- k. Identificación y autonomía.
- l. Control de la motricidad fina.
- m. Movimiento de las manos y los dedos.
- n. Coordinación óculo manual.
- o. Expresión y creatividad.
- p. Desarrollo expresivo de sentidos y sensaciones.

Para llegar a tener un desarrollo óptimo de la conciencia corporal se deben de tener en cuenta los siguientes aspectos: Tomar conciencia del cuerpo como elemento expresivo y experimentando. Conocer, desarrollar y experimentar los elementos de la expresión: espacio, tiempo y movimiento y todas sus combinaciones. Conocer, desarrollar y favorecer la comunicación intra-personal, interpersonal, intra-grupal e intergrupala. Trabajo en grupo. Experimentar situaciones que favorezcan el auto-conocimiento, la percepción, sensibilización, desinhibición, un clima de libertad y creatividad.

Para Ajuria Guerra este conocimiento es posible gracias al diálogo tónico que implica la relación estrecha del individuo con el medio ambiente.

El desarrollo del esquema corporal empieza desde el nacimiento con los reflejos innatos del niño y las manipulaciones corporales que recibe de su madre. Todos estos contactos llegan a través de las sensaciones y las percepciones, tanto táctiles y auditivas como visuales. Durante esta primera

fase, el niño vive su cuerpo como algo difuso, fragmentado, indiferenciado de los otros cuerpos. Para Piaget, el cuerpo es vivido como un objeto que no se distingue de los otros, como un objeto entre los otros y, en un principio, no existe permanentemente. Poco a poco el infante realiza actos más voluntarios, que aportan nuevas sensaciones y situaciones.

A los siete años, junto a la estabilización de la dominancia lateral, el niño tiene la orientación corporal necesaria para representar el punto de referencia de las adquisiciones y proyecciones espaciales y logra, de esta manera, una representación coherente de su cuerpo.

Esta elaboración recibe un nuevo impulso con la imitación, inicialmente en su forma posturo-motriz, que permite la emergencia de un sentimiento de unidad corporal que se refuerza con el juego entre lo representado, lo sentido y lo sugerido.

La imagen del cuerpo es fundamental para la elaboración de la personalidad y determinante en el proceso de aprendizaje. Personalidad e imagen corporal se funden en una síntesis, que es el resultado de todas las aportaciones provenientes de su propio cuerpo y de la relación con el mundo que lo rodea.

En la forma como un adulto concibe su cuerpo está toda la historia de su vida, la libertad de la que ha disfrutado o las represiones que ha padecido.

Lateralidad

Zapata (2002), dice que la lateralidad es algo que interesa a todos los hombres porque todos hemos de llegar a ser diestros o zurdos. Pero especialmente interesa a los responsables de la educación (padres y profesores).

Para algunos autores el 50 % de los estudiantes que padecen el fracaso escolar tienen problemas de lateralidad. Estos niños presentan problemas de atención y se fatigan con más facilidad. Una buena organización lateral ojo-mano-pie-oído favorece la resolución de problemas escolares y personales. A los cinco y seis años el niño debe poseer una lateralidad bien definida para dominar los factores de espacio y tiempo y el aprendizaje de letras y números. Sin una correcta organización lateral el niño no sabe si "52" y "25" son iguales o diferentes y puede confundir las letras "EL" y "LE". El uso preferente de una parte del cuerpo (mano, ojo, pie y oído) depende de las funciones que se establecen entre los dos hemisferios cerebrales el dominante y el subdominate. Es importante diagnosticar el desarrollo lateral de los alumnos y ayudarles a construirse como diestros o como zurdos de manera activa. No es prudente dejar el desarrollo de la lateralidad en manos del azar o de las circunstancias.

Locomoción

Según Berruezo (2000) Las funciones de la relación, en cualquier ser vivo, son aquel conjunto de actividades (movimientos y sensaciones) que lo ligan o ponen en contacto con el medio que habita o le rodea. Para ejercer esta función, los seres humanos disponen de una serie de sistemas sensoriales que

le dan información sobre el medio. Éstos son el sistema nervioso, los órganos de los sentidos, la piel y el sistema endocrino u hormonal. Como resultado de la sensibilidad que el organismo presenta a estos sistemas, se produce una interpretación y respuesta elaborada, ejemplo del movimiento, que es llevado a cabo por el aparato locomotor (compuesto por el sistema muscular y esquelético).

Todas las funciones de la relación en los seres humanos, tanto las estrictas como las internas, forman un conjunto estrechamente unido de difícil separación funcional. Todas las relaciones orgánicas están controladas principalmente por los sistemas nervioso y endocrino; así, los diferentes aparatos, órganos y sistemas están íntimamente ligados y equilibrados de forma continuada mediante impulsos o inhibiciones que, respectivamente, estimulan o frenan su funcionamiento según se necesite.

Las glándulas endocrinas, sintetizando las hormonas, y la actividad de los sistemas nerviosos central y autónomo (el cerebroespinal y el neurovegetativo), son los responsables de todas las actividades de relación. Mediante impulsos eléctricos la información es transmitida a través de una red nerviosa a sus terminales, a una velocidad de entre 1 y 100 metros por segundo. Por su parte, la información que se transmite por vía hormonal es mucho más lenta, ya que su medio de transporte es la sangre, la cual puede tardar entre unos pocos segundos a minutos en ser recibidas en su puntos terminales.

Aparato Locomotor

El Aparato Locomotor está constituido por el conjunto de los huesos, músculos y articulaciones. Su función es facilitar la de ambulación voluntaria en respuesta a las órdenes recibidas de los sistemas nervioso y endocrino. La estructura de los huesos constituye el esqueleto, consistente en unos elementos pasivos del aparato locomotor que actúan como soporte y protección de las partes más delicadas del organismo. Por el contrario, los músculos constituyen el elemento activo, dado que intervienen directamente facultando el movimiento.

Algunos músculos no están asignados específicamente a realizar actividades locomotoras, por ejemplo los de la cara, capaces de expresar gestos, sentimientos y estados de ánimo; o los que emiten sonidos, como la voz, que permiten realizar a los humanos la actividad de comunicación más efectiva con su entorno. Ésta es probablemente una de las capacidades de relación más importantes en el ser humano, pues no sólo constituye un medio de comunicación vocal con otros congéneres, sino también de expresión artística y social (canto, poesía, etc.).

Antecedentes

España (2008), es su estudio, se seleccionaron 38 alumnos para trabajar en el programa de discapacidades trabajaba una vez a la semana de manera individual el lapso de tiempo por sesión era de 20 a 25 minutos. El niño con capacidades diferentes presenta necesidades educativas en las áreas de desarrollo como lo son cognitiva, social, psicomotora. El trabajo que se realizó en el Centro Educativo Alida España de Arana, en el área Psicomotora permitió verificar la importancia que tiene esta en el aprendizaje de los niños, no solamente en niños con un nivel bajo en el desarrollo sino también en niños con un nivel medio de desarrollo.

Entre los beneficios de la psicomotricidad que se lograron comprobar fue: La capacidad de mantener más lapso de atención con el seguimiento de instrucciones, un mayor nivel de sociabilidad por parte del niño y el desarrollo del área espacio temporal de los niños atendidos. Los datos partieron de la evaluación que se realizó (Evaluación de la Psicomotricidad en Preescolar (EPP).

Las barras con mayor porcentaje son las áreas en las cuales los niños tienen mayor deficiencia; los datos partieron de la evaluación que se realizó (Evaluación de la Psicomotricidad en Preescolar (EPP) (Ma. Victoria de la Cruz, Ma. Carmen Mazaria), en la cual se tomaron los resultados más bajos del punteototal (España, 2008).

Guerra (2000), señala que el desarrollo motor de los niños con SD es bastante parecido a los niños sin DP durante los primeros 6 meses de vida. Es a partir del año de vida en el que se aprecia un retraso de 4-5 meses respecto a un niño sin discapacidad (Share y French, citado por Eichstaedt y Lavay, 1992). El estar recibiendo un programa de estimulación precoz hace que esta estimulación consiga una respuesta mejor hacia el aprendizaje (Flórez, 1995). Este mismo autor refiere que se pueden llegar a conseguir ciertas habilidades al mismo nivel, aunque más tarde, que otra persona sin DP.

Si se observa el desarrollo de una población sin DP, se aprecia que sujetan la cabeza alrededor de los 3 meses, y se sientan hacia los 6 meses, mientras que logran andar a los 12 meses. Ante los resultados obtenidos en nuestra muestra, es evidente que la gran mayoría presenta un retraso en el desarrollo. Este retraso podría deberse, además, a la hipotonía característica de esta población.

Es muy importante tener en cuenta este desarrollo motor, pues otras habilidades cognitivas pueden depender directamente de las habilidades motoras, como por ejemplo, las de tipo manual que requiere el montaje de piezas, ya sean de madera, cartón, plástico u otras.

Después del desarrollo motor, se progresa más en el área del lenguaje, lectura y escritura, y para eso es necesaria la escolarización. De ahí la importancia en conocer la edad en que empezaron a ir al colegio, que en el caso de nuestra población, todos, excepto uno, fueron escolarizados de forma

temprana. Las actividades organizadas por Acell- Special Olympics, una vez a la semana, todos realizaban una sesión con ejercicios de Psicomotricidad, enfocada principalmente a la coordinación y aprendizaje Motor.

Derivado de su estudio Guerra (2000), concluyó que el desarrollo evolutivo, sobre todo a nivel motor, es más lento que en población general, pero si existe una estimulación adecuada, este desarrollo mejora claramente.

Candel *et al.* (2008), aplicaron un programa de atención temprana: con intervención en niños con Síndrome de Down y otros problemas de desarrollo. Realizaron este trabajo desarrollándolo en dos partes, en la primera plantearon el estado de la cuestión sobre el tema de la intervención temprana; en la segunda se presentó y desarrolló el programa de intervención temprana en cuatro áreas: motora, cognitiva, sociocomunicativa y adquisición de hábitos de autonomía.

De donde concluyeron que la intervención temprana es eficaz a corto plazo, pero no ocurre lo mismo a largo plazo, sobre todo en lo referente a beneficios académicos, aunque sí parece que la IT influye positivamente en las expectativas y actitudes de los padres hacia el niño deficiente (Gibson y Harris, 1988). Los efectos del tratamiento temprano parecen ser duraderos para los indicadores social, afectivo y motor, pero no para el área cognitiva, en consecuencia, hay que ampliar las evaluaciones de los programas de IT incluyendo otras variables.

En opinión de Spiker (1990), el beneficio más claro de los programas de intervención temprana en los niños con síndrome de Down ha sido la asistencia, el alivio y la motivación que proporcionan a los padres durante los primeros años de vida del niño. Algunos programas intensivos han provocado en los padres un alto costo personal, familiar y económico por la notable desorganización personal y familiar que les ha supuesto la atención al niño deficiente (Buckeley, 1992) La intervención temprana en los niños con Síndrome de Down ha sido eficaz evitando, en buena parte, la disminución de la capacidad cognitiva de estos niños, mejorando las actitudes de los padres y posibilitando el acceso de estos niños a una educación normalizada.

Planteamiento del problema

La información que nos arroja INEGI 2010, es que en Sonora la población total es de 2, 495,659 de las cuales 732,910 se localizan en Hermosillo. Dentro de esta población 3,526 presentan discapacidad intelectual; de los cuales 1,282 cursan el nivel primaria.

Desde hace años se observa la problemática social que estos números arrojan, por lo que se ve la necesidad de atender a esta población con programas de psicomotricidad en edades tempranas para estimular el desarrollo de sus habilidades y destrezas.

La OMS (1992) nos dice que se debe de estimar través de 2 pruebas.

- 1.- Prueba de inteligencias estandarizadas.
- 2.- Escalas de adaptación social en un medio ambiente determinado.

Dichas pruebas brindan una aproximación del grado de discapacidad en la persona. Esto es muy relevante ya que de ese diagnóstico depende los programas que se le van aplicar a la persona con discapacidad,

Por ende se plantea la siguiente pregunta de investigación ¿Qué efectos tendrá la aplicación de un programa de psicomotricidad para niños con discapacidad intelectual en su desarrollo motor?

Justificación

Desde los años 50s, se presentaron nuevas actitudes para la discapacidad, entre los movimientos internacionales destacan en la declaración de los derechos humanos (ONU, 1948) que reconoció la dignidad humana como valor de la sociedad y la declaración del progreso y el desarrollo en lo social. (ONU, 1969) que señalo protección de los derechos y bienestar a personas con discapacidad (Ezcurra y molina, 2000).

De los acontecimientos más recientes es cuando se habló de la declaración de las personas con discapacidad (ONU, 2006) Donde se elaboraron los derechos de las personas con discapacidad. Se buscó que los países se comprometieran y pusieran en práctica políticas, leyes y medidas para asegurar los derechos.

La ONU a través de la OMS está reformando la filosofía con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y lograr un compromiso más fuerte entre los sectores de salud y la población en general.

Por su parte la Organización de las Naciones Unidad para la Educación, la ciencia y la cultura (UNESCO, 1960) está trabajando por la educación sin excluir a ningún ser humano por mayores limitaciones que tenga. Está centrada para impedir la selección de seres humanos y experimentar con ellos.

En lo referente a México el INEGI (2004) indica que los esfuerzos realizados han promovido un trabajo coordinado en distintos sectores.

En el 2002 la SEP propuso el programa nacional de fortalecimiento en la educación especial y de la integración educativa.

En la actualidad en Sonora, como en el resto del país la educación especial debe de estar enfocada a la diversidad. Hoy día la investigación está avanzando, y esta a su vez nos obliga a diseñar y aplicar una intervención pedagógica que se base en el conocimiento y valoración de dichos alumnos.

El sistema educativo tiene que proporcionar por diversa vías apoyo para que esta población alcance un desarrollo integral de manera individualizada. La Constitución Mexicana en su (artículo 3º.) declara que todo individuo tiene derecho a recibir educación, federación, estados, distrito federal y municipios-, impartirá educación preescolar, primaria y secundaria. La educación preescolar, primaria y la secundaria conforman la educación básica obligatoria. (Reformado mediante decreto publicado en el diario oficial de la federación el 12 de noviembre del 2002)

Por eso este trabajo de investigación pretende aplicar un programa de psicomotricidad para niños/as con discapacidad intelectual infiriendo en su desarrollo motor.

Objetivos e hipótesis

Objetivo General

Que el niño/a sea beneficiado/a directamente en la aplicación de 36 sesiones de motricidad para que mejore su condición física.

Objetivos específicos

- Realizar adecuaciones al programa de intervención psicomotriz a través de materiales diversos, económicos, atractivos, de fácil manejo y elaboración.
- Evaluar el estado inicial de los niños/as con Discapacidad Intelectual en el área motora, mediante la utilización del test de evaluación psicomotora en preescolar (EPP).
- Aplicar el programa de intervención psicomotriz en un centro de atención múltiple a niños/as con discapacidad intelectual.
- Evaluar el estado final de los niños/as con discapacidad intelectual en el área motora, mediante test (E.P.P).

Hipótesis:

Con la implementación de un programa de psicomotricidad se mejorara el desarrollo motor en niños/as con discapacidad intelectual.

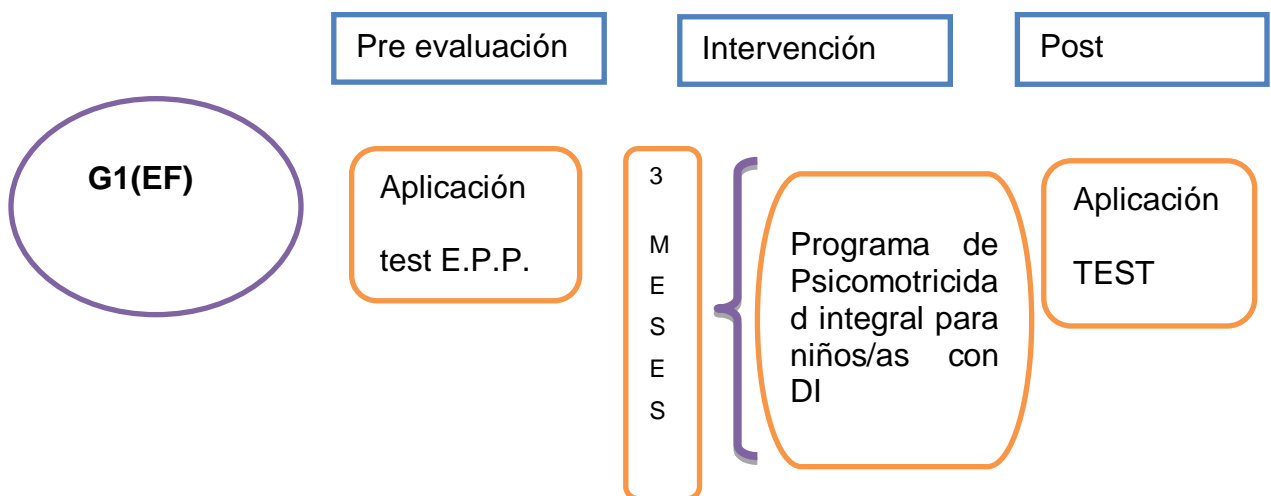
CAPITULO 2 MÉTODO

Sujetos o muestra

Se reclutaron 5 alumnos con discapacidad intelectual del centro atención múltiple en la Ciudad de Hermosillo, Sonora constituyendo una muestra por conveniencia.

Diseño de investigación y variables de estudio

Es un estudio pre-experimental de tipo cuantitativo Con un grupo experimental (G1) se les administro un programa de psicomotricidad para mejorar el área motora, que tuvo una duración de 36 sesiones de 45 minutos cada una, 3 veces por semana, durante 3 meses, en el transcurso de las clases regulares. Los niños/as del grupo G1 fueron evaluados en el área motora antes y después de la administración del programa de intervención por medio del test E.P.P. A continuación se presenta el diagrama del diseño de la investigación:



Variables Independientes

Programa de psicomotricidad integral para niños/as con Discapacidad Intelectual

Variables Dependientes

Desarrollo del área motora, evaluado través de los siguientes indicadores:

- Locomoción
- Coordinación Brazos
- Coordinación Manos
- Coordinación Piernas
- Posiciones
- Equilibrio
- E. Corporal en uno
- E. Corporal en otros.

Herramientas/Instrumentos

El programa de Educación Psicomotriz es para la mejora de los aspectos evaluados por esta prueba. Este programa se destina de los primeros cursos escolares.

Criterios de elaboración: para construir la escala que ahora se presenta, se han consultado diversas escalas de desarrollo, fijando a través de las mismas las actividades y los niveles que, según la mayoría de los autores los niños/as de cuatro y cinco años. Las actividades propuestas en cada uno de estos apartados

son las que normalmente realizan los niños de cuatro y cinco años porque el objetivo del examen es precisamente detectar los retrasos o dificultades que presentan los niños de esas edades para enfocar la educación psicomotriz de modo que represente una ayuda efectiva para la recuperación de los mismos.

Aplicación: Se destina a las clases de educación infantil, aunque también puede utilizarse para evaluar niños con edades superiores a las ya mencionadas, que presenten dificultades de orden psicomotor o que vayan a integrarse en un programa de psicomotricidad.

Material: Manual, con instrucciones de aplicación y valoración. Hoja de anotación colectiva, con capacidad para recoger la puntuación de los alumnos.

Normas de Aplicación: La aplicación de la escala no puede ser sustituida en ningún caso por la manera observación de los niños en situaciones generales, que incluyan los movimientos requeridos en la misma. Se aplicara cada elemento de forma específica y se puntuara de acuerdo con la realización del niño en ese momento.

Instrucciones Específicas: En Locomoción, Posiciones, Equilibrio, Coordinación de piernas, Coordinación de brazos, Coordinación de manos, Esquema corporal en sí mismo, Esquema corporal en los otros.

Valoración: La puntuación obtenida en cada elemento independiente puede servir de primera indicación para una posterior intervención educativa, si bien resulta un poco escasamente significativa la existencia de una sola realización defectuosa en algunas de las variables consideradas.

Procedimientos

Se rediseñó un programa de sesiones de psicomotricidad para aplicarse en un Centro de Atención Múltiple en la ciudad de Hermosillo, Sonora. Primeramente se hizo una solicitud a la Secretaría de Educación y Cultura del estado de Sonora para que se nos permitiera hacer dichas prácticas en el CAM N° 57, se obtuvo una entrevista con la directora del plantel para exponerle nuestros argumentos sobre el trabajo que vendríamos haciendo.

Ya expuestos los motivos a la dirección del plantel se tuvo una entrevista con los padres de familia de los niños del CAM N° 57 para plantearles nuestro procedimiento y realizar recomendaciones sobre la vestimenta, calzado e higiene de los niños, se les pregunto a los padres si los niños tomaban medicación y en que horario, para que estos pudieran tener un mejor Aprovechamiento en las sesiones psicomotoras.

La siguiente acción fue la realización de una evaluación psicomotora para esto se seleccionaron a niños con ciertas características, las cuales fueron, edad entre 9 y 11 años, discapacidad intelectual.

Se aplicó un programa de psicomotricidad durante 3 meses, el cual consta de 36 sesiones de 45 minutos cada una y con una regularidad de 3 veces por semana.

Al finalizar las sesiones se realizó una segunda evaluación con el propósito de valorar los posibles cambios en las destrezas motrices de los niños.

Con los resultados obtenidos se realizó una evaluación de resultados los cuales fueron analizados estadísticamente con el sistema de estadística SPSS 15.0.

Análisis estadístico

Se realizó estadística descriptiva calculando medias y desviación estándar en cada una de las variables de estudio, para revisar la comparación pre y post-test, se aplicó una prueba t para muestras variadas a un nivel de significancia de 0.05 los análisis se realizaron con el programa SPSS15.0

CAPITULO III RESULTADOS

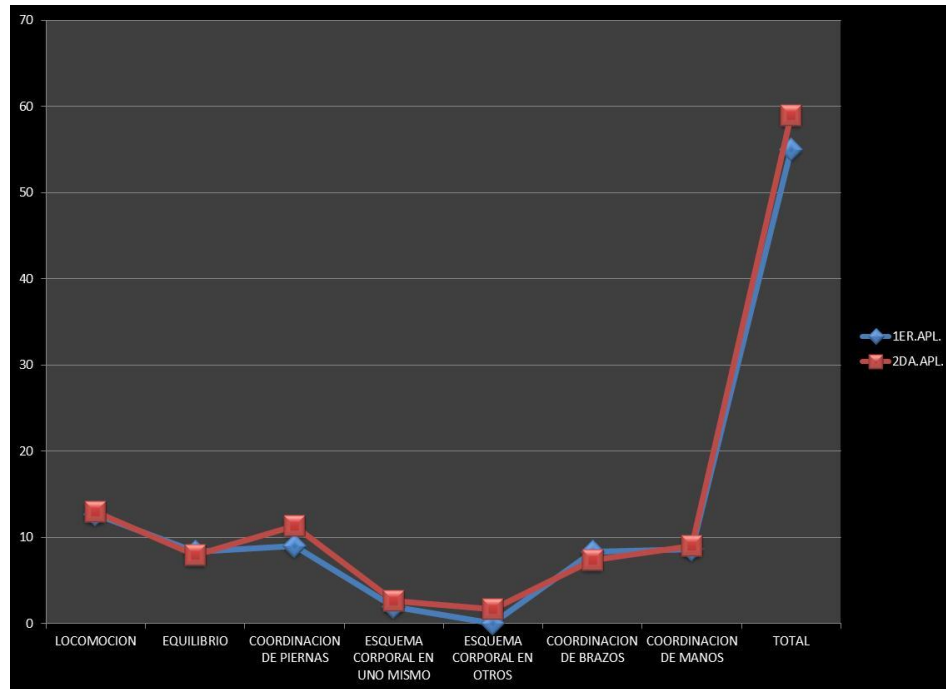


Figura 1 Resultados generales de los niños con discapacidad intelectual (DI), en el área motriz

En la comparación entre el grupo de la primera evaluación y la segunda evaluación se obtuvieron los siguientes resultados: En la subárea de locomoción se obtuvo una media de $-.333 \pm .577$ con una $p = .423$, en la subárea de equilibrio se obtuvo una media de $.333 \pm .577$ con una $p = .423$, En la subárea coordinación de pierna se obtuvo una media de -2.333 ± 1.528 con una $p = .118$, en la subárea de esquema corporal en uno mismo se obtuvo una media de $-.667 \pm 1.155$ con una $p = .423$, en la subárea de esquema corporal en otros se obtuvo una media de -1.667 ± 1.528 con una $p = .199$, en la subárea coordinación de

brazos se obtuvo una media de 1.000 ± 1.732 con una $p= .423$, en la subárea de coordinación de manos se obtuvo una media de $-.333 \pm .577$ con una $p= .423$ y en el puntaje total se obtuvo una media de -4.000 ± 1.732 con una $p= .057$ no se encontraron diferencias significativas.

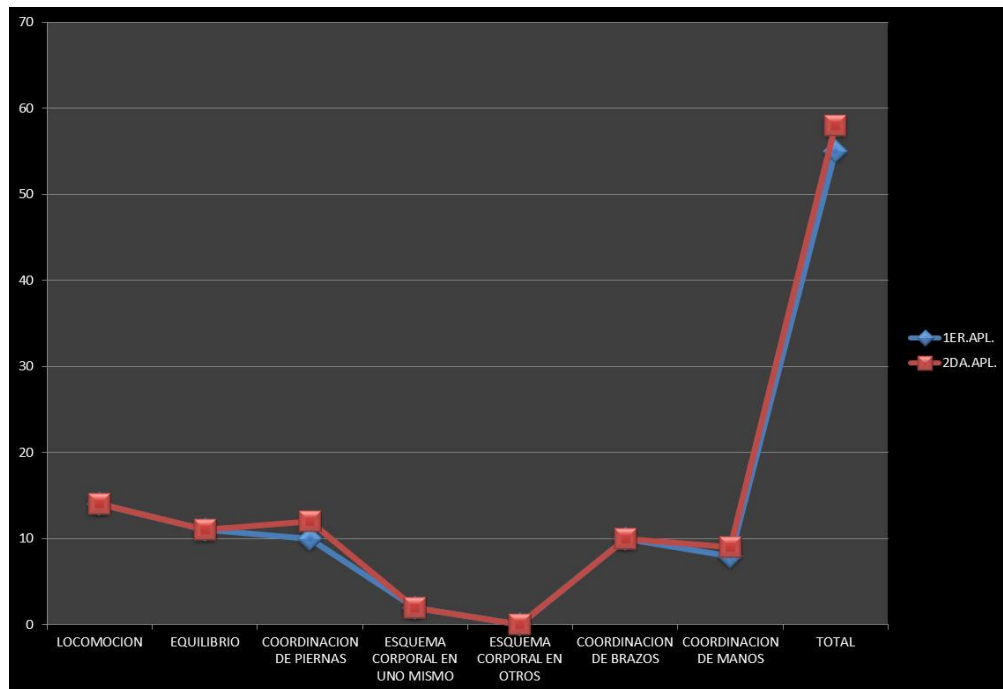


Figura 2 Resultado del área motriz sujeto 1 con DI.

De las 36 sesiones Luis Ángel participo en 30 y los resultados fueron los siguientes: en la coordinación de piernas el puntaje inicial fue de 10 y el puntaje final fue de 12, lo cual denota un incremento, en la sub-área esquema corporal en uno mismo y esquema corporal en otros en el puntaje fue muy baja.

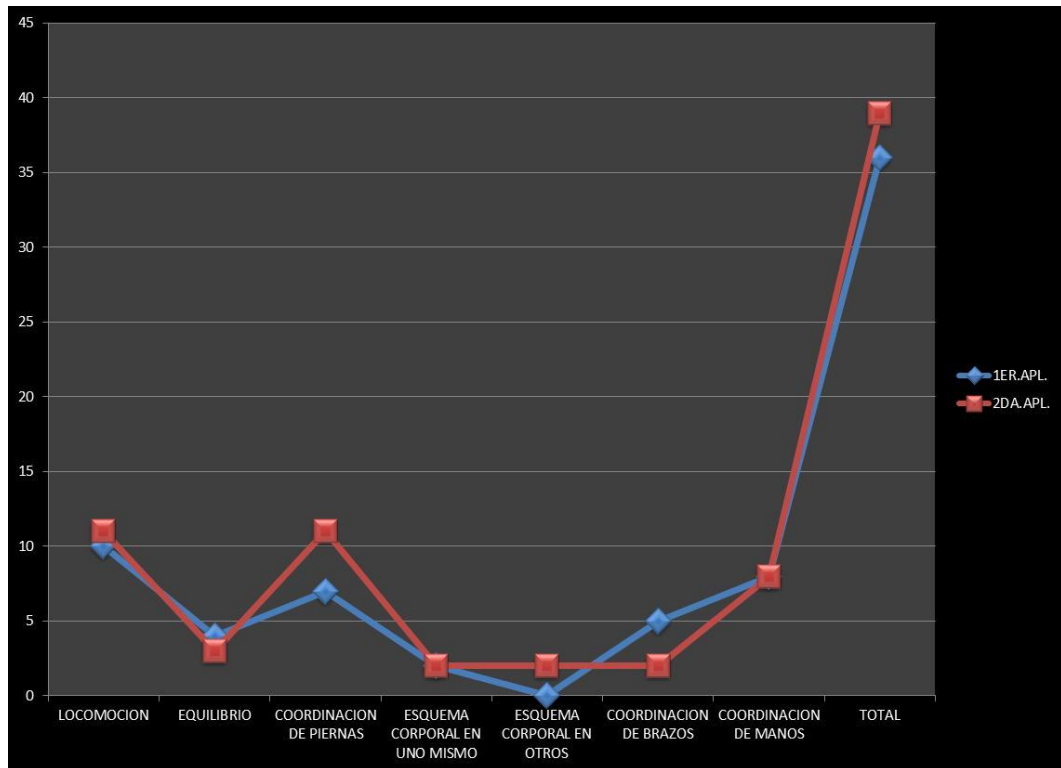


Figura 3 Resultado del área motriz de sujeto 2 con DI.

De las 36 sesiones Daniela participo en las 33 y los resultados fueron los siguientes: en la coordinación de piernas el puntaje inicial fue de 7 y el puntaje final fue de 11, lo cual denota un incremento, en la sub-área esquema corporal en otros en el puntaje fue el inicial 0 y el final 2, lo cual nos denota un incremento. Pero en lo referente a coordinación de brazos el puntaje inicia fue de 5 y la segunda 2 lo cual nos denota un decremento.

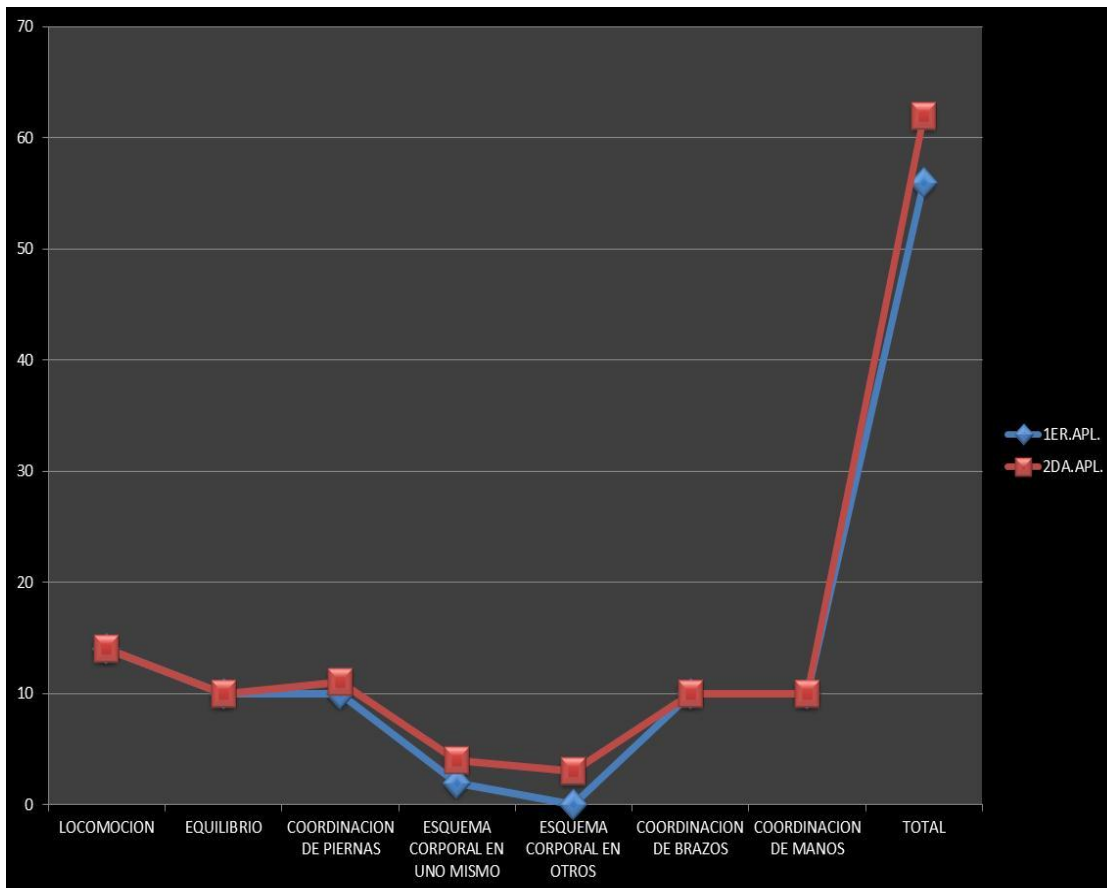


Figura 4 Resultado del área motriz de sujeto 3 con DI.

De las 36 sesiones José

participo en las 36 y los resultados fueron los siguientes: en la coordinación de piernas el puntaje inicial fue de 10 y el puntaje final fue de 11, lo cual denota un incremento, en la sub-área esquema corporal en otros en el puntaje fue el inicial 0 y el final 3, también en el esquema corporal en uno mismo el puntaje inicial fue de 2 y el final 4, lo cual nos denota un incremento.

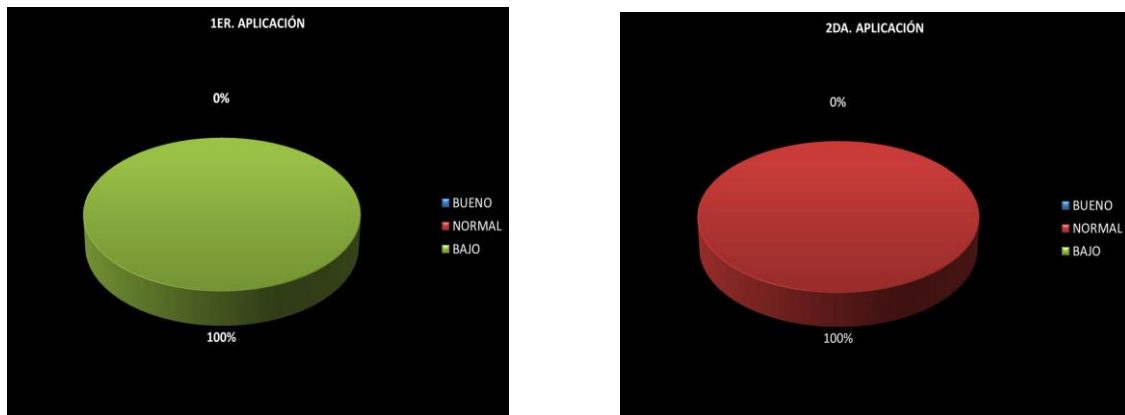


Figura 5 Resultado general en el área coordinación de pierna 1ra. Y 2da.

Evaluación con el test EPP.

Del 100 % de los niños evaluados en el primer test se encontraban todos en bajo, pero en la segunda aplicación todos cambiaron a estatus normal.

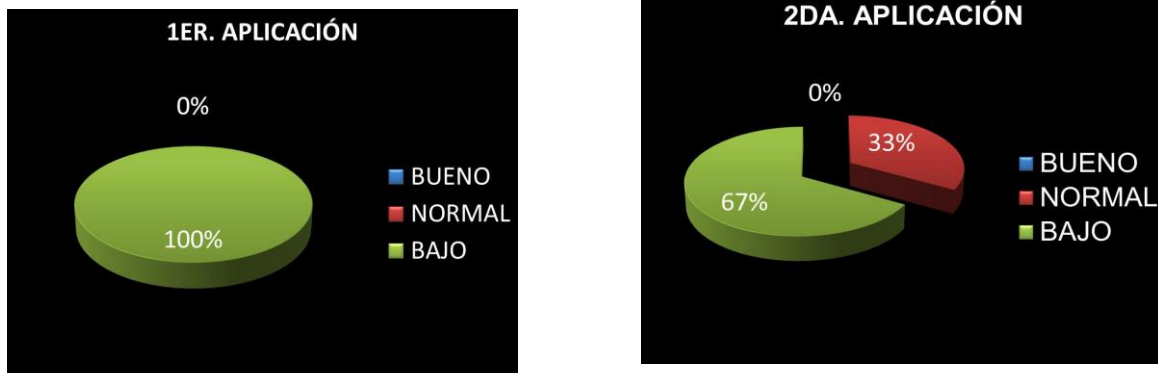


Figura 6 Resultado general en el área Esquema corporal en si mismo 1ra. Y 2da. Evaluación con el test EPP.

Al aplicar el primer test al 100% de los alumnos el grafico nos muestra que todos se encontraba en bajos, pero al aplicar el 2do. test el 33% se encontraba en normal.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y DISCUSION

Partiendo de la hipótesis con la cual iniciamos la investigación donde describe si la aplicación de un programa de psicomotricidad en niños con discapacidad intelectual mostrara un cambio normal, podemos concluir que dicho programa arrojó resultados no significativos en el desarrollo del niño en su desarrollo motriz en función de los resultados obtenidos de manera global.

En lo obtenido se aprecia en la Figura No.1, que se refiere a los datos de forma general se puede observar, que en las sub-áreas de locomoción y coordinación de piernas es en donde se encuentran más altos puntajes. Pero también se observa que las sub-áreas de esquema corporal en uno mismo y esquema corporal en otros no fueron muy favorecidas con la intervención de este programa psicomotriz, ya que los resultados obtenidos al aplicar el primer test (EPP) en referencia con el 2do. No se presentó un rendimiento considerable. Se puede deducir que una de los posibles factores que pudieron influir en la muestra son las edades de esta población, ya que fluctuaba entre los 10 y 12 años.

Si observamos y analizamos a cada una de las sub-áreas en lo individual, nos muestra que no hubo un cambio significativo, pero sin embargo al analizar la información final de la Figura donde aparecen los dos test y las sub-áreas en forma de conjunto, nos proyectan resultados que indican que si obtuvimos un cambio significativo.

Por esto, sería importante, incorporar de forma sistemática la psicomotricidad, en el diseño curricular escolar, dado que su aportación al desarrollo socio personal, instrumental, cognitivo y físico, es significativa (Sugrañes, 2007).

Por tal motivo se deduce que si el programa se aplica en un tiempo mucho mas prologado y se toma en cuenta a las sub-áreas que salieron más bajos y se aplica un mayor énfasis como es en esquema corporal en uno mismo y esquema corporal en otros, los resultados se pueden ver favorecidos considerablemente.

Ya que (Zapata, 1991).Nos dice que si los educadores de América latina nos preocupamos por ver a la educación psicomotriz como un medio para abrir nuevas líneas de investigación científicas, tendríamos un mayor sustento para poderlos atender con mayor calidad y sobre todo con mayor conocimiento de la discapacidad y las repercusiones que se esta puede ocasionar o modificar de un entorno regular donde la persona interactúa cotidianamente.

En la Figura No. 2 se observa que al aplicar el programa de psicomotricidad, una de las sub-área que se vio más favorecida es coordinación de piernas, ya que el resultado del primer test fue de 10 puntos e incremento a 12. Pero también se puede denotar que en lo referente a las sub-áreas de esquema corporal en uno mismo y esquema corporal en otros, no sufrieron un cambio visible.

En la grafico No. 3 se puede deducir de acuerdo a la información que nos arroja que las sub-áreas más favorecidas con la aplicación del programa de psicomotricidad, fueron las siguientes: coordinación de piernas que tenía un puntaje de 7 y se fue hasta 11, y esquema corporal en otros que nos indica que tenía 0 y se fue hasta 2.

Pero también se puede observar que las sub-áreas que tuvieron un decrecimiento fueron equilibrio que tenia 4 y bajo a 3, pero la sub-área que refleja una mayor necesidad de trabajo fue coordinación de brazos la cual en el test inicial fue de 5 y el final de 2.

Se puede comentar que la alumna no se le dio seguimiento en extra escolar y le sumamos que las clases no fueron impartidas consecutivamente, ya que se atravesó semana santa y algunos pases por el día del niño.

En la Figura No. 4: Se observa los cambios que presento el alumno en las sub-áreas de coordinación de piernas 10 paso a 11, en lo referente en la sub-área de esquema corporal en uno donde tenía 2 y se fue hasta 4, la sub-área más estimulada según grafico fue esquema corporal en otros donde inicio con 0 y termino con 3.

En la Figura 5: En este grafico del test inicial nos muestra la situación bajos donde se encontraban todos los alumnos con DI, pero en la segunda evaluación los mismos se encontraban en estatus normales.

En la Figura 6: En el grafico comparativo de todos los alumnos en lo referente de esquema corporal en sí mismo, al aplicar el test inicial todos los

alumnos se encontraban bajos, pero al aplicar el test final el 33% de los alumnos se encontraban normal.

REFERENCIAS

- Asociación Americana sobre Retraso Mental. Retraso Mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo. Madrid: Alianza. 2004
- Borthwick-Duffy, S. (1993). Review of 1992 AAMR Definition, Classification, and Systems of Supports. American Journal on Mental Retardation, 98, 541-544.
- Buckley, S. (1992). Early intervention. The state of the art. Newsletter, 2 (1), 36.
- C. Jenaro). Madrid: Alianza editorial. (Trabajo original publicado en 1.992.)*
- Candel Gil, Isidoro / Carranza Carnicero, José Antonio / Galiana Rodríguez, Rafaela / Motos Lajara, Josefina / Sánchez Conesa, María Águeda / Turpín Fernández, Amparo, (2008). Asociación para el tratamiento para niños y jóvenes con síndrome Down, Murcia España (programa de atención temprana: intervención en niños con síndrome Down y otros problemas en desarrollo)
- Eichstaedt, C.B. y Lavay, B.W. Physical activity for individuals with mental retardation. Infancy through adulthood. Illinois: Human Kinetics Books. 1992

Elzel L., Alvarado V., Soto D. Efecto de un programa de intervención motriz en los preescolares de la escuela México de Michoacán Osorno Chile. Osorno, Chile. Universidad de los Lagos. (2006).

Flórez, J. Patología cerebral en el Síndrome de Down: aprendizaje y conducta. En Síndrome de Down, aspectos específicos. Barcelona: Editorial Masson. 1995 pp. 27-52

Gibson, D. y Harris, A. Aggregated early intervention effects for Down's syndrome persons: patterning and longevity of benefits. Journal of Mental Deficiency Research, 1988 32,1-17.

Guerra B.M (2000) Síndrome de Down y respuesta al Esfuerzo físico (tesis doctoral Barcelona).

Hernández S. (2010) Metodología de la Investigación. D.F. México: Editorial McGrawHill

Instituto Nacional de Estadística Geografía e informática. Las personas con discapacidad en México: una visión censal. México. INEGI 2010

J.A. (1997): Retraso mental: Definición, clasificación y sistemas de apoyo (traducción de M.A. Verdugo y

Lázaro A. (2003). Aplicación de un programa psicomotor con estimulación vestibular a sujetos con discapacidad intelectual: propuesta de un modelo

para la intervención psicomotriz en el marco de la educación especial.
Madrid, España.

*Luckason, R., Coulte, D.L., Polloway, E.A., Reiss, S., Schalock, R.L., Snell, M.E.,
Spitalnik, D.M. y Stark,*

Organización de las naciones unidas. Declaración universal de los derechos.
1948

Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis»ISSN 1692-0945 N° 15 - Junio
de 2008

SEP (2004). Programa de Educación Preescolar 2004. Distrito Federal, México.
Capítulo II, p. 25. ISBN 970-767-023-1.

Spiker, D. (1990). Early intervention from a developmental perspective. En D.
Cochiti y M. Begley (eds.), Children with Down syndrome. A
developmental perspective (pp. 424-448). New York: Cambridge
University Press.

Zapata O. La Psicomotricidad y el niño etapa maternal y preescolar. Distrito
Federal, México. Ed. Trillas. (2006). Capítulo II, p. 37-48. ISBN 968-24-
3644-3.

ANEXOS

Programa de Psicomotor integral para niños/as con Discapacidad Intelectual

Es un programa de psicomotricidad, para niños/as con discapacidad intelectual que contempla los aspectos generales y específicos de la psicomotricidad así como también se formuló en base a competencias ya que toma en cuenta los aspectos procedimentales, actitudinales y cognitivos, porque dentro de la planeación se tiene que redactar el propósito, los aprendizajes esperados valores y actividades que puedan estimular al niño con material creativo de fácil elaboración y cada sesión utiliza un secuencia musical especifica

DATOS ANAMNÉSICOS	
DATOS PERSONALES	
NOMBRE DEL NIÑO (A)	
FECHA DE NACIMIENTO:	
EDAD: MESES:	
DIRECCIÓN:	
TELÉFONO:	
VIVE CON:	
NÚMERO DE HERMANDOS:	
LUGAR QUE OCUPA ENTRE LOS HERMANDOS:	
CUENTA CON CASA PROPIA:	
NÚMERO DE HABITACIONES:	
DATOS FAMILIARES	
NOMBRE DE LA MAMÁ:	
EDAD:	
ESCOLARIDAD:	
OCCUPACIÓN:	
ESTADO CIVIL:	
NOMBRE DEL PAPA:	
EDAD:	
ESCOLARIDAD:	
OCCUPACIÓN:	
ESTADO CIVIL:	
DATOS HISTÓRICOS	
ANTECEDENTES DEL EMBARAZO:	
PARTO/DESÁREA:	
CALIFICACIÓN DE APGAR:	
DESARROLLO EN LOS PRIMEROS MESES:	
A QUE EDAD BALBUCEÓ:	
SE SENTÓ POR PRIMERA VEZ:	
A QUE EDAD CAMINÓ:	
CONTROL DE ESFÍNTERES:	

RECIBIO ESTIMULACIÓN TEMPRANA:	
ANOS EN EL JARDIN DE NINOS:	
DATOS ACTUALES	
NOMBRE DE LA ESCUELA:	
COMO SE DESENVUELVE:	
DIFICULTADES ESCOLARES:	
COMO ES SU RENDIMIENTO ESCOLAR:	
ESTATURA:	
PESO:	
TIENE LAS VACUNAS AL CORRIENTE:	
COME BIEN:	
DUERME BIEN:	
CON QUIEN DUERME:	
A QUE LE TEME:	
JUEGOS PREFERIDOS:	
CON QUIEN JUEGA:	
TIENE ACCESO A LA COMPUTADORA:	
CUANTO TIEMPO VE LA TELEVISIÓN AL DIA:	
QUE PROGRAMAS:	
ACTIVIDADES RECREATIVAS Y CULTURALES:	
ES SANDO O ENFERMISO:	
PRESENTA ALGÚN TRASTORNO PSICOMOTOR, NEE DISCAPACIDAD:	
ACTUALMENTE RECIBE ALGÚN TRATAMIENTO O TERAPIA	

EPP

Escala de Evaluación de la Psicomotricidad en Preescolar

M^a Victoria de la Cruz
M^a Carmen Mazaira

MANUAL

(4^a edición)



PUBLICACIONES DE PSICOLOGÍA APLICADA
Serie menor núm. 186
TEA Ediciones, S.A.
MADRID 2003

Tabla 1. Porcentajes de realización

ELEMENTO	LO HACE BIEN	TIENE DIFICULTAD	NO LO HACE
1. Camina sin dificultad	100	–	–
2. Camina hacia atrás	83	17	–
3. Camina de lado	58	8	34
4. Camina de puntillas	36	–	64
5. Camina en línea recta	11	81	8
6. Corre alternando movimientos	75	23	2
7. Sube escaleras alternando pies	94	6	–
8. Se mantiene en cuclillas	19	67	14
9. Se mantiene de rodillas	58	38	4
10. Se sienta con piernas cruzadas	92	6	2
11. Se mantiene sobre el pie derecho	61	23	16
12. Se mantiene sobre el pie izquierdo	61	27	12
13. Se mantiene en la tabla	73	25	2
14. Anda sobre la tabla, alterna pasos	56	40	4
15. Anda sobre la tabla, adelante y atrás	38	62	–
16. Se mantiene en un pie, ojos cerrados	40	46	14
17. Salta desde 40 cm. de altura	69	29	2
18. Salta longitud de 35 a 60 cm.	65	35	–
19. Salta cuerda a 25 cm. de altura	46	40	14
20. Salta diez veces con ritmo	31	65	4
21. Salta avanzando diez veces	33	63	4
22. Salta hacia atrás cinco veces	21	46	13
23. Lanza la pelota a un metro	86	14	–
24. Coge la pelota con las dos manos	67	31	2
25. Bota la pelota dos veces y la coge	35	50	14
26. Bota la pelota más de 4 veces	38	31	31
27. Coge la bolsita con una mano	67	6	27
28. Corta papel con tijeras	65	31	4
29. Corta papel siguiendo una recta	10	67	23
30. Corta papel siguiendo una curva	6	63	31
31. Puede atornillar una rosca	85	8	7
32. Toca con el pulgar los dedos doblados	88	10	2
33. Conoce manos, cabeza, piernas...	100	–	–
34. Muestra su mano derecha	46	31	23
35. Muestra su mano izquierda	35	35	30
36. Toca pierna derecha con mano derecha	30	27	43
37. Toca rodilla derecha con mano izquierda	21	15	64
38. En dibujo, señala codo	98	2	–
39. En dibujo, señala mano derecha	25	2	73
40. En dibujo, señala pie izquierdo	19	–	81

5. NORMAS INTERPRETATIVAS

Las puntuaciones directas obtenidas en cada uno de los aspectos que aprecia la escala se pueden transformar en nivel psicomotor comparándolas con la Tabla 2.

Tabla 2. Conversión de puntuaciones en niveles

	4 AÑOS			5 AÑOS			6 AÑOS		
	A BUENO	B NORMAL	C BAJO	A BUENO	B NORMAL	C BAJO	A BUENO	B NORMAL	C BAJO
LOCOMOCIÓN	12	8-11	0-7	13-14	9-12	0-8	14	10-13	0-9
POSICIONES	5	3-4	0-2	6	3-5	0-2	-	5-6	0-4
EQUILIBRIO	9-12	5-8	0-4	11-12	6-10	0-5	12	7-11	0-6
COORD. PIERNAS	11-12	6-10	0-5	12	6-11	0-5	-	11-12	0-10
COORD. BRAZOS	7-10	5-6	0-4	10	4-9	0-3	-	8-10	0-7
COORD. MANOS	7-10	3-6	0-2	10	5-9	0-4	-	8-10	0-7
E. CORPORAL (1)	7-10	3-6	0-2	10	3-9	0-2	10	4-9	0-3
E. CORPORAL (2)	3-6	1-2	0	5-6	1-4	0	6	3-4	0-2

6. PERFIL PSICOMOTOR

Se incluye a continuación un modelo de perfil que puede resultar útil para casos individuales en que sea preciso elaborar un informe y también para establecer el perfil medio de la clase. En este caso en cada apartado se anotarían en lugar de las puntuaciones individuales las puntuaciones medias obtenidas por la clase.

Nombre y apellidos:					Edad:					Curso:				
		PUNTAJÓN OBTENIDA	BUENO	NORMAL	BAJO									
LOCOMOCIÓN		12												
POSICIONES		4												
EQUILIBRIO		11												
COORD. PIERNAS		12												
COORD. BRAZOS		4												
COORD. MANOS		4												
E. CORPORAL (1)		3												
E. CORPORAL (2)		0												
Observaciones:														