



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN

CARRERA DE PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL

TÍTULO:

LA INTERVENCIÓN TEMPRANA Y SU INCIDENCIA EN EL DESARROLLO MOTRIZ DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 6 AÑOS CON SÍNDROME DE DOWN QUE ASISTEN AL CENTRO DE ATENCIÓN Y DESARROLLO DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES ESPECIALES C.A.D.E DE LA CIUDAD DE LOJA. SEPTIEMBRE 2012 A MAYO 2013. LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS.

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
GRADO DE LICENCIADA EN
PSICORREHABILITACIÓN Y
EDUCACIÓN ESPECIAL.

AUTORA:

Diana Isabel Ordoñez Aguirre

DIRECTOR DE TESIS:

Dr. Miguel Ángel González Sarmiento Mg. Sc.

LOJA-ECUADOR
2014

CERTIFICACIÓN

DR. Miguel Ángel González Sarmiento, MG.SC. DOCENTE INVESTIGADOR DE LA CARRERA DE PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL DEL ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA Y DIRECTOR DE TESIS.

CERTIFICA:

Haber dirigido, asesorado y monitoreado con pertinencia y rigurosidad científica la ejecución del proyecto de tesis titulado. **LA INTERVENCION TEMPRANA Y SU INCIDENCIA EN EL DESARROLLO MOTRIZ DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 6 AÑOS CON SINDROME DE DOWN QUE ASISTEN AL CENTRO DE ATENCION Y DESARROLLO DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES ESPECIALES C.A.D.E DE LA CIUDAD DE LOJA. SEPTIEMBRE 2012 A MAYO 2013. LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS**, de la autoría de la estudiante Diana Isabel Ordoñez Aguirre.

Por lo que se autoriza su presentación, defensa y demás trámites correspondientes para la obtención del grado de licenciatura.

Loja, Mayo de 2014


Dr. Miguel Ángel González Sarmiento Mg. Sc.
DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Diana Isabel Ordoñez Aguirre, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autora: Diana Isabel Ordoñez Aguirre

Firma: 

Cédula: 110459180-3

Fecha: 11 de junio de 2014

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE Diana Isabel Ordoñez Aguirre PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo, Diana Isabel Ordoñez Aguirre, declaro ser autora de la tesis titulada. **LA INTERVENCIÓN TEMPRANA Y SU INCIDENCIA EN EL DESARROLLO MOTRIZ DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 6 AÑOS CON SÍNDROME DE DOWN QUE ASISTEN AL CENTRO DE ATENCIÓN Y DESARROLLO DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES ESPECIALES C.A.D.E DE LA CIUDAD DE LOJA. SEPTIEMBRE 2012 A MAYO 2013. LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS**, como requisito para optar al grado de Licenciada en Psicorrehabilitación y Educación Especial; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 11 días del mes de junio del dos mil catorce, firma la autora.

Firma: 

Autora: Diana Isabel Ordoñez Aguirre
Cédula: 1104591803
Dirección: Lourdes y Juan José Peña.
Correo Electrónico: dianaodonez41@yahoo.es
Teléfono: 2589196
Celular: 0999595301

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dr. Miguel Ángel Gonzales Sarmiento, Mg. Sc.
Tribunal de Grado: Dr. Oscar Cabrera Iñiguez Mg. Sc. Presidente del Tribunal.

Dr. (a) Alexandra Guerrero Anualuisa Mg. Sc. Vocal
Dr. (a) Silvia Torres Mg. Sc. Vocal

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Loja, por haberme formado académica y científicamente como un ente crítico y productivo para la sociedad, a los docentes de la carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial, quienes durante mi período de formación impartieron con generosidad y exigencia valiosos conocimientos y experiencias en el campo de la Psicorrehabilitación y Educación Especial.

Mi agradecimiento sincero al personal que labora en el Centro de Atención y Desarrollo de Niñas, Niños y Adolescentes Especiales C.A.D.E, a los profesionales terapeutas que laboran en ésta institución, a las y los niñas/os con síndrome de Down, quienes me brindaron todo su apoyo y me permitieron indagar el mundo motriz de los niño/as con Síndrome de Down, y conocer más de cerca como está desarrollado, y que programas de intervención temprana se ponen en práctica con éstos niños.

Agradecer al Dr. Miguel González, Director de mi Tesis, quien merece un reconocimiento especial por su capacidad profesional y don de gentes, porque sus sugerencias me permitieron enmendar errores y mejorar mi trabajo investigativo.

Diana Isabel

DEDICATORIA

A todos los niños que presentan síndrome de Down, angelitos que reciben atención en el C.A.D.E, a aquellos que requieren de ayuda e intervención temprana para desarrollar sus habilidades motrices y alcanzar un mayor desenvolvimiento en el ámbito personal, familiar y social.

A mi madrecita querida, Chavelita, quien me ha estimulado y motivado con palabras de cariño y aliento, a continuar preparándome y llegar a cristalizar mis sueños como profesional.

A mi hija Tefita, por ser la razón de mis esfuerzos profesionales, a mi esposo Carlos, quien me demostró en cada momento paciencia, tolerancia y me apoyo con su confianza y amor.

Diana Isabel

ÁMBITO GEOGRÁFICO DE LA INVESTIGACIÓN

BIBLIOTECA: Área de la Educación, el Arte y la Comunicación

TIPO DE DOCUMENTO	AUTORA / NOMBRE DEL DOCUMENTO	FUENTE	FECHA AÑO	ÁMBITO GEOGRÁFICO						OTRAS DEGRADACIONES	NOTAS OBSERVACIONES
				NACIONAL	REGIONAL	PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	BARRIOS COMUNIDAD		
TESIS	DIANA ISABEL ORDOÑEZ AGUIRRE/ "LA INTERVENCIÓN TEMPRANA Y SU INCIDENCIA EN EL DESARROLLO MOTRIZ DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 6 AÑOS CON SÍNDROME DE DOWN QUE ASISTEN AL CENTRO DE ATENCIÓN Y DESARROLLO DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES ESPECIALES C.A.D.E DE LA CIUDAD DE LOJA. SEPTIEMBRE 2012 A MAYO 2013. LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS"	UNL	2014	ECUADOR	ZONA 7	LOJA	LOJA	EL SAGRARIO	BUENA ESPERANZA	CD	LICENCIADA EN PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL

ESQUEMA DE TESIS

- **PORTADA**
 - **CERTIFICACIÓN**
 - **AUTORÍA**
 - **CARTA DE AUTORIZACIÓN**
 - **AGRADECIMIENTO**
 - **DEDICATORIA**
 - **ÁMBITO GEOGRÁFICO DE LA INVESTIGACIÓN**
 - **MAPA GEOGRÁFICO DE UBICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**
 - **CROQUIS DEL SITIO DE INTERVENCIÓN**
 - **ESQUEMA DE TESIS**
-
- a. **TÍTULO**
 - b. **RESUMEN (SUMMARY)**
 - c. **INTRODUCCIÓN**
 - d. **REVISIÓN DE LITERATURA**
 - e. **MATERIALES Y MÉTODOS**
 - f. **RESULTADOS**
 - g. **DISCUSIÓN**
 - h. **CONCLUSIONES**
 - i. **RECOMENDACIONES**
 - j. **BIBLIOGRAFÍA**
 - k. **ANEXOS**

a. TÍTULO

**LA INTERVENCION TEMPRANA Y SU INCIDENCIA EN EL
DESARROLLO MOTRIZ DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 6 AÑOS CON
SINDROME DE DOWN QUE ASISTEN AL CENTRO DE ATENCION Y
DESARROLLO DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES ESPECIALES
C.A.D.E DE LA CIUDAD DE LOJA. SEPTIEMBRE 2012 A MAYO 2013.
LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS.**

b. RESUMEN

El presente trabajo investigativo tiene como fin Indagar acerca de la intervención temprana y su incidencia en el desarrollo motriz de los niños y niñas de 1 a 6 años con síndrome de Down, en el Centro de atención y desarrollo de niñas, niños y adolescentes especiales C.A.D.E de la ciudad de Loja, para llevar a cabo la investigación se tomó como muestra 8 niños y niñas con síndrome de Down y 10 profesionales terapistas; se utilizó el método científico, descriptivo y explicativo, entre las técnicas e instrumentos para la investigación de campo se utilizó: encuesta estructurada al personal de la institución, el cuestionario para la medición de la motricidad de los niños/as de 1 a 6 años, con el objetivo de diseñar un Programa de intervención temprana que favorezca el desarrollo óptimo del niño/a con síndrome de Down, con este estudio investigativo se determinó que en el centro C.A.D.E, los profesionales conocen algunos tipos de intervención temprana; pero, no conocen programas sistemáticos de terapia con ejercicios y actividades diseñadas para tratar retrasos del desarrollo que pueden sufrir los niños con síndrome de Down u otras discapacidades, por lo que se recomienda al centro C.A.D.E, se les realice un proceso de atención terapéutico, actualizado con programas en intervención temprana con estrategias adecuadas para mejorar el desarrollo motriz de los niños/as con síndrome de Down, que ingresan a ésta institución, desde el primer mes de edad.

SUMMARY

This research work aims to Inquire about early intervention and its impact on motor development of children aged 1 to 6 years old with Down syndrome , in the center of care and development of children and adolescents special CADE city of Loja, to conduct research was sampled eight children with Down syndrome and 10 professional therapists ; scientific , descriptive and explanatory method was used , including techniques and tools for field research was used: structured survey staff of the institution , the questionnaire for the measurement of motor skills of children of 1-6 years, with the objective of designing an early intervention program that promotes optimal child development / a Down , with a set of applicable maximum development in their own areas of childhood motor activities; with this research study found that at CADE , professionals know some types of early intervention ; but no known systematic exercise therapy programs and activities designed to address developmental delays that may suffer the children with Down syndrome or other disabilities , so it is recommended for children with Down syndrome in the CADE , they undertake a process of therapeutic care , Updated with early intervention programs with appropriate strategies to enhance motor development of children with Down syndrome, who enter this institution , from the first month of age.

c. INTRODUCCIÓN

Los primeros años de vida son fundamentales en el desarrollo del niño. Durante estos primeros años, se adquieren destrezas básicas físicas, cognitivas, del lenguaje, sociales y de autoayuda que sirven de base para el progreso en el futuro estas capacidades se adquieren según patrones predecibles del desarrollo. Es típico que los niños con síndrome de Down (S.D.) tengan retrasos en ciertas áreas del desarrollo, de modo que la intervención temprana es sumamente recomendable. Se la puede iniciar en cualquier momento después del nacimiento, pero cuanto antes, mejor. Por lo cual se planteó el siguiente tema

“LA INTERVENCIÓN TEMPRANA Y INCIDENCIA EN EL DESARROLLO MOTRIZ DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 6 AÑOS CON SÍNDROME DE DOWN QUE ASISTEN AL CENTRO DE ATENCIÓN Y DESARROLLO DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES ESPECIALES C.A.D.E” DE LA CIUDAD DE LOJA, SEPTIEMBRE 2012 A MAYO 2013. LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS.

El presente trabajo investigativo se llevó a cabo en el Centro de atención y desarrollo de niñas, niños y adolescentes especiales C.A.D.E, con 8 niños con Síndrome de Down, presentando problemas en su desarrollo motriz y 10 terapistas que laboran en esta institución.

Para lo cual fue necesario Determinar los tipos de intervención temprana que se aplican al niño/a con Síndrome de Down, identificar el desarrollo motriz de los niños/as con Síndrome de Down para la intervención temprana y Elaborar un Programa de intervención temprana que favorezca el desarrollo óptimo del niño/a con Síndrome de Down.

El referente bibliográfico aborda temáticas sobre: El síndrome de Down, desarrollo motor en los niños con El síndrome de Down, características motrices de los niños con síndrome de Down, evaluación de la función

motora en los niños con síndrome de Down, componentes de la evaluación del desarrollo motor, intervención temprana, intervención temprana y el síndrome de Down, cuándo se debe iniciar la intervención temprana, tipos de intervención temprana, atributos que se deben evaluar en la intervención temprana, ventajas de la intervención temprana en el niño con síndrome de Down, ventajas de la intervención temprana para padres de niños con síndrome de Down, programa de intervención temprana, propósito.

Concluido el estudio investigativo y dando cumplimiento a los objetivos planteados se determinó mediante una encuesta aplicada a los profesionales que laboran en el centro C.A.D.E, para conocer los tipos de intervención temprana que aplican a los niños con síndrome de Down entre sus respuesta manifiestan que sus actividades de trabajo son monótonas, no conocen programas sistemáticos de terapia con ejercicios y actividades diseñados para tratar retrasos del desarrollo motriz, de acuerdo al cuestionario para medición de motricidad en los niños con S.D. en su desarrollo motriz presentan retrasó causando dificultad para desplazarse.

En base a los resultados encontrados se recomienda:

- Que el centro C.A.D.E, conserve un proceso de atención terapéutico actualizado con programas en intervención temprana y adecuadas estrategias para mejorar el desarrollo motriz de los niños/as con síndrome de Down desde el primer mes de edad.

d. REVISIÓN DE LITERATURA

La revisión literaria permitió obtener información relevante acerca de las variables de investigación tales como:

1. SÍNDROME DE DOWN

1.1. Antecedentes

El síndrome de Down (S.D.) es una anomalía genética que se produce a consecuencia de un fallo en el momento de la concepción. El número normal de cromosomas en el ser humano es de 46, distribuidos en 23 parejas, siendo la última los cromosomas sexuales X e Y. Estos cromosomas constituyen la información genética del ser humano. El óvulo fecundado recibe un cromosoma de la madre y un cromosoma del padre para conformar cada una de las 23 parejas de cromosomas pero, a veces, ocurre una anomalía que consiste en la aparición de un cromosoma extra en el par número 21, lo que se conoce como trisomía del cromosoma 21.

La trisomía del cromosoma 21 es la anomalía cromosómica más frecuente: afecta a 1 de cada 700 niños nacidos vivos en todas las razas, sin distinción de ambiente geográfico ni de clase social. La trisomía 21 produce el síndrome de Down o mongolismo. LANGDON DOWN (1866).

1.2. Desarrollo motor en los niños con Síndrome de Down

Durante los primeros años de vida los niños pasan de ser totalmente dependientes, con los movimientos controlados por reflejos, a ser individuos independientes. Desde los primeros días comienzan a tener experiencias nuevas de posturas y movimientos que les proporcionan sensaciones nuevas como el conocimiento de su propio cuerpo, qué es moverse y su relación con el entorno que le rodea, hacia dónde me muevo esta base es

fundamental para el desarrollo del movimiento voluntario, los conocimientos, el juego, la visión, la audición y la percepción.

La mayoría de los niños siguen una secuencia de etapas del desarrollo bastante predecible que consiste en voltearse, sentarse, reptar, gatear, ponerse de pie y andar. Sin embargo, existe una amplia variación en la edad a la que se adquieren estas etapas. Existen pocos estudios sobre las variaciones culturales y como éstas afectan al desarrollo. Desde hace pocos años se recomienda poner a los bebés en posición supino en la cuna y este cambio ha supuesto una pequeña variación en el desarrollo. COHEN (2009)

Una de las características más notables en los niños con síndrome de Down, es el retraso del desarrollo motor. Éste ha sido tema de numerosos estudios y todos coinciden en que los factores más significantes son los siguientes:

- Hipotonía y retraso en el desarrollo postural normal, posiblemente causado por un retraso de la maduración del cerebelo. Las respuestas posturales lentas ante la pérdida de equilibrio restan eficacia para mantener la estabilidad. La hipotonía ocurre en casi todos los niños en mayor o menor grado, con tendencia a desaparecer con la edad.
- Retraso en la maduración del cerebro, caracterizado por una persistencia de reflejos primitivos, movimientos controlados por reflejos por ejemplo el reflejo del susto puede tardar varios meses en desaparecer y en este caso es necesario a veces adaptar algunos de los ejercicios.
- Laxitud de ligamentos, que añadido a la falta de tono muscular, produce hiper movilidad en las articulaciones.

La característica fundamental del desarrollo motor no consiste en conseguir un determinado hito motor, como sentarse o mantenerse de pie, sino en el modo en cómo se incorpora éste al desarrollo general de la función y de la habilidad motora.

Aunque hemos dicho que la mejor postura para dormir es la de boca arriba, en seguida recomendamos que los padres empiecen a mover a sus hijos. A los bebés con hipotonía les suele gustar mantener la misma postura, por eso iniciamos la estimulación en las primeras semanas con cambios de la postura, boca abajo, boca arriba y a ambos costados. Esto favorece, entre otros aspectos, la buena formación de la cabeza y de las caderas. TRONCOSO (2011)

1.2.1. El control de la cabeza.

Girar la cabeza desde ambos lados a la línea media cuando está en posición boca abajo y boca arriba. Usando un objeto atractivo como por ejemplo una campanilla, será más fácil animar al niño a que gire su cabeza de un lado a otro.

Levantar la cabeza en posición boca abajo. Pondremos al niño en posición boca abajo y le animaremos a levantar la cabeza. Para esto colocamos siempre cerca de él juguetes u otros objetos que sean de su interés, que le estimularán a levantar la cabeza y mirar a su alrededor. Para ayudar al niño a mantener esta postura podemos colocar al niño sobre una cuña, un rodillo o una toalla enrollada. El niño empezará a cargar su peso en los antebrazos y después en sus manos, levantando su cabeza cada vez mejor.

Mantener la cabeza cuando se le tiene en posición de sentado. Empezaremos a levantarlo a la posición de sentado colocando nuestras manos por debajo de sus hombros y estimulándole a levantar su cabeza. Trataremos de llevar al bebé en brazos de manera que pueda ver a su alrededor y le daremos el apoyo necesario para que empiece a controlar su propia cabeza.

Mantener la cabeza vertical cuando se le desplaza de varias formas. Más tarde sujetaremos al niño en posición de sentado y lo balancearemos suavemente hacia ambos lados, hacia delante y hacia atrás. Este ejercicio

es muy efectivo si ponemos el niño encima de un balón grande de gimnasia el cual movemos hacia delante, detrás, a ambos lados y en redondo.

1.2.2. El volteo.

Voltear de prono a supino y viceversa por ambos lados. Desde el principio utilizamos la posición de medio lado porque en esta postura él bebe encuentra más facilidad para juntar las manos y mirarlas.

Normalmente los niños empiezan a girar de la posición de boca abajo a la de boca arriba, y más tarde aprenden a girar en el sentido contrario, de boca arriba a boca abajo. Para ejecutar estos movimientos utilizan la cabeza, los brazos, el tronco y las piernas, en ese orden. Empezaremos estimulando el giro de medio lado en ambos sentidos e iremos progresando a los giros completos.

El volteo es un medio de desplazamiento y no se lo vamos a impedir ya que es positivo aprovechar el deseo del niño de explorar el entorno; sin embargo, iremos estimulando otras formas de moverse como por ejemplo la reptación o el gateo que es más eficaz y funcional.

1.2.3. La sedestación

Los niños con síndrome de Down (S.D.) disfrutan como todos los niños cuando pueden sentarse independientemente en el suelo. La posición de sentado les da una visión mucho más amplia y les ofrece mayores posibilidades de percibir y explorar el entorno que les rodea. Es importante en esta etapa estimular los apoyos de los brazos hacia delante, hacia los lados y hacia detrás, teniendo en cuenta que los niños con S.D. tienen generalmente los brazos cortos. Para ayudarles podemos utilizar ladrillos de plástico o juguetes a modo de plataforma. Al principio, cuando ponemos al niño en la posición de sentado, debemos tener en cuenta que tendrá una tendencia a caerse hacia atrás, por lo que se debe utilizar un cojín que se coloca detrás pero sin ofrecerle apoyo.

1.2.4. El desplazamiento

Muchos niños con síndrome de Down (S.D.) muestran menor tolerancia a la postura en prono y un retraso posterior en el desarrollo de la reptación y el gateo, probablemente debido a ciertas dificultades en estabilizar los músculos a nivel de las caderas y los hombros. Otro factor que influye es su constitución física, con miembros superiores e inferiores cortos, Gatear es una actividad que realizan en una etapa del desarrollo motor y en los niños pequeños facilita la seguridad y la agilidad de los cambios para sentarse, ponerse de rodillas, ponerse de pie y andar. Nosotros insistimos en este aprendizaje antes y después de andar.

1.2.5. Caminar

La capacidad de caminar sólo produce un cambio importante en la vida del niño y de su familia, permitiendo una independencia que el niño hasta entonces no había experimentado. Sin embargo, aunque para muchos padres es la etapa más deseada, los programas de estimulación no deben centrarse en esta tarea, ni se debe pensar que una vez conseguida ya no hace falta seguir la estimulación del área motora. El rendimiento de la habilidad de andar a lo largo de la vida depende en muchos aspectos de la calidad del movimiento desarrollada al principio. Por lo general, los niños necesitan emplear mucho tiempo con intercambios entre sentado, arrastre y ponerse de pie, por ejemplo jugando delante de una mesa. Estas actividades aumentarán el desarrollo de la estabilidad y la fuerza en general.

1.2.6. El pie

El pie empieza a desarrollar su bóveda plantar poco a poco a partir de la etapa del inicio de la bipedestación y la marcha, por lo que todos los niños empiezan a andar con pies planos. Este proceso dura varios años y en los niños con S.D. puede ser aún más lento. El pie plano sólo se considera patológico si existe algún síntoma como dolor o rigidez. Para ayudar el pie

en su desarrollo es conveniente seguir insistiendo con ejercicios de equilibrio para normalizar la base de sustentación lo antes posible. Es recomendable utilizar zapatos flexibles y andar descalzo por la casa y la playa. En pocos casos se precisa la utilización de plantillas o férulas correctoras.

1.2.7. El juego

Una vez conseguida la marcha independiente se pueden empezar a trabajar otros aspectos del desarrollo motor más dinámicos y divertidos que proporcionan una base para poder participar en los juegos con otros niños y el deporte organizado. El juego espontáneo y libre forma una parte muy importante en la vida de un niño. Este entusiasmo por conseguir objetivos cognitivos, aunque sea de manera lúdica y centrarse en las habilidades por sí mismas, en programas de estimulación precoz, a veces nos lleva a organizar demasiado el juego. Debemos proporcionar al niño el material y las situaciones necesarias para estimular el juego libre.

1.2.8. Ejercicios de equilibrio.

- Agacharse y volver a incorporarse.
- Andar de lado y hacia atrás.
- Subir y bajar escalones con y sin la ayuda de una barandilla.
- Andar de puntillas.
- Lanzar y coger.
- Correr y brincar.
- Trepar.
- Saltos y saltar en un solo pie.

1.3. Características motrices de los niños con Síndrome de Down

Los niños con síndrome de Down quieren hacer todo lo que cualquier niño desea hacer: quieren sentarse, gatear, caminar, explorar su entorno e interactuar con las personas que los rodean. Para hacerlo, tienen que desarrollar destrezas de motricidad gruesa y fina. Debido a ciertas características motrices, que incluyen hipotonía (tono muscular débil), laxitud ligamentosa (aflojamiento de los ligamentos que causa un aumento de flexibilidad en las articulaciones) y disminución de la fuerza, los niños con síndrome de Down no desarrollan las destrezas motoras del mismo modo que lo hacen los niños con desarrollo típico. Ellos encuentran formas de compensar la diferencia en su contextura física y algunas de las compensaciones pueden llevar a complicaciones en el largo plazo, tales como dolor en los pies o desarrollo de un patrón de marcha ineficaz. El problema específico depende directamente de la psicomotricidad o retraso en la sedestación, bipedestación, prensión, etc. Además hay que incluir los fallos sensoriales y perceptivos visual y auditivo que repercute en el conocimiento del espacio, alteraciones de coordinación, organización práctica, torpeza, alteraciones de postura y equilibrio. OLIVER Y ZAPATA (1994)

1.4. Evaluación de la función motora en los niños Down

Es importante contar con una autorización médica adecuada antes de iniciar la evaluación de la función motora de los niños con síndrome de Down, porque estos niños a menudo padecen graves enfermedades subyacentes por ejemplo, enfermedades congénitas del corazón. Durante la evaluación, es importante evitar los movimientos rotatorios rápidos y movimientos de rebote de la cabeza que pueden causar hiperflexión o hiperextensión del cuello.

Cuando se evalúa a los niños con síndrome de Down, es importante tener en cuenta cómo pueden influir sus características en la evaluación. Por

ejemplo, la estimulación verbal, visual, táctil y auditiva pueden influir en los movimientos del niño. Podría necesitarse estimulación quinesésica y propioceptivos más intensa para provocar una respuesta y podría transcurrir un período más prolongado entre estímulo y respuesta. CASTAÑO, J. (2002).

1.5. Componentes de la evaluación del Desarrollo motor

Cuando se evalúa la función y el desarrollo motor de los niños pequeños con síndrome de Down, es importante tener en cuenta lo siguiente:

La interrelación que existe entre el desarrollo cognitivo y el desarrollo motor del niño

- Las habilidades lingüísticas receptivas del niño
- El estado general y la función neurológica del niño
- El grado de cualquier compromiso cardíaco y respiratorio, como por ejemplo:
 - Un tono muscular disminuido, que puede llevar a una menor potencia pulmonar
 - Los problemas con la alimentación, la succión, el acto de tragar, la respiración y el habla
- Las funciones y necesidades motoras orales
- La necesidad de contar con un apoyo para la cabeza, el tronco o las extremidades inferiores
- La necesidad de contar con un equipamiento de adaptación adecuado o la necesidad de adaptar el entorno hogareño
- La necesidad de que los padres reciban capacitación o apoyo para favorecer el desarrollo motor del niño

Se recomienda que la evaluación de la motricidad gruesa comience a los 3 meses de vida y la de la motricidad fina, a los 6 meses. LÓPEZ JUAN (2004)

2. INTERVENCIÓN TEMPRANA

Son programas sistemáticos de terapia, ejercicios y actividades diseñadas para tratar retrasos del desarrollo que pueden sufrir los niños con síndrome de Down u otras discapacidades. WOODBINE. (2008)

Se define a la Intervención temprana, como el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar, planificadas y que deben considerar la globalidad del niño. AHONNEY Y POWELL (1993).

La intervención temprana es el conjunto de intromisiones, dirigidas tanto a los niños con síndrome de Down de 0 a 6 años, como a sus familias y entorno. El objetivo es dar respuesta a las necesidades que presentan estos niños para potenciar al máximo su desarrollo. La intervención debe considerar la globalidad del niño, y deben ser planificadas por un equipo de profesionales que tengan en cuenta todas las áreas del desarrollo del niño. LIBRO BLANCO, LOJA (2012)

2.1. Intervención Temprana y el Síndrome de Down

La Intervención Temprana en los niños con Síndrome de Down, tienen el propósito de influir directa o indirectamente en el funcionamiento del niño; donde la familia es clave del desarrollo y el aprendizaje inicial ya que tienen un desarrollo lento y necesitan mayor número de actividades repetitivas de estímulos (conversación, música, juegos y cariño, etc.)

Esto les permitirá formar bases para el progreso de su desarrollo en el futuro, estas metas del desarrollo pueden ser logradas de una manera ordenada aparentemente espontánea, con más éxitos que fracasos. Para que pueden enfrentar potencialmente algunas dificultades en ciertas áreas del desarrollo FEISD (2003).

2.2. Cuándo se debe iniciar la Intervención Temprana

La intervención temprana debería comenzar en algún momento poco después del nacimiento y generalmente continuar hasta que el niño con síndrome de Down pueda ser independiente en sus actividades de la vida diaria cuanto antes comience la intervención temprana, mejora su desarrollo motriz, sin embargo el desarrollo es un proceso continuo que comienza con la concepción y avanza, etapa por etapa, en una secuencia ordenada.

Existen hitos específicos en cada una de las cuatro áreas del desarrollo, destrezas de motricidad gruesa y fina, destrezas del lenguaje, desarrollo social y destrezas de autoayuda, sirven como pre requisitos para las etapas que siguen. Se espera que la mayoría de los niños alcancen cada hito en un momento determinado, al que también se llama edad clave, que se puede calcular en términos de semanas, meses o años. Debido a los desafíos específicos asociados al síndrome de Down, es probable que los bebés sufran retrasos en ciertas áreas de desarrollo. Sin embargo, alcanzarán cada uno de los mismos hitos que otros niños, pero con su propio cronograma. Cuando se monitorea el desarrollo de un niño con síndrome de Down, es más útil seguir la secuencia de hitos alcanzados que la edad a la que se alcanzaron esos hitos. CANDEL Y COLS (1998)

2.3. Tipos de Intervención Temprana

Cada tipo de intervención temprana se ocupa de aspectos específicos del desarrollo de un bebé como son:

2.3.1. La fisioterapia

La meta de la fisioterapia para estos niños no es acelerar su índice de desarrollo, como se asume generalmente, sino facilitar el desarrollo de patrones óptimos de movimiento. Esto significa que en el largo plazo, querrá ayudar a que el niño desarrolle una buena postura, una alineación correcta

de los pies, un patrón de marcha eficiente y una buena base física para el ejercicio a lo largo de su vida.

Interviene cuando el ser humano ha perdido o se encuentra en riesgo de perder o alterar de forma temporal o permanente el adecuado movimiento y con ello las funciones físicas, esta va a partir del movimiento como base de todo proceso de desarrollo del sistema nervioso del niño, sin desligarlo del aspecto sensorial y psíquico a la hora de iniciar un programa global de intervención

A lo largo de este tratamiento podemos conseguir La capacidad de explorar el entorno, la capacidad de alcanzar y tomar juguetes, girar la cabeza para seguir con la vista un objeto que se mueve, la capacidad de rodar, de gatear en busca de un objetivo deseado, todos estos comportamientos dependen del desarrollo motor tanto grueso como fino. MARCOS, (2008)

Entre las actividades y estrategias que utilizan:

- El juego.
- Masajes.
- Ejercicios de tonificación muscular.
- Ejercicios de flexión –extensión.
- Ejercicios de equilibrio.
- Ejercicios de rotación.
- Giros.
- Arrastre.

2.3.2. La terapia del habla y del lenguaje

Es un componente fundamental de la intervención temprana. Aunque los bebés con síndrome de Down pueden no decir sus primeras palabras hasta los 2 o 3 años de edad, existen muchas destrezas previas al habla y al lenguaje que se deben adquirir primero. Estas incluyen la capacidad de

imitar y hacer eco de sonidos; destrezas para turnarse, aprendidas en juegos o las llamadas escondidas; destrezas visuales mirar al que habla o ha objetos; destrezas auditivas escuchar música y lo que se habla por períodos más extensos, o escuchar sonidos del habla; destrezas táctiles aprender sobre el tacto, explorar objetos con la boca; destrezas motoras orales usar la lengua, mover los labios; y destrezas cognitivas entender la permanencia de los objetos y las relaciones de causa y efecto. LIBBY (1997).

2.3.3. La terapia ocupacional

La terapia ocupacional es un tipo de tratamiento que se enfoca en ayudar a las personas a obtener condiciones de vida básicas, como aprender a comer, a vestirse o a sentarse de forma adecuada, abrir y cerrar cosas, levantar y soltar juguetes de distintos tamaños y formas, apilar y construir, manipular nudos y botones, experimentar con crayones, En el caso de Síndrome de Down, la terapia ocupacional puede usarse para tratar fuerza muscular débil, para mejorar habilidades motoras y para hacer al niño más independiente. A una edad temprana.

Facilitar destrezas de autoayuda en casa y en la escuela. Como todos los niños, con síndrome de Down tienen distintas personalidades, temperamentos y motivación para ser independientes. Algunos niños con síndrome de Down tienen el deseo de hacer cosas por sí mismos, tal como vestirse y alimentarse. Estos niños pueden aprender estas destrezas observando a otros y participando desde una edad temprana. BRUNI, MARYANNE Y HOUSE. (1998)

2.3.4. Atributos que se deben evaluar en la intervención temprana.

Los atributos motores que se deben evaluar en los niños Down, son las siguientes:

Desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida

- Los movimientos y el control postural
- La supinación/pronación
- La fuerza de prensión
- El descanso sobre el costado
- Los movimientos de la mano a la boca
- La capacidad de mantenerse sentado
- La estabilidad de la escápula hombro con ayuda
- La capacidad de mantenerse parado con ayuda
- Los movimientos orales para succionar, alimentarse y producir sonidos

Desde los 6 a los 12 meses

- La capacidad de mantenerse sentado
- El control postural
- La base de apoyo
- La capacidad de usar las manos La movilidad y exploración del entorno
- La capacidad de rodar
- La pinza digital
- La progresión a la pronación
- La transferencia de objetos entre las manos
- El gateo o reptar
- El patrón de alcance de los objetos
- Los movimientos orales para comer, beber y producir sonidos

Desde los 12 a los 24 meses:

- La posibilidad sentarse y abandonar
- La variedad de posturas esa posición La movilidad y exploración del entorno
- La posibilidad de gatear y de treparse
- La capacidad de soltar objetos

- El auto impulso para pararse
- Mantenerse de pie
- El movimiento de preordinación óculo manual
- La posibilidad de caminar a velocidad
- La capacidad de alimentarse sin ayuda constante
- La capacidad de dar pasos

Desde los 24 a los 36 meses:

- tener cierto control con pinturas y dibujar un círculo hacer rayones
- coger juguetes y objetos que se encuentran a su alcance. Éste objetivo es una importante base para el desarrollo de la motricidad fina.

De 4 o 5 años:

- La capacidad de manejarse en el entorno en forma independiente
- caminar en superficies uniformes, escalonadas e irregulares
- La capacidad de subir escaleras, treparse en los juegos de plaza
- También gustan de explorar –tocando y/o empujando a veces juguetes como: pelotas o sonajeros antes de cogerlos.
- Usar tijeras, escribir letras, dibujar diversas formas geométricas, atarse los botones grandes de la ropa, realizar figuras de plastilina.

• **Infancia: a los 5 a 6 años**

- En esta edad la mayor parte de los niños han avanzado mucho en la motricidad fina. Y gruesa tienen capaces de dibujar personas con su mano con más detalles, teniendo en cuenta detalles faciales, color de pelo, sexo entre otros.
- Manejar objetos sin dificultad

- Caminan dan vueltas, saltos
- comen solos
- intentan vestirse solos
- ordenan espacios

2.4. Ventajas de la intervención temprana en el niño/a con Síndrome de Down

La intervención temprana en los niños con síndrome de Down, tiene las siguientes ventajas:

- Un mejor desarrollo integral
- Mejor conocimiento de sí mismo
- Se elevan o potencializan sus capacidades
- Favorece la autoestima
- Se estrechan los lazos de unión con sus padres
- La posibilidad de vivenciar el amor y transmitirlo
- Centrar y desarrollar las capacidades de atención y concentración.
- Una mejor preparación y bases para el futuro. ARANDA, R.(2008)

2.5. Ventajas de la intervención temprana para los padres de niños con Síndrome de Down

- La posibilidad de transmitir o de dar y recibir amor de su bebe, a través del contacto.
- La satisfacción de estar haciendo lo mejor por sus hijos, y colaborar con su desarrollo.
- El conocimiento de las necesidades del bebe, de ser posibilitadores y potenciadores de su desarrollo integral
- Estrechar los lazos de unión y afecto. GASTEIZ (2003)

e. MATERIALES Y METODOS

La metodología que se aplicó en la investigación, se fundamentó en el uso de métodos, técnicas e instrumentos cuidadosamente seleccionados, mismos que permitieron establecer conclusiones y recomendaciones acorde a los resultados obtenidos.

El método científico, facilitó el análisis, síntesis y organización del trabajo, mediante una base bibliográfica científica, que permitió ampliar conocimientos en las variables del tema investigado, así mismo permitió aclarar ideas y poder llevar a cabo la investigación. Se utilizó el método Hipotético – deductivo, método estadístico y descriptivo. El primero permitió seguir un proceso de síntesis y análisis de las variables planteadas y construir el marco teórico; precisando conceptos, definiciones, normas generales, consecuencias y programas en la intervención temprana. El método descriptivo, permitió la descripción teórica de la problemática en cuestión y el método estadístico que luego de la recolección, recuento y presentación, permitió llevar a cabo una serie de procedimientos para el manejo de los datos cualitativos y cuantitativos, de esta manera poder llegar con la discusión de resultados, conclusiones y recomendaciones.

Esta investigación se la realizó en el Centro C.A.D.E. donde su población es de 70 niños/as y adolescentes, de los cuales se tomó una muestra de 8 niños/as con síndrome de Down en edades 1 a 6 años y 10 profesionales que laboran en este centro, dando un total de 18 investigados.

POBLACIÓN	MUESTRA
70 niños /niñas	8
Profesionales	10
TOTAL	18

TECNICAS E INSTRUMENTOS

Se utilizarán los siguientes instrumentos:

- Una encuesta estructurada de 5 preguntas, se ha aplicó a 10 profesionales seleccionados del centro C.A.D.E, la misma que permitió conocer los tipos de intervención temprana que aplican a los niños con síndrome de Down, con problemas marcados en su desarrollo motriz
- El Cuestionario para la medición de la motricidad se aplicó a 8 niños/as de 1 a 6 años, el mismo que permitió medir aspectos referentes al tema, intervención temprana y desarrollo motriz en los niños con síndrome de Dow.

Se procedió a la tabulación de resultados, para estadísticamente manejar el análisis y la interpretación de la información, con la ayuda de la técnica de la sábana, se tabularon los datos y se organizó la información, para proceder a la representación en matrices y de forma gráfica demostrar estadísticamente la selección de preguntas que encajaron con el cuestionario de medición de la motricidad de los niños/as de 1 a 6 años y de la encuesta aplicada a los profesionales del Centro C.A.D.E. para llegar a la discusión de resultados. Según el proceso de análisis e interpretación de datos y la formulación de las conclusiones se pudo constatar que los niños tienen dificultades para realizar actividades motrices que a su edad deberían haber superado. Esto se llevó a cabo en función a los objetivos planteados; y en base a cada uno de ellos se puede recomendar a los profesionales

suprimir actividades monótonas e interesarse en implementar un programa de intervención temprana que englobe intervenciones acorde a la edad y capacidad del niño que le permita desarrollar destrezas.

f. RESULTADOS

OBJETIVO UNO

Determinar los tipos de intervención temprana que se aplican al niño/a con síndrome de Down, desde su etapa inicial.

Según la encuesta al personal del C.A.D.E.

Este objetivo se contrasta con las preguntas 2, 4 y 5.

2. Señale los tipos de intervención temprana que se aplican en el C.A.D.E, a los niños/as con Síndrome de Down

MATRIZ DE FRECUENCIA 1

Tipos de Intervención temprana a niños con síndrome de Down	f	%
FISIOTERAPIA	5	50%
TERAPIA DE LENGUAJE	1	10%
TERAPIA OCUPACIONAL	4	40%
TOTAL	10	100%

FUENTE: Encuesta al personal del C.A.D.E.

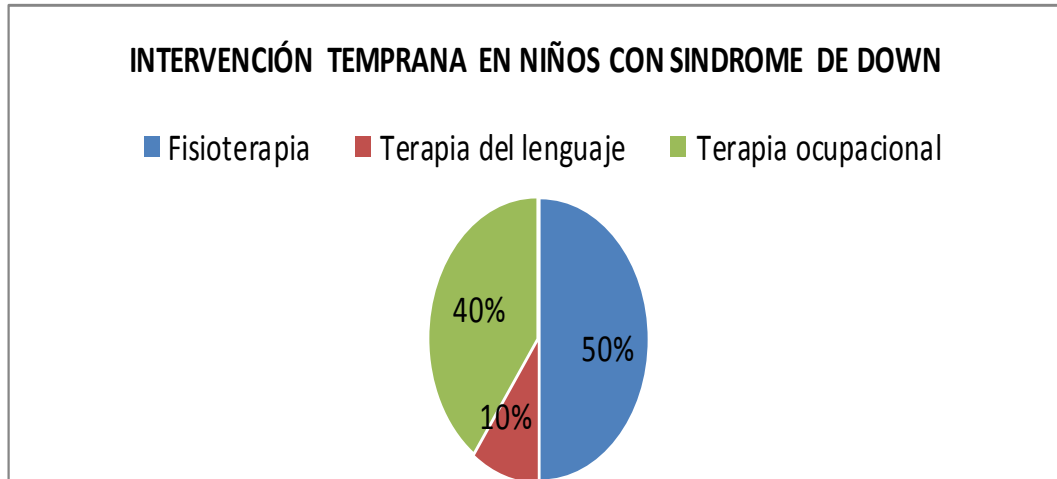
RESPONSABLE: Diana Ordóñez

ANÁLISIS

De los 10 profesionales encuestados en el centro C.A.D.E, 5 de ellos que equivalen al 50%, indican que el tipo de intervención temprana que aplican es la fisioterapia, 1 profesional que equivale al 10% indica que el tipo de intervención que aplica es la terapia de lenguaje y 4 de ellos que equivalen al 40% indican aplicar la terapia ocupacional.

REPRESENTACIÓN GRAFICA

Grafico # 1



INTERPRETACION

Según. Myers en (1995) señala que el efecto de la falta de intervención temprana a niños con síndrome de Down tiene menos probabilidad de alcanzar un adecuado desarrollo motriz.

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede evidenciar que los profesionales del Centro C.A.D.E utilizan más la fisioterapia y terapia ocupacional. Cabe recalcar que cada tipo de intervención temprana debe contar con actividades adecuadas y acordes a sus habilidades motrices para lograr independencia personal.

4. Señale con una x de qué manera influyen los tipos de intervención temprana en el desarrollo motriz de los niños con síndrome de Down que asiste al C.A.D.E

MATRIZ DE FRECUENCIA 2

Valoración de la intervención temprana en el desarrollo motriz de los niños con síndrome de Down.	F	%
Excelente	5	50%
Muy bueno	3	30%
Bueno	2	20%
Malo	0	0%
TOTAL	10	100%

FUENTE DE INVESTIGACION: Encuesta al personal del C.A.D.E

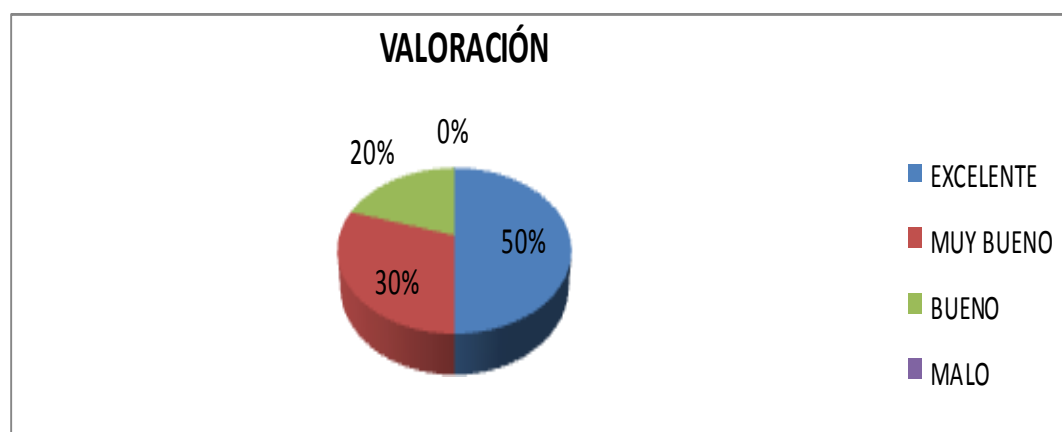
RESPONSABLE: Diana Ordóñez.

ANÁLISIS

De los 10 terapeutas entrevistados, 5 de ellos que equivalen al 50%, ante la pregunta de cómo han contribuido los tipos de intervención temprana que se aplican en el C.A.D.E, a los niños con síndrome de Down, expresan que contribuyen de manera excelente en el desarrollo motriz, 3 de ellos que equivalen al 30% aseguran que son muy buenas, 2 profesionales que equivalen a un 20% aseguran que son buenas y ninguno de ellos a dicho lo contrario en lo concerniente a algún efecto negativo en el desarrollo motriz de los niños con síndrome de Down.

REPRESENTACION GRÁFICA

Grafico # 2



INTERPRETACION

Según (Church, 2008) el desarrollo motriz, en los niños con síndrome de Down juega un papel muy importante por lo que se debe desarrollar al máximo desde su etapa inicial, ya que es ahí donde los niños están en la cumbre de su desarrollo.

De acuerdo a los resultados obtenidos se evidencia que los profesionales del Centro C.A.D.E. califican excelente el desarrollo motriz en los niños con Síndrome de Down, cabe reiterar que durante el tiempo que visite el Centro C.A.D.E. observe a los niños realizar actividades en las que se observó dificultad, por lo tanto esto evidencia que aún hay déficit en su desarrollo motriz.

5. En la siguiente lista de tipos de intervención temprana marque una (x) el tipo que se aplica de acuerdo a la edad de los niños con Síndrome de Down en el centro C.A.D. E.

MATRIZ DE FRECUENCIA 3

TIPOS DE INTERVENCION TEMPRANA					
EDAD CRONOLOGICA	FISIOTERAPIA	TERAPIA DE LENGUAJE	TERAPIA OCUPACIONAL	F	%
1 A 2 AÑOS	X			3	30%
3 A 4 AÑOS	X	X		3	30%
4 A 5 AÑOS	X	X		2	20%
6 AÑOS		X	X	2	20%
TOTAL				10	100%

FUENTE DE INVESTIGACION: Encuesta al personal del C.A.D.E

RESPONSABLE: Diana Ordóñez

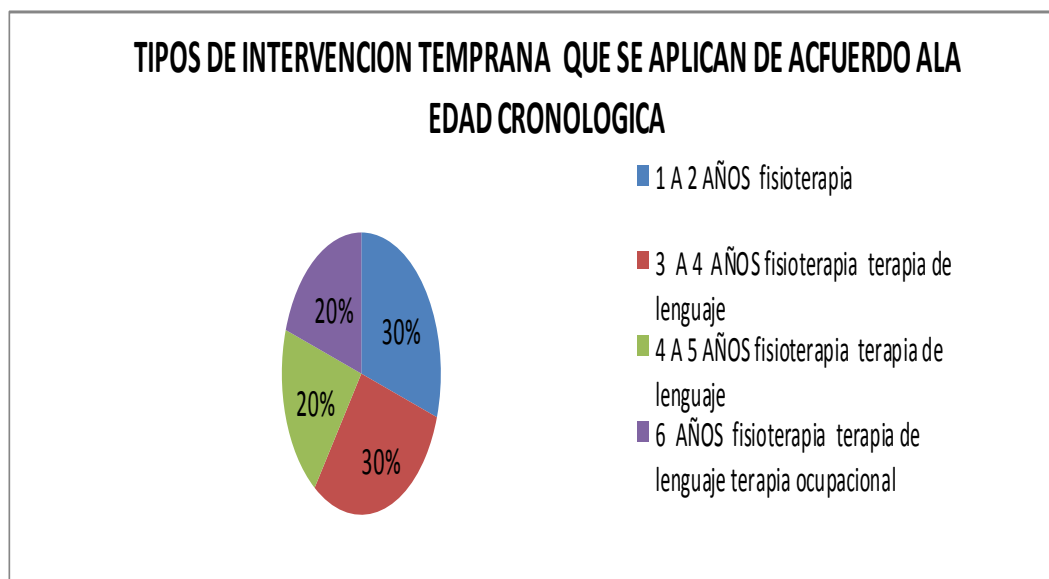
ANÁLISIS

De los 10 profesionales encuestados, acerca de los tipos de intervención temprana acorde a la edad cronológica de los niños con síndrome de Down, 3 de ellos que equivalen al 30% manifiestan que aplican fisioterapia a niños en edades de 1 a 2 años, 3 terapeutas que corresponden al 30% señalan que aplican fisioterapia, terapia física y terapia del lenguaje a niños con síndrome de Down de 3 a 4 años, 2 profesionales que equivalen al 20% expresan aplicar fisioterapia, terapia física, y del lenguaje a niños de edades de 4 a 5

años, 2 de los profesionales expresan que a los niños de 6 años se le aplica la fisioterapia, terapia física, terapia del lenguaje y terapia ocupacional.

REPRESENTACION GRAFICA

Grafico # 3



INTERPRETACION

Según LIGAN (1989), La fisioterapia tiene especial importancia en los niños con síndrome de Down debido a que el desarrollo motriz es el primer paso en el desarrollo de un niño. La meta de la fisioterapia es lograr que el niño aprenda a mover su cuerpo de manera adecuada, manteniendo una postura correcta evitando que en el futuro problemas físicos.

De acuerdo a los resultados a los resultados a los niños de 6 años se les suprime la fisioterapia tomando en cuenta el concepto la fisioterapia es primordial en el desarrollo motriz, aun mas en los niños con síndrome de Down ya que ellos necesitan una continuidad de intervención temprana manejando actividades y ejercicios que abarca la fisioterapia.

OBJETIVO 2

Identificar el desarrollo motriz de los niños/as con síndrome de Down para la intervención temprana.

CUESTIONARIO PARA MEDICION DE LA MOTRICIDAD EN LOS NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN

Según el cuestionario para medición de la motricidad:

MATRIZ DE FRECUENCIA 1

EDAD CRONOLOGICA	DESARROLLO MOTRIZ								F	%
	cam inar	correr	lanzar	trepar	reptar	esca lar	cuadri pedia	saltar		
1 AÑO					X		X		2	25%
2 AÑOS			X		X		X		1	12.5%
3 AÑOS	X		X		X		X		1	12.5%
4 AÑOS	X		X		X		X		1	12.5%
5 AÑOS	X	X	X	X	X	X	X		1	12.5%
6 AÑOS	X	X	X	X	X	X	X	X	2	25%
TOTAL									8	100%

FUENTE DE INFORMACION: Cuestionario de medición de la motricidad de niños de 1 a 6 años

RESPONSABLE: Diana Ordoñez

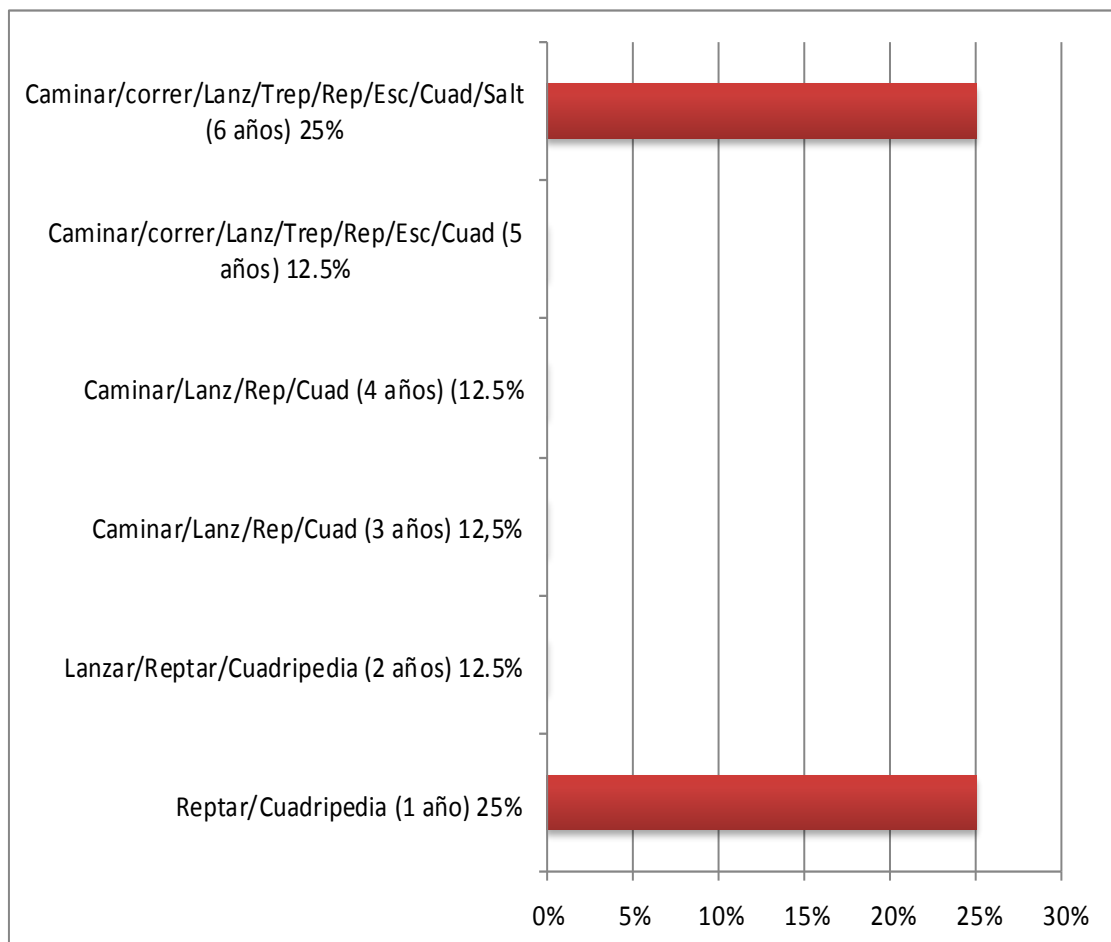
ANÁLISIS

De los 8 niños evaluados 2 de ellos representan el 25% tienen la edad cronológica de 1 año, muestran dificultad en sus movimientos y necesita ayuda para reptar y cuadrípedia, uno de ellos que tiene 2 años equivale al 12.5% presenta dificultad en movimientos de lanzar, reptar y cuadrípedia; necesitando apoyo para lanzar; 2 niños en edades, de 3 y 4 años equivalen al 12.5% cada uno, realizan movimientos como caminar, lanzar, reptar y cuadrípedia frente a esto es importante señalar que tienen mayor dificultad en caminar y lanzar necesitando apoyo; 1 niño de cinco años que equivale al 12.5% realiza movimientos como: caminar, correr, lanzar, trepar, reptar, escalar y cuadrípedia, necesitando apoyo en todos los movimientos pero

más dificultad tiene para caminar, correr, y escalar. 2 niños de 6 años que corresponden al 25% muestran movimientos en caminar, correr, lanzar, trepar, reptar, escalar, cuadrupedia y saltar; frente a lo cual la mayor dificultad motriz que denotan es para correr y saltar.

REPRESENTACION GRAFICA

Grafico # 1



INTERPRETACIÓN

Según Matas, S. (2000): La mayoría de los niños con síndrome de Down durante los primeros años de vida son totalmente dependientes, sus movimientos son controlados por reflejos y requieren de apoyo para ser individuos independientes. Los niños siguen una secuencia de etapas del desarrollo bastante predecibles que consisten en voltearse, sentarse, reptar, gatear, ponerse de pie y andar. En lo concerniente al cuestionario de medición para la motricidad se observa q todos Los niños con síndrome de Down realizan cada uno de los movimientos descritos, pero al realizar dichos movimientos se pudo observar que en cada una de las edades cronológicas. Existe dependencia requiriendo la ayuda del terapeuta, esto permitió concluir que no existe un adecuado manejo en cuanto a la intervención temprana y aplicación de ejercicios con estos criterios se puede demostrar que los niños con síndrome de Down que se encuentran en el centro CADE, requieren de un programa de intervención temprana para ayudarles en su déficit y desarrollar adecuadamente su motricidad.

Objetivo N: 3

Elaborar un Programa de intervención temprana que favorezca el desarrollo óptimo del niño/a con síndrome de Down, con un conjunto de actividades aplicables a desarrollar al máximo las áreas motrices propias de su infancia

g. DISCUSIÓN

Objetivo específico N: 1 Determinar los tipos de intervención que se aplican a los niños/as con síndrome de Down desde su etapa inicial.

Para llevar a cabo el primer objetivo se realizó como medio de indagación una encuesta dirigida a los terapeutas del centro donde se tomó encuentra la segunda, cuarta y quinta pregunta que permitió tener una pauta de los tipos de intervención temprana que aplican a los niños y niñas con síndrome de Down.

De acuerdo a la primera pregunta de los 10 profesionales encuestado en el centro C.A.D.E. el tipo de intervención temprana que aplican es la fisioterapia con un resultado del 50% que equivalen a 5 terapeutas y 1 de ellos que equivale al 10% aplican terapia de lenguaje y 4 de ellos que equivalen al 40% aplican la terapia ocupacional. En cuanto a la cuarta pregunta planteada de qué manera influyen los tipos de intervención temprana en el desarrollo motriz de los niños con síndrome de Down, se pudo determinar que de los 10 terapeutas entrevistados, 5 de ellos que equivalen al 50%, expresan que los tipos de intervención temprana contribuyen de manera excelente en el desarrollo motriz de los niños con síndrome de Down. Finalmente en la quinta pregunta se conoció cuáles son los tipos de intervención temprana que aplica de acuerdo a la edad cronológica, donde 3 de los terapeutas, que equivalen a un 30% utilizan la fisioterapia, y terapia del lenguaje en las edades de uno a tres años.

Objetivo específico N: 2 Identificar el desarrollo motriz de los niños/as con síndrome de Down para la intervención temprana.

Para comprobar éste objetivo se aplicó un cuestionario para medición de la motricidad a 8 niños /as con síndrome de Down en edades comprendidas de

1 a 6 años que asisten al centro C.A.D.E, en lo concerniente al cuestionario de medición para la motricidad se observa que todos Los niños con síndrome de Down realizan cada uno de los movimientos como: caminar, correr, lanzar, trepar, reptar, escalar, cuadrupedia y saltar pero al realizarlos se pudo observar que en cada una de las edades cronológicas existe dependencia requiriendo la ayuda del terapeuta.

Objetivo específico N: 3 Elaborar un Programa de intervención temprana que favorezca el desarrollo óptimo del niño/a con síndrome de Down, con un conjunto de actividades aplicables a desarrollar al máximo las áreas motrices propias de su infancia.

Es mi interés que los terapeutas del centro C.A.D.E. Utilicen esta herramienta en su máxima expresión para mejorar el desarrollo motriz, suprimiendo dificultades y retrasos en cada una de las etapas evolutivas de los niños con síndrome de Down. Al mismo tiempo que los profesionales en la materia consideren este aporte como un instrumento de valor en su crecimiento físico-mental. Tomando en cuenta el resultado de los dos objetivos anteriores puedo asegurar que el programa de intervención temprana es congruente a las dificultades propias que presentan los niños con síndrome de Down que asisten al centro C.A.D.E.

h. CONCLUSIONES

- Se concluye que la aplicación de los tipos de intervención temprana y la asistencia prestada por los terapeutas del centro C.A.D.E, se basa en fisioterapia, terapia del lenguaje y terapia ocupacional. Pero aún se observa déficit en los niños con síndrome de Down debido a que existe un mal manejo de las actividades que abarcan dentro de cada una de los tipos de intervención temprana.
- Luego de haber analizados los resultados se concluyó que el desarrollo motriz de los niños con síndrome de Down presenta retraso mostrando dificultades en cada movimiento para sentarse, reptar, gatear, ponerse de pie y andar, por lo tanto se recomienda inmediata intervención temprana en su motricidad.
- Los profesionales del centro C.A.D.E., no manejan correctamente un programa de intervención temprana con actividades y ejercicios acordes a su problemática, que les permita tener un desarrollo motriz óptimo, previniendo retrasos en su madurez, para adquirir capacidad y autonomía suficiente en su edad adulta.

i. RECOMENDACIONES

- Según los resultados de la encuesta aplicada a los profesionales del centro C.A.D.E., se recomienda tener un manejo adecuado de actividades y ejercicios que abordan cada tipo de intervención temprana con fin de actualizar y mejorar la atención.
- En cuanto al cuestionario de medición para el desarrollo motriz me permite recomendar a los profesionales un manejo profundizado en la aplicación de actividades a cada edad cronológica para conseguir avances significativos en el desarrollo motriz y así prevenir en los niños con síndrome de Down retraso en su independencia.
- Se recomienda a los terapeutas del centro C.A.D.E. un correcto orden en el manejo del programa de intervención temprana para evitar dificultades, permitiéndoles conseguir éxito en el desarrollo motriz de los niños con síndrome de Down.
- A la UNL, en la Carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial, incrementar masterados en Intervención Temprana para niños con síndrome de Down, como una oportunidad para profesionalizar a los egresados, incrementando en la malla curricular un taller práctico que aborde esta temática.

LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA PARA NIÑOS/AS CON SINDROME DE DOWN, DIRIGIDO A PROFESIONALES Y PADRES DE FAMILIA DEL C.A.D.E.

PRESENTACIÓN

No es raro que, con demasiada frecuencia, tienda a asociarse la atención temprana con la intervención sistematizada, más o menos intensiva, que se lleva a cabo en niños con problemas o dificultades en su desarrollo. Los nuevos enfoques de esta disciplina nos están mostrando de forma insistente, que la intervención directa sobre el niño constituye sólo una parte del programa de atención, que implica a la familia y al contexto social en el que se desenvuelve el niño, centro educativo, sociales y recursos de la comunidad, etc.

La puesta en marcha de éste programa de intervención temprana, es iniciativa de la investigadora, al indagar que en el centro C.A.D.E., los niños con síndrome de Down y los padres de niños con esta discapacidad, no reciben este servicio; sin duda plantear la implantación de éste modelo de intervención con Servicios Sociales, que ofrezca una visión de asistencia o de intervención a la población de las discapacitadas intervenidas en el centro C.A.D.E., sin olvidarse de la vertiente psico-educativa de intervención temprana dirigida a los padres de familia, personal de la institución, que hará hincapié en cuestiones de prevención, seguimiento y orientación a la familia, sin olvidar, por supuesto, las intervenciones individuales cuando sean menester en el tratamiento motriz del niño/a con síndrome de Down.

Por todo esto, se tiene como propósito resaltar la importancia y necesidad del desarrollo de los lineamientos alternativos en la elaboración de un Programa de intervención temprana para niños/as con síndrome de Down, dirigido a los profesionales y padres de familia del centro C.A.D.E. de la ciudad de Loja.

De aquí se desprenden los siguientes objetivos:

- Optimizar, en la medida posible, capacitación sobre intervención Temprana para mejorar desarrollo motriz de los niños/as con síndrome de Down.
- Considerar al niño con síndrome de Down como sujeto activo de la intervención Temprana.
- Introducir mecanismos necesarios de compensación, eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas.
- Atender y cubrir las necesidades y demandas de la familia y el entorno en el que vive el niño con síndrome de Down.

PROGRAMACIÓN

PRIMER DIA

TEMA: INTERVENCIÓN TEMPRANA EN NIÑOS/AS CON SINDROME DE DOWN

SUBTEMA: ASPECTOS GENERALES DE LA INTERVENCIÓN TEMPRANA

POBLACION: Profesionales y padres de familia del centro C.A.D.E.

OBJETIVO: Proporcionar a los profesionales del C.A.D.E, y a toda la familia la información, el apoyo y el asesoramiento necesarios acerca de la intervención temprana.

TIEMPO: 3 horas y 35 minutos.

ACTIVIDADES	OBJETIVO	TIEMPO	MATERIALES
Saludo de bienvenido y presentación. <ul style="list-style-type: none">• Dinámica grupal: Presentación en binas y cuartas.• Proyección de video motivacional "Las caricias de la vida"• Reflexión	motivar a los profesionales del C.A.D.E, y padres de familia de los niños Down a que se predispongan para participar en el taller	40 minutos	Laptops Infocus Tarjetas de identificación Alfileres Marcadores C.D. motivación "Las caricias de la vida"
Conferencia magistral <ul style="list-style-type: none">✓ Intervención temprana en niños Down✓ Aspectos generales de la	Ofrecer información clara acerca del tema y abrir plenaria para lograr mayor participación de los	60 minutos	Laptops Infocus capias Memory Flash

intervención temprana ✓ La detección temprana Plenaria	asistentes		
Coffe brake	Ofrecer un pequeño espacio de relax para entrar a otra nueva actividad.	20 minutos	Café prensado
Dinámica grupal: El mural de los refranes Conferencia magistral: La controversia herencia-medio ambiente La importancia de las relaciones tempranas Objetivos de la intervención temprana Trabajo grupal: Análisis de las temáticas planteadas acorde a la realidad social del niño/a con síndrome de Down. Exposición – evaluación Cierre	Fortalecer los conocimientos científicos y garantizar un mayor conocimiento del tema a profundidad Fortalecer el aprendizaje del tema, motivando al trabajo integrativo y participativo de la realidad social en la que se desenvuelven los niños con síndrome de Down, dentro de la institución y el hogar.	60 minutos 20 minutos 20 minutos 5 minutos	Laptops Infocus copias Memory Flash Papelotes Marcadores Cinta maski

SEGUNDO DIA

DENOMINACION: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

SUBTEMA: PRINCIPIOS GENERALES DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

POBLACION: Profesionales y padres de familia del C.A.D.E.

OBJETIVO: Proporcionar a los profesionales del C.A.D.E, y padres de familia las orientaciones, apoyo y asesoramiento necesarios acerca de la intervención temprana y sus estrategias de evaluación.

TIEMPO: 3 horas y 35 minutos

ACTIVIDADES	OBJETIVO	TIEMPO	MATERIALES
<p>Dinámica grupal: Yo tengo un tick</p> <p>Proyección de video motivacional “La salsa - discapacidad”</p> <p>Reflexión.</p>	<p>motivar a los profesionales del C.A.D.E, y padres de familia de los niños con síndrome de Down a que se predispongan para participar en el taller</p>	<p>15 minutos</p> <p>10 minutos</p>	<p>Infocus, Laptops Tarjetas de identificación Alfileres Marcadores C.D. motivación “La salsa”</p>
<p>Conferencia Magistral: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA PRINCIPIOS GENERALES DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN</p>	<p>Ofrecer información veraz acerca del tema y abrir plenaria para lograr mayor participación de los asistentes.</p>	<p>60 minutos</p> <p>30 minutos</p>	<p>Infocus, Laptops Memory flash C.D. diapositivas Juegos de naipes</p>

<p>TEMPRANA</p> <p>La intervención en el centro especializado</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ El servicio basado en el domicilio ➤ El servicio basado en un Centro especializado ➤ Una combinación de ambos servicios ➤ Evaluación. <p>Dinámica Grupal:</p> <p>Construir una torre con 53 naipes (solo) otro en parejas 106 y otro grupal de 5 participantes.</p> <p>Plenaria</p>	<p>Fortalecer el trabajo en grupo, descubriendo las debilidades individuales.</p> <p>Abrir diálogo de preguntas y respuestas</p>	<p>10 minutos</p>	
<p>Coffe break</p>	<p>Ofrecer un pequeño espacio de relax para entrar a otra nueva actividad.</p>	<p>20 minutos</p>	<p>Cola con sándwich</p>
<p>Conferencia Magistral:</p> <p>CONTENIDOS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervención en el área motora • Intervención en el área perceptivo- 	<p>Desarrollar mediante la intervención temprana habilidades de motricidad gruesa en niños hasta lograr independencia</p>	<p>70 minutos</p>	<p>Infocus, Laptops Memory flash C.D. diapositivas Salón Colchoneta Camilla</p>

<p>cognitivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervención en el área socio comunicativa • Intervención para la adquisición de hábitos de autonomía personal 	<p>personal.</p>		
<p>CIERRE.</p>	<p>Motivar a los participantes a continuar interesados en el programa.</p>	<p>5 minutos</p>	

TERCER DIA

DENOMINACION: LA INTERVENCIÓN TEMPRANA CON FAMILIAS

SUBTEMA: MODELO DE ENTORNOS COMPETENTES

POBLACION: Profesionales y padres de familia del C.A.D.E.

OBJETIVO: Proporcionar a los profesionales del C.A.D.E, y padres de familia las orientaciones, apoyo y asesoramiento necesarios acerca de la intervención temprana y sus estrategias de evaluación.

TIEMPO: 3 horas y 35 minutos

ACTIVIDADES	OBJETIVO	TIEMPO	MATERIALES
<p>Dinámica grupal: Yo tengo un tic</p> <p>Proyección de video motivacional “La salsa - discapacidad”</p> <p>Reflexión.</p>	<p>Agradecer la presencia de los participantes, presentar al/la conferencista y motivar a los profesionales del C.A.D.E, y padres de familia de los niños con síndrome de Down a que se predispongan para participar en el taller</p>	<p>15 minutos</p> <p>10 minutos</p>	<p>Infocus, Laptops Tarjetas de identificación Alfileres Marcadores C.D. . motivación “La salsa”</p>

<p>Conferencia Magistral: LA INTERVENCIÓN TEMPRANA CON FAMILIAS MODELO DE ENTORNOS COMPETENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidadores habituales • Percepción de auto competencia • Sistema familiar • Sistema profesional • Corresponsabilización • Postulados básicos. <p>Dinámica Grupal: Construir una torre con 53 naipes (solo) otro en parejas 106 y otro grupal de 5 participantes. Plenaria</p>	<p>Ofrecer información veraz acerca del tema y abrir plenaria para lograr mayor participación de los asistentes.</p> <p>Fortalecer el trabajo en grupo, descubriendo las debilidades individuales.</p> <p>Abrir diálogo de preguntas y respuestas</p>	<p>60 minutos</p> <p>30 minutos</p> <p>10 minutos</p>	<p>Infocus, Laptops Memory flash C.D. diapositivas Juegos de naipes</p>
<p>Coffe break</p>	<p>Ofrecer un pequeño espacio de relax para entrar a otra nueva actividad.</p>	<p>20 minutos</p>	<p>Cola con sándwich</p>
<p>Conferencia Magistral: CONTENIDOS DEL PROGRAMA DE</p>	<p>Desarrollar mediante la intervención</p>	<p>70 minutos</p>	<p>Infocus, Laptops Memory flash</p>

<p>INTERVENCIÓN TEMPRANA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervención en el área motora • Intervención en el área perceptivo-cognitivo • Intervención en el área socio comunicativa • Intervención para la adquisición de hábitos de autonomía personal. 	<p>temprana habilidades de motricidad gruesa hasta lograr independencia personal.</p>		<p>C,D. diapositivas Salón Colchoneta Camilla</p>
<p>CIERRE.</p>	<p>Motivar a los participantes a continuar interesados en el programa.</p>	<p>5 minutos</p>	

Final

j. BIBLIOGRAFÍA

- Ahonney Robinson y Powell, apoyos y servicios de intervención temprana (1993).
- Aranda R. y Vilorio. Atención Temprana en Educación Infantil. Madrid: Wélters Kluwer.: págs. 68-71(2008).
- Aranda, R. Y Vilorio. La organización de la atención temprana en la educación infantil. Tendencias Pedagógicas, págs. 145-147 (2004)
- Bautista, R. Necesidades Educativas Especiales. Ediciones Aljibe. Tomo I. Volumen 2. España - Málaga, Págs. 24 – 48. (2002)
- Becerro Juan Francisco Marcos, importancia de fisioterapia para el desarrollo en niños con síndrome de Down (2008)
- Candel Y Cols. Programa de Atención Temprana para niños Síndrome Down y otras alteraciones del desarrollo (1998)
- Castaño López Juan desarrollo motriz y evaluación de la áreas motrices en proceso d desarrollo. (2004)
- Cratty, B. J.1989 "Desarrollo perceptual y motor en los niños". Editorial Santillana. Tomo I. España-Madrid. Págs. 35 -37
- Feisd (2003). Programa de Atención Temprana para niños con Síndrome de Down y otros trastornos del desarrollo
- Guerra Ajuria, J.1978.niño Down y motricidad, reto a la superación. Manual de psiquiatría infantil. , Editorial Científico-Médica, Edición II, Tomo I. España- Barcelona, Págs. 30/35-53. – 34
- House Woodbine, (2008) intervención temprana puerto rico pág. 12-13
- House Woodbine, Bruni Y Maryanne. (1998) terapia en ocupacional acciones de la vida diaria.

- Libby Kumin, lenguaje inicial (1997).
- Ligan (1989), fisioterapia en niños de eta inicial
- Lopez Juan, 2004: Síndrome de Down. Guía rápida de consulta. Tomo I. Editorial-MASSON. España – Madrid. Págs. 25 a la 43.
- Oliver y Zapata (1994) procesos para el desarrollo motriz
- Troncoso (2011) Troncoso María Victoria, 2012, La evolución del niño con síndrome de Down, Editorial Panamericana, Edición primera, España – Madrid, p. 102-108
- Wallon (1941), el movimiento y la relación tónica son la base del desarrollo infantil

WEB-GRAFÍA

- cedd@futurnet.es - www.cedd.net. Libro blanco, Loja 2012 – 06 -15.
- www.terapiapsicomotriz.blogspot.com/ tests Romberg. Loja internet particular. 22 de agosto del 2012.

k. ANEXOS

ANEXO 1



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN
ESPECIAL**

TEMA:

LA INTERVENCIÓN TEMPRANA Y SU INCIDENCIA EN EL DESARROLLO MOTRIZ DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 6 AÑOS CON SÍNDROME DE DOWN QUE ASISTEN AL CENTRO DE ATENCIÓN Y DESARROLLO DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES ESPECIALES C.A.D.E DE LA CIUDAD DE LOJA. SEPTIEMBRE 2012 A MAYO 2013. LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS

Proyecto de tesis previo a la obtención del grado de Licenciada en Psicorrehabilitación y Educación Especial

AUTORA: DIANA ISABEL ORDOÑEZ AGUIRRE

LOJA-ECUADOR

2012

a. TEMA

LA INTERVENCIÓN TEMPRANA Y SU INCIDENCIA EN EL DESARROLLO MOTRIZ DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 6 AÑOS CON SINDROME DE DOWN QUE ASISTEN AL CENTRO DE ATENCION Y DESARROLLO DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES ESPECIALES C.A.D.E DE LA CIUDAD DE LOJA. SEPTIEMBRE 2012 A MAYO 2013. LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS.

b. PROBLEMÁTICA

En el Ecuador cada vez es más alto el porcentaje de niños y niñas con necesidades educativas especiales N.E.E, entre los que se encuentran los niños y niñas con Síndrome de Down, se considera que uno de cada 700 recién nacidos vivos nacen con esta deficiencia, también es conocido por todos que existen leyes que hablan sobre la inclusión, por ejemplo de acuerdo con los artículos 37, 41 y 42 del código de la niñez y la adolescencia, los niños con Síndrome de Down no deben ser excluidos de la educación regular. Según el estudio desarrollado por la 'Misión Manuela Espejo', en Ecuador, existen 7.457 personas con Síndrome de Down. Según el genetista Milton Jijón, la incidencia es elevada comparada con el resto del universo. "La incidencia del Síndrome de Down en el mundo está entre 1 por cada 700 nacidos vivos, mientras que en nuestro país varios estudios demuestran que está presente en 1 por cada 550 nacidos vivos.

De las 7457 personas con Síndrome de Down, 3597 que equivalen al 48.24% son mujeres y 3860 que equivalen al 51.76% son hombres. La tasa de prevalencia en el país es de 0.06 por 100 habitantes, las provincias de Manabí, Sucumbíos y Santo Domingo tienen la mayor prevalencia 0.09% por cada 100 habitantes mientras que en Carchi, Chimborazo, Imbabura y Pichincha es de 0.03%. El mayor porcentaje de personas con Síndrome de Down se encuentran en edades por debajo de los 25 años, del total de las personas con Síndrome de Down el 43% no ha recibido atención adecuada en su desarrollo motriz, y, según datos de la Misión Manuela Espejo, el 99.06% no tiene oportunidades de equilibrio motor para un adecuado desenvolvimiento social.

De acuerdo a las nuevas políticas de Estado en lo referente a la educación sugiere la inclusión de éstos niños/as en todas las unidades educativas, y están obligadas a recibir y a crear los apoyos y adaptaciones físicas, pedagógicas de evaluación y promoción adecuadas a las necesidades de

ellos hasta lograr una mayor participación y desarrollo de sus facultades; abordando tangencialmente el problema de estas personas con síndrome de Down como una respuesta estatal en términos de educación; salud y bienestar social para la población se ha caracterizado por el desarrollo de acciones insuficientes y desarticuladas y no siempre acordes con las necesidades reales de este sector.

La provincia de Loja presenta una de las mayores tasas de personas con patologías diferentes, esto es el 3.2 % que equivale a 12.954 personas con discapacidad y el 12% representa la población con Síndrome de Down esto se debe a la falta de educación en los matrimonios, la carencia de servicios profesionales para la asistencia de los partos y no disponer de centros para la rehabilitación, que con el tiempo incapacitan y terminan por sumir a las personas en estados de postración que las hace dependientes de familiares. Por esta razón deberían existir centros de atención en todas los cantones donde se brinde una oportuna rehabilitación y educación especial en las personas con síndrome de Down, considerando que uno de los aspectos a destacar en la intervención temprana del área motora de estos niños con problemas en el desarrollo motriz es la falta de estabilidad en las posturas, más que la falta de fuerza.

Loja no queda a tras de esta dura realidad, aquí se encuentra Centro de Atención y Desarrollo de niñas, niños y adolescentes especiales C.A.D.E, que cuenta con una Área de Estimulación Temprana para niños y niñas con Síndrome de Down, a decir de la Sra. Coordinadora de la Institución, aún en la actualidad pese al equipo multidisciplinario que cuenta el Centro, no se ha logrado una adecuada rehabilitación motriz del niño Down, partiendo de una evaluación inicial a edades tempranas de 1 años de edad del bebé, y, no se cuenta con planificaciones de intervención temprana a partir de éstas fechas de inicio del desarrollo; señala además, que en este Centro se atienden casos de niños y adolescentes con autismo, retraso mental, parálisis cerebral infantil entre otros, ya que todos se esfuerzan constantemente por

atender a niños/as en situación de riesgo económico, sin sacrificar la calidad y la eficiencia de atención.

Al entrevistar a algunos profesionales del Centro, refieren que sería bueno contar con un programa de intervención temprana en niños de uno a seis años encaminado a fortalecer la realidad motriz de los niños/as Down y ofrecer a la institución estrategias de rehabilitación física para ayudar a mejorar la calidad de vida de los niños acorde con sus necesidades educativas especiales; además, consideran que aplicar intervención temprana a estos niños ayudaría mucho a mejorar su desarrollo motriz, pero que lamentablemente por la falta de apoyo de los padres no se ha podido reforzar en los hogares esta actividad a pesar de saber que éstos niño/as cuando cogen el gusto a moverse aceptan mejor las sesiones de trabajo.

A criterio de uno de los fisiatras de la institución, la intervención temprana no debe ser un incordio para ellos, nunca debe producir sufrimiento o miedo. Al principio el sistema vestibular es muy sensible. Un movimiento lento y rítmico actúa como un sedante mientras que un movimiento brusco provoca el reflejo de susto. Si una actividad produce miedo se puede modificar, pero no se debe dejar de realizar. Considera que un programa de intervención temprana debe ser llevado a cabo por profesionales y contar con el apoyo de los padres de familia, quienes deben demostrarle al niño/a tranquilidad y entusiasmo para ayudarlo, evitando que la ansiedad y el miedo transmitan al niño/a inseguridad.

Al entrevistar a un padre de familia, representante de un niño Down, que recibe ayuda en el Centro de Atención y Desarrollo de niño/as y adolescentes especiales C.A.D.E. De la ciudad de Loja, manifiesta que el desarrollo motriz de estos niños es torpe y muy delicado, a pesar de tener el apoyo del gobierno aún se percibe de la sociedad la marcada marginación que sufren estos niños, ya que se los toma como personas incapaces. Sobre todo cuando las fuerzas físicas de ellos son torpes, para ayudarse en el

control de esfínteres, autoalimentarse, vestirse, asearse, dificultades en el juego, mayor o menor torpeza en la coordinación dinámica general y en la manipulación fina y gruesa. En definitiva el comportamiento general es como el de un niño menor edad, lo cual dificulta su adecuada adaptación social.

Con el análisis de esta problemática y por el interés que se tiene para investigar lo planteado, se delimita el tema de investigación en:

LA INTERVENCIÓN TEMPRANA EN EL DESARROLLO MOTRIZ DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 6 AÑOS CON SINDROME DE DOWN QUE ASISTEN AL CENTRO DE ATENCION Y DESARROLLO DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES ESPECIALES C.A.D.E DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO MAYO A DICIEMBRE 2012 Y ENERO A MARZO DEL 2013. LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS.

c. JUSTIFICACIÓN

La Universidad Nacional de Loja por medio del área de la Educación, Arte y Comunicación y la carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial forman profesionales humanitarios, investigativos, analíticos, reflexivos y críticos de la realidad social, impulsando nuevos procesos de enseñanza – aprendizaje con calidad y calidez en procura de lograr que los egresados aporten desde la investigación, nuevos conocimientos para impulsar el cambio y desarrollo que requiere el país.

Los problemas sociales relacionados con las Necesidades Educativas Especiales son motivo de la presente investigación, por lo que se justifica considerando que en el Centro de Atención y Desarrollo de Niñas, Niños y Adolescentes especiales C.A.D.E, cuenta con una Área de Estimulación Temprana a niños y niñas con Síndrome de Down, pero en la actualidad pese al equipo multidisciplinario que existe no se ha logrado una adecuada rehabilitación motriz del niño/a, con una evaluación inicial a edades tempranas de 0 años de nacido/a el/la bebé, y, no se cuenta con planificaciones de intervención temprana a partir de éstas fechas de inicio del desarrollo.

Por ello se justifica la presente investigación ya que su propósito es ayudar a incentivar a la comunidad acerca de la importancia que tiene la intervención temprana en el desarrollo motriz del niño/a Down, para fortalecer en él y la familia la seguridad y el empoderamiento para mejorar aquellos movimientos motrices lentos y rítmicos torpes con intervención temprana para que con ejercicios físicos, se rehabiliten y actúen efectivamente en su movilización, ya que si una actividad mal aplicada puede producir miedo e inseguridad en el niño al realizar un ejercicio físico, pero que sin embargo se puede modificar y no se debe dejar de realizar, ya que un programa de intervención temprana debe ser llevado a cabo por profesionales y contar con el apoyo de los padres de familia, quienes deben demostrarle al niño/a

tranquilidad y entusiasmo para ayudarlo, evitando que la ansiedad y el miedo transmitan al niño/a inseguridad.

Además se justifica por ser única esta investigación y porque no se han realizado otras de esta naturaleza y no se cuentan con estadísticas de niño/as Down que reciban intervención temprana en el CADE y que hayan mejorado su desarrollo motriz, porque para los padres de familia, el desarrollo motriz de estos niños es torpe y muy delicado, aún se percibe de la sociedad una marcada marginación social ya que se los toma como personas incapaces. Sobre todo cuando las fuerzas físicas de ellos son torpes, para ayudarse en el control de esfínteres, autoalimentarse, vestirse, asearse, dificultades en el juego, mayor o menor torpeza en la coordinación dinámica general y en la manipulación fina y gruesa. En definitiva el comportamiento general es como el de un niño menor edad, lo cual dificulta su adecuada adaptación.

Finalmente se justifica porque el propósito de este trabajo investigativo es aportar a la superación del problema planteado, confirmado con los actores involucrados, se establecen las variables a investigar, congruentes con esta situación; y porque ambiciona indagar el efecto y la realidad de la intervención temprana en el desarrollo motriz de los niños/as Down, proponiendo lineamientos alternativos en pro de solucionar el problema encontrado.

d. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Analizar la incidencia de la intervención temprana en el desarrollo motriz de los niños y niñas de 1 a 6 años con síndrome de Down que asisten al Centro de Atención y Desarrollo de niñas, niños y adolescentes especiales C.A.D.E de la ciudad de Loja.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Determinar los tipos de intervención temprana que se aplican al niño/a con síndrome de Down, desde su etapa inicial.
- Indagar el desarrollo motriz de los niños/as con síndrome de Down para la intervención temprana.
- Elaborar un Programa de intervención temprana que favorezca el desarrollo óptimo del niño/a con síndrome de Down, con un conjunto de actividades aplicables a desarrollar al máximo las áreas motrices propias de su infancia.

e. MARCO TEÓRICO

SÍNDROME DE DOWN

Antecedentes.

Un síndrome significa la existencia de un conjunto de síntomas que definen o caracterizan a una determinada condición patológica. El síndrome de Down se llama así porque fue identificado inicialmente el siglo pasado por el médico inglés John London Down. Sin embargo, no fue hasta 1957 cuando el Dr. Jerome Lejeune descubrió que la razón esencial de que apareciera este síndrome se debía a que los núcleos de las células tenían 47 cromosomas en lugar de los 46 habituales.

El síndrome de Down es un defecto al nacimiento de origen cromosómico que causa retraso mental. El nacimiento de un niño con este problema es un acontecimiento que se acompaña de un dramático impacto médico, familiar y social.

La atención inmediata del neonato con defectos al nacimiento es prioritaria y debe proporcionarse en todas las unidades de salud de los sectores público y privado y efectuarse con calidad y humanismo. Se estima que el síndrome de Down ocurre en uno de cada 800 recién nacidos en México la frecuencia se estima en 1 de cada 650 recién nacidos. TERATOLOGY (2000),

Ante la magnitud de este problema, el Sector Salud, a través del grupo técnico de estudio del síndrome de Down y algunas organizaciones de la sociedad civil desarrollaron el presente Lineamiento Técnico para la atención integral, prevención de complicaciones y aspectos educativos, contemplando

estrategias para favorecer la atención con calidad y calidez de los pacientes y las familias afectadas por esta cromosomopatía cromosomas del par 21. ¹

Definición

El síndrome de Down es una anomalía genética que se produce a consecuencia de un fallo en el momento de la concepción. El número normal de cromosomas en el ser humano es de 46, distribuidos en 23 parejas, siendo la última los cromosomas sexuales X e Y. Estos cromosomas constituyen la información genética del ser humano. El óvulo fecundado recibe un cromosoma de la madre y un cromosoma del padre para conformar cada una de las 23 parejas de cromosomas pero, a veces, ocurre una anomalía que consiste en la aparición de un cromosoma extra en el par número 21, lo que se conoce como trisomía del cromosoma 21.

La trisomía del cromosoma 21 es la anomalía cromosómica más frecuente: afecta a 1 de cada 700 niños nacidos vivos en todas las razas, sin distinción de ambiente geográfico ni de clase social. La trisomía 21 produce el síndrome de Down o mongolismo. John London Down (1866).

Esta alteración genética provoca que el bebé afectado nazca con un grado variable de discapacidad mental, unos rasgos físicos característicos y algunas patologías asociadas que veremos a continuación.

Desarrollo Motor En Los Niños Con Síndrome De Down

Durante los primeros años de vida los niños pasan de ser totalmente dependientes, con los movimientos controlados por reflejos, a ser individuos independientes. Desde los primeros días comienzan a tener experiencias nuevas de posturas y movimientos que les proporcionan sensaciones

¹Troncoso María Victoria, 2012, La evolución del niño con síndrome de Down, Editorial Panamericana, Edición primera, España – Madrid, p. 102-108

nuevas como el conocimiento de su propio cuerpo, ¿qué es moverse?, y su relación con el entorno que le rodea, ¿hacia dónde me muevo? Esta base es fundamental para el desarrollo del movimiento voluntario, los conocimientos, el juego, la visión, la audición y la percepción.

La mayoría de los niños siguen una secuencia de etapas del desarrollo bastante predecible que consiste en voltearse, sentarse, reptar, gatear, ponerse de pie y andar. Sin embargo, existe una amplia variación en la edad a la que se adquieren estas etapas. Existen pocos estudios sobre las variaciones culturales y como éstas afectan al desarrollo. Desde hace pocos años se recomienda poner a los bebés en posición supino en la cuna y este cambio ha supuesto una pequeña variación en el desarrollo.²

En el síndrome de Down, existe una variación aún más amplia en adquirir las etapas de desarrollo y hemos observado que la secuencia no es tan predecible. Podemos afirmar que los niños serán capaces de andar, gatear, etc., pero mantenemos una actitud bastante flexible en relación con el orden en que han de conseguir las etapas de desarrollo, siempre que los movimientos y posturas sean correctos.

Una de las características más notables en los niños con síndrome de Down, es el retraso del desarrollo motor. Éste ha sido tema de numerosos estudios y todos coinciden en que los factores más significantes son los siguientes:

- Hipotonía y retraso en el desarrollo postural normal, posiblemente causado por un retraso de la maduración del cerebelo. Las respuestas posturales lentas ante la pérdida de equilibrio restan eficacia para mantener la estabilidad. La hipotonía ocurre en casi todos los niños en mayor o menor grado, con tendencia a desaparecer con la edad.

²COHEN WH, 2009. Pautas de los cuidados de la salud de las personas con síndrome de Down. Editorial Mazon, Tomo I. España, p: 111-126.

- Retraso en la maduración del cerebro, caracterizado por una persistencia de reflejos primitivos, movimientos controlados por reflejos por ejemplo el reflejo del susto puede tardar varios meses en desaparecer y en este caso es necesario a veces adaptar algunos de los ejercicios.
- Laxitud de ligamentos, que añadido a la falta de tono muscular, produce hipermovilidad en las articulaciones.

La característica fundamental del desarrollo motor no consiste en conseguir un determinado hito motor, como sentarse o tenerse de pie, sino en el modo en cómo se incorpora éste al desarrollo general de la función y de la habilidad motora.

En líneas generales, podemos decir que la mayoría de los niños consiguen las diferentes etapas de desarrollo a través de sus propias experiencias y otros necesitan ayuda. El desarrollo motor se inicia desde la cabeza hacia abajo y desde la línea media hacia fuera, así que la primera tarea es conseguir el control de la cabeza. Una vez conseguido, el bebé va adquiriendo el control del tronco, inicia el movimiento del cuerpo de un lado a otro (volteo) y empieza a mantenerse en posición sentado. En este momento pueden aprender a mover sus brazos y piernas hacia fuera y de manera independiente.

El desarrollo de la motricidad fina está asociado con el control de la cabeza y el tronco, la adquisición de una postura firme, estabilidad a nivel de los hombros y los movimientos de los brazos.

Aunque hemos dicho que la mejor postura para dormir es la de boca arriba, en seguida recomendamos que los padres empiecen a mover a sus hijos. A los bebés con hipotonía les suele gustar mantener la misma postura, por eso iniciamos la estimulación en las primeras semanas con cambios de la

postura, boca abajo, boca arriba y a ambos costados. Esto favorece, entre otros aspectos, la buena formación de la cabeza y de las caderas.³

El control de la cabeza.

Girar la cabeza desde ambos lados a la línea media cuando está en posición boca abajo y boca arriba. Usando un objeto atractivo como por ejemplo una campanilla, será más fácil animar al niño a que gire su cabeza de un lado a otro.

Levantar la cabeza en posición boca abajo. Pondremos al niño en posición boca abajo y le animaremos a levantar la cabeza. Para esto colocamos siempre cerca de él juguetes u otros objetos que sean de su interés, que le estimularán a levantar la cabeza y mirar a su alrededor. Para ayudar al niño a mantener esta postura podemos colocar al niño sobre una cuña, un rodillo o una toalla enrollada. El niño empezará a cargar su peso en los antebrazos y después en sus manos, levantando su cabeza cada vez mejor.

Mantener la cabeza cuando se le tiene en posición de sentado. Empezaremos a levantarlo a la posición de sentado colocando nuestras manos por debajo de sus hombros y estimulándole a levantar su cabeza. Trataremos de llevar al bebé en brazos de manera que pueda ver a su alrededor y le daremos el apoyo necesario para que empiece a controlar sus propia cabeza.

Mantener la cabeza vertical cuando se le desplaza de varias formas. Más tarde sujetaremos al niño en posición de sentado y lo balancearemos suavemente hacia ambos lados, hacia delante y hacia atrás. Este ejercicio es muy efectivo si ponemos el niño encima de un balón grande de gimnasia el cual movemos hacia delante, detrás, a ambos lados y en redondo.

³Troncoso MV, del Cerro M, Ruiz E. 2011. El desarrollo de las personas con síndrome de Down, Editorial Médica Panamericana, Edición dos, Mexico, p: 78-85

Estos sencillos ejercicios le ayudarán a desarrollar los músculos del cuello y por tanto un mejor control de la cabeza. Una vez conseguido este objetivo, podemos pasar a realizar otras actividades de mayor complejidad. En cualquier caso deben realizarse dentro de un contexto en el que se vaya dando sentido a las mismas, por ejemplo juegos, observación de objetos o juguetes que llamen la atención, fijación de la mirada sobre algún estímulo novedoso, etc.

Hemos apreciado que muchos niños tienen una tolerancia menor a la posición de prono. Los niños que padecen cardiopatía, infecciones respiratorias de repetición o una hipotonía muy acusada son los que suelen presentar menor tolerancia. La posición de prono tiene mucha importancia porque ayuda a conseguir el tono de los músculos que extienden la cabeza y el tronco. Por eso se debe insistir poco a poco, o poner al niño en una situación que le ofrezca más confianza, por ejemplo, encima de las rodillas o el pecho de su madre o padre.

El volteo.

Voltear de prono a supino y viceversa por ambos lados. Desde el principio utilizamos la posición de medio lado porque en esta postura él bebe encuentra más facilidad para juntar las manos y mirarlas.

Normalmente los niños empiezan a girar de la posición de boca abajo a la de boca arriba, y más tarde aprenden a girar en el sentido contrario, de boca arriba a boca abajo. Para ejecutar estos movimientos utilizan la cabeza, los brazos, el tronco y las piernas, en ese orden. Empezaremos estimulando el giro de medio lado en ambos sentidos e iremos progresando a los giros completos.

El volteo es un medio de desplazamiento y no se lo vamos a impedir ya que es positivo aprovechar el deseo del niño de explorar el entorno; sin embargo,

iremos estimulando otras formas de moverse como por ejemplo la reptación o el gateo que es más eficaz y funcional.

La sedestación

Sentarse sin ayuda. Los niños con S.D. disfrutan como todos los niños cuando pueden sentarse independientemente en el suelo. La posición de sentado les da una visión mucho más amplia y les ofrece mayores posibilidades de percibir y explorar el entorno que les rodea. Es importante en esta etapa estimular los apoyos de los brazos hacia delante, hacia los lados y hacia detrás, teniendo en cuenta que los niños con S.D. tienen generalmente los brazos cortos. Para ayudarles podemos utilizar ladrillos de plástico o juguetes a modo de plataforma. Al principio, cuando ponemos al niño en la posición de sentado, debemos tener en cuenta que tendrá una tendencia a caerse hacia atrás, por lo que se debe utilizar un cojín que se coloca detrás pero sin ofrecerle apoyo.

Nuestro objetivo es que todos los niños logren una sedestación dinámica lo antes posible, es decir, que pueden sentarse solos, apoyarse con los brazos, girar el tronco y empezar a pasar de la posición de sentado a la de a gatas. Es importante enseñar a los niños a sentarse solos desde la posición tumbados, desde la posición de prono y cuatro patas y si no desde el medio lado. La interacción entre la sedestación, la posición de prono y de cuatro patas es importante para aumentar la agilidad y facilitar el gateo.

El desplazamiento

A continuación se muestra un estudio sobre la edad de adquisición de la marcha según la modalidad de la pre-marcha. Puede observarse que entre los niños típicos los más precoces son los que andan directamente y los más tardíos son los que se desplazan reptando. Por otro lado, en el grupo de niños de la Fundación de Cantabria, se observa que ninguno ha caminado

directamente y tanto los reptadores como los gateadores han andado más o menos simultáneamente, siendo los que se desplazan a culadas los más tardíos.

Como hemos mencionado, muchos niños con S.D. muestran menor tolerancia a la postura en prono y un retraso posterior en el desarrollo de la reptación y el gateo, probablemente debido a ciertas dificultades en estabilizar los músculos a nivel de las caderas y los hombros. Otro factor que influye es su constitución física, con miembros cortos y cuerpo rechoncho. Gatear es una actividad que se utiliza a lo largo de la vida, no es sólo una etapa de desarrollo motor y en los niños pequeños facilita la seguridad y la agilidad de los cambios para sentarse, ponerse de rodillas, ponerse de pie y andar. Nosotros insistimos en este aprendizaje antes y después de andar.

Caminar

La capacidad de caminar sólo produce un cambio importante en la vida del niño y de su familia, permitiendo una independencia que el niño hasta entonces no había experimentado. Sin embargo, aunque para muchos padres es la etapa más deseada, los programas de estimulación no deben centrarse en esta tarea, ni se debe pensar que una vez conseguida ya no hace falta seguir la estimulación del área motora. El rendimiento de la habilidad de andar a lo largo de la vida depende en muchos aspectos de la calidad del movimiento desarrollada al principio. Por lo general, los niños necesitan emplear mucho tiempo con intercambios entre sentado, a gatas y de pie, por ejemplo jugando delante de una mesa. Estas actividades aumentarán el desarrollo de la estabilidad y la fuerza en general.

Muchos niños cuando empiezan a andar demuestran ciertas características que en los niños con S.D. pueden acentuarse por culpa de la hipotonía y la hiperlaxitud de los ligamentos lo que causa una hipermovilidad o flexibilidad de las articulaciones. Todos empiezan a andar con una base amplia de

sustentación, como los "patos" y en los niños con S.D. esta etapa puede alargarse más tiempo de lo habitual y puede afectar la biomecánica del movimiento. Debido a esta hipermovilidad, pueden observarse posturas anormales en las caderas y especialmente en las rodillas y los pies. Las rodillas pueden estar demasiado juntas (valgo) o demasiado separadas (varo). No es necesario ningún tratamiento especial en la mayoría de los casos ya que la tendencia de resolverse es espontánea y sólo precisa atención a la edad de 8-9 años si no está resuelto o no mejora. Hemos observado posturas de lordosis lumbar asociado con recurvatum de las rodillas en algunos niños al inicio de la marcha pero no ha sido necesario un tratamiento específico.

El pie

El pie empieza a desarrollar su bóveda plantar poco a poco a partir de la etapa del inicio de la bipedestación y la marcha, por lo que todos los niños empiezan a andar con pies planos. Este proceso dura varios años y en los niños con S.D. puede ser aún más lento. Los pies planos sólo se consideran patológicos si existe algún síntoma como dolor o rigidez. Para ayudar el pie en su desarrollo es conveniente seguir insistiendo con ejercicios de equilibrio para normalizar la base de sustentación lo antes posible. Es recomendable utilizar zapatos flexibles y andar descalzo por la casa y la playa. En pocos casos se precisa la utilización de plantillas o férulas correctoras.

El juego

Una vez conseguida la marcha independiente se pueden empezar a trabajar otros aspectos del desarrollo motor más dinámicos y divertidos que proporcionan una base para poder participar en los juegos con otros niños y el deporte organizado. El juego espontáneo y libre forma una parte muy importante de la vida de un niño. Este entusiasmo por conseguir objetivos cognitivos, aunque sea de manera lúdica y centrarse en las habilidades por

sí mismas en programas de estimulación precoz, a veces nos lleva a organizar demasiado el juego. Debemos proporcionar al niño el material y las situaciones necesarias para estimular el juego libre.

Ejercicios de equilibrio y transferencia de peso.

- Agacharse y volver a incorporarse.
- Andar de lado y hacia atrás.
- Subir y bajar escalones con y sin la ayuda de una barandilla.
- Andar de puntillas.
- Lanzar y coger.
- Correr y brincar.
- Trepas
- Saltos y salto a la pata coja.

CARACTERÍSTICAS MOTRICES DE LOS NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN

En relación al desarrollo motriz, el niño con síndrome de Down no tiene grandes diferencias comparados con otros niños. Su lentitud característica no representa ningún trastorno psicomotriz grave, pero sí un deterioro de las habilidades motrices. A este tipo de niños tenemos que enseñarle para que aprenda, no las adquiere de forma natural como un niño normal. El desarrollo y el trabajo psicomotor de un niño Down debe incluir los procesos que van desde movimientos reflejos innatos hasta la adaptación del niño al medio.

Poco se sabe sobre cómo estructurar el medio ambiente y adaptar un programa motriz, para obtener el máximo potencial de los niños con Síndrome de Down y así poder aumentar su participación en la actividad física.

El problema específico depende directamente de la psicomotricidad o retraso en la sedestación, bipedestación, prensión, etc. Además hay que incluir los fallos sensoriales y perceptivos visual y auditivo que repercute en el conocimiento del espacio, alteraciones de coordinación, organización práctica, torpeza, alteraciones de postura y equilibrio.

Que un niño con síndrome de Down tenga un óptimo desarrollo es fundamental favorecer el desarrollo motriz y la socialización. La socialización evitara la apatía, suscitara el interés, y aumentara la curiosidad.

Evaluación de la función motora en los niños Down

Es importante contar con una autorización médica adecuada antes de iniciar la evaluación de la función motora de los niños con síndrome de Down, porque estos niños a menudo padecen graves enfermedades subyacentes por ejemplo, enfermedades congénitas del corazón. Durante la evaluación, es importante evitar los movimientos rotatorios rápidos y los movimientos de rebote de la cabeza que pueden causar hiperflexión o hiperextensión del cuello.

Cuando se evalúa a los niños con síndrome de Down, es importante tener en cuenta cómo pueden influir sus características en la evaluación. Por ejemplo, la estimulación verbal, visual, táctil y auditiva pueden influir en los movimientos del niño. Podría necesitarse estimulación quinesésica y propioceptivos más intensa para provocar una respuesta y podría transcurrir un período más prolongado entre estímulo y respuesta.

componentes de la evaluación del desarrollo motor

Cuando se evalúa la función y el desarrollo motor de los niños pequeños con síndrome de Down, es importante tener en cuenta lo siguiente:

La interrelación que existe entre el desarrollo cognitivo y el desarrollo motor del niño

- Las habilidades lingüísticas receptivas del niño
- El estado general y la función neurológica del niño
- El grado de cualquier compromiso cardíaco y respiratorio, como por ejemplo:
- Un tono muscular disminuido, que puede llevar a una menor potencia pulmonar
- Los problemas con la alimentación, la succión, el acto de tragar, la respiración y el habla
- Las funciones y necesidades motoras orales
- La necesidad de contar con un apoyo para la cabeza, el tronco o las extremidades inferiores
- La necesidad de contar con un equipamiento de adaptación adecuado o la necesidad de adaptar el entorno hogareño
- La necesidad de que los padres reciban capacitación o apoyo para favorecer el desarrollo motor del niño

Se recomienda que la evaluación de la motricidad gruesa comience a los 3 meses de vida y la de la motricidad fina, a los 6.⁴

⁴LOPEZ Juan, 2004: Síndrome de Down. Guía rápida de consulta. Tomo I. Editorial-MASSON. España – Madrid. Págs. 25 a la 43

INTERVENCIÓN TEMPRANA

Antecedentes

Los primeros años de vida son fundamentales en el desarrollo de un niño. Todos los niños pequeños pasan por los cambios más rápidos y significativos para el desarrollo en este período. Durante estos primeros años, adquieren las destrezas básicas físicas, cognitivas, del lenguaje, sociales y de autoayuda que sirven de base para el progreso en el futuro y estas capacidades se adquieren según patrones predecibles de desarrollo. Es típico que los niños con síndrome de Down tengan retrasos en ciertas áreas del desarrollo, de modo que la intervención temprana es sumamente recomendable. Se la puede iniciar en cualquier momento después del nacimiento, pero cuanto antes, mejor. Esta sección brinda detalles sobre los distintos tipos de intervención temprana disponibles y cómo acceder a los servicios.

definición

La intervención temprana son programas sistemáticos de terapia, ejercicios y actividades diseñados para tratar retrasos del desarrollo que pueden sufrir los niños con síndrome de Down u otras discapacidades. WoodbineHouse. (2008)

Se define a la Intervención temprana, como el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar, planificadas y que deben considerar la globalidad del niño.⁵

La intervención temprana es el conjunto de intromisiones, dirigidas tanto a los niños con síndrome de Down de 0 a 6 años, como a sus familias y entorno. El objetivo es dar respuesta a las necesidades que presentan estos

⁵Ahonney, Robinson y Powell 1993, APOYOS Y SERVICIOS DE INTERVENCION TEMPRANA, EDUCACION ESPECIAL.Mexico. Chiapas. Tomo I. Pág, 67

niños para potenciar al máximo su desarrollo. Las intervenciones deben considerar la globalidad del niño, y deben ser planificadas por un equipo de profesionales que tenga en cuenta todas las áreas del desarrollo del niño.⁶

intervención temprana y el síndrome de Down

Entre las muchas etapas del desarrollo que niños que aun crecen tendrán que pasar, la más rápida y el cambio significativo en el desarrollo ocurre durante los primeros tres años de su vida. Es durante este período de transición entre la infancia y temprana edad de la niñez que niños logran sus habilidades básicas físicas, cognitivas, lenguaje, social y de ayuda propia. Aun mas, es de esperarse que estas habilidades sean alcanzadas de acuerdo a patrones predecibles del desarrollo, así formando la fundación para el progreso en el futuro. Como una regla, estas metas del desarrollo pueden ser logradas de una manera ordenada, aparentemente espontánea, con más éxitos que fracasos. Niños con síndrome de Down, sin embargo, pueden enfrentar potencialmente algunas dificultades en ciertas áreas del desarrollo. Niños con síndrome de Down si progresan a través de las mismas etapas del desarrollo, pero lo hacen a su propia tabla de tiempo.

cuando se debe iniciar la intervención temprana

La intervención temprana debería comenzar en algún momento poco después del nacimiento y generalmente continuar hasta que el niño tenga tres años de edad, el niño Down, cuanto antes comience la intervención temprana, mejora su desarrollo motriz, sin embargo el desarrollo es un proceso continuo que comienza con la concepción y avanza, etapa por etapa, en una secuencia ordenada.

Existen hitos específicos en cada una de las cuatro áreas del desarrollo, destrezas de motricidad gruesa y fina, destrezas del lenguaje, desarrollo social y destrezas de autoayuda, que sirven como pre requisitos para las

⁶cedd@furnet.es - www.cedd.net. Libro blanco, Loja 2012 – 06 -15.

etapas que siguen. Se espera que la mayoría de los niños alcancen cada hito en un momento determinado, al que también se llama edad clave, que se puede calcular en términos de semanas, meses o años. Debido a los desafíos específicos asociados al síndrome de Down, es probable que los bebés sufran retrasos en ciertas áreas de desarrollo. Sin embargo, alcanzarán cada uno de los mismos hitos que otros niños, pero con su propio cronograma. Cuando se monitorea el desarrollo de un niño con síndrome de Down, es más útil seguir la secuencia de hitos alcanzados que la edad a la que se alcanzaron esos hitos.

TIPOS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

Cada tipo de intervención temprana se ocupa de aspectos específicos del desarrollo de un bebé como son:

La fisioterapia

Se concentra en el desarrollo motor. Por ejemplo, durante los primeros tres ó cuatro meses de vida, se espera que un bebé logre controlar la cabeza y la capacidad de colocarse en posición de sentado con ayuda sin que la cabeza se le vaya para atrás y la fuerza suficiente en el torso superior para mantener una postura erecta. La fisioterapia adecuada puede ayudar a un bebé con síndrome de Down, que puede no tener un buen tono muscular, para alcanzar este hito.

Antes del nacimiento y en los primeros meses de vida, el desarrollo físico constituye la base para todos los progresos futuros. Los bebés aprenden mediante la interacción con su medioambiente. Para hacerlo, un bebé debe tener la capacidad de moverse libremente y con determinación. La capacidad de explorar el entorno, la capacidad de alcanzar y tomar juguetes, girar la cabeza para seguir con la vista un objeto que se mueve, la capacidad de rodar, te gatear en busca de un objetivo deseado, todos estos

comportamientos dependen del desarrollo motor tanto grueso como fino. Las actividades físicas interactivas fomentan la comprensión y el dominio del entorno, estimulando el desarrollo cognitivo, del lenguaje y social.

Otro beneficio a largo plazo de la fisioterapia es que ayuda a prevenir los patrones de movimiento compensatorio que tienen tendencia a desarrollar las personas con síndrome de Down. Esto puede llevar a que aparezcan problemas ortopédicos y funcionales si no se lo corrige.

La terapia del habla y del lenguaje

Es un componente fundamental de la intervención temprana. Aunque los bebés con síndrome de Down pueden no decir sus primeras palabras hasta los 2 ó 3 años de edad, existen muchas destrezas previas al habla y al lenguaje que se deben adquirir primero. Estas incluyen la capacidad de imitar y hacer eco de sonidos; destrezas para turnarse, aprendidas en juegos como “peek-a-boo” o las llamadas escondidas; destrezas visuales mirar al que habla o a objetos; destrezas auditivas escuchar música y lo que se habla por períodos más extensos, o escuchar sonidos del habla; destrezas táctiles aprender sobre el tacto, explorar objetos con la boca; destrezas motoras orales usar la lengua, mover los labios; y destrezas cognitivas entender la permanencia de los objetos y las relaciones de causa y efecto..

La terapia ocupacional

Les ayuda a los niños a desarrollar y dominar destrezas para su independencia. La terapia ocupacional puede ayudar con capacidades tales como abrir y cerrar cosas, levantar y soltar juguetes de distintos tamaños y formas, apilar y construir, manipular nudos y botones, experimentar con crayones, etc. Los terapeutas también les ayudan a los niños a aprender a alimentarse y vestirse y les enseñan destrezas para jugar e interactuar con otros niños.

Terapia física

Ayudar a mejorar o mantener la movilidad y el equilibrio, dirigir la motricidad disminuida, mantener la flexibilidad y fortalecer los músculos. También previene deformidades, como la reducción de las contracturas articulares, escoliosis Mantener una buena alineación postural. En los niños con síndrome de Down les permite tener un buen desarrollo físico evitando retrasos en cada una de sus etapas. MARCOS BECERRO, (2008)

ATRIBUTOS QUE SE DEBEN EVALUAR EN LA INTERVENCIÓN TEMPRANA.

Los atributos motores que se deben evaluar en los niños Down, son las siguientes:

Desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida

- Los movimientos y el control postural
- La supinación/pronación
- La fuerza de prensión
- El descanso sobre el costado
- Los movimientos de la mano a la boca
- La capacidad de mantenerse sentado
- La estabilidad de la escápula hombro con ayuda
- La capacidad de mantenerse parado con ayuda
- Los movimientos orales para succionar, alimentarse y producir sonidos

Desde los 6 a los 12 meses

- La capacidad de mantenerse sentado
- El control postural
- La base de apoyo

- La capacidad de usar las manos La movilidad y exploración del entorno
- La capacidad de rodar
- La pinza digital
- La progresión a la pronación
- La transferencia de objetos entre las manos
- El gateo o reptar
- El patrón de alcance de los objetos
- Los movimientos orales para comer, beber y producir sonidos

Desde los 12 a los 24 meses:

- La capacidad de mantenerse sentado
- El control postural
- La base de apoyo y el uso de las manos
- La posibilidad sentarse y abandonar
- La variedad de posturas esa posición La movilidad y exploración del entorno
- La posibilidad de gatear y de treparse
- La capacidad de soltar objetos
- El autoimpulso para pararse
- La coordinación óculomanual
- La capacidad de mantenerse parado
- El movimiento de prensión más definido
- La posibilidad de caminar a velocidad
- La capacidad de alimentarse sin ayuda constante
- La capacidad de dar pasos

Desde los 24 a los 36 meses:

La capacidad de manejarse en el entorno en forma independiente La capacidad de caminar en superficies uniformes, escalonadas e irregulares

La capacidad de subir escaleras La capacidad de treparse en los juegos de plaza El uso de elementos para colorear o dibujar y escribir

VENTAJAS DE LA INTERVENCIÓN TEMPRANA EN EL NIÑO/A CON SINDROME DE DOWN

La intervención temprana en los niños Down, tiene las siguientes ventajas:

- Un mejor desarrollo integral
- Mejor conocimiento de sí mismo
- Se elevan o potencializan sus capacidades
- Favorece la autoestima
- Se estrechan los lazos de unión con sus padres
- La posibilidad de vivenciar el amor y transmitirlo
- Centrar y desarrollar las capacidades de atención y concentración.
- Una mejor preparación y bases para el futuro.

VENTAJAS DE LA INTERVENCIÓN TEMPRANA PARA LOS PADRES DE NIÑOS CON SINDROME DE DOWN

- La posibilidad de transmitir o de dar y recibir amor de su bebe, a través del contacto.
- La satisfacción de estar haciendo lo mejor por sus hijos, y colaborar con su desarrollo.
- El conocimiento de las necesidades del bebe, de ser posibilitadores y potenciadores de su desarrollo integral
- Estrechar los lazos de unión y afecto⁷

⁷ARANDA, R. y VILORIA, C.A. 2004. La organización de la atención temprana en la educación infantil. Tendencias Pedagógicas, págs. 145-147

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

introducción

Un programa de intervención temprana enfatiza la atención global al niño, a su familia y a su entorno de una forma natural, empleando actividades funcionales que se inserten en las rutinas diarias del niño y de su familia. El programa de IT debe basarse en el contexto natural del niño, y, en consecuencia, hay que diseñar de forma coherente ese medio físico y social, de manera que sea rico en estímulos para favorecer el desarrollo del niño y el buen equilibrio de la familia. Lo más importante no es tanto la adquisición de conocimientos y habilidades por parte del niño, sino una buena integración socio comunicativa y la aprehensión de estrategias de solución de problemas y de autonomía personal y social, cara a un funcionamiento independiente el día de mañana. BENÍTEZ LANGUÍN Y SÁNCHEZ,. (2000).

Parece claro que el desarrollo del niño con problemas en su desarrollo puede ser mejor comprendido y mejor estimulado en el contexto familiar. Por ello, uno de los principales objetivos de la educación de estos niños en sus primeros años, es favorecer un buen ajuste de los padres y fomentar unos adecuados patrones comunicativos, de forma que el niño se sienta más motivado para reaccionar a los estímulos del medio y, a su vez, sus padres disfruten más con su propio rol parental.

Lo más importante es que los niños consigan superar una serie de adquisiciones motoras, cognitivas o lingüísticas, olvidando diversos aspectos que van a cimentar el desarrollo evolutivo y académico de estos niños. Uno de los objetivos de los programas de IT es tratar de mejorar los potenciales madurativos de los niños. Sin embargo, estos programas deben pretender, sobre todo, enriquecer el medio en el que se desenvuelve el niño, fomentando las interacciones con las personas que le rodean.

Concepto

El programa de intervención temprana es aquel que está dirigido al niño en las primeras etapas de la vida, principalmente desde la etapa prenatal hasta los 4 ó 6 años, según los casos. SALUDALIA (2013)

Propósito

Los principales propósitos de un programa de intervención temprana para niños con dificultades de desarrollo en sus primeros meses, son los siguientes:

1. Favorecer de manera global el desarrollo de la motricidad Gruesa, entendiéndose como tal el control de cabeza, girar, sentarse, gatear, realizar transiciones, llegando a adquirir la marcha independiente.
2. Asistir la motricidad fina, apuntando principalmente a la exploración, manipulación y agarre de objetos
3. Lenguaje, estimula los precursores del lenguaje expresivo y comprensivo, como contacto visual, atención conjunta, toma de turnos en la conversación, imitación de sonidos y gestos, nominación, comprensión de órdenes simples
4. Social-emocional, busca desarrollar un vínculo afectivo saludable entre el menor y su figura de apego, a fin de favorecer la relación con otros;
5. Cognitiva, centrada en el desarrollo de la motivación, atención, búsqueda y exploración, juegos de causa-efecto y resolución de problemas.

f. METODOLOGÍA

El presente investigación es de tipo descriptivo cuanti-cualitativo, que se realizará en el Centro de atención y desarrollo de niñas, niños y adolescentes especiales C.A.D.E, que se desarrollará utilizando los siguientes métodos, técnicas e instrumentos que asentarán obtener resultados fiables, para el cumplimiento de los objetivos planteados.

Método

La investigación se basará en los siguientes métodos:

El método científico, que facilitará el análisis, síntesis y organización del trabajo, mediante una base científica, para ampliar los conocimientos en el manejo del marco teórico, así mismo permitirá realizar una observación directa a los niños/as Down, diálogo con los terapeutas, lecturas y análisis de documentos que orientarán a identificar un sinnúmero de problemas de la realidad, mismos que serán sometidos a un análisis de factibilidad para determinar la subjetividad y objetividad, novedad y utilidad social.

La investigación es de tipo cuanti-cualitativa, en la que se va a utilizar los métodos Hipotéticos – deductivos – inductivos y la estadística descriptiva. El primero sigue un proceso sintético-analítico; se presenta conceptos, definiciones, o normas generales de las cuales se extraen conclusiones o consecuencias en las cuales se aplican o se examinan casos particulares sobre la base de las afirmaciones generales. El segundo método sigue un proceso analítico-sintético, mediante el cual se parte del estudio de hechos o fenómenos particulares para llegar al descubrimiento de un principio o ley general y, en tercer lugar la estadística descriptiva que permitirá la recolección, presentación, descripción, análisis e interpretación de datos, llegar a las conclusiones, recomendaciones y discusión de resultados.

El método descriptivo y explicativo, descriptivo porque realiza una descripción teórica de la problemática en cuestión y explicativa porque busca la verificación de la realidad. Estos métodos serán la guía orientadora para desarrollar este objeto de estudio.

TECNICAS E INSTRUMENTOS

Se utilizarán los siguientes instrumentos:

- La encuesta, estructurada cuya finalidad es conocer que tipos de intervención temprana aplican a los niños/as con síndrome de Down de 1 a 6 años, de acuerdo a la edad y que mejoría han tenido. Se aplicó a los psicorrehabilitadores del centro C.A.D.E.
- El Cuestionario para la medición de la motricidad se aplicó a 8 niños/as de 1 a 6 años con síndrome de Down del centro C.A.D.E. de la ciudad de Loja para indentificar problemas en su desarrollo motriz

Este proceso metodológico se ajustará a las limitaciones de los recursos humanos y materiales, a las características del medio y a los problemas detectados por la falta de intervención temprana en el desarrollo motriz que presenten los niño/as con síndrome de Down del Centro de atención y desarrollo de niño/as y adolescentes especiales (C.A.D.E), de la ciudad de Loja.

Población:

La población investigada estuvo constituida por 70 niños/as y adolescentes del centro C.A.D.E. y 10 psicorrehabilitadores que laboran en mismo, de los cuales se ha tomado como muestra 8 niños/as con síndrome de Down en edades comprendidas de 1 a 6 años y 10 psicorrehabilitadores

Muestra

La muestra para el siguiente estudio quedo determinada de 8 niños/as con síndrome de Down en edades de 1 a 6 años y 10 profesionales que trabaja en el CADE, dando un total de 18 investigados, los cuales serán tomados como muestra para la presente investigación.

POBLACION	MUESTRA
70 niños/as	8
Profesionales	10
TOTAL	18

g. CRONOGRAMA

TIEMPO ACTIVIDADES	2012																2013								2014															
	SEP.				OCT.				DIC.				JUN.				SEP.				NOV.				ENE.				ABRIL				MAYO				JUN.			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	2	4	1	2	2	4	1	2	2	4	1	2	2	4				
elaboración y del proyecto	X	X																																						
Aprobación legal del proyecto			X	X																																				
Revisión bibliográfica de las variables de investigación					X	X	X	X																																
Construcción del marco teórico									X	X	X	X																												
aplicación de instrumentos de evaluación													X	X	X	X																								
Procesamiento de datos obtenidos de la aplicación de los instrumentos de evaluación																	X	X	X	X																				
Análisis interpretación de datos																		X	X	X	X																			
Elaboración de propuesta																					X	X	X	X																
presentación y aprobación del informe final																												X												
presentación para defensa privada																													X											
presentación para defensa publica																																				X				

h. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

RECURSOS HUMANOS

- Investigadora. Diana Ordoñez. Psicorrehabilitadora y educadora especial.
- Director (a) de tesis por designarse
- Alumnos del Centro C.A.D.E con síndrome de Down
- Profesionales de la institución.

RECURSO INTERINSTITUCIONAL.

- Universidad Nacional de Loja.
- Centro de Rehabilitación C.A.D.E

RECURSOS MATERIAL BIBLIOGRAFICO

- Bibliografía (libros, revistas, tesis, diccionarios).
- Hojas de papel bond A4
- Esferográficos, papel periódico, lápiz, borrador.
- Computador, impresora, cartuchos

PRESUPUESTO

Levantamiento de texto	400 USD
Material de oficina	300 USD
- Cartucho de impresora	
- CD	
- Uso de computadora	
Copias de material bibliográfico	30 USD
Internet	60 USD
Material didáctico para el trabajo de campo.	200 USD
- Videos	
- Cartulina	
- Marcadores	
- Data show	
- Balones Terapéuticos	
- Legos	
Transporte	150 USD
Imprevistos	200 USD
Total	<hr/> 1330 USD

i. BIBLIOGRAFÍA

- AAVV (2000). Libro Blanco de la Atención Temprana. Real Patronato de Atención a Personas con Discapacidad. Madrid-España. p 45-56
- AHONNEY, Robinson y Powell 1993, APOYOS Y SERVICIOS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA, EDUCACIÓN ESPECIAL. México. Chiapas. Tomo I. Pág., 67
- AJURIAGUERRA, J. 1978. NIÑO DOWN Y MOTRICIDAD, RETO A LA SUPERACIÓN. Manual de psiquiatría infantil. , Editorial Científico-Médica, Edición II, Tomo I. España- Barcelona, Págs. 30/35-53.– 34
- ALEXANDER, A. 2008 EL NIÑO EXCEPCIONAL, SÍNDROME DE DOWN. Ediciones Fraxon Tomo I, Volumen 2. España Málaga Págs 24-32.
- ARANDA, R. 2008. Atención Temprana en Educación Infantil. Madrid: Wolters Kluwer. ISBN: págs. 68-71
- ARANDA, R. y VILORIA, C.A. 2004. La organización de la atención temprana en la educación infantil. Tendencias Pedagógicas, págs. 145-147
- Bautista, R. 2002. NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES. Ediciones Aljibe. Tomo I. Volumen 2. España - Málaga, Págs. 24 – 48.
- Benítez, M.T., Languín, A. y Sánchez, M. (2000). Programa de atención al niño en situación. Primera edición, Editorial Pearson. México p 25-29
- Bhattacharyya, R. y Cols. 2009. ESTUDIOS DEL SÍNDROME DE DOWN, Ciencias Médicas. Editorial. Medical Library, Edición ProQuest. EEUU, Págs. 143 – 145.
- Candel, I y cols. Programa de Atención Temprana para niños Síndrome Down y otras alteraciones del desarrollo. Madrid, España: Candel, I y cols; 1998

- COHEN WH, 2009. Pautas de los cuidados de la salud de las personas con síndrome de Down. Editorial Mazon, Tomo I. España, p: 111-126.
- CRATTY, B. J.1989 "Desarrollo perceptual y motor en los niños". Editorial Santillana. Tomo I. España-Madrid. Págs. 35 -37
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana, 2005. Patronato sobre Discapacidad. Tercera Edición. Madrid – España. Págs. 12 a la 26
- FEISD (2003). Atención Temprana. Niños con Síndrome de Down y Otros Problemas de Desarrollo. Madrid: FEISD
- JOHN LONDON DOWN (1866). EL SINDROME DE DWON
- LINGAM, S. y HARVEY, D. 1989. "Manual de desarrollo del niño". Pediatría. Edición I. España-Barcelona. Págs. 23.
- LOPEZ Juan, 2004: Síndrome de Down. Guía rápida de consulta. Tomo I. Editorial-MASSON. España – Madrid. Págs. 25 a la 43
- Pueschel SM. 1997. Síndrome de Down: Hacia un futuro mejor. Guía para Padres. Edición Masson. Tomo II. España- Barcelona. Págs. 45-47/ 58 - 76 Santillana. 1989. Psicología evolutiva y educación infantil. Tomo I. Edit. LEXUS. España – Madrid. Págs. 15
- Saludalia, (2013) PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA, Editorial Mazón, Tomo I, Perú, p. 78 - 86
- Santillana. 1990. DICCIONARIO DE EDUCACION ESPECIAL. Tomos. I- II- III, España.
- TRONCOSO María Victoria, 2012, La evolución del niño con síndrome de Down, Editorial Panamericana, Edición primera, España – Madrid, p. 102-108
- Troncoso MV, del Cerro M, Ruiz E. 2011. El desarrollo de las personas con síndrome de Down, Editorial Médica Panamericana, Edición dos, Mexico, p: 78-85

WEB-GRAFÍA

- ✓ cedd@futurnet.es - www.cedd.net. Libro blanco, Loja 2012 – 06 -15.
- ✓ <http://sindromedownalmundo.blogspot.com>. Loja, internet particular.
2012-06-27

ANEXO 2

SISTEMA INSTRUMENTAL PARA LA MEDICIÓN DE LA MOTRICIDAD DE LOS NIÑOS DE 1 A 6 AÑOS

Este instrumento está conformado por indicadores que componen la batería de observación en cada grupo de edad, organizando preferentemente los grupos a observar de la siguiente forma:

12 a 18 meses.

18 a 2,5 años.

2,6 a 3,5 años.

3,6 a 4,5 años.

4,6 a 5,5 años.

5,6 a 6 años

Se anotará la cantidad de niños que responden a cada alternativa de ejecución.

Las observaciones se realizan individualmente pero dentro del grupo de edad que corresponda, por lo que se valoran también algunas acciones de forma grupal. Estas observaciones se pueden realizar en la sesión de Educación Física o durante las actividades independientes del niño. En ambos casos deben crearse las condiciones materiales y motivacionales para lograr las respuestas de los niños a las diferentes situaciones planteadas en la batería diagnóstica. La forma de observación se realiza como sigue:

Un aplicador se dedica a observar en un grupo de edad cuántos niños responden a los indicadores (creando condiciones materiales, otro adulto estimulando sin dar modelos ni comparar niños). Al final, el aplicador cuantifica la cantidad de niños que responden a cada indicador, considerando la totalidad de los mismos. Si los niños manifiestan una

alternativa de movimiento que corresponde a otra variable, se anota en el indicador y variable correspondiente.

Al finalizar, las observaciones son computadas y analizados todos los datos obtenidos en cada grupo de edad, obteniéndose el resultado total de la observación.

Aunque se posea una información regional del resultado del instrumento, lo que puede ser muy útil como diagnóstico para el desarrollo del trabajo futuro en una región específica, el análisis de los resultados puede generalizarse según el interés del aplicador.

CUESTIONARIO PARA LA MEDICIÓN DE LA MOTRICIDAD DE LOS NIÑOS DE 1 A 6 AÑOS

EDAD DEL NIÑO: _____ (años y meses)

ASISTEN A INSTITUCION: SI _____ NO _____

CANTIDAD DE NIÑOS: _____

CAMINAR

- _____ Con apoyo camina de lado.
- _____ Con apoyo avanza una pierna y acerca la otra.
- _____ Con apoyo camina frontal
- _____ Con apoyo camina frontal colocando una y otra pierna alternadamente.
- _____ Con apoyo menos de cinco pasos.
- _____ Con apoyo más de cinco pasos.
- _____ Sin apoyo camina con los brazos extendidos a los lados del cuerpo.
- _____ Sin apoyo camina con movimientos simultáneos de brazos.
- _____ Sin apoyo camina llevando los brazos al lado del cuerpo.
- _____ Sin apoyo camina con movimientos simultáneos de brazos.
- _____ Sin apoyo camina con movimientos coordinados de los brazos.
- _____ Sin apoyo camina con los brazos al frente.
- _____ Sin apoyo menos de cinco pasos.
- _____ Sin apoyo camina con movimientos coordinados de brazos y piernas.
- _____ Camina pero no coordina los movimientos de brazos y piernas.
- _____ Camina por una viga o muro estrecho.
- _____ Camina por una tabla ancha colocada en el piso.
- _____ Camina por una línea dibujada en el piso.
- _____ Camina por una viga o muro estrecho con pasos laterales.
- _____ Camina por la viga llevando objetos en el cuerpo.
- _____ Camina hacia atrás
- _____ Camina hacia atrás por una tabla en el piso

CORRER

- _____ Da pasos rápidos y cortos en.

_____ Da pasos rápidos con breve fase de vuelo y los brazos a los lados del cuerpo.

_____ Da pasos rápidos, con mayor fase de vuelo.

_____ Da pasos rápidos, mayor fase de vuelo, movimientos coordinados de brazos y piernas.

_____ Corre con aumento de la fase de vuelo, mayor ritmo en el movimiento y coordinación de brazos y piernas.

_____ Corre hacia atrás.

_____ Corre y lanza un objeto

_____ Camina y corre alternativamente.

_____ Corre y golpea la pelota con un pie.

_____ Corre bordeando objetos (2 como mínimo), separados 70 centímetros

_____ Corre en zig-zag (más de 2 marcas), separados 70 centímetros.

LANZAR Y CAPTURAR

_____ Lanza la pelota con una mano hacia abajo.

_____ Lanza la pelota con las dos manos hacia abajo.

_____ Lanza la pelota con una mano de abajo hacia arriba.

_____ Lanza la pelota al frente menos de un metro, sin dirección.

_____ Hace rodar la pelota pequeña con una mano sin dirección.

_____ Hace rodar la pelota pequeña con una mano con bastante dirección.

_____ Hace rodar la pelota pequeña con dos manos con bastante dirección.

_____ Captura con las dos manos y ayuda de todo el cuerpo, la pelota mediana que le lanzan rodando.

_____ Captura la pelota desde el pecho, la pelota mediana que le lanzan.

_____ Lanzan la pelota con ambas manos a un objeto colocado a la altura de la vista y a menos de un metro, sin dirección ni alcance del objetivo.

_____ Lanza a un objeto colocado a la altura de la vista a más de 1 metro con mejor dirección y alcance del objeto.

_____ Lanza con ambas manos desde el pecho sin dirección.

_____ Lanza con ambas manos desde el pecho con dirección.

_____ Lanza con ambas manos por encima de la cabeza sin dirección y a menos de un metro.

_____ Lanza con ambas manos por encima de la cabeza con bastante dirección y a más de un metro.

_____ Lanza con ambas manos desde abajo del tronco.

_____ Captura con ambas manos la pelota que le lanzan de rebote.

_____ Captura con ambas manos y con ayuda del cuerpo la pelota que le lanzan.

_____ Rueda la pelota con una mano por un banco.

_____ Rueda el aro con una mano por el piso.

_____ Captura el aro que rueda por el piso.

_____ Lanza la pelota de rebote y la captura.

_____ Golpea la pelota con el pie.

_____ Lanza la pelota con las dos manos hacia arriba y la captura.

_____ Golpea la pelota contra el piso.

TREPAR

_____ Sube y desciende una silla de pequeña altura con el apoyo de brazos y piernas.

_____ Sube y desciende una silla de pequeña altura con el apoyo de todo el cuerpo.

_____ Trepa por la barra vertical, hace el cambio de agarre de las manos pero las piernas se mantienen en el agarre, no se desplazan.

_____ Trepa por la barra vertical, hace el cambio del agarre de las manos y al mismo tiempo sube las piernas flexionadas.

REPTAR

_____ Se desplaza arrastrando su cuerpo por el piso, lleva un brazo al frente y la pierna correspondiente, lleva el otro brazo y pierna descoordinadamente.

_____ Se desplaza arrastrando su cuerpo por el piso, pero lleva los dos brazos al frente y empuja su cuerpo hacia delante descoordinadamente.

_____ Se desplaza separando el cuerpo un poco del piso.

_____ Se desplaza separando completamente el cuerpo del piso (gatea).

_____ Se desplaza arrastrando su cuerpo por encima de un banco.

_____ Se desplaza arrastrando su cuerpo por el piso coordinadamente.

ESCALAR

_____ En la espaldera sube uno y otro pie, las manos permanecen en el agarre.

_____ En la espaldera sube uno y otro pie, una y otra mano.

_____ En la espaldera sube un pie y la mano, sube el otro pie y la otra mano sin continuidad en el movimiento.

_____ En la espaldera sube un pie y la mano, sube el otro pie y la otra mano en movimiento continuo.

_____ Sube con movimientos coordinados de brazos y piernas.

CUADRUPEDIA

_____ Se desplaza por el piso gateando hasta un objeto con movimientos coordinados de brazos y piernas.

_____ Se desplaza por el piso gateando hasta un objeto sin movimientos coordinados.

_____ Se desplaza por el piso en cuatro puntos de apoyo (pies y manos) con movimientos coordinados.

_____ Se desplaza por el piso en cuatro puntos de apoyo (pies y manos) sin movimientos coordinados.

_____ Se desplaza gateando por arriba de un banco (25 a 30 cm de ancho), con movimientos coordinados.

_____ Se desplaza gateando por arriba de un banco (25 a 30 cm de ancho), sin movimientos coordinados.

_____ Se desplaza en cuatro puntos de apoyo (pies y manos) por encima de un banco (15 cm de altura) con movimientos coordinados.

_____ Se desplaza gateando por arribas de una tabla inclinada (elevación de la tabla en un extremo a 15 cm).

SALTAR

_____ Realizar saltillos hacia arriba con los dos pies, las piernas flexionadas en las caídas.

_____ Realizar saltillos hacia arriba con los dos pies, las piernas extendidas en las caídas.

_____ Saltillos laterales hacia un lado.

- _____ Saltillos laterales hacia un lado y otro.
- _____ Realiza saltos desde 20 cm de altura, piernas extendidas en la caída.
- _____ Realiza saltos desde 20 cm de altura piernas semiflexionadas en la caída.
- _____ Salta una cuerda de 25 cm de altura, pasando una pierna primero y la otra después.
- _____ Realiza un salto hacia delante con las dos piernas a la vez y caída con las dos piernas flexionadas.
- _____ Realiza tres saltos con un pie, manteniendo la misma altura aproximadamente en cada salto.
- _____ Salta abriendo y cerrando las piernas.
- _____ Saltos laterales en una viga de 20 cm de altura con apoyo de ambas manos.
- _____ Saltillos con giros.
- _____ Saltillos hacia atrás.
- _____ Saltan a la tapa del cajón a nivel del piso.

ANEXO 3

ENCUESTA AL PERSONAL QUE LABORA EN EL C.A.D.E.

Estimado/a profesional del C.A.D.E. En calidad de egresada de la Carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial me encuentro interesada en realizar mi tesis de investigación titulada **“LA INTERVENCIÓN TEMPRANA Y SU INCIDENCIA EN EL DESARROLLO MOTRIZ DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 6 AÑOS CON SÍNDROME DE DOWN QUE ASISTEN AL CENTRO DE ATENCIÓN Y DESARROLLO DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES ESPECIALES C.A.D.E DE LA CIUDAD DE LOJA. SEPTIEMBRE 2012 A MARZO 2013 LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS”** con la finalidad de obtener mi título profesional para lo cual solicito a usted su colaboración para responder el siguiente cuestionario, criterios que se guardaran en absoluta reserva.

1. SÍRVASE SEÑALAR CON UNA VIÑETA QUE COMPONENTES CONSIDERA DENTRO DE SU ÁREA DE TRABAJO PARA LA EVALUACIÓN INICIAL DEL DESARROLLO MOTRIZ DEL NIÑO CON SÍNDROME DE DOWN.

Tipo de motricidad	SI () NO ()
Interrelación cognitivo motriz	SI () NO ()
Aprendizaje	SI () NO ()
Estado general de su salud integral	SI () NO ()
Otros	SI () NO ()

Explique.....
.....

2. SEÑALE LOS TIPOS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA QUE SE APLICAN EN EL C.A.D.E. A NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN.

FISIOTERAPIA	SI () NO ()
TERAPIA FÍSICA	SI () NO ()
TERAPIA DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	SI () NO ()
TERAPIA OCUPACIONAL	SI () NO ()

Explique.....
.....

3. SEÑALE MARCANDO UNA X SI EN LA MOTRICIDAD GRUESA DE LOS NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN SE INTERVIENE TEMPRANAMENTE EN

CAMINAR	SI () NO ()
CANTAR	SI () NO ()
CORRER	SI () NO ()

LANZAR	SI () NO ()
CAPTURAR	SI () NO ()
GRITAR	SI () NO ()
TREPAR	SI () NO ()
LLORAR	SI () NO ()
REPTAR	SI () NO ()
SONREIR	SI () NO ()
HACER GESTOS	SI () NO ()
CUADRUPEDIA	SI () NO ()
SALTAR	SI () NO ()

4: EN LA SIGUIENTE LISTA DE TIPOS DE INTERVENCION TEMPRANA MARQUE UNA (X) EL TIPO QUE SE APLICA DE ACUERDO A LA EDAD DE LOS NIÑOS CON INDROME DE DOWN EN EL CENTRO C.A.D. E.

1 – 2 años: FISIOTERAPIA () TERAPAIA FISICA () TERAPIA DEL HABLA O LENGUAJE () TERAPIA OCUPACIONAL ()

2 - 3 años: FISIOTERAPIA () TERAPAIA FISICA () TERAPIA DEL HABLA O LENGUAJE () TERAPIA OCUPACIONAL ()

3 - 4 años: FISIOTERAPIA () TERAPAIA FISICA () TERAPIA DEL HABLA O LENGUAJE () TERAPIA OCUPACIONAL ()

4 - 5 años: FISIOTERAPIA () TERAPAIA FISICA () TERAPIA DEL HABLA O LENGUAJE () TERAPIA OCUPACIONAL ()

5 - 6 años: FISIOTERAPIA () TERAPAIA FISICA () TERAPIA DEL HABLA O LENGUAJE () TERAPIA OCUPACIONAL ()

5: SEÑALE CON UNA X DE QUE MANERA INFLUYEN LOS TIPOS DE INTERVENCION TEMPRANA EN EL DESARROLLO MTRIZ DE D LOS NIÑOS CON SINDROME DE DWON QUE ASISTE AL C.A.D.E.

EXELENTE ()

MUY BUENA ()

BUENA ()

REGULAR ()

MALO ()

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 4



ÍNDICE

PORTADA.....	i
CERTIFICACION.....	ii
AUTORIA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACION.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
DEDICATORIA.....	vi
ÁMBITO GEOGRÁFICO DE LA INVESTIGACIÓN.....	vii
MAPA GEOGRÁFICO DE LA INVESTIGACIÓN.....	viii
ESQUEMA DE TESIS.....	ix
TÍTULO.....	1
RESUMEN.....	2
SUMMARY.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
REVISIÓN DE LITERATURA.....	6
MATERIALES Y MÉTODOS.....	22
RESULTADOS.....	24
DISCUSIÓN.....	32
CONCLUSIONES.....	34
RECOMENDACIONES.....	35
BIBLIOGRAFÍA.....	46
ANEXOS.....	48
ÍNDICE.....	97