



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN

CARRERA DE PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL

TÍTULO

LA TÉCNICA DANZATERAPIA PARA MEJORAR LA MOTRICIDAD GRUESA, EN NIÑOS Y NIÑAS CON SÍNDROME DE DOWN, QUE ASISTEN A LA UNIDAD DE EDUCACIÓN ESPECIAL CIUDAD DE LOJA NRO 1. DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO 2013-2014.

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

AUTORA

Karolin Alejandra Valarezo Tinoco

DIRECTORA

Dra. Alexandra del Carmen Guerrero Analuisa Mg. Sc.

LOJA-ECUADOR
2015

CERTIFICACIÓN

DRA. ALEXANDRA DEL CARMEN GUERRERO ANALUISA, 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 DIRECTORA DE TESIS.

CERTIFICA:

Haber dirigido, asesorado y monitoreado con pertinencia y rigurosidad científica la ejecución del proyecto de tesis intitulado, **LA TÉCNICA DANZATERAPIA PARA MEJORAR LA MOTRICIDAD GRUESA, EN NIÑOS Y NIÑAS CON SÍNDROME DE DOWN, QUE ASISTEN A LA UNIDAD DE EDUCACIÓN ESPECIAL CIUDAD DE LOJA NRO 1. DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO 2013-2014** de la autoría de la estudiante Karolin Alejandra Valarezo Tinoco.

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

Loja, 31 Julio del 2014



Dra. Alexandra del Carmen Guerrero Analuisa Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Karolin Alejandra Valarezo Tinoco, 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: Karolin Alejandra Valarezo Tinoco

Firma: 

Cédula: 070375383-0

Fecha: Loja, mayo de 2015

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

Yo, Karolin Alejandra Valarezo Tinoco, declaro ser autora de la tesis titulada, LA TÉCNICA DANZATERAPIA PARA MEJORAR LA MOTRICIDAD GRUESA, EN NIÑOS Y NIÑAS CON SÍNDROME DE DOWN, QUE ASISTEN A LA UNIDAD DE EDUCACIÓN ESPECIAL CIUDAD DE LOJA NRO 1. DE LA CIUDADDE LOJA. PERIODO 2013-2014.como requisito para optar al grado de Licenciatura 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 07 días del mes de mayo del dos mil quince, firma la autora.

Firma: 

Autora: Karolin Alejandra Valarezo Tinoco

Cédula: 070375383-0

Dirección: Avda. 8 de Noviembre (Piñas- El Oro)

Correo Electrónico: carolyn_8994@hotmail.com

Teléfono: 2976-339

Celular: 0985754390

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dra. Alexandra del Carmen Guerrero Analuisa, Mg. Sc.

Tribunal de Grado: Dr. Oscar Cabrera Iñiguez Mg. Sc. Presidente del Tribunal.

Dra. Lourdes Ordoñez Salinas Mg. Sc. Vocal del Tribunal

Lic. Raquel Ocampo Vocal del Tribunal

AGRADECIMIENTO

Expreso mi sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja por la oportunidad que me brindo para la realización de mi formación académica y profesional.

A la carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial, mi casa, por el apoyo brindado a este esfuerzo formativo que espero retribuir con creces.

A mis estimados profesores que me han transmitido sus amplios conocimientos y sus sabios consejos durante toda mi formación académica en la carrera, que seguro me servirá en mi faceta profesional.

A la Escuela Ciudad de Loja Nro.1 y su personal académico que me abrieron las puertas para realizar la investigación.

Agradezco a mi directora de tesis Dra. Alexandra del Carmen Guerrero Analuisa Mg.Sc por sus atinadas observaciones y sugerencias en la construcción y mejora del trabajo, espero que las vean reflejadas en el producto final.

Finalmente, gracias a aquellos que les atemoriza pensar de forma distinta a como pensaban ayer, siempre han sido fuente de motivación para mejorar.

Karolin Valarezo

DEDICATORIA

En primer lugar a Dios por haberme guiado por el camino de la felicidad hasta ahora, por ser esa fuerza divina que nunca me dejo desmayar y me impulso a cumplir cada uno de mis propósitos.

En segundo lugar dedico este este sueño cumplido a mi mami Consuelo Tinoco Rodas quien es mi cómplice, mi amiga mi compañera de lucha a quien le debo todo lo que soy y lo que llegare a ser, gracias por esos consejos y ese apoyo infinito que siempre me brindo para lograr esta meta, no me alcanzara vida para agradecerle todo lo que ha hecho por mí.

Mi eterno agradecimiento para mi tíos Mirian y Miguel Tinoco , por ser ese apoyo que nunca me faltó, gracias tía por estar siempre ahí animándome a seguir continuando, por sus sabios y atinados consejos que recibí de su parte y por contagiarme su esencia de lucha y perseverancia.

No podía faltar mi hermano Jairo Andrés quien fue el partícipe de esta larga travesía juntos hemos aprendido mucho en el trascurso de estos años que vivimos lejos de nuestra casa, gracias por soportarme en todo este tiempo y por último y no menos importante gracias a Pablo Fernando por todo el apoyo que me diste, eres también parte fundamental de esta meta que ya está cumplida.

Y para finalizar a mis ángeles divinos a los que les dedico cada triunfo y los tengo presentes en cada instante de mi vida mis abuelitos maternos José Alejandro Tinoco y Mercedes Ibelia Rodas gracias por la enseñanza que recibí en el tiempo que compartí con ustedes, Aquí está reflejado.

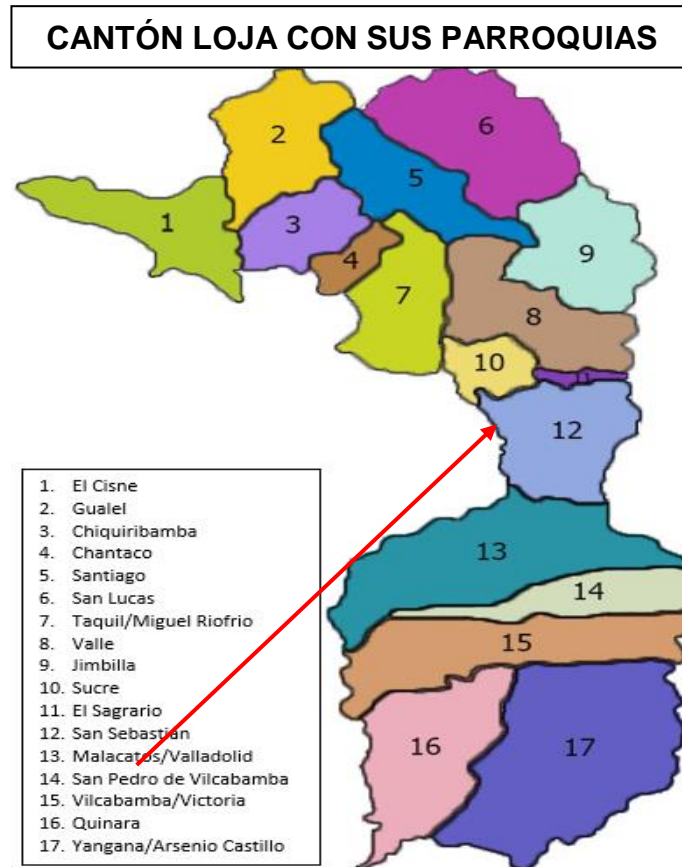
Gracias por formar parte de mi vida, Los amo.

Karolin

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	YO.KAROLIN ALEJANDRA VALAREZO TINOCO. LA TÉCNICA DANZATERAPIA PARA MEJORAR LA MOTRICIDAD GRUESA, EN NIÑOS Y NIÑAS CON SÍNDROME DE DOWN, QUE ASISTEN A LA UNIDAD DE EDUCACIÓN ESPECIAL CIUDAD DE LOJA NRO 1. DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO 2013-2014.	UNL	2015	ECUADOR	ZONA 7	LOJA	LOJA	SUCRE	" LA TEBAIDA"	CD	LICENCIATURA EN PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL

MAPA GEOGRÁFICO DE UBICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN



CROQUIS DEL SITIO DE INTERVENCIÓN



ESQUEMA DE TESIS

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

PROYECTO DE TESIS

ÍNDICE

a. TÍTULO

LA TÉCNICA DANZATERAPIA PARA MEJORAR LA MOTRICIDAD GRUESA, EN NIÑOS Y NIÑAS CON SÍNDROME DE DOWN, QUE ASISTEN A LA UNIDAD DE EDUCACIÓN ESPECIAL CIUDAD DE LOJA NRO 1. DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO 2013-2014.

b. RESUMEN

La presente investigación denominada **La Técnica Danzaterapia Para Mejorar La Motricidad Gruesa, En Niños Y Niñas Con Síndrome De Down, Que Asisten A La Unidad De Educación Especial Ciudad De Loja Nro 1. De La Ciudad de Loja. Periodo 2013-2014.** El objetivo general es Determinar si la aplicación de la Danzaterapia puede mejorar la Motricidad Gruesa en niños y niñas con Síndrome de Down, Utilizando el método analítico, sintético, inductivo, deductivo, cuanti - cualitativo y descriptivo; basándose en el diseño cuasi- experimental de orden social, útiles para obtener información. Aplicando la Danzaterapia acorde al objeto de estudio. La población se refiere a aproximadamente 55 sujetos, y la muestra selectiva fue de 10 niños. Los resultados se obtuvieron mediante la aplicación de la Escala Ecomi-Eso obteniendo en la aplicación y re-aplicación un porcentaje de 70% indicando que la Motricidad Gruesa en los niños con Síndrome de Down se ubica en un rango BUENO concluyendo que la Danzaterapia ayuda a mejorar la Motricidad Gruesa; ya que los porcentajes indican que la muestra en estudio refleja un nivel bueno Recomendando realizar actividades que incluyan el baile tomando en la duración, frecuencia e intensidad de dicha aplicación, para obtener resultados beneficiosos para los niños

SUMMARY

The present research has as a problem of study of How the Dance Therapy can improve the Gross Motor? The general objective is to determine whether the application of the Dance Therapy can improve the Gross Motor in children with Down syndrome that attend to the City of Loja Education Unit Number 1, the research has a quasi-experimental design description of social action, the analytical methods were used, hermeneutic, statistical, and descriptive of a population of 60. Besides it took as sampled to 10 children and 5 teachers. The results were based on a diagnosis, implementation and validation of the study variables. After obtaining the results, It has been able to conclude that most children with Down syndrome have a good Gross Motor and the application of dance therapy helps to improve it. It is therefore recommended, activities such as dancing, exercises conducive to improving their motor skills

c. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo investigativo titulado: **La Técnica Danzaterapia Para Mejorar La Motricidad Gruesa, En Niños Y Niñas Con Síndrome De Down, Que Asisten A La Unidad De Educación Especial Ciudad De Loja Nro 1. De La Ciudad de Loja. Periodo 2013-2014.**

Para llevar a cabo este trabajo investigativo, fue conveniente en primer lugar citar la definición de cada una de las variables en estudio, que a continuación se mencionan:

En el 2008 para FURTH La Danzaterapia surge espontáneamente como una práctica realizada por docentes de danza contemporánea con orientación expresionista y pionera en crear una práctica de trabajo con pacientes sordomudos y con Síndrome de Down, son muchas las personas que en distintas partes del mundo han descubierto el valor terapéutico de la danza y la exploración del sí mismo a través del movimiento.

Para RODRIGUEZ (2005) “La Motricidad Gruesa se centra en el periodo de maduración del niño/a donde el aspecto sensorio-motriz, el juego y la acción son fundamentales para su desarrollo psicológico esta relación consiste en que ambas persiguen un objetivo común: la integración cuerpo y mente del individuo”.p.105

Del trabajo investigativo se presenta los siguientes objetivos específicos:

- Caracterizar los referentes teóricos y metodológicos de la Danzaterapia que mejora la Motricidad Gruesa en niños y niñas con Síndrome de Down.
- Diagnosticar la Motricidad Gruesa en niños y niñas con Síndrome de Down

- Crear una propuesta de Danzaterapia que permita mejorar en los niños y niñas con Síndrome de Down su Motricidad Gruesa.
- Aplicación de la Danzaterapia para mejorar en los niños y niñas con Síndrome de Down su Motricidad Gruesa.
- Validar la efectividad de la aplicación de la Danzaterapia para mejorar la Motricidad Gruesa en niños y niñas con Síndrome de Down.

La elaboración de las bases científicas – teóricas en las que se sustenta el presente trabajo se encuentran distribuidas en las variables del problema investigado; en lo que se refiere a la variable de Danzaterapia, se consideró la definición, objetivos, técnicas de la Danzaterapia, beneficios, ¿Cómo se conforma una clase? y Metodología de Trabajo, En lo que se refiere a la variable de Motricidad Gruesa se consideró definición, Desarrollo motriz, Tonicidad, Dominio corporal, dominio corporal dinámico, dominio corporal estático, Factores que influyen en el desarrollo de la motricidad gruesa en los niños con síndrome de Down y ejercicios para desarrollar la Motricidad Gruesa. En lo referente a la variable de Síndrome de Down se tomó en cuenta Definición de Síndrome de Down, Características y Causas.

El tipo de investigación realizada fue basada en un diseño de indagación descriptiva de acción social; en donde se analizó, describió y se comparó resultados obtenidos en base a los referentes teóricos descritos en la revisión de literatura, de la misma forma en los objetivos planteados al inicio del proyecto de investigación.

Para el trabajo investigativo realizado se utilizaron diversos métodos como:

Método Analítico, permitió conocer el objeto de estudio con el cual se pudo realizar comparaciones de los datos obtenidos logrando llegar de una manera

clara y concisa a la relación de las variables establecidas en el trabajo investigativo.

Método Hermenéutico, se utilizó para la recopilación y selección de la literatura y la bibliografía adecuada, para poder comprender toda la revisión de literatura para adquirir un análisis correcto de los datos obtenidos y una comparación basándose en criterios de diferentes autores pretendiendo explicar las relaciones existentes entre un hecho y el contexto en el cual acontece.

Método Cuanti - Cualitativo: sirvió como proceso de obtención, representación, simplificación, análisis e interpretación de los valores numéricos de los resultados obtenidos; logrando de una manera más probable la mejor comprensión de la realidad, el cual también se usó para comprobar con el método analítico.

Método Descriptivo, que sirvió para realizar la descripción integral de todas las actividades que se llevaron a cabo dentro del proceso del trabajo de investigación realizado.

La población estuvo conformada por 10 niños y niñas que asisten Unidad de Educación Especial Ciudad de Loja Nro 1.

Para la recolección de la información se utilizó el siguiente instrumento: Para el diagnóstico se utilizó La escala Ecomi-Eso de competencia motriz, que evalúa las áreas de la Motricidad Gruesa, para la aplicación de la Técnica Danzaterapia se elaboró y llevo a cabo la propuesta de actividades de la Danzaterapia programada en cinco unidades: Diagnóstica, Cuerpo vivido, cuerpo habitado, Cuerpo presente en el espacio, Cuerpo vital en el espacio compartido y Cierre de las unidades, logrando mediante la aplicación es dichas actividades que los niños y niñas con Síndrome de Down mejoren su

motricidad gruesa; y por último se realizó la validación con la post aplicación del instrumento que se utilizó en el diagnóstico.

En el diagnóstico de la Motricidad Gruesa se evidencio que 3 casos se encontraban en un Rango Bueno mientras que los 7 restantes se ubican en un rango Regular, después 2 meses de haber trabajado la propuesta de Actividades de la Danzaterapia, se logró mejorar la Motricidad Gruesa de los niños y niñas ubicándola en un indicador de Bueno a siete casos y los tres restantes en Regular, por lo que se recomienda seguir con la realización de las distintas actividades que incluyan el baile, ya que la misma es muy beneficiosas para mejorar la Motricidad gruesa en los niños y niñas con Síndrome de Down.

d. REVISIÓN DE LITERATURA

1. SINDROME DE DOWN

1.1 Definición del síndrome de Down

Es la causa más frecuente de discapacidad psíquica congénita y debe su nombre a John Langdon Haydon Down que fue el primero en describir esta alteración genética en 1866, no se conocen con exactitud las causas que provocan el exceso cromosómico, aunque se relaciona estadísticamente con una edad materna superior a los 35 años.

CORRETGER, (2004) afirma que “el síndrome de Down es un trastorno genético causado por la copia extra del cromosoma 21 o una parte del mismo en vez de los dos habituales, caracterizado por la presencia de un grado variable de retraso mental y unos rasgos físicos peculiares que le dan un aspecto reconocible” p.23

1.2 Características Del Síndrome De Down

Estos pacientes presentan un cuadro con distintas anomalías que abarcan varios órganos y sistemas.

Para COLEMAN, (2008), los signos y síntoma más importantes del Síndrome de Down son: Hipotonía muscular marcada (falta de fuerza en los músculos), Retraso Mental, Fisonomía característica con pliegues epicánticos y abertura palpebral sesgada hacia arriba y afuera (pliegue de piel en el ángulo interno del ojo) y raíz nasal deprimida, hipoplaxia maxilar y del paladar que determina la protusión de la lengua (el hueso maxilar de la cara esta poco formado y la boca es pequeña, de modo que la lengua no cabe en ella y sale hacia afuera y dedos cortos (falta de desarrollo de la falange media del meñique.p.111

CORRETGER, (2005) “Algunos signos son muy frecuentes o típicos, como la hipotonía muscular, los dermatoglifos y, en el caso de los ojos de color claro

(azul-verde), las manchas de Brushfield, unas manchas blancas pequeñas situadas de forma concéntrica en el tercio más interno del iris (no se observan en ojos oscuros)”. p.36

1.3 Causas

PERERA, J. (2006) “Aproximadamente, el 95% de los casos de Síndrome de Down presentan trisomía 21 simple; esto significa que todas las células del organismo poseen 3 copias completas del cromosoma 21. El 5% de las restantes presentan una tras locación”. p. 45

Como lo manifiesta ARIAS, G (2008), El adulto aporta un cromosoma 21 completo más el segmento adherido al otro cromosoma, y a las células germinales de la pareja aporta un cromosoma 21. La concepción es el resultado final: la presencia de dos cromosomas 21 más una tercera porción del 21. Es frecuente que las personas con Síndrome de Down por una tras locación tengan características similares a la Trisomía Simple. p.54

La persona presenta dos líneas celulares en su organismo, una con trisomía 21 completa y la otra normal, esto se debe a las divisiones celulares post - concepción; estas varían mucho entre una y otra persona, mientras mayor sea la porción de la línea normal, mayor será la posibilidad de que el niño presente menos rasgos propios de Síndrome de Down y que la discapacidad intelectual sea más leve.

2. DANZATERAPIA

2.1 Concepto de Danzaterapia

Para PIZAÑA ANDRADE (2008) la define “como el arte que siempre el hombre ha utilizado como vía de expresión para explorar su mundo interior a través del arte, el sujeto consigue relacionarse con el mundo exterior de una forma diferente pudiendo así expresar, gracias a este medio, su mundo interior”.p.97

En el 2008, CERANTONI, define a la Danzaterapia como el uso psicoterapéutico del movimiento como proceso terapéutico teniendo como meta integrar al individuo de manera física y emocional de esta manera el cuerpo a través de la danza expresa la emoción de la vida.

2.2 Objetivos de la Danzaterapia

Los movimientos que se realizan en la clase son acordes a las posibilidades y ritmos de cada persona y grupo, en los pacientes con discapacidad, se trabaja desarrollando la coordinación psicomotriz, el desarrollo del esquema corporal, la posibilidad de aquietarse, el descubrimiento del ritmo.

Para FURTH.(2008), En los niños la Danzaterapia apunta al desarrollo de la creatividad, el estímulo de la inteligencia, la conciencia del propio cuerpo, el aprendizaje de límites, el establecimiento de acuerdos. Para los adultos se diseñan las clases de acuerdo a los objetivos grupales, que pueden abarcar desde el crecimiento personal individual hasta la solución de un bloqueo creativo en el desempeño profesional. En los mayores la Danzaterapia facilita la conexión con la alegría de vivir, la revalorización de los recuerdos, la activación de la memoria, la prevención de caídas.p.123

2.3 Beneficios De La Danzaterapia

En las personas con discapacidad los beneficios de la Danzaterapia son los siguientes:

VILLANUEVA, (2008), Las personas con discapacidad necesitan valorarse y ser valoradas, dentro de un clima adecuado de contención afectiva, alegría y seguridad, que les permitan expresarse libremente, Durante las sesiones las personas experimentan alegría, descubren aprendizajes y ejercitan nuevas posibilidades, desarrollan la autonomía y la coordinación y mejora de sus movimientos. La Danzaterapia permite expresar sentimientos y exteriorizar emociones, sensaciones, alegrías, miedos o angustias sin la necesidad de un lenguaje fluido y claro, Además favorece el desarrollo psicomotor y socio-afectivo, consiguiendo armonía en la estructura del esquema corporal, espacial y temporal, constituyendo un buen medio para establecer relaciones y vínculos sanos y de esta forma aporta confianza y un mayor conocimiento sobre los límites y capacidades personales, desarrollando la sensibilidad y estimulando la capacidad de nuevos aprendizajes .p.14

Los beneficios de la Danzaterapia, como de las otras terapias creativas, es la de ofrecer un instrumento alternativo para estimular la percepción corporal, desarrollar una imagen corporal real, estimular el movimiento personal y el auténtico, desarrollar la percepción las emociones vividas, adquirir nuevas maneras para establecer vínculos y manejar situaciones.

2.4 La Técnica De Danza

PIZAÑA ANDRADE (2008), “A través de la técnica de danza, no se pretende enseñar movimientos y pautas para aprender a bailar, sino que poder expresar a través de los movimientos nuestro mundo interior percibir mejor los sentimientos corporales y ampliar el repertorio de movimientos”. p.23

2.4.1 La Imitación

Como lo manifiesta FURTH (2008) El imitar puede ser un eficaz instrumento a la hora de reconocer propios sentimientos los de los demás. En principio puede ser bastante inhibitor expresar abiertamente lo que pasa dentro de uno, mayor aun cuando la confrontación con otras personas, es por esto que imitar movimientos ajenos puede ser un buen medio para aceptar el mundo del otro y lo de uno mismo, la imitación comporta una concentración tanto a nivel físico que psicológico. Es por esto que el terapeuta, en el momento que percibe que el paciente no puede o no sabe cómo expresar un sentimiento difícil, recurre a la imitación para generar el cambio.p.54

2.4.2 La Improvisación

En el 2008 para PIZAÑA ANDRADE manifiesta que lo que se pretende enseñar a través de la improvisación es dejar de un lado todos los comportamientos planeados, las obligaciones y límites que muchas veces nos imponemos nosotros mismo, a través de la improvisación se puede lograr desconectarse del intelecto para expresarse a través de las emociones y sentimientos cuanto más tiempo se consigue estar “desconectado de la mente” más fácil será “conectarse con el corazón”.

PANHOFER& RODRÍGUEZ, (2005) “A través de la improvisación no se siguen pautas o reglas, sino que permite al paciente dejarse llevar por los impulsos, por las emociones que inducen al movimiento, en esta etapa no hay nada planeado, por lo tanto se percibe como poder utilizar libremente el cuerpo en el espacio, el tiempo. Dejarse llevar por la fuerza de la música y el ritmo. La improvisación permite bailar por el gusto de bailar, utilizando el movimiento y el gesto para comunicarse con uno mismo y con los demás”.p.134

2.4.3 La Creación

FURTH (2008) “Por creación se entiende la combinación entre la técnica de danza y la improvisación, es la parte creativa de la actividad, en que el usuario ve potenciada su autoestima, la creación busca el movimiento preciso para poder expresar un sentimiento o una emoción en concreto”. p.55

Para PIZAÑA ANDRADE (2008), El movimiento crea lo que se quiere expresar, en definitiva la creación es el momento en que se permite al participante encontrar un equilibrio entre ambos extremos, es decir, aprender a controlar los propios movimientos y expresar los propios sentimientos.

2.5 ¿Cómo se conforma una clase?

Como lo manifiesta VILLANUEVA, (2008) Las clases pueden ser tanto individuales como grupales. Comienza con una presentación inicial, para luego dar comienzo a los ejercicios corporales de Respiración y Estiramiento, Luego se llevan a cabo distintas consignas de Improvisación, para ayudar a una mejor conexión expresiva, se apunta a establecer un diálogo con uno mismo, con el cuerpo y lo emocional, A través de la danza y la improvisación se trata de lograr una mayor expansión y comunicación de la persona, Es un momento de encuentro, de intercambio con los otros y de enriquecimiento. Se trata por último de aprender algo nuevo de nuestro cuerpo y de la comunicación no verbal .p.116

2.5.1 ¿Cómo es el trabajo con personas con discapacidad?

CERANTONI, (2008) “Se trata de potenciar lo creativo y expresivo, desde lo que cada persona pueda generar, fortaleciendo lo que sí puede lograr con los recursos propios”. p.11

2.5.2 Metodología de trabajo

VILLANUEVA, (2008) Se trabajará con técnicas de reggaetón y salsa, incorporando la música como elemento motivador del movimiento corporal, uno de los elementos o recursos es trabajar con consignas basadas en imágenes vinculadas a la naturaleza, por ejemplo agua, aire, tierra, fuego, También se incluirán ejercicios individuales y grupales, se utilizarán diversas consignas para motivar la tarea de improvisación. Hay un comienzo, un intermedio y un cierre grupal, se apunta a establecer un diálogo con uno mismo, con el cuerpo y lo emocional, también se realizarán ejercicios tendientes a liberar emociones que en muchas ocasiones son negadas, como por ejemplo: enojos, rabias, miedos, alegría, amor, etc., a través de la danza y la improvisación se trata de lograr una mayor expansión y comunicación de la persona, Es un momento de encuentro, de intercambio con los otros y de enriquecimiento, se trata por último de aprender algo nuevo de nuestro cuerpo y de la comunicación no verbal.p. 118

3. MOTRICIDAD GRUESA

3.1 Definición

En el 2007 CONDE declara que la motricidad gruesa comprende todo lo relacionado con el desarrollo cronológico del niño/a especialmente en el crecimiento del cuerpo y de las habilidades psicomotrices respecto al juego y a las aptitudes motrices de manos, brazos, pierna y pies.

ORDOÑEZ, (2007) “La motricidad gruesa abarca el progresivo control de nuestro cuerpo por ejemplo: el control de la cabeza boca abajo, el volteo, el sentarse, el gateo, el ponerse de pie, caminar, subir y bajar escaleras, saltar”.p.24

3.2 Desarrollo Motriz

BRITO, (2009) dice que es toda aquella acción muscular o movimiento del cuerpo requerido para la ejecución con éxito de un acto deseado, un habilidad supone un acto consciente e implica la edificación de una competencia motriz, Es preciso señalar que en este aspecto se agrupan contenidos cuyo objetivo es estimular el desarrollo de la percepción y la coordinación motriz. Ubicación en el espacio y en el tiempo, equilibrio, lateralidad coordinación viso motriz y psicomotriz. El desarrollo motriz sigue dos patrones para el alcance de dominio de destrezas: El patrón céfalo caudal establece que en la conquista de las habilidades motrices, primero se adquiere el dominio de la cabeza luego del tronco y los brazos más delante de las piernas y finalmente de los pies y dedos, es decir este dominio va de arriba abajo. El patrón próximo distal

establece que el dominio de las destrezas motrices se inicia desde el centro hacia los costados primero se gana el dominio sobre la cabeza y el tronco, luego los brazos, posteriormente las manos y finalmente los dedos. Estos dos patrones de adquisición de destrezas son importantes de considerar para entender el desarrollo evolutivo de los niños/as, y para programar las experiencias de aprendizaje. p.60

3.3 Tonicidad

ORDOÑEZ (2007) “La actividad tónica consiste en un estado permanente de ligera contracción en el cual se encuentran los músculos estriados, la finalidad de esta situación es la de servir de telón de fondo a las actividades motrices y posturales” p.89

De acuerdo con BENALDO en el 2012 para la realización de cualquier movimiento o acción corporal, es precisa la participación de los músculos del cuerpo, hace falta que unos se activen o aumenten su tensión y otros se inhiban o relajen su tensión. La ejecución de un acto motor voluntario, es imposible si no se tiene control sobre la tensión de los músculos que intervienen en los movimientos.

Para LAZARO (2001) “La actividad tónica es necesaria para realizar cualquier movimiento y está regulada por el sistema nervioso se necesita un aprendizaje para adaptar los movimientos voluntarios al objetivo que se pretende”. p. 98

LAZARO (2004) Nuestra actividad tónica está estrechamente unida con los procesos de atención, de tal manera que existe una estrecha interrelación entre la actividad tónica muscular y la actividad tónica cerebral. Por tanto, al intervenir sobre el control de la tonicidad interviene también sobre el control de los procesos, de atención, imprescindibles para cualquier aprendizaje.

3.4 Dominio Corporal

LAZARO (2004) la define como “la necesidad de dominar el cuerpo para poder expresarnos corporalmente con una finalidad estética es necesario que el instrumento (el cuerpo) este globalmente considerado, y que cada uno de los músculos en concreto, esté al servicio de la voluntad.”

CONDE (2007) “El dominio corporal trata de hacer más expresivo al cuerpo, de perfeccionar el instrumento y de que cada musculo o grupo de músculos puedan actuar con independencia de los otros”. 22

3.5 Dominio Corporal Dinámico

Para LAZARO (2004) dice que es la habilidad adquirida de controlar las diferentes partes del cuerpo (extremidades superiores, inferiores y tronco, etc.) y de moverlas siguiendo la propia voluntad o realizando una consigna determinada. Es decir que este dominio permite no solo el desplazamiento sino, especialmente, la sincronización de los movimientos, superando las dificultades y logrando armonía sin rigidez y brusquedad, el dominio dará a los niños/as confianza y seguridad en sí mismo, puesto que lo hace consciente del dominio que tiene de su cuerpo en situaciones diferentes para lograrlo: La madurez neurológica, que solo se adquiere con la edad, evitar temores o inhibiciones, una estimulación y ambiente propicios, favorece la comprensión de lo que se está haciendo, de que parte se debe mover, de cómo tiene que hacerlo buscando diferentes cursos a fin de posibilitar la representación del movimiento.p.34.

3.6 Dominio Corporal Estático

LAZARO (2004) “Se denomina dominio corporal estático a todas las actividades motrices que permiten interiorizar el esquema corporal: además del equilibrio estático, se integra la respiración y la relajación porque son dos actividades que ayudan a profundizar toda la globalidad del propio yo”. p.35

De acuerdo con BRITO (2009) con la práctica de los movimientos irá forjándose y profundizando poco a poco la imagen y la utilización del cuerpo, hasta organizar su esquema corporal, para que esto sea posible los niños/as ha de tener el control de su cuerpo cuando no está en movimiento.

3.7 Factores que influyen en el desarrollo de la motricidad gruesa en los niños con síndrome de Down.

3.7.1 Factores Físicos

ARIAS (2008) “Los niños con síndrome de Down tienen varias características físicas que afectan su forma de moverse espontáneamente y el modo en que aprenden las habilidades de motricidad gruesa. Los principales factores físicos son: la hipotonía, la laxitud ligamentosa, la fuerza reducida, la cortedad de los brazos y las piernas y los problemas médicos”.p. 145

La influencia de cada uno de estos factores varía de un niño a otro cada niño habrá de descubrir cómo mover su propio cuerpo para ir adquiriendo las habilidades de motricidad gruesa, al tiempo que va superando los efectos que cada uno de los anteriores factores ejerce sobre él.

3.7.1.1 Hipotonía

Para COLEMAN, (2008), Los niños con síndrome de Down tienen un bajo tono muscular, también denominado hipotonía. El tono muscular es distinto de la fuerza muscular. El tono muscular se describe como la tensión que permanece en el músculo cuando éste está relajado, y es algo controlado por el cerebro. Se evalúa subjetivamente tocando los músculos y los miembros, y midiendo la resistencia o la rigidez o la tensión cuando se mueven pasivamente. En la hipotonía, la resistencia o tensión está *menguada*. La hipotonía es más perceptible en los niños con síndrome de Down cuando son bebés. Cuando los tomamos en brazos notamos que parecen “blandos” en el cuello, el tronco, los brazos y las piernas. Cuando está acostado boca arriba, sus brazos y sus piernas están apartados de su cuerpo y se le siente blando cuando descansa sobre una superficie. Esta blandura o flexibilidad es debida a su menor tono muscular.p.234

CANDEL, (2004) “La hipotonía de una determinada zona afecta al desarrollo de las habilidades requeridas para el uso de esa zona. Por ejemplo, la hipotonía de los brazos hace más difícil aprender a arrastrarse. Una mayor hipotonía en la zona del abdomen hace más difícil moverse sobre las manos y las rodillas y arrastrarse”.p. 102.

3.7.1.2 Aumento de flexibilidad en las articulaciones o laxitud ligamentosa

CORRETER, (2004) “Los niños con síndrome de Down tienen laxitud ligamentosa, lo que produce una mayor flexibilidad de sus articulaciones, los ligamentos que mantienen juntos los huesos se estiran más fácilmente, lo que posibilita un movimiento excesivo en las articulaciones otra zona que hay que observar es el cuello, puesto que los niños con síndrome de Down corren el riesgo de inestabilidad atlanto-axial y atlanto-occipital”.p.220

Para PERERA en el 2006 La excesiva flexibilidad de las articulaciones también puede dificultar el aprendizaje de ciertas habilidades de motricidad gruesa. Por ejemplo, la acción de cambiar de la posición de sentado a otra posición puede verse dificultada por la excesiva movilidad de las caderas. Cuando el niño intenta cambiar de postura si está sentado y quiere ir hacia el suelo, e intenta hacerlo moviéndose sobre uno de sus costados, su ancha base puede impedirle este cambio de postura. p. 100

3.7.1.3. Reducción de la fuerza

Para RAMOS Y NAVARRO (2005), Los niños con síndrome de Down tienen menos fuerza muscular, pero la fuerza mejorará con la práctica y la repetición de los movimientos deseados. La fuerza muscular se define como la fuerza que se ejerce para vencer una resistencia. Por ejemplo, cuando el bebé yace boca arriba sobre el suelo, usa la fuerza de los brazos para alzarlos y llevarse las manos al pecho o a la boca. También usa la fuerza de los brazos para impulsar su cuerpo hacia adelante cuando se arrastra en el suelo sobre el vientre. Cuando esté aprendiendo las habilidades de motricidad gruesa, en lo que hay que centrarse es en desarrollar la fuerza para los movimientos deseados. Por sí mismo, él puede desarrollar patrones de movimientos compensatorios y fortalecer músculos que serán causa de una mecánica defectuosa y que posteriormente se convertirán en algo problemático. Por ejemplo, puede que el niño elija ponerse de pie manteniendo las rodillas muy rígidas y rectas, lo que afectaría el equilibrio vertical y el andar, y podría causar futuros problemas de rodillas debido al excesivo estiramiento de las articulaciones.p.326

3.7.1.4. Brazos y piernas cortos

ORDOÑEZ, (2007) Los niños con síndrome de Down tienen los brazos y las piernas cortos en relación con la longitud del tronco. Tener los brazos cortos hace más difícil el aprender a sentarse, porque no puede apoyar sus manos frontalmente en el suelo sin

inclinarse a la vez el tronco excesivamente hacia adelante. También es difícil sujetarse cuando se cae hacia un lado o de espaldas, porque se caerá todavía más antes de poder apoyarse con la mano. Tener las piernas cortas dificulta más aprender a trepar al sofá, a trepar por las escaleras, y a bajar y subir bordillos y escalones. La combinación de brazos y piernas cortos también hace que pedalear y manejar un triciclo resulte más difícil. Otra estrategia consiste en utilizar equipos más proporcionados a las medidas de sus brazos y de sus piernas. Por ejemplo, cuando el niño esté preparado para aprender a subir y a bajar escaleras, lo mejor es practicar con escaleras a medida para los niños pequeños, de las que se encuentran en los parques infantiles para niños de esta edad.p.157.

3.7.1.5. Problemas médicos

Para CFR. FLORES, TRONCOSO en el 2010 muchos niños con síndrome de Down tienen problemas médicos que afectan su capacidad para aprender y practicar las habilidades de motricidad gruesa. Estos problemas pueden ser patologías cardíacas, problemas gastrointestinales, suspensión obstructiva del sueño, infecciones crónicas de las vías respiratorias altas, ataques epilépticos, e infecciones de oído. p. 256

MARTINEZ ACEBAL en el 2001 manifiesta que cada niño con síndrome de Down posee su propia combinación de factores físicos debido a las diferencias en su constitución física, no desarrollan las habilidades de motricidad gruesa del mismo modo que los demás niños ,el orden en que aprenda estas habilidades sí será similar, pero la forma en que aprende a adquirirlas puede ser diferente , debido a su hipotonía y a su laxitud ligamentosa, encontrará formas de adquirir cada una de estas habilidades empleando compensaciones que le ayuden a superar estos factores. p.235.

3.8 Ejercicios para desarrollar la Motricidad Gruesa

Los ejercicios para desarrollar la motricidad gruesa según CONDE (2007) son:

Pedir al niño que señale, nombre y localice en su cuerpo la cabeza, frente, cabello, ojos, orejas, boca y sus elementos, nariz, mejillas y mentón; partes de su tronco, espalda, pecho, cintura, abdomen y cadera; partes de sus extremidades superiores: hombro, brazo, codo, muñeca, manos, palmas, pantorrilla, talón, pies y dedos. Guiar al niño para que determine cada parte y diga su funcionamiento o utilidad, armar rompecabezas del cuerpo humano, subir y bajar escaleras, realizar un recorrido, sin salirse, sobre líneas trazadas en el piso, pueden ser líneas rectas, curvas y quebradas, el Docente proyectará luz con un espejo en la sombra, para que el niño trate de coger la luz, el maestro cambiará constantemente de posición; en caso de que el día estuviera nublado puede utilizarse una linterna, bailar en diferentes ritmos procurando que el niño tome el ritmo de la música constantemente.p.56

e. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo de investigación fue basado en un diseño de indagación descriptiva de acción social; en donde se analizó, describió y se comparó resultados obtenidos en base a los referentes teóricos descritos en la revisión de literatura, de la misma forma en los objetivos planteados al inicio del proyecto de investigación y como se mencionó desde un principio que el objetivo de esta investigación fue Diagnosticar la motricidad gruesa a los niños con Síndrome de Down, determinando luego las actividades dentro de la Danzaterapia que fueron necesarias para el mejoramiento de la motricidad gruesa en niños y niñas con síndrome de Down; validando estas actividades con la realización de un análisis cuantitativo y cualitativo de los resultados.

Para el trabajo investigativo realizado se utilizaron diversos métodos, que a continuación mencionaremos:

Método Analítico, este método permitió conocer el objetivo de estudio con el cual se pudo realizar comparaciones de los datos obtenidos logrando llegar de una manera clara y concisa a la relación de las variables establecida en el trabajo investigativo; consiguiendo así una síntesis de un trabajo producto de la realidad que sirvió de conocimiento y experiencia.

Método Hermenéutico, se utilizó para la recopilación y selección de la literatura y la bibliografía adecuada, para poder comprender toda la revisión de literatura que fue de interés y para adquirir un análisis correcto de los datos obtenidos y una comparación basándose en criterios de diferentes autores pretendiendo explicar las relaciones existentes entre un hecho y el contexto en el cual acontece.

Método Cuanti - Cualitativo, este método sirvió como proceso de obtención, representación, simplificación, análisis e interpretación de los valores numéricos de los resultados obtenidos; logrando de una manera más probable

la mejor comprensión de la realidad, el cual también se usó para comprobar con el método analítico.

Método Descriptivo, sirvió para realizar la descripción integral de todas las actividades que se llevaron a cabo dentro del proceso del trabajo de investigación realizado, pudiendo obtener del mismo una visión mucho más clara entre las variables planteadas.

La Unidad Educativa Especial Ciudad de Loja Nro.1 tiene un universo estadístico de 55 personas de lo cual se tomó una muestra de 10 personas que corresponden a 10 alumnos de ambos sexos, de edades comprendidas entre: niñas de 5 a 7 años.

POBLACION	MUESTRA		
ALUMNOS Y DOCENTES UNIDAD EDUCATIVA ESPECIAL CIUDAD DE LOJA N°1	ALUMNOS		TOTAL
	MUJERES	HOMBRES	
55	6	4	10

De la misma forma para llevar a cabo el trabajo investigativo se procedió a emplear los siguientes instrumentos que se detallan a continuación:

En primera instancia se inició con la aplicación del instrumento de diagnóstico dirigido a los niños y niñas Escala Ecomi-eso de observación de la competencia motriz adaptada por Ruiz y Gomes.

Cada competencia se presenta en una escala tipo Likert de 4 puntos, donde el 1 indica la ausencia de dicha competencia y el 4 que su presencia es habitual en ese niño para la aplicación de los instrumentos se trabajó con cada uno de los niños de manera individual.

De la misma manera se llevó a cabo la aplicación de la propuesta de actividades de la Danzaterapia, planificada en cinco unidades: Diagnóstica, Cuerpo vivido, cuerpo habitado, Cuerpo presente en el espacio, Cuerpo vital en el espacio compartido y Cierre de las unidades, evidenciando cuales actividades programadas son agradables o no para los niños y niñas con Síndrome de Down y cuales logran mejorar su motricidad gruesa.

En última instancia para la validación se aplicó la Escala Ecomi-eso, para de esta manera comprobar si la propuesta de actividades de la Danzaterapia pudo mejorar la Motricidad Gruesa en los niños y niñas con Síndrome de Down.

f. RESULTADOS

Para obtener los resultados del presente trabajo investigativo, se realizó un análisis basado en los cinco objetivos específicos planteados en el proyecto investigativo, los mismos que se refieren a la caracterización de referentes teóricos, diagnóstico, establecimiento de las actividades, aplicación y validación, aplicación y validación de la Danzaterapia para mejorar la Motricidad Gruesa.

✂ **OBJETIVO ESPECÍFICO Nº 1:** Caracterizar los referentes teóricos y metodológicos de la Danzaterapia que mejora la motricidad gruesa en niños y niñas con Síndrome de Down.

Mediante el planteamiento de este objetivo, se revisó la información teórica pertinente a las variables de investigación: Danzaterapia, se consideró la definición, beneficios, ¿Cómo se conforma una clase? y Metodología de Trabajo, En lo que se refiere a la variable de Motricidad Gruesa se abordó la definición, Desarrollo motriz, Tonicidad, Dominio corporal: dinámico y estático, Factores que influyen en el desarrollo de la motricidad gruesa en los niños con síndrome de Down , Definición de Síndrome de Down, Características y Causas; esta caracterización sirvió para dar sustento científico - teórico al trabajo investigativo.

✂ **OBJETIVO ESPECÍFICO Nº 2:** Diagnosticar la motricidad gruesa en niños y niñas con Síndrome de Down

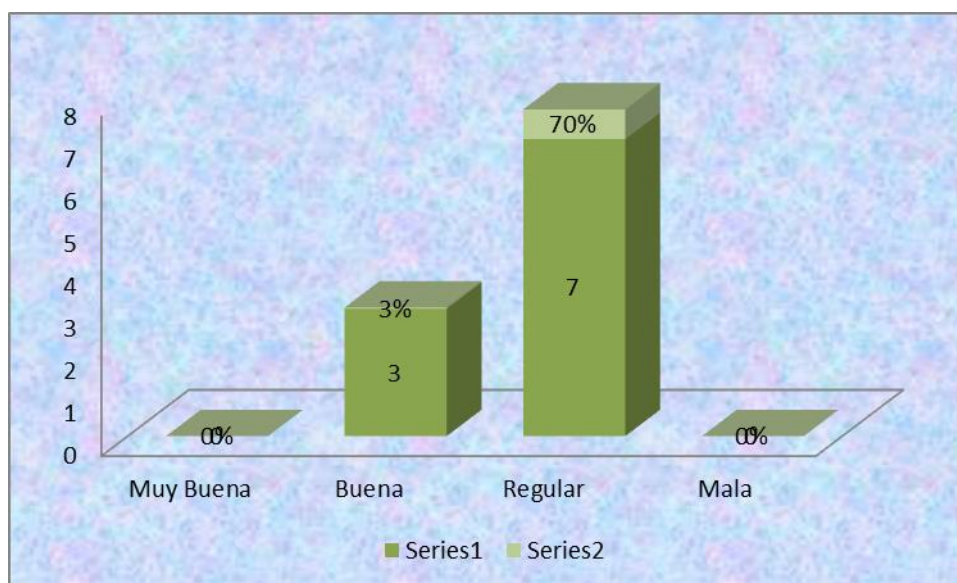
Este objetivo se cumplió mediante la aplicación de la Escala Ecomi-eso de observación de la competencia motriz adaptada por Ruiz y Gómez (2001), que consta de 4 áreas, que se detallan a continuación:

CUADRO Nº 1: DESPLAZAMIENTO

INDICADORES	CASOS										F	%
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Muy Buena											0	0%
Buena	X			X			X				3	3%
Regular		X	X		X	X		X	X	X	7	70%
Mala											0	0%
TOTAL											10	100%

Fuente: escala Ecomi-Eso de observación de competencia motriz
 Responsable: Karolin Valarezo Tinoco

GRAFICO Nº 1: DESPLAZAMIENTO



Fuente: Escala Ecomi-Eso de observación de competencia motriz
 Responsable: Karolin Valarezo Tinoco

Análisis e Interpretación

De los 10 niños evaluados que corresponde el 100%, los casos 1, 4 y 7 en el área de Desplazamiento se ubican en un rango Bueno con un total del 30%; mientras que los casos 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9 y 10 que equivale al 70 % se encuentra

ubicado en un rango Regular presentando dificultades en la realización de ejercicios de desplazamiento como son: desplazarse por el salón sin chocar, Saltar sobre el pie izquierdo desplazándose hacia delante de manera controlada, Atrapar un balón con las 2 manos y desplazarse con soltura y rapidez.

POINTER (2004) “Cuando el niño presenta dificultades para desplazarse le impedirá realizar movimientos con una adecuada coordinación y sincronización entre todas las estructuras que intervienen para realizarla, como son el sistema nervioso los órganos de los sentidos y el sistema musculo esquelético”. p.12

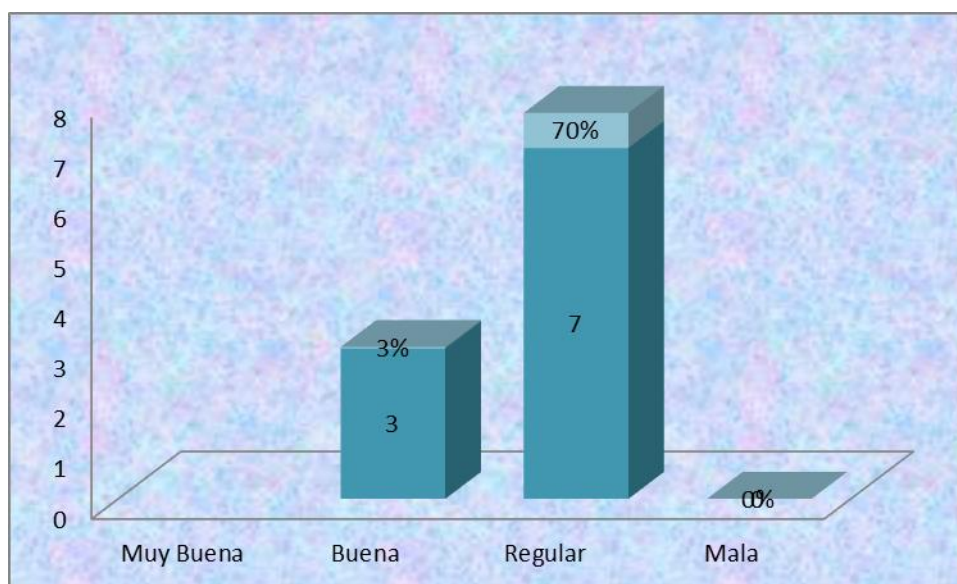
Para los niños con discapacidad el carecer de ciertas habilidades motrices como es el desplazamiento les impedirá poder realizar actividades que requieran una coordinación y sincronización adecuada impidiéndoles desenvolverse de mejor manera dentro de su entorno social.

CUADRO Nº 2: RITMO

INDICADORES	CASOS										F	%
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Muy Buena											0	0%
Buena	X			X			X				3	3%
Regular		X	X	X	X			X	X		7	70%
Mala											0	0%
TOTAL											10	100%

Fuente: escala Ecomi-Eso de observación de competencia motriz
 Responsable: Karolin Valarezo Tinoco

GRAFICO N° 2: RITMO



Fuente: escala Ecomi-Eso de observación de competencia motriz
Responsable: Karolin Valarezo Tinoco

Análisis e Interpretación

De los 10 niños evaluados que corresponde el 100%, los casos 1, 4 y 7 en Ritmo se ubican en un rango Bueno con un total del 30%. Mientras que los casos 2, 3,4,5,6,8,9 y 10 que equivale al 70 % se encuentra ubicado en un rango Regular presentando dificultades en la realización de actividades de ritmo como: mantener el ritmo mientras actúa y se mueve al ritmo y tiempo de la música.

Para LAZARO en el 2004 el ritmo surge a través de movimientos que implican cierto orden temporal ya que a través de él se pueden desarrollar nociones temporales como rápido, lento; orientación temporal como antes y después, es decir la conciencia de los movimientos, ejemplo: cruzar un espacio al ritmo de una pandereta, según lo indique el sonido.p.103

Es importante estimular a los niños mediante el ritmo ya que se lograra la completa autonomía en cuanto a sus necesidades motrices se refiere, logrando

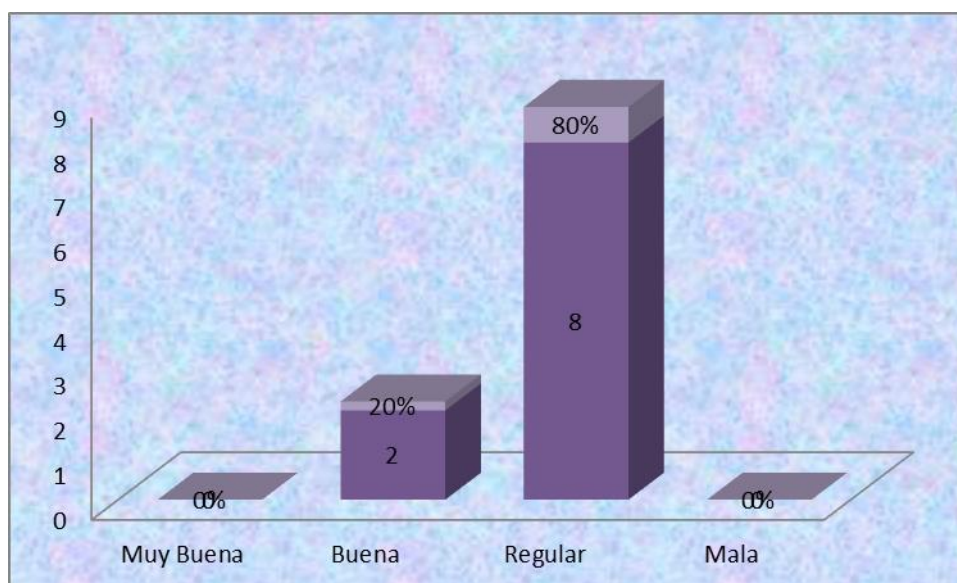
que por medio de diferentes ejercicios sepan reaccionar de la mejor manera frente a los obstáculos impuestos en su ambiente.

CUADRO Nº 3: NOCIONES ESPACIALES

INDICADORES	CASOS										F	%	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Muy Buena												0	0%
Buena							X	X				2	20%
Regular	X	X	X		X	X			X	X		8	80%
Mala												0	0%
TOTAL											10	100%	

Fuente: escala Ecomi-Eso de observación de competencia motriz
 Responsable: Karolin Valarezo Tinoco

GRAFICO Nº 3: NOCIONES ESPACIALES



Fuente: escala Ecomi-Eso de observación de competencia motriz
 Responsable: Karolin Valarezo Tinoco

Análisis e interpretación

De los 10 niños evaluados que corresponde el 100%, los casos 7 y 8 rango Bueno con un total del 20%. Mientras que los casos 1, 2, 3,4,5,6,9 y 10 que equivale al 80 % se encuentra ubicado en un rango Regular presentando dificultades en la realización de actividades de orientación espacial como: Comprender las direcciones, Orientarse y moverse hacia la derecha e izquierda y Seguir trazos dibujados en el piso.

POINTER (2004) manifiesta que “Esta área comprende la capacidad que tiene los niños/as para mantener la constante localización del propio cuerpo, tanto en función de la posición de los objetos en el espacio como para colocar esos objetos en función de su propia posición, comprende también la habilidad para organizar y disponer los elementos en el espacio, en el tiempo o en ambos a la vez”. p.87

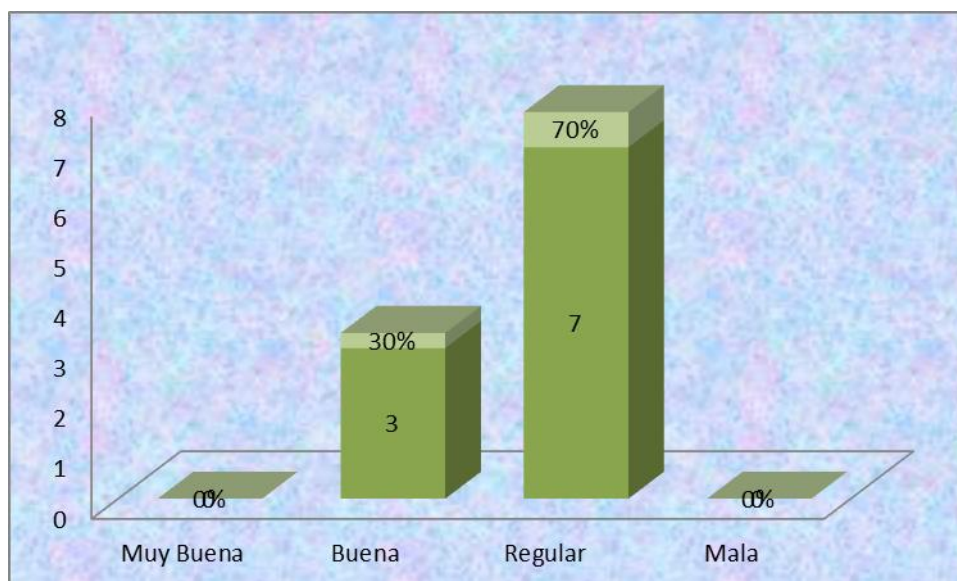
Una no adecuada adquisición y desarrollo de las nociones espaciales, impedirá que el niño pueda conocer su cuerpo en su globalidad, y por ende carecerá de la capacidad de explorar, manipular y modificar el ambiente en el que actúa.

CUADRO Nº 4: EQUILIBRIO

INDICADORES	CASOS										F	%	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Muy Buena												0	0%
Buena	X			X			X					3	30%
Regular		X	X		X	X	X	X	X	X		7	70%
Mala												0	0%
TOTAL											10	100%	

Fuente: escala Ecomi-Eso de observación de competencia motriz
Responsable: Karolin Valarezo Tinoco

GRAFICO Nº 4: EQUILIBRIO



Fuente: escala Ecomi-Eso de observación de competencia motriz
Responsable: Karolin Valarezo Tinoco

Análisis e interpretación

De los 10 niños evaluados que corresponde el 100%, los casos 1,4 y 7 se ubican en rango Bueno con un total del 30%. Mientras que los casos 2, 3, 5, 6, 8, 9 y 10 que equivale al 70 % se encuentran ubicados en un rango Regular presentando dificultades en la realización de actividades de equilibrio como: Mantener el equilibrio sobre un apoyo más de 10 segundos y Saltar de manera continua sobre el mismo sitio sobre un pie. (10 veces)

En el 2001 LAZARO manifiesta que el Equilibrio es considerado como la capacidad de mantener la estabilidad mientras se realizan diversas actividades motrices. Esta área se desarrolla a través de una ordenada relación entre el esquema corporal y el mundo exterior. Es el resultado de distintas integraciones sensorio-perceptivo-motrices que conducen el aprendizaje en general.

Un trastorno del control de equilibrio, no solo presentara dificultades para la integración espacial, si no que va a condicionar el control postural de tal modo

que generara pobreza comunicativa y expresiva además de alteraciones tónicas, provocando déficits en los procesos de exploración.

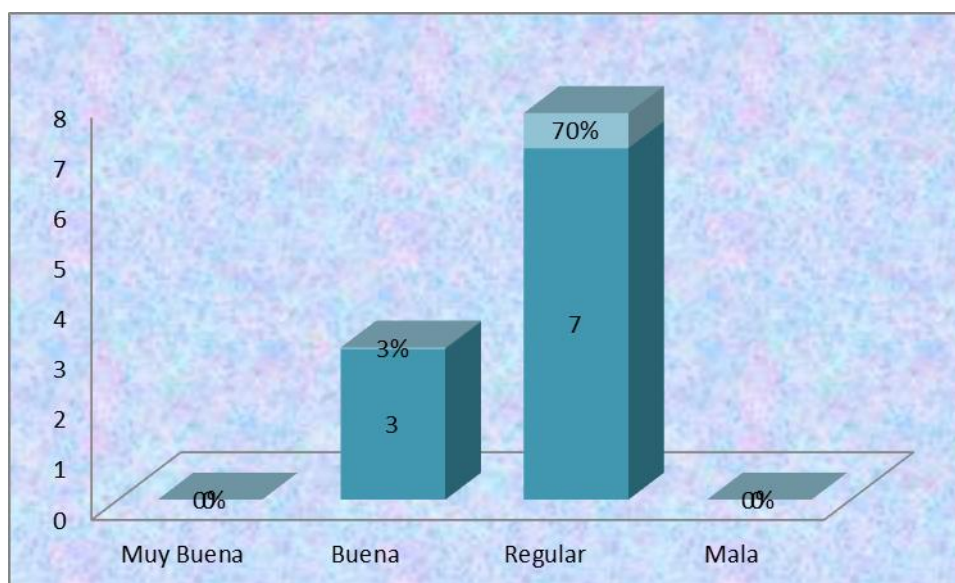
Cuadro 5: Diagnóstico Escala Ecomi- eso de Competencia Motriz

Indicadores	CASOS										F	%
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Muy Buena											0	0%
Buena	X			X			X				3	3%
Regular		X	X		X	X		X	X	X	7	70%
Mala											0	0%
TOTAL											10	100%

Fuente: Escala Ecomi-Eso de observación de competencia motriz

Responsable: KarolinValarezo Tinoco

Gráfico 5: Diagnóstico Escala Ecomi- eso de Competencia Motriz



Fuente: Escala Ecomi-Eso de observación de competencia motriz

Responsable: KarolinValarezo Tinoco

Análisis e interpretación

De los 10 niños y niñas evaluados correspondientes al 100%, podemos constatar que los Casos 1, 4 y 7 que corresponde al 30% ubican su Motricidad Gruesa en un indicador Bueno y los casos 2, 3, 5, 6, 8, 9 y 10 que corresponde al 70% la ubican en un indicador Regular al presentar dificultades en las áreas de Equilibrio, Ritmo, Nociones Espaciales y Desplazamiento.

Para LAZARO en el 2004 manifiesta que la “Motricidad Gruesa en los niños es importante porque permite que desarrollen habilidades motrices como son: gatear, rodar, saltar, correr además que favorece la adaptación del individuo al mundo exterior, puesto que permite la estimulación de diferentes procesos neuromotores: posturales, de coordinación, de equilibrio” .p.45

Una buena motricidad gruesa es importante; por la íntima vinculación que existe entre el cuerpo, la emoción, la vida relacional y la actividad cognitiva, especialmente durante las etapas de la vida. La actividad psicomotriz permite que el niño descubra el mundo a los demás y a sí mismo a través del movimiento y la acción.

✂ **OBJETIVO ESPECÍFICO Nº 3:** Crear una propuesta de Danzaterapia que permita mejorar en los niños con Síndrome de Down su Motricidad Gruesa.

Se organizó un espacio dentro de la Escuela Ciudad de Loja N°1 para llevar a cabo las Actividades de la Danzaterapia que consta de 11 sesiones, que ayudara a los niños y niñas con Síndrome de Down a mejorar sus destrezas motrices.

Para el establecimiento de las actividades a trabajar dentro de la Danzaterapia con los niños y niñas con Síndrome de Down, se consideró la siguiente propuesta de actividades detallada a continuación:

SESIÓN N° 1

UNIDAD I: Diagnóstico (2 sesiones)

CONTENIDOS: Reconocimiento y disociación de las partes del cuerpo. Coordinación y equilibrio. Postura. Locomoción y uso de soportes. Dinámicas del esfuerzo. Creatividad y movimiento espontáneo, decisión de hacer una propuesta propia, Imagen corporal.

DURACION DE LA SESION: 1 hora

ACTIVIDAD 1

Presentación de las profesoras y de los pacientes.

Presentación de los objetivos del taller.

Planteamiento de las reglas dentro del taller.

FUNDAMENTACIÓN: Necesidad de establecer límites sanos con los otros y generar vínculo con la actividad.

ACTIVIDAD 2

Presentación con la lana

Cada paciente se presenta hablando un poco de sí mismo, de esta manera se van pasando la lana uno a otro tejiendo un recorrido en el espacio. Luego se desteje la lana buscando un movimiento libre. Se produce un cambio en los puestos originales, luego busca lo mismo sin la lana la forma de cambiarse de puesto Dibujando con el cuerpo trayectorias comenzando un dialogo grupal.

FUNDAMENTACIÓN: Establecer conexión a través del contacto visual con los otros y derribar corazas.

ACTIVIDAD 3

Trabajo guiado de conciencia de la respiración y conexión respiración movimiento. Trabajo de movilidad de columna.

FUNDAMENTACIÓN: Vencer la rigidez muscular y articular provocado por la enfermedad. Trabajo de la imagen corporal trastocada por la enfermedad.

ACTIVIDAD 4

A: Trabajo exploratorio, movilizan la masa de aire sintiendo como con las manos presionan, levantan, empujan el aire, se incorporan los brazos, el torso, la cabeza, las piernas. Conciencia de las articulaciones y sus posibilidades. Conciencia de los espacios que se generan entre las partes del cuerpo al moverse.

FUNDAMENTACIÓN: La actividad apunta a conseguir variar los movimientos consistentes de los niños, que siempre se desplazan en bloques, y poseen dificultad para manejar las energías, algunas veces utilizan demasiada energía en cada movimiento, otras muy poca.

B: Conexión con el otro, busca un dialogo entre la propuesta de ambos (algunas veces son seguidos otras escuchan y siguen al otro).

FUNDAMENTACIÓN: Minimizar las dificultades para establecer comunicación, que incluso en actividades simples de la vida cotidiana les es muy complejo, trabajo del lenguaje verbal y no verbal en escuchar al otro, plantear los límites en cuanto a respetar el tiempo del otro, no interrumpir, así como respetar su espacio íntimo y personal.

C: Se forman dúos y tríos, todos al final van en busca de un final.

D: Se elige un movimiento y se detienen por unos segundos, vuelven a neutro, vuelven al movimiento escogido

FUNDAMENTACIÓN: Vencer el ensimismamiento. Ejercitar la memoria. Conseguir la sensación grata al moverse para lograr aproximarse a una vinculación entre el movimiento y la afectividad y emocionalidad.

ACTIVIDAD 5

Retoman la respiración en círculo, con brazos arriba al ir adelante y abajo al ir atrás. Se termina con un abrazo grupal.

ACTIVIDAD 6

Cierre verbal.

FUNDAMENTACIÓN: Para la Danza Movimiento Terapia, esta actividad busca contener a los pacientes en sus sensaciones personales y grupales y entender que actividades habían logrado sus objetivos y cuáles no. Inicio de búsqueda del logro de cohesión grupal, y formación de grupo.

SESIÓN Nº 2

UNIDAD II: Cuerpo vivido, cuerpo habitado.(3 sesiones)

CONTENIDOS: Cohesión grupal, trabajo en colaboración grupal. Niveles Alto medio bajo. Velocidad. Ritmo. Distancias social, personal, íntima. Creatividad. Empatía. Imagen corporal.

DURACION DE LA SESION: 1 hora

ACTIVIDAD 1

Calentamiento

Reconocimiento de las partes del cuerpo, cada uno nombra una parte del cuerpo y todos comienzan a movilizar esa parte buscando todas sus posibilidades de movimiento, su máximo rango articular, su flexibilidad, etc. Reconocen a través del movimiento cada parte pasando de una a otra.

Después dos personas nombran una parte cada una, ahora movilizan esas dos partes al unísono. Se agrega otra parte y así sucesivamente hasta movilizar gran parte del cuerpo, se completan partes que no se hayan nombrado para enriquecer la búsqueda, cuando está todo el cuerpo en movimiento entra la música, siguen moviéndose al ritmo de la música, las profesoras agregan niveles en algunas partes de la actividad, mencionándolos para que el movimiento varíe. Ahora se nombra una parte del cuerpo y un lugar del cuerpo en donde va a estar, ej, mano derecha en rodilla, intentan desplazarse por el espacio de esa forma, sin cambiar, cambian de lugar con un compañero y alguien menciona otra parte del cuerpo en otro lugar, vuelven a moverse así con tres o cuatro posiciones. Amplían el espacio al que se movilizan avanzando más allá del círculo.

FUNDAMENTACIÓN: Trabajo de reconstrucción de imagen corporal sana para fortalecer la autoestima. Conexión neuronal al realizar la integración del cuerpo total y segmentado. Salir del encriptamiento, ir ampliando el radio de movimiento permitido por ellos mismos, aplacar la característica de autismo.

ACTIVIDAD 2

Buscamos un ritmo común a través de la respiración, entra una percusión que dará el pulso de la caminata de todos, van variando las direcciones que se utilizan atravesando el espacio de un lugar a otro, al detenerse el sonido de la percusión se detienen, al volver el sonido siguen avanzando, el pulso se ira acelerando o ralentando, y se irá nombrando acciones que deberán hacer al ir avanzando, ej., avanzar por el piso, retroceder, avanzar saltando de un pie a otro, avanzar con zancadas largas, con pasos cortos, etc., siempre deteniéndose cuando la percusión lo haga, van encontrándose de a dos personas y comienzan a avanzar uno al lado del otro, acompañando el andar de ambos, luego de a tres, de a cuatro, así hasta generar un solo grupo que avanza junto, todo el grupo debe tomar la decisión de avanzar o de parar y la dirección que tomar.

FUNDAMENTACIÓN: Reconocimiento del ritmo vital corporal propio, conectarse con la vitalidad y energía, conocer el cuerpo vital, lograr la sensación de estar vivo de existir, vitalizar el cuerpo desde 0, conexión con el exterior y el otro de una manera tranquila y relajada sin miedos.

ACTIVIDAD 3

El grupo se va moviendo por el espacio y la persona que quede mas adelante frente al grupo será el guía, generará uno o varios movimientos relacionados con la primera actividad, movilizand o alguna o varias partes del cuerpo para generar los movimientos, el grupo debe copiar estos movimientos y al cambiar de frente cambia el guía, siempre quien queda adelantado es quien guiará los movimientos del grupo.

Desde el grupo, además de decidir avanzar juntos, deben decidir cómo avanzar, ya sea por el suelo o guiados por un brazo, etc., y el grupo comienza a moverse como un todo, ya no cada uno individualmente sino como algo que funciona con la energía de cada uno.

FUNDAMENTACIÓN: Sensación de grupo y de que cada persona importa en este grupo. Sentirse parte importante de algo que funciona y que trabaja en equipo.

SESIÓN Nº 3

UNIDAD III: Cuerpo presente en el espacio. (3 sesiones)

CONTENIDOS: Senso percepción.

DURACION DE LA SESION: 1 hora

ACTIVIDAD 1

Calentamiento. Respiraciones guiadas con coordinación de brazos. Sentados en posición cómoda sobre colchonetas, realizan respiraciones, buscan un ritmo

común para inhalar y exhalar relajando los brazos sobre las piernas. Luego los brazos se extienden hacia los lados al inhalar y se cierran al exhalar, se agrega subida de brazos y se completa con dos respiraciones, abro al inhalar subo al exhalar bajo al inhalar y cierro al exhalar.

Recuerdan pasadas pos sacro cambiando de colchoneta una vez. Van rotando de lugar cambiándose con el compañero de al lado hasta volver a su lugar inicial.

FUNDAMENTACIÓN: Búsqueda de la conexión con la respiración, a través de hacer consciente la inhalación y exhalación al realizarlas de manera premeditada y no como un reflejo, además al integrar un movimiento simple aumenta el nivel de conciencia de la persona presente en la actividad.

ACTIVIDAD 2

Juego: con 1 globo en el espacio, todos deben ir empujándolo para evitar que se caiga, sin tomarlo con ambas manos.

Se agrega un segundo globo, y se va agregando otro más hasta llegar tener tantos globos en el espacio como pacientes. Se les indica que deben evitar chocarse y que pueden utilizar el suelo, rodar, saltar, etc.

Se sacan los globos y deben continuar realizando movimientos desde la sensación corporal que les dejó el jugar con el globo, es decir, que movimiento utilizó para que el globo no se cayera, y los repite.

FUNDAMENTACIÓN: Se busca obtener sensaciones a partir de lo concreto de tocar y manipular algo y asumirlas en el cuerpo como nuevas posibilidades de movimiento, ampliando el lenguaje expresivo al liberar partes del cuerpo que no se han utilizado en demasiado tiempo. Se trabajó un poco más complejo con el elemento transicional.

ACTIVIDAD 3

Tacto, entradas al piso, improvisación con diferentes apoyos.

Se sientan en una hilera de frente al profesor, se comienza un trabajo de tacto desde los dedos de las manos, pasando por la mano entera, ambas manos, luego el antebrazo, generando un poco de presión, luego el brazo entero distinguiendo las partes hasta llegar a hombros, cuello y cabeza, rostro, etc., pasamos por espalda bajando hasta las piernas y rodillas, se enfatiza en el sentir las partes del cuerpo y su reacción, si necesitan mayor presión, o más suavidad y roce, etc., desde ahí sin desconectar la sensación del cuerpo viajan al espacio con las manos hacia el suelo avanzando lejos del cuerpo para entrar a él conectando cada parte del cuerpo con el piso, prueban yendo y viniendo desde y hacia el cuerpo, entran al suelo y se sigue improvisando maneras de estar moviéndose en este nivel, utilizando todo el cuerpo como apoyo, luego debido a una cierta repetición de patrones, se vuelve al inicio, vuelven al tacto inicial de las manos, luego se agrega el subir y volver a bajar, hasta que deciden quedarse arriba continuando con los movimientos.

FUNDAMENTACIÓN: Búsqueda del propio esquema corporal, además de hilar fino en la disociación de las partes del cuerpo. Reconocer que tienen un cuerpo.

ACTIVIDAD 4

Respiraciones en círculo con movimiento.

Forman un círculo para comenzar a respirar de pie conscientemente del inspirar y el exhalar, vamos entrando al círculo con la inhalación y saliendo con la exhalación, luego agrego un movimiento simple al inhalar entrando al círculo, guiado, y otro al salir, luego se les pide que propongan un movimiento para inhalar y otro para exhalar, al principio nadie quería proponer, pero luego alguien propuso y el resto fue siguiendo, finalizamos achicando el círculo y respirando para subir los brazos y bajarlos hacia los hombros del compañero en abrazo grupal, mirándonos para despedir la clase.

FUNDAMENTACIÓN: Vitalizar el cuerpo vivir el cuerpo en movimiento, cuerpo vivido.

ACTIVIDAD 5

Cierre verbal.

SESIÓN Nº 4

UNIDAD IV: Cuerpo vital en el espacio compartido. (3 sesiones)

CONTENIDOS: Fuerza, flexibilidad y equilibrio. Búsqueda de lenguaje a través del objeto transicional. Control de la energía.

DURACION DE LA SESION: 1 hora

ACTIVIDAD 1

Calentamiento. Trabajo de columna, espalda mesa, lateralidad probando realizar movimientos utilizando ambos lados del cuerpo, trabajo de swing de brazos.

Trabajo de soporte en cruz. Pié hacia adelante, ambos lados y hacia atrás.

FUNDAMENTACIÓN: Trabajo de fuerza y flexibilidad. Fortalecimiento muscular de soportes. Liberación de energía contenida en extremidades superiores.

ACTIVIDAD 2

Con el globo como objeto transicional. Esta vez se utiliza para direccionar los movimientos. Se debe llevar el globo en línea recta de un extremo de la sala al otro.

Variando las partes del cuerpo con las que se direcciona el globo. Realizan lo mismo en nivel medio, caminando o corriendo, bajo, con posibilidad de utilizar rodadas aprendidas y alto incluyendo saltos. Luego se elimina el objeto para realizar los movimientos desde la sensación obtenida, de los recordados se eligen tres y forma cada uno una pequeña frase de movimiento. Es la primera vez que se les otorga tiempo solos para lograr un objetivo pedido.

Posteriormente con las frases de todos se realiza un estudio uniéndolas de la mejor forma que encuentren, para repetirla varias veces todos.

FUNDAMENTACIÓN: Este trabajo que deriva de la clase anterior, fue pensado como una forma de unir varios contenidos trabajados anteriormente en el taller, y darles un significado, al llegar a crear algo bello con herramientas de ellos mismos, no como algo impuesto o mostrado por un modelo a seguir, sino nacido desde el propio aprendizaje personal y grupal.

ACTIVIDAD 3

Cierre a través de respiraciones.

Cada uno busca en los movimientos encontrados durante la sesión dos movimientos que más le agraden, y los agrega a la respiración, se realiza en círculo para cerrar con abrazo grupal.

FUNDAMENTACIÓN: Conexión del aprendizaje corporal con la respiración natural. Cohesión grupal.

ACTIVIDAD 5

Cierre verbal

SESIÓN Nº 5

UNIDAD: CIERRE DE TALLER (1 sesión)

CONTENIDOS: Retroalimentación. Compartir. Cerrar el ciclo.

ACTIVIDAD 1

Sentados en círculo se les pide que vayan diciendo palabras que se les venga a la mente al pensar en el taller. Estas palabras se escribieron, se les pidió que se ubicaran en el espacio y comenzaran a caminar.

FUNDAMENTACIÓN: Esta actividad surgió al buscar un cierre apropiado a las sesiones, algo que pudiera dejar en ellos una sensación reconfortante, de haber logrado un objetivo o varios, y a su vez entender que había significado para ellos el taller presentado.

ACTIVIDAD 2

Se realizó una convivencia con los niños y niñas, como una manera de cerrar el ciclo del taller realizado.

FUNDAMENTACIÓN: La última sesión era tan importante, ya que se debía dejar claro que el taller finalizaba ese día, y que no volverían a otra sesión de este tipo por ahora. La respuesta fue muy positiva, entregaron afectividad en sus palabras de despedida, y agradecimiento también por la oportunidad que se les presentó

✂ **OBJETIVO ESPECÍFICO Nº 4:** Aplicación de la Danzaterapia para mejorar en los niños con Síndrome de Down su Motricidad Gruesa

Para dar cumplimiento del objetivo de la Aplicación de la Danzaterapia, se llevó a cabo durante tres meses de trabajo, en horario de 10:30am a 11:30am, realizando actividades tanto individuales como grupales con los niños y niñas, estableciendo actividades en cinco criterios de trabajo:

UNIDAD I: Diagnóstica. (1 sesión)

Contenidos: Reconocimiento y disociación de las partes del cuerpo
Coordinación y equilibrio. Postura. Locomoción y uso de soportes. Dinámicas del esfuerzo. Creatividad y movimiento espontáneo, decisión de hacer una propuesta propia. Imagen corporal.

UNIDAD II: Cuerpo vivido, cuerpo habitado. (3 sesiones)

Contenidos: Cohesión grupal, trabajo en colaboración grupal. Niveles Alto medio bajo. Velocidad. Ritmo. Distancias social, personal, íntima. Creatividad.

Empatía. Imagen corporal. Senso percepción. Kinesfera. Ejes: horizontal – sagital – vertical. Límites propios y con el otro. Manejo de la energía.

UNIDAD III: Cuerpo presente en el espacio. (3 sesiones)

Contenidos: Flexibilidad. Control muscular y fuerza. Coordinación estática y dinámica. Visión del cuerpo, esquema corporal. Control del movimiento a través de la respiración. Respeto mutuo. Tolerancia. Empatía a través de la mímica. Memoria psicomotriz. Participación individual dentro de un grupo. Búsqueda del lenguaje a través del objeto transicional. Control de la energía. Equilibrio.

UNIDAD IV: Cuerpo vital en el espacio compartido. (3 sesiones)

Contenidos: Utilización de las diferentes partes del cuerpo. Memoria psicomotriz. Dirección. Niveles. Conexión neuronal. Tolerancia a la frustración. Empatía grupal. Utilización del lenguaje no verbal.

UNIDAD V: Cierre del taller. (1 sesión)

Contenidos: Retroalimentación. Compartir. Cerrar el ciclo

Por lo tanto llevar a cabo una buena programación, elaboración y ejecución de la propuesta de actividades de la Danzaterapia para trabajar con los niños y niñas con Síndrome de Down es realmente beneficioso, ya que se evidencio por parte de ellos una acogida excelente a todas las actividades trabajadas dentro de la planificación.

✂OBJETIVO ESPECÍFICO N°5: Validar la efectividad de la aplicación de la Danzaterapia para mejorar la Motricidad Gruesa en niños y niñas con Síndrome de Down.

Para la validación de la aplicación de la Técnica Danzaterapia se utilizó el escala Ecomi-Eso, aplicado a los niños y niñas con Síndrome de Down que asisten a la Unidad de Educación Especial Ciudad de Loja Nro 1, se considera las siguientes 4 áreas:

Cuadro 6: Escala Ecomi- Eso

INDICADORES AREAS	DIAGNOSTICO												VALIDACION																							
	Desplazamiento				Ritmo				Nociones Espaciales				Equilibrio				Desplazamiento				Ritmo				Nociones Espaciales				Equilibrio							
	Muy Buena	Buena	Regular	Malo	Muy Buena	Buena	Regular	Malo	Muy Buena	Buena	Regular	Malo	Muy Buena	Buena	Regular	Malo	Muy Buena	Buena	Regular	Malo	Muy Buena	Buena	Regular	Malo	Muy Buena	Buena	Regular	Malo	Muy Buena	Buena	Regular	Malo				
<i>CASO 1</i>		X				X					X			X				X				X					X				X			X		
<i>CASO 2</i>			X				X				X				X			X				X					X				X			X		
<i>CASO 3</i>			X				X				X				X			X					X				X				X			X		
<i>CASO 4</i>		X				X					X			X				X				X					X				X			X		
<i>CASO 5</i>			X				X				X				X			X					X				X				X			X		
<i>CASO 6</i>			X				X				X				X			X					X				X				X			X		
<i>CASO 7</i>		X				X					X			X				X					X				X				X			X		
<i>CASO 8</i>			X				X				X				X				X				X				X				X				X	
<i>CASO 9</i>			X				X				X				X				X				X				X				X				X	
<i>CASO 10</i>			X				X				X				X				X				X				X				X				X	

Fuente: escala Ecomi-Eso de observación de competencia motriz
 Responsable: Karolin Valarezo Tinoco

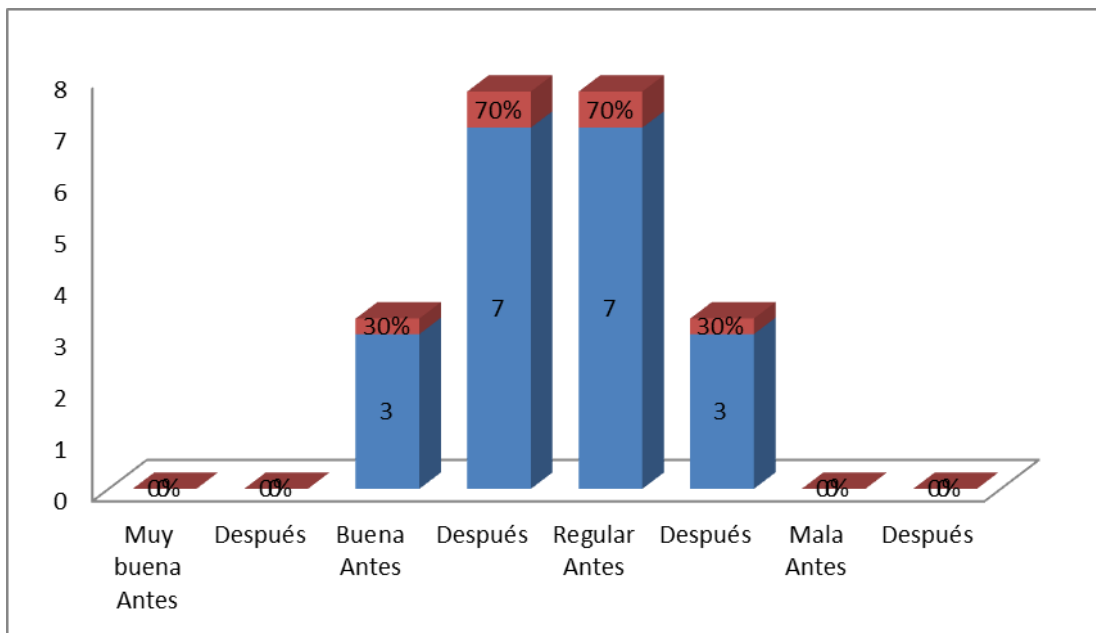
Cuadro 5: Resumen del Diagnóstico y Validación de Escala Ecomi-Eso

DIAGNOSTICO												VALIDACION													
Indicadores	CASOS										F	%	CASOS										F	%	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Muy Buena											0	0%											0	0	
Buena	X			X	X						3	3%	X	X	X	X			X	X		X	7	70%	
Regular		X	X			X		X	X	X	7	70%					X	X			X		3	30%	
Mala											0	0%											0	0%	
TOTAL												10	100%	TOTAL										10	100%

Fuente: escala Ecomi-Eso de observación de competencia motriz
 Responsable: Karolin Valarezo Tinoco

Grafico 5: Resumen del Diagnóstico y Validación de Escala Ecomi -Eso

ANTES Y DESPUES



Fuente: escala Ecomi-Eso de observación de competencia motriz
 Responsable: Karolin Valarezo Tinoco

Análisis e Interpretación

Del 100% de la muestra, en **Desplazamiento** en el diagnóstico 7 niños se encontraban en un Rango regular y 3 en Bueno, en la validación 4 casos mejoraron y se ubicaron en un rango Bueno y los 3 restantes se mantienen en su tendencia Regular; en cuanto al **Ritmo**, en el diagnóstico 7 niños se ubicaban en un rango regular y 3 en Bueno y en la validación 5 niños mejoraron y se ubicaron en un rango Bueno mientras que 5 siguen en rango Regular, en **Nociones Espaciales**, 8 casos que en el diagnóstico estaban en un rango Regular y 2 en Bueno, en la validación 5 casos mejoraron y están en un rango Bueno y 3 casos se siguen ubicando en Regular; Por último en cuanto al **Equilibrio**, que en el diagnóstico 7 casos se encontraban en un rango Regular y 3 en Bueno, en la validación se evidenció que 4 casos mejoraron y

se ubican en un rango Bueno y los 3 casos restantes mantienen su tendencia ubicándose en un Rango Regular.

De los 10 casos de niños y niñas con Síndrome de Down evaluados se logró que 4 casos mejoren su Motricidad Gruesa ubicándola en un rango Bueno.

En el 2008 para PIZAÑA ANDRADE resulta efectiva la aplicación de la Danzaterapia ya que es justamente a través del movimiento que se pueden generar los cambios, no sólo a nivel físicos durante las sesiones se estimulan las áreas dormidas, para permitir que el cuerpo sea el verdadero protagonista, siguiendo las indicaciones de sus técnicas. p. 45.

En el 2004 LAZARO manifiesta que una Buena Motricidad Gruesa es importante para que los niños desarrollen habilidades motrices como son: gatear, rodar, saltar, correr, para generar mejoras en su aprendizaje, además de que físicamente le ayudan a madurar, finalmente, la Motricidad Gruesa favorece la adaptación del individuo al mundo exterior, puesto que permite la estimulación de diferentes procesos neuromotores: posturales, de coordinación, de equilibrio.p.65.

Por lo tanto la aplicación de la Técnica Danzaterapia dentro de la población de niños y niñas con Síndrome de Down resulta efectiva ya que logra el desarrollo psicomotriz debido a que en esta técnica se realizan muchos movimientos libres y dirigidos que contribuye de manera fácil a inducir movimientos corporales sin esfuerzo alguno.

g. DISCUSIÓN

OBJETIVO ESPECÍFICO N° 1: Caracterizar los referentes teóricos y metodológicos de la Danzaterapia que mejora la motricidad gruesa en niños y niñas con Síndrome de Down.

A través de este objetivo se desarrolló la caracterización de los referentes teóricos de las variables que se seleccionaron, y así se pudo analizar e interpretar los datos y resultados obtenidos en la investigación. De esta manera el trabajo de tesis queda respaldado a través de contenido teórico preciso y actualizado.

OBJETIVO ESPECÍFICO N° 2: Diagnosticar la motricidad gruesa en niños y niñas con Síndrome de Down

Para el desarrollo de este objetivo se estableció la Escala Ecomi Eso, que fue aplicado a los niños y niñas con Síndrome de Down de la Unidad de Educación Especial Ciudad de Loja Nro.1, realizando un análisis de las 4 áreas para medir la motricidad gruesa de los niños y niñas con la que se pudo llegar a la siguiente discusión:

Del análisis de cada una las áreas evaluadas en la Escala Ecomi -Eso fueron Desplazamiento, Equilibrio, Ritmo y Nociones Espaciales.

De los resultados obtenidos se destaca que de los 10 casos, 3 de ellos que corresponde al 30% ubican su Motricidad Gruesa en un indicador Bueno y 7 casos que corresponde al 70% la ubiquen en un rango Regular al no poder desarrollar satisfactoriamente las actividades en las áreas de Equilibrio, Ritmo, Desplazamiento y Nociones Espaciales

CONDE, (2010) dice “Una regular motricidad gruesa impide que se desarrolle todo lo relacionado con el desarrollo cronológico del niño/a especialmente en el crecimiento del cuerpo y de las habilidades psicomotrices respecto al juego y a las aptitudes motrices de manos, brazos, pierna y pies.” “. p. 15.

El desarrollo de la motricidad gruesa es esencial en los niños ya que aprenden a dominar ciertas actividades atléticas, como saltar o correr sin embargo, para los niños con discapacidad este proceso natural puede ser muy difícil y requerir entrenamiento e intervención profesional.

OBJETIVO ESPECÍFICO N° 3: Crear una propuesta de Danzaterapia que permita mejorar en los niños con Síndrome de Down su Motricidad Gruesa.

Planificar es una tarea fundamental en la práctica terapéutica porque de esta depende el éxito o no de la labor desempeñada, además de que permite conjugar la teoría con la práctica.

Para el cumplimiento del objetivo se elaboró una Propuesta de planificación de Actividades de Danzaterapia, realizándola en base al diagnóstico inicial, estableciendo actividades acordes para trabajar con la población de niños y niñas con Síndrome de Down, quedando programada trabajar en 5 unidades: Diagnóstica, Cuerpo vivido, cuerpo habitado, Cuerpo presente en el espacio, cuerpo vital en el espacio compartido y cierre de la unidad.

De la planificación de cada una de las áreas establecidas para trabajar con la población de niños y niñas con Síndrome de Down, se evidencio que las actividades programadas están acordes, ya que nos permitirán mantener, mejorar las capacidades, habilidades y destrezas en cada uno de ellos

OBJETIVO ESPECÍFICO N° 4: Aplicación de la Danzaterapia para mejorar en los niños con Síndrome de Down su Motricidad Gruesa.

Para lograr este objetivo se procedió a la Aplicación de la Planificación programada la misma que fue en base a 5 unidades: Diagnóstica, Cuerpo vivido, cuerpo habitado, Cuerpo presente en el espacio, cuerpo vital en el espacio compartido y cierre del taller.

De la aplicación de la programación que fue establecida para dos meses, las actividades que más acogida tuvieron fue la de la unidad Cuerpo presente en el espacio, ya que incluía actividades referentes a las áreas motrices en donde los niños presentaban dificultades.

La Danzaterapia es una técnica que ayuda a mejorar el desarrollo psicomotriz, ya que mediante esta actividad las personas pueden realizar muchos movimientos libres y dirigidos, y contribuye de manera fácil a inducir movimientos corporales sin esfuerzo alguno.

Por lo tanto resulta beneficiosa la aplicación de actividades de la Danzaterapia en la población de niños y niñas con Síndrome de Down, ya que las mismas logran mantener y en otros casos mantener su Motricidad Gruesa, haciendo que los niños y niñas con Síndrome de Down se sientan más capaces de poder realizar actividades que requieran del dominio de ciertas destrezas motrices y de esta manera sean involucrados dentro del entorno en el que se desenvuelve.

OBJETIVO ESPECÍFICO N° 5: Validar la efectividad de la aplicación de la Danzaterapia para mejorar la Motricidad Gruesa en niños y niñas con Síndrome de Down.

Para el cumplimiento de este objetivo, se volvió a aplicar la escala Ecomi-eso a los niños y niñas con Síndrome de Down de Unidad de Educación Especial Ciudad de Loja Nro.1

Se puede evidenciar que mediante el análisis de cada una de las áreas que evalúa la escala hubo un mantenimiento y mejoramiento de las mismas y por ende se logró mejorar la Motricidad Gruesa de los niños y niñas, con lo cual se pudo llegar a la siguiente discusión:

En Desplazamiento en el diagnóstico el 70% se encontraban en un Rango regular y 30% en Bueno en la validación 4 casos mejoraron y se ubicaron en un rango Bueno y los 3 restantes se mantienen en su tendencia Regular ; en cuanto al Ritmo, en el diagnóstico el 70% se ubicó en un rango regular y el

30% en Bueno y en la validación el 50% se ubicó en un rango Bueno mientras que el 50% sigue en rango Regular, en Nociones Espaciales, el 80% en el diagnóstico estaba en un rango Regular y 20% en Bueno y en la validación el 50% mejoró y están en un rango Bueno y el 30% se sigue ubicando en Regular; Por último en cuanto al Equilibrio, que en el diagnóstico el 70% se encontraba en un rango Regular y 30% en Bueno, en la validación se evidenció que el 40% mejoró y se ubicó en un rango Bueno el 30% restante mantiene su tendencia ubicándose en un Rango Regular.

Para CERANTONI en el año 2008 manifiesta que a través de la motivación expresiva del movimiento, los niños entran en contacto con diferentes nociones espaciales y temporales, la espontaneidad permite que los afectos y necesidades se manifiesten permanentemente, por medio de la Danzaterapia se consigue que el alumno tome conciencia del propio cuerpo en todos los momentos y situaciones, el dominio del equilibrio, el control y eficacia de las diversas coordinaciones globales y segmentarias debido a que constituye una actividad relajante y divertida.

De esta manera queda evidenciada que la Danzaterapia resulta viable para mejorar la motricidad gruesa en la población con niños y niñas con Síndrome de Down, ya que la relación de estas dos variables resulta efectiva pues trata de crear una amplia gama de recursos tanto para la observación y análisis del movimiento y así trabajar en el desarrollo global de los niños y niñas desde el cuerpo.

h. CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos y analizados, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- Del diagnóstico inicial de la Motricidad Gruesa de los 10 niños y niñas con Síndrome de Down que asisten a la Unidad de Educación Especial Ciudad de Loja, se ubica su Motricidad Gruesa en rango Bueno con el 30% y Regular con el 70% presentando dificultades en las áreas como desplazamiento, nociones espaciales, equilibrio y ritmo, según la evaluación aplicada con la Escala ECOMI-ESO de la competencia motriz.
- La técnica Danzaterapia ayuda a los niños a desarrollar su motricidad gruesa, produciendo en ellos solvencia y seguridad en cada movimiento.
- La técnica Danzaterapia produce cambios de comportamiento, al relacionarla con la Motricidad Gruesa, ya que los niños, se integran a las actividades con sus compañeros y no inhiben su participación dentro de actividades motrices.
- La aplicación de la Danzaterapia, ayuda a desarrollar la parte creativa del niño en cada sesión que se realice y requiere la imaginación del niño para crear nuevos movimientos.
- Las actividades ejecutadas dentro de la propuesta de la Danzaterapia en las que más se involucraron los niños y niñas con Síndrome de Down fue la unidad Cuerpo presente en el espacio ya que incluía actividades referentes a las áreas motrices en donde los niños presentaban dificultades.
- La aplicación de la Danzaterapia en la población de niños y niñas con Síndrome de Down es efectiva, ya que los resultados de la validación final ubicaron su Motricidad Gruesa en un rango Bueno con 70% y Regular con 30%.

i. RECOMENDACIONES

Luego de concluida la presente investigación se puede recomendar lo siguiente:

- Se sugiere a las docentes de la Unidad Educativa Ciudad de Loja N°1 continuar aplicando la Danzaterapia a los niños y niñas ya que la misma favorece el desarrollo de las destrezas motrices.
- Capacitar a los docentes cada cierto periodo, sobre la utilización de las Técnica Danzaterapia.
- Solicitar a la Directora de la Unidad Educativa para que de apertura para la realización de la Técnica Danzaterapia con los alumnos , dentro de las instalaciones de la institución.
- Impartir charlas a los padres de familia sobre la importancia de la Danzaterapia en la Motricidad Gruesa, para que los padres colaboren de manera activa desde sus hogares.
- Trabajar dentro de cada sesión actividades cada vez más novedosas para que los niños se interesen y desarrollen adecuadamente la aplicación de la técnica.

j. BIBLIOGRAFÍA

ARIAS, G (2008). "El diagnóstico para el Síndrome de Down", Estudiantil, Habana

BENALDO (2012), Psicomotricidad Guía de evaluación e intervención. Editorial: Madrid, pirámide 2012.

BOWLBY, J. (2009). El vínculo afectivo. Barcelona: Editorial: Paidós.

BOWLBY, J. (2009). La separación afectiva. Buenos Aires: Editorial: Paidós.

CANDEL, G. (2009) .Programa de atención temprana. Intervención en niños con Síndrome de Down y otros problemas del desarrollo. Ed. CEPE, Madrid 1999

CERANTONI, (2008) DANZATERAPIA, solcerantonio@hotmail.com

CFR. FLORES, TRONCOSO,(2010). Síndrome de Down y Educación.

COLEMAN, (2008) "Atención médica en el síndrome de Down", Lemis, Barcelona.

CONDE, (2007) pag.2 <http://pedagogiafilos.spaces.live.com>.

CORRETGER, (2004). "Síndrome de Down: Aspectos médicos actuales", Masson, Madrid. El síndrome de Down Implicaciones educativas.

CORRETGER, (2005) Síndrome de Down, Aspectos médicos actuales. Ed Masson, para la Fundación Catalana del Síndrome de Down.

LAZARO, A (2000) Nuevas Experiencias en educación psicomotriz. Zaragoza.

LAZARO, A (2001) Psicomotricidad, Zaragoza. Mina Editores

LAZARO, A (2004). Los zancos. El placer de Aprender a través del equilibrio. Editorial: Zaragoza.

MARTINEZ ACEBAL ,(2001). Niños y Jóvenes con Síndrome de Down. Egido Editorial

MENDEZ CARILLO (2000), Ejercicio Físico Saludable en la Infancia. Editorial: Madrid, pirámide.

ORDOÑEZ, (2007) Estimulación temprana. Madrid-España Edición MMVII

- PERERA, J. (2006) Vivir hoy con el síndrome de Down. Ponencia presentada en el X Congreso Internacional sobre síndrome de Down “Abriendo nuevas puertas. Respuestas a los retos del siglo XXI”, Caracas. (2006, Noviembre, 5b).
- PIZAÑA ANDRADE, (2008). Música y movimiento desarrollo físico y apreciación artística, apoyo para el desarrollo de las competencias
- POINTER, (2004). Actividades motrices para niños y niñas con necesidades especiales. Editorial: Madrid, Narcea, 3era edición.
- RAMOS Y NAVARRO, J.(2005). Patrones de crecimiento en niños Salvador F., M. (2000) Introducción al Análisis Multivariante.
- SÁNCHEZ, (S/F) Deporte y Síndrome de Down. [Documento en línea]
- VILLANUEVA, (2008). Manual de Técnicas de Danza edición México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- VIVED, J. (2006). Características cognitivas y de aprendizaje en niños con Síndrome de Down

WEBGRAFIA

- BERNSTEIN, PANHOFER & RODRÍGUEZ, (2005). Historia de Danzaterapia Recuperado de la página web: [http://www.webconsultas.com /la-danzaterapia/historia](http://www.webconsultas.com/la-danzaterapia/historia)
- BRITO, (2010) Clases de Psicomotricidad Recuperado de la página web: <http://www.efdeportes.com/>
- FURTH,(2008). Beneficios de la Danzaterapia. Recuperado de la página web: <http://www.saludterapia.com/articulos/glosario/d/18danzoterapia.html#ixzz2pGypvlwe>

MARRIOT, (2009). Generalidades del Síndrome de Down Recuperado de la página web: <http://www.webconsultas.com/sindrome-dedown/diagnostico-prenatal-del-sindrome-de-down-2244>

RODRIGUEZ, (2005.). Áreas de la Psicomotricidad Recuperado de la página web:<http://app.kiddyshouse.com/maestra/articulos/lapsicomotricidad-y-las-areas-que-abarca.php>

SALVADOR, (2010). Relación de Danzaterapia y Psicomotricidad Recuperado de la página web: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Psicomotricdad-y-Danza-Movimiento-Terapia>

STAMBACK,(2009). Psicomotricidad Recuperado de la página web: <http://a2pc.es/Psicomotricidadcapitulo1.pdf>

k. ANEXOS

PROYECTO DE TESIS



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

TEMA

APLICACIÓN DE LA TECNICA DANZATERAPIA PARA MEJORAR LA MOTRICIDAD GRUESA EN NIÑOS Y NIÑAS CON SINDROME DE DOWN QUE ASISTEN A LA UNIDAD EDUCATIVA ESPECIALIZADA CIUDAD DE LOJA N°1. PERÍODO OCTUBRE 2013 A FEBRERO DE 2014.

PROYECTO DE TESIS PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIATURA EN
PSICORREHABILITACIÓN
Y
EDUCACIÓN ESPECIAL.

AUTORA

Karolin Alejandra Valarezo Tinoco

LOJA – ECUADOR

2014

a. TEMA

APLICACIÓN DE LA TÉCNICA DANZATERAPIA PARA MEJORAR LA MOTRICIDAD GRUESA EN NIÑOS Y NIÑAS CON SÍNDROME DE DOWN QUE ASISTEN A LA UNIDAD EDUCATIVA ESPECIALIZADA CIUDAD DE LOJA N°1. PERÍODO OCTUBRE 2013 A FEBRERO DE 2014.

b. PROBLEMÁTICA

Los rituales de danza acompañaban los mayores cambios que iban sucediendo en la cultura del grupo. Para este autor, en las sociedades modernas de hoy en día la persona tiende a sentirse alienada de su cuerpo, de su propio movimiento. La danza viene a ser una forma estructurada de arte, que pone el énfasis en la técnica, sin mirar tanto cómo puede estar afectando a la persona que se mueve, que baila. LEVY, (1992)

La Danzaterapia surge espontáneamente como una práctica realizada por docentes de danza contemporánea con orientación expresionista en ámbitos relacionados con la salud mental, tanto en el ámbito hospitalario como clínica privada. Son ejemplo de lo mencionado las pioneras americanas en Dance Movement Therapy que emigraron de Europa en las décadas del 30 y 40, como también la pionera quien creara una práctica de trabajo con pacientes sordomudos y con Síndrome de Down. Son muchas las personas que en distintas partes del mundo han descubierto el valor terapéutico de la danza y la exploración del sí mismo a través del movimiento. (Fux, 2001).

La danza del médico, sacerdote o shaman forma parte de la medicina y psicoterapia desde sus orígenes. La exaltación común y la liberación de tensiones podían cambiar el sufrimiento físico y mental transformándolo en una nueva forma saludable. Podríamos decir que en los albores de la civilización la religión, la música, la danza y la medicina eran inseparables MEERLOO, (1960).

A los comienzos del siglo XX la danza clásica que acentúa el valor de la técnica sin poner atención en cómo afecta al bailarín, es confrontada con el movimiento de danza moderna cuyo objetivo era reemplazar las formas rígidas e impersonales del arte, por otras más naturales que subrayan como valor los movimientos expresivos, la espontaneidad y la creatividad LEVY, (1992).

La danza moderna reemplazó el desvanecido contenido de la danza clásica occidental con ciertas nociones claves: espontaneidad, autenticidad de la expresión del individuo, conciencia del cuerpo, transitando un completo rango de emociones y relaciones. Las grandes pioneras representan como temas el conflicto humano, la desesperación, la frustración, la crisis social. Con frecuencia la coreografía de la danza moderna cristaliza una vieja forma del ritual. Esa clave innovadora lleva directamente a la esencia de la Danzaterapia BERTENIEFF, (1975).

El cambio en la danza no es algo aislado sino parte del cambio revolucionario que tiene lugar en el clima intelectual de fines del siglo XIX y comienzos del XX. Ideas innovadoras desbordaban de un campo a otro creando un ambiente de mutuas influencias e inspiración Levy (1992).

La danza expresionista de Mary Wigman alcanza una manifestación clara y pura del movimiento que surge no como planeamiento intelectual sino como expresión emocional de un cuerpo sensible. La resultante es la aparición de movimientos auténticos alineados con la experiencia. Un ejemplo claro es la retracción corporal que naturalmente surge con el sentimiento de temor (Martin, 1972). Este potencial expresivo de la danza moderna que M. Wigman despliega es tomado como valor esencial por Mary Whitehouse y llevado al trabajo en Danzaterapia (Levy, 1992).

Las teorías de análisis de movimiento creadas alrededor del 1900 son integradas en el uso terapéutico del movimiento y la danza alrededor de 1950. Estas teorías, que incluyen un método de notación del movimiento, aportan un lenguaje para describir a los pacientes en términos de su movimiento. Clasifican el movimiento en término de “esfuerzos y formas” y en relación al uso de coordenadas espaciales LABAN (1991).

En el siglo XX, síndrome de Down se había convertido en la forma más reconocible de la discapacidad mental. Mayoría de los individuos con síndrome de Down se institucionalizó, pocos de los problemas médicos asociados fueron

tratados y más murieron en la infancia o la vida adulta. ([http://www.news-medical.net/health/Down-Syndrome-History-\(Spanish\).aspx](http://www.news-medical.net/health/Down-Syndrome-History-(Spanish).aspx))

Hasta mediados del siglo XX, desconocía la causa del síndrome de Down. Sin embargo, se observó la presencia de todas las razas, la asociación con mayor edad materna y la rareza de recurrencia. Textos médicos estándar asumieron que fue causada por una combinación de factores heredables que no habían sido identificados. Otras teorías se centraron en las lesiones sufridas durante el parto. (Cfr. Flores, Jesús. Troncoso, María Victoria)

Se estima que La incidencia estimada del síndrome de Down a nivel mundial se sitúa entre 1 de cada 1.000 y 1 de cada 1.100 recién nacidos. (OMS, 2000)

En nuestro país en una recolección de información hecha por el CONADIS la cifra de personas con Síndrome de Down es De las 7457,3597 (48.24%) son mujeres y 3860 (51.76%) 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 100 habitantes mientras que en Carchi, Chimborazo, Imbabura y Pichincha es de 0.03%. CONADIS,(2008)

En Loja 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 psicopedagógica. (<http://www.conadis.gov.ec/estadisticas.htm#estadis>).

La diferencia central entre ambas es que mientras la Motricidad recurre al cuerpo y al movimiento como instrumentos clave, la Danzaterapia considera el arte como herramienta principal. Pero, si profundizamos en esta afirmación, En su origen, etimológicamente, la palabra arte está extremadamente conectada con la acción corporal. Considerando la idea de sobre los objetivos de la Psicomotricidad, podemos concluir por qué la Danzaterapia extremadamente complementario a los objetivos de la Motricidad Gruesa y viceversa. BERRUEZO, (1995)

La Motricidad Gruesa es un enfoque de la intervención educativa o terapéutica cuyo objetivo es el desarrollo de las posibilidades motrices, expresivas y creativas a partir del cuerpo, lo que le lleva a centrar su actividad e interés en el movimiento y el acto, incluyendo todo lo que se deriva de ello: disfunciones, patologías, estimulación, aprendizaje, etc.

Es importante recordar que ambas enfatizan el respeto a las reglas del grupo y a los materiales, la capacidad humana de aprendizaje y cambios, la autonomía, la comunicación, el desarrollo integral de la identidad y personalidad auténtica (Sí-mismo), la autoestima, la disolución de creencias no adaptativas, la creatividad, la libre expresión, la auto-observación y la observación del mundo exterior, el equilibrio entre contención y estimulación, actividad y pasividad, tensión y relajación, subjetividad y objetividad. Además de esto, ambas presentan definiciones complementarias, historia, objetivos, principios y público semejantes. BERRUEZO, (1995).

La expresión artística es una de las mejores posibilidades que tenemos los seres humanos de comunicarnos con nosotros mismos y con los demás, a través del movimiento no siempre verbal, como es la Danzaterapia. La expresión plástica y visual nos permite “hablar” a través de metáforas y símbolos, de lo que nos ocurre, de lo que deseamos, de lo que odiamos o amamos. GREGG M. FURTH,(2008).

La Danza Movimiento Terapia es una especialidad que utiliza el cuerpo y sus expresiones no verbales como un proceso para promover la integración emocional, cognitiva y física del individuo. Se define como el uso psicoterapéutico del movimiento y la danza dentro de un proceso que persigue la integración psicofísica del individuo.

La Práctica Psicomotriz se centra en el periodo de maduración del niño/a donde el aspecto sensorio-motriz, el juego y la acción son fundamentales para su desarrollo psicológico. Esta relación consiste en que ambas persiguen un

objetivo común: la integración cuerpo y mente del individuo, Tratando de crear una amplia gama de recursos tanto para la observación y análisis del movimiento como para trabajar en el desarrollo global de las personas desde el cuerpo, basándose en dos modelos de terapias enfocadas en el trabajo psicoterapéutico a través del movimiento. RODRÍGUEZ,(2005)

- SITUACIÓN ACTUAL DE LA PROBLEMÁTICA

Loja tiene una población de 4198 personas con Síndrome de Down, mientras que en la Escuela Ciudad de Loja N°1 se encontró una muestra de 10 niños con Síndrome de Down es así que se decidió que este sería el lugar para realizar la investigación.

La Unidad Educativa cuenta con una población de 60 alumnos y 7 profesionales en la planta docente comprendiendo la áreas de Estimulación Temprana, terapia de Lenguaje, 1er y 2do año de Educación Básica.

Se trabajó con la aplicación de una encuesta que se aplicó una docente de la Escuela Ciudad de Loja para así poder obtener un mayor conocimiento sobre la realidad que se vive en este Centro Educativo.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

En este contexto de información referencial, empírica se formula la presente investigación y se plantea el siguiente problema: **¿Cómo la aplicación de la Danzaterapia mejora la Motricidad Gruesa en los niños y niñas con Síndrome de Down que asisten a la Unidad Educativa Especializada Ciudad de Loja N°1.**

c. JUSTIFICACIÓN

La Universidad Nacional de Loja responsable de la formación académica y humana al servicio de la comunidad, inculca al estudiante a la investigación participativa que permite unir la teoría con la práctica.

La carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial. Gira alrededor de sílabos que nos ayudan a conocer la realidad en que vive nuestra sociedad, formando así profesionales capaces de crear técnicas metodológicas con estrategias de integración de la comunidad la misma que puede dar respuestas integradoras y propositivas a las dificultades que enfrentan las personas con discapacidad.

Los estudiantes de Psicorrehabilitación y Educación Especial estamos formados como personas con sensibilidad humana ética y estética, con un buen nivel científico y teóricamente preparados para el diagnóstico y tratamiento, psicoterapéutico y psicopedagógico. De los niños con Síndrome de Down que son niños que poseen impedimentos en su motricidad gruesa, los cuales deben tener oportunidades para realizar actividades que les permitan brindarles posibilidades de interacción independiente y responsable con la finalidad de crearles la capacidad de interiorizar los conocimientos y así poder utilizarlos en función a sus necesidades de interacción con su entorno.

Por lo tanto el presente proyecto resulta viable, dado que se beneficiaran los niños con Síndrome de Down. He creído pertinente realizar la investigación de campo e la escuela Ciudad de Loja N°1, brindarles atención personalizada para poder intervenir en el área de psicomotricidad con destrezas en Motricidad Gruesa.

Para realizar este proyecto con éxito cuento con los recursos humanos y materiales imprescindibles, para el desenvolvimiento normal del presente trabajo.

Mi anhelo es llevar con gran satisfacción a la realización de esta investigación, para así poder llegar a lograr el mismo provecho de las potencialidades de los

niños para obtener el título de **Licenciada en Psicorrehabilitación y Educación Especial.**

d. OBJETIVOS

- OBJETVO GENERAL

Determinar la aplicación de la técnica Danzaterapia para mejorar la motricidad gruesa en niños con síndrome de Down de 5- 7 años que asisten a la Escuela Ciudad de Loja. Periodo 2013-2014

- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar los referentes teóricos y metodológicos de la Danzaterapia que mejora la Motricidad Gruesa en niños y niñas con Síndrome de Down
- Diagnosticar la Motricidad Gruesa en niños y niñas con Síndrome de Down.
- Crear una propuesta de Danzaterapia que permita mejorar en los niños con Síndrome de Down su Motricidad Gruesa.
- Aplicación la Danzaterapia para mejorar en los niños con Síndrome de Down su Motricidad Gruesa.
- Validar la efectividad de la aplicación de la Danzaterapia para mejorar la Motricidad Gruesa en niños y niñas con Síndrome de Down.

e. MARCO TEÓRICO

- ESQUEMA DE CONTENIDOS

1. DANZATERAPIA

1.1 Concepto de Danzaterapia

1.2 Fundamentación

1.3 Beneficios de la Danzaterapia

1.4 La técnica de la Danza

1.4.1 La Imitación

1.4.2 La Improvisación

1.4.3 La Creación

2. PSICOMOTRICIDAD

2.1. Áreas de la psicomotricidad

2.1.1. Esquema Corporal

2.1.2. Lateralidad

2.1.3. Equilibrio

2.1.4. Estructuración espacial

2.1.5. Tiempo y Ritmo

2.1.6. Motricidad

2.1.7. Coordinación Motora Gruesa

2.1.8. Motricidad Gruesa

2.1.8.1. Desarrollo Motriz

2.1.8.2. Tonicidad.

2.1.8.3. Dominio Corporal

2.1.8.4 Dominio Corporal Dinámico

2.1.8.5 Dominio Corporal Estático

2.1.8.6 Ejercicios para desarrollar Motricidad Gruesa

3. SINDROME DE DOWN

3.1 Historia del Síndrome de Down

3.2 Definición del Síndrome de Down

3.3. Características del Síndrome de Down

3.4Causas.

3.5. Fenotipo de las personas con síndrome de Down.

3.5.1 Rasgos comunes

3.5.2 Rasgos no comunes

3.6 Patologías Asociadas al Síndrome de Down

3.6.1 Nivel Cognitivo

3.6.2Nivel Sensorial

3.7 Cuadro Clínico

3.8 Diagnóstico prenatal del Síndrome de Down

4. RELACION DE LA DANZATERAPIA CON LA MOTRICIDAD GRUESA

¿COMO AYUDA LA DANZATERAPIA EN LA MOTRICIDAD GRUESA?

1. CONCEPTO DE DANZATERAPIA

Saludterapia la define “como el arte que siempre el hombre ha utilizado el Arte como vía de expresión para explorar su mundo interior. A través del Arte, toda y en todos sus aspectos, el sujeto consigue relacionarse con el mundo exterior de una forma diferente pudiendo así expresar, gracias a este medio, su mundo interior.”

Según la ADTA, la Danzaterapia es “el uso psicoterapéutico del movimiento como proceso que tiene como meta integrar al individuo de manera física y emocional”, La danza es una metáfora de la existencia del cuerpo que expresa la emoción de la vida.

1.2 FUNDAMENTACIÓN

BARTENIEFF sostiene que “el estilo del movimiento de cada individuo es una amalgama de su tipología congénita, las influencias psicológicas y el medio cultural. Propone respetar la originalidad expresiva individual. Ayuda a sus pacientes a hacer mejor uso de lo que traen en su propio repertorio de movimientos. Considera que si algunos de los esfuerzos descriptos no aparecen en el movimiento es porque se haya disminuido, pero permanece presente aunque muy parcialmente activado”.

LEWIS, “Los fundamentos implican proveer al individuo de cierta conciencia de sí mismos y de su relación con otros. Su técnica es diseñada especialmente para integrar sensaciones corporales con sentimientos, emociones y su expresión. “Los aspectos funcionales y expresivos del movimiento son dos caras de la misma moneda”. Su diseño metodológico tiene como objetivo posibilitar la unificación perceptual de tres actividades simultáneas: la respiración, la fluctuación muscular y el sentir. Alienta al paciente a desarrollar su propia sensibilidad respecto de su cuerpo. Intenta reemplazar la intelectualización del movimiento dirigido desde el exterior que

solo aumenta la disociación y fragmentación, por el desarrollo de la propia sensibilidad en contacto con la interioridad”.

FREUD, (1923) “Aunque no incluye la comunicación no verbal como parte de su método psicoanalítico reconoce la conexión entre el cuerpo y la emoción, así como la relación entre pensamiento y comunicación no verbal. Sostiene que el “yo” es un yo corporal”

REICH,W, psiquiatra y psicoanalista creador de la vegetoterapia, investigó en sus pacientes con el objeto de clarificar las conexiones somáticas y psíquicas. Descubre que mientras unos pacientes eran capaces de verbalizar pensamientos y sentimientos, otros desarrollan defensas, o “armaduras” enraizadas en el cuerpo en forma de tensión muscular. “El aumento del tono muscular en dirección a la rigidez indica que una excitación vegetativa, ansiedad o impulso sexual, se ha retraído” .

1.3 BENEFICIOS DE LA DANZATERAPIA

Wengrower, En **Danzaterapia** se utiliza la danza y el movimiento con fines terapéuticos para alcanzar la integración de procesos corporales, emocionales y cognitivos, El cuerpo y los movimientos son los medios para permitir el desarrollo de la personalidad. Por un lado, es una terapia artística, y por el otro, una psicoterapia corporal que se centra especialmente en lo que el movimiento representa”.

Rada “La finalidad de la Danzaterapia, como de las otras terapias creativas, es la de ofrecer un instrumento alternativo para integrar las experiencias previas al idioma y memoria corporal, estimular la percepción corporal, desarrollar una imagen corporal real, estimular el movimiento personal y el auténtico, desarrollar la percepción las emociones vividas, lidiar con los conflictos intra e inter-psíquicos, adquirir nuevas maneras para establecer vínculos y manejar situaciones, aprender a expresarse y reflexionar sobre el movimiento, ser consciente e integrar lo vivido”.

Hawkes, “Es justamente a través del movimiento que se pueden generar los cambios, no sólo a nivel físicos, sino que trabajando activa y contemporáneamente el cuerpo interior. Aquel cuerpo que no es visible y que, por lo tanto, muchas veces se queda en el olvido y que puede ser la causa de sucesivos problemas tanto sensoriales como psíquicos. Durante las sesiones se estimulan las áreas dormidas, para permitir que el cuerpo sea el verdadero protagonista, siguiendo las indicaciones de sus técnicas, La danza es una ayuda para recordarnos de nuestro mundo corporal, estimulándolo a través de la percepción física, desarrollando nuevas imágenes de nuestro estar en la realidad, estimulando movimientos personales y auténticos, encontrando nuevos caminos para resolver nuestros problemas interiores y adquirir nuevas maneras para establecer vínculos.

Estimulan las áreas dormidas, para permitir que el cuerpo sea el verdadero protagonista, siguiendo las indicaciones de sus técnicas, La danza es una ayuda para recordarnos de nuestro mundo corporal, estimulándolo a través de la percepción física, desarrollando nuevas imágenes de nuestro estar en la realidad, estimulando movimientos personales y auténticos, encontrando nuevos caminos para resolver nuestros problemas interiores y adquirir nuevas maneras para establecer vínculos y manejar situaciones, aprender a expresarse y reflexionar sobre el movimiento, ser consciente e integrar lo vivido”.

1.4 LA TÉCNICA DE DANZA

WENGROVER Y CHAIKLIN, (2008) “Para asistir a sesiones de Danzaterapia no hace falta ser bailarines. Es cierto que muchas veces el miedo a no realizar movimientos agradables a la vista, puede generar bloqueos a la hora de bailar. Es por esto que siguiendo las pautas de técnica de danza se puede brindar mayor seguridad a la persona.

A través de la técnica de danza, no se pretende enseñar movimientos y pautas para aprender a bailar, sino que poder expresar a través de los movimientos nuestro mundo interior, percibir mejor los sentimientos corporales, ampliar el

repertorio de movimientos y prestarle más atención a la fusión entre un estado de ánimo y el movimiento. La elección del estilo de baile dependerá del estado de ánimo y la situación general del usuario, ya que los distintos estilos de baile crean diferentes estados de ánimo”.

1.4.1 La Imitación

LABAN,(1989) “El imitar puede ser un eficaz instrumento a la hora de reconocer propios sentimientos los de los demás. En principio puede ser bastante inhibitorio expresar abiertamente lo que pasa dentro de Uno, mayor aún cuando la confrontación con otras personas. Es por esto que imitar movimientos ajenos puede ser un buen medio para aceptar el mundo del Otro y lo de Uno mismo. La imitación comporta una concentración tanto a nivel físico que psicológico. Es por esto que el terapeuta, en el momento que percibe que el paciente no puede o no sabe cómo expresar un sentimiento difícil, recurre a la imitación para generar el cambio.

1.4.2 La Improvisación

LEVY, (1988) “La ayuda que brinda la improvisación es la posibilidad de dejarse llevar por lo imprevisto, por lo no planificado y sentirse totalmente libre a la hora de expresarse. A través de la improvisación no se siguen pautas o reglas, sino que permite al paciente dejarse llevar por los impulsos, por las emociones que inducen al movimiento. En esta etapa no hay nada planeado, por lo tanto se percibe como poder utilizar libremente el cuerpo en el espacio, el tiempo. Dejarse llevar por la fuerza de la música y el ritmo. La improvisación permite bailar por el gusto de bailar, utilizando el movimiento y el gesto para comunicarse con Uno mismo y con los demás”.

Chaiklin, (2009) “ Lo que se pretende enseñar a través de la improvisación es dejar de un lado todos los comportamientos planeados, las obligaciones y límites que muchas veces nos imponemos nosotros mismo. Sin embargo,es justamente en este momento que el paciente pueda sentirse completamente libre”.

LABAN (2011) “A través de la improvisación se puede lograr desconectarse del intelecto para expresarse a través de las emociones y sentimientos. Cuando más tiempo se consigue estar “desconectado de la mente” más fácil será “conectarse con el corazón. Como en la improvisación se trabaja con el subconciente, se deberá tener particular cuidado con aquellos pacientes que sufren de algún trastorno psicótico”

1.4.3 La Creación

WALDEKRANZ-PISELLI, (1999) “Por creación se entiende la combinación entre la técnica de danza y la improvisación. Es la parte creativa de la actividad, en que el usuario ve potenciada su autoestima. A diferencia de la improvisación, la creación busca el movimiento preciso para poder expresar un sentimiento o una emoción en concreto. El movimiento crea lo que se quiere expresar. En definitiva la creación es el momento en que se permite al participante encontrar un equilibrio entre ambos extremos. Aquí se combina lo aprendido durante la técnica de danza y la improvisación, es decir, aprender a controlar los propios movimientos y expresar los propios sentimientos”.

HAWKES, (2009) “Durante la creación, el paciente expresa sentimientos, estados de ánimo y emociones con movimientos cuidadosamente buscados. Al tener que representar a través del movimiento, la creación permite al paciente distanciarse de su mundo interior que en este caso ya no representará una carga sino que una parte de la realidad. A través de la enseñanza de la técnica Laban el individuo llega a ser más consciente, claro y universal en el uso del espacio y de las cualidades de movimiento. Además, de ayudar a crear un pensamiento, una manera de sentir y de imaginar la danza de una forma diferente.

El instrumento principal es, obviamente, el Cuerpo Humano; el segundo componente es el Espacio, en donde se mueve el cuerpo y donde dibuja las formas. El tercer elemento es la descripción de lo que el cuerpo crea en el espacio. Todas las veces que danzamos se crean nuevos movimientos y nuevas formas en el espacio, debido a que estos no son estáticos sino que en

continuo cambio y transformación. Todo esto nos permite constantemente encontrar nuevas formas de expresión y comunicación”.

2 PSICOMOTRICIDAD

El término psicomotricidad basado en una visión global, integra las interacciones cognitivas, emocionales, simbólicas y sensomotrices en la capacidad de ser y de expresarse en un contexto psicosocial. La psicomotricidad así definida, desempeña un papel fundamental en el desarrollo armónico de la personalidad.

Partiendo de esta concepción se desarrollan distintas formas de intervención psicomotriz que encuentran su aplicación, cualquiera que sea la edad, en los ámbitos preventivo, educativo, reeducativo y terapéutico.

Los avances en la comprensión de la psicomotricidad, han sido retomados en el campo de la educación dando origen a la Educación Psicomotriz la misma que es un medio para contribuir al desarrollo integral de los niños/as no tiene la finalidad de hacer grandes atletas ni destacados deportistas, pero su práctica está orientada a formar mentes sanas y cuerpos fuertes, ágiles y capaces de emplear sus posibilidades motrices plenamente.

Según Pic y Vayer, “La educación psicomotriz utiliza los medios de la educación física con el fin de normalizar o mejorar el comportamiento de los niños, pretende educar de manera sistemática las conductas motrices y psicomotrices del niño, facilitando así la acción educativa y la integración escolar y social.”

En este sentido, la educación de la psicomotricidad debe ser integral, estimulando a partir del cuerpo y el movimiento la capacidad de relacionarse mejor consigo mismo y con los demás personas.

Importancia de la Educación Psicomotriz

La educación psicomotriz es importante porque contribuye al desarrollo integral de los niños/a, ya que desde una perspectiva psicológica y biológica, los ejercicios físicos aceleran las funciones vitales y mejoran el estado de ánimo.

Proporciona los siguientes beneficios:

1.- Proporciona la salud, al estimular la circulación y la respiración, favoreciendo una mejor nutrición de las células y la eliminación de los desechos.

También fortalece los huesos y los músculos.

2.- Fomenta la salud mental, el desarrollo y control de habilidades motrices permite que los niños/as se sientan capaces; proporciona satisfacción y libera tensiones o emociones fuertes. La confianza en sí mismo o misma, contribuye al auto concepto y autoestima.

3.- Favorece la independencia, logrando que los niños/as puedan lograr sus propias actividades y así explorar el mundo que lo rodea.

4.- Contribuye a la socialización, al desarrollar las habilidades y destrezas necesarias ayuda a que los niños/as se integren, compartan y jueguen con los demás niños.

El objetivo de la psicomotricidad es el desarrollo de las posibilidades motrices, expresivas y creativas a partir del cuerpo, lo que lleva a centrar su actividad e investigación sobre el movimiento y el acto.

Para GARCÍA NÚÑEZ Y FERNÁNDEZ (1996) la psicomotricidad “Indica interacción entre las funciones neuromotrices y las funciones psíquicas en el ser humano, por lo que el movimiento no es solo una actividad motriz, sino también una actividad psíquica consiente provocada por determinadas situaciones motorices.”

Es decir puede ser entendida como una mirada globalizadora que percibe las interacciones tanto entre la motricidad y el psiquismo como entre el individuo

global y el mundo exterior. Así el niño a través del desarrollo de la psicomotricidad sintetiza su entorno adaptándose de una manera flexible descubriendo el mundo de los objetos mediante el movimiento

En síntesis de la psicomotricidad es una resultante compleja que implica no solamente las estructuras sensoriales, motrices e intelectuales, sino también los procesos que coordinan y ordena progresivamente los resultados de esta estructura.

2.2 Áreas de la psicomotricidad

2.2.1. Esquema Corporal

El descubrimiento y conocimiento del propio cuerpo, de las partes que lo integran y su funcionamiento es el pilar básico sobre el que se irán posteriormente asentando el resto de los elementos psicomotores, para llegar a una interacción en la que se fortalecen mutuamente.

El esquema corporal va formándose lentamente en los niños/as desde el nacimiento hasta aproximadamente los once o doce años, en función de la maduración del sistema nervioso, de su propia acción, del medio que lo rodea, de la relación con otras personas y la afectividad de esta relación así como de la representación que se hace el niño de sí mismo.

Los niños/as aprende a reconocer su cuerpo y a distinguirlo de las demás cosas este conocimiento lo adquiere al mover sus extremidades, el cambio de posición y al sentir las sensaciones de compensación de los desequilibrios posturales a través de las impresiones táctiles y visuales. SCHILDER, (1991) define el esquema corporal como “la representación mental, tridimensional, que cada uno de nosotros tiene de sí mismo,” esta representación se constituye con base en múltiples sensaciones, que se integra dinámicamente en una totalidad o gestalt del propio cuerpo.

Todo esto nos da a conocer que el esquema corporal mal estructurado se traduce en deficiencias en diversos aspectos de la personalidad como puede ser: en la organización espacio- temporal, en la coordinación motriz, e incluso, en una falta de seguridad en las propias aptitudes, circunstancias que dificultan establecer una adecuada comunicación con el entorno.

A lo largo de su evolución psicomotriz, la imagen que los niños/as se forma de su propio cuerpo se elabora a partir de múltiples informaciones sensoriales de orden interno y externo que este percibe.

2.2.2 Lateralidad

Es el predominio funcional de un lado del cuerpo, determinado por la supremacía de un hemisferio cerebral. Mediante esta área, los niños/as desarrollan las nociones de derecha e izquierda tomando como referencia su propio cuerpo y fortalecerá la ubicación como base para el proceso de lectoescritura. Es importante que los niños/as definan su lateralidad de manera espontánea y nunca forzada.

Para CONDE Y VICIANA (1997) la lateralidad “es el dominio funcional de un lado del cuerpo sobre el otro y se manifiesta en la preferencia de servirnos selectivamente de un miembro determinado (mano, pie, ojo) para realizar actividades concretas”

La lateralidad es por consecuencia sinónimo de diferenciación y organización global corporal, donde están inmersos por lo tanto la coordinación el espacio y tiempo, la lateralidad es indispensable en el proceso de aprendizaje, porque permite desarrollar la orientación del cuerpo, además de ser la base para la proyección del espacio en la organización motora y del lenguaje, dando como resultado su influencia en la lectura, la escritura y lógica matemática.

Por su parte, la lateralidad es un proceso que tiene una base neurológica, y es una etapa más de la maduración del sistema nervioso, por lo que la dominancia de un lado del cuerpo sobre el otro va a depender del predominio de uno u otro hemisferio. En este sentido se considera una persona diestra cuando hay

predominio del hemisferio izquierdo y una persona zurda, cuando la predominancia es del hemisferio derecho.

2.2.3. Equilibrio

Es considerado como la capacidad de mantener la estabilidad mientras se realizan diversas actividades motrices. Esta área se desarrolla a través de una ordenada relación entre el esquema corporal y el mundo exterior. Es el resultado de distintas integraciones sensorio-perceptivo-motrices que conducen el aprendizaje en general.

2.2.4. Estructuración espacial

Esta área comprende la capacidad que tiene los niños/as para mantener la constante localización del propio cuerpo, tanto en función de la posición de los objetos en el espacio como para colocar esos objetos en función de su propia posición, comprende también la habilidad para organizar y disponer los elementos en el espacio, en el tiempo o en ambos a la vez. Las dificultades en esta área se pueden expresar a través de la escritura o la confusión entre letras.

2.2.5. Tiempo y Ritmo

Las nociones de tiempo y ritmo se elaboran a través de movimientos que implican cierto orden temporal, se pueden desarrollar nociones temporales como rápido, lento; orientación temporal como antes y después y a estructuración temporal que se relaciona mucho con el espacio, es decir la conciencia de los movimientos, ejemplo: cruzar un espacio al ritmo de una pandereta, según lo indique el sonido.

2.2.6. MOTRICIDAD

Los músculos esqueléticos, que están bajo el control del sistema nervioso, garantizan la motricidad (locomoción, postura, mímica, etc.)

El sistema nervioso central (cerebro, cerebelo, medula espinal) es una auténtica torre de control del organismo y constituye el lugar en el que se integra la información y la orden motora gracias a la que se realizan los movimientos voluntarios.

El sistema nervioso periférico (raíces nerviosas y nervios periféricos) lleva esta información hasta el musculo por medio de la unión neuromuscular. Cada musculo esquelético está conectado a la medula espinal por un nervio periférico.

La transmisión del impulso nervioso al musculo desencadena la contracción muscular. Al contraerse, el musculo produce fuerza y movimiento.

La motricidad es la capacidad del hombre y los animales de generar movimiento por si mismo tiene que existir una adecuada coordinación y sincronización entre todas las estructuras que intervienen en el movimiento las cuales son: sistema nervioso, órgano de los sentidos, sistema musculo esquelético.

2.2.7 Coordinación Motora Gruesa

La capacidad motriz gruesa consiste en la capacidad de contraer grupos musculares diferentes de forma independiente, o sea, llevar a cabo movimientos que incluyen a varios segmentos corporales. Para que sea eficaz la coordinación psicomotriz se requiere de una buena integración del esquema corporal así como de un conocimiento y control del cuerpo. Esta coordinación dinámica exige la capacidad de sincronizar los movimientos de diferentes partes del cuerpo. Por ejemplo salta, brincar en un pie, sobre llantas etc

2.2.8 Importancia del Movimiento y Motricidad

El movimiento representa “un auténtico medio de expresión y comunicación en él se exterioriza todas la potencialidades orgánicas, motrices, intelectuales y afectivas”. Por eso es tan importante el movimiento en la vida de todas las personas y es una razón valedera para recomendar que las actividades de

aprendizaje de los niños y las niñas en edad temprana, deban estar cargadas de movimiento y libertad. Por su naturaleza, los movimientos se clasifican en dos clases: motricidad fina y gruesa.

2.2.9. Motricidad Gruesa

CONDE, (2007) dice “La motricidad gruesa comprende todo lo relacionado con el desarrollo cronológico del niño/a especialmente en el crecimiento del cuerpo y de las habilidades psicomotrices respecto al juego y a las aptitudes motrices de manos, brazos, pierna y pies. ”

Las investigadoras concluyen que la motricidad gruesa abarca el progresivo control de nuestro cuerpo. Por ejemplo: el control de la cabeza boca abajo, el volteo, el sentarse, el gateo, el ponerse de pie, caminar, subir y bajar escaleras, saltar.

A partir de los reflejos, un bebe inicia su proceso motriz grueso y aunque no puede manejar adecuadamente sus brazos, intenta agarrar objetos a mano llena e introducir por sí mismo el alimento a la boca. Así, poco a poco su nivel motor se integrara para desarrollar patrones como el control de la cabeza, giros en la cama, arrodillarse o alcanzar una posición bípeda.

Lo más importante para evitar complicaciones a nivel neurológico es el ambiente en el que se desarrolle naturalmente el pequeño. La recomendación que se podría hacer es que los padres sepan las necesidades del bebe. Eviten ser permisivos o restrictivos al extremo y les den una adecuada estimulación.

2.3. DESARROLLO MOTRIZ

BRITO, (2009) dice “Es toda aquella acción muscular o movimiento del cuerpo requerido para la ejecución con éxito de un acto deseado, un habilidad supone un acto consciente e implica la edificación de una competencia motriz”

Es preciso señalar que en este aspecto se agrupan contenidos cuyo objetivo es estimular el desarrollo de la percepción y la coordinación motriz. Ubicación en el espacio y en el tiempo, equilibrio, lateralidad coordinación viso motriz y psicomotriz estos contenidos se enfatizan en los tres primeros grados de educación primaria y continúan en los grados superiores para estimular las capacidades físicas coordinativas.

El desarrollo motriz sigue dos patrones para el alcance de dominio de destrezas:

El patrón céfalo caudal establece que en la conquista de las habilidades motrices, primero se adquiere el dominio de la cabeza luego del tronco y los brazos más delante de las piernas y finalmente de los pies y dedos, es decir este dominio va de arriba abajo.

El patrón próximo distal establece que el dominio de las destrezas motrices se inicia desde el centro hacia los costados primero se gana el dominio sobre la cabeza y el tronco, luego los brazos, posteriormente las manos y finalmente los dedos.

Estos dos patrones de adquisición de destrezas son importantes de considerar para entender el desarrollo evolutivo de los niños/as, y para programar las experiencias de aprendizaje.

2.3.1. TONICIDAD

“La actividad tónica consiste en un estado permanente de ligera contracción en el cual se encuentran los músculos estriados. La finalidad de esta situación es la de servir de telón de fondo a las actividades motrices y posturales” STAMBACK,(2009)

Para la realización de cualquier movimiento o acción corporal, es precisa la participación de los músculos del cuerpo, hace falta que unos se activen o aumenten su tensión y otros se inhiban o relajen su tensión. La ejecución de un

acto motor voluntario, es imposible si no se tiene control sobre la tensión de los músculos que intervienen en los movimientos.

La actividad tónica es necesaria para realizar cualquier movimiento y está regulada por el sistema nervioso. Se necesita un aprendizaje para adaptar los movimientos voluntarios al objetivo que se pretende. Sin esta adaptación no podríamos actuar sobre el mundo exterior y el desarrollo psíquico se vería seriamente afectado, debido a que, en gran medida, depende de nuestra actividad sobre el entorno y la manipulación de los objetos como punto de partida para la aparición de procesos superiores

La actividad tónica está estrechamente unida con los procesos de atención, de tal manera que existe una estrecha interrelación entre la actividad tónica muscular y la actividad tónica cerebral. Por tanto, al intervenir sobre el control de la tonicidad interviene también sobre el control de los procesos, de atención, imprescindibles para cualquier aprendizaje. Asimismo, a través de la formación reticular y dada la relación entre ésta y los sistemas de reactividad emocional la tonicidad muscular está muy relacionada con el campo de las emociones y de la personalidad con la forma característica de reaccionar el individuo. Existe una relación recíproca en el campo tónico emocional y afectivo situacional por ello las tensiones psíquicas se expresan siempre en tensiones musculares para la psicomotricidad resulta interesante resulta interesante la posibilidad de hacer reversible la equivalencia y poder trabajar con la tensión relajación muscular para provocar aumento disminución de la tensión emocional de las personas

2.3.2. DOMINIO CORPORAL

La mayoría de autores sobre libros de expresión corporal define de manera semejante al Dominio Corporal, tal es el caso de MOTOS que le define como “la necesidad de dominar el cuerpo para poder expresarnos corporalmente con una finalidad estética es necesario que el instrumento (el cuerpo) este globalmente considerado, y que cada uno de los músculos en concreto, esté al servicio de la voluntad.”

El dominio corporal trata de hacer más expresivo al cuerpo, de perfeccionar el instrumento y de que cada musculo o grupo de músculos puedan actuar con independencia de los otros.

2.3.3 Dominio Corporal Dinámico

SUAREZ,(2008) dice “Es la habilidad adquirida de controlar las diferentes partes del cuerpo (extremidades superiores, inferiores y tronco, etc.) y de moverlas siguiendo la propia voluntad o realizando una consigna determinada.”

Es decir que este dominio permite no solo el desplazamiento sino, especialmente, la sincronización de los movimientos, superando las dificultades y logrando armonía sin rigidez y brusquedad.

Los postulantes concluyen en lo siguiente que el dominio dará a los niños/as confianza y seguridad en sí mismo, puesto que lo hace consciente del dominio que tiene de su cuerpo en situaciones diferentes. Para lograrlo hay que tener en cuenta diversos aspectos. La madurez neurológica, que solo se adquiere con la edad, evitar temores o inhibiciones, una estimulación y ambiente propicios, favorecer la comprensión de lo que se está haciendo, de que parte se debe mover, de cómo tiene que hacerlo buscando diferentes cursos a fin de posibilitar la representación del movimiento y el análisis del entorno para adquirir unas competencias que han de favorecer habilidades y dominio corporal; por lo tanto adquirir el dominio segmentario del cuerpo que permita moverse sincronizadamente.

2.3.4. Dominio Corporal Estático

SUAREZ,(2008) opina “La vivencia de los movimientos segmentarios, su unión armoniosa y la adquisición de la madurez necesaria del sistema nervioso, permiten al niño realizar una acción previamente representada mentalmente (coordinación general)”

Los postulantes argumentan que con la práctica de los movimientos ira forjándose y profundizando poco a poco la imagen y la utilización del cuerpo, hasta organizar su esquema corporal, para que esto sea posible los niños/as ha de tener el control de su cuerpo cuando no está en movimiento.

Se denomina dominio corporal estático a todas las actividades motrices que permiten interiorizar el esquema corporal: además del equilibrio estático, se integra la respiración y la relajación porque son dos actividades que ayudan a profundizar toda la globalidad del propio yo.

2.4 EJERCICIOS PARA DESARROLLAR MOTRICIDAD GRUESA

- Pedir al niño que señale, nombre y localice en su cuerpo la cabeza, frente, cabello, ojos, orejas, boca y sus elementos, nariz, mejillas y mentón; partes de su tronco, espalda, pecho, cintura, abdomen y cadera; partes de sus extremidades superiores: hombro, brazo, codo, muñeca, manos, palmas, pantorrilla, talón, pies y dedos.

- Todos estos segmentos gruesos y finos serán nombrados en cuatro momentos: en el propio cuerpo, en el de otro compañero (en parejas), en dibujos o siluetas y en su imagen frente al espejo.

- Guiar al niño para que determine cada parte y diga su funcionamiento o utilidad.

Armar rompecabezas del cuerpo humano. Si el maestro no tuviera este material, puede recortar de revistas figuras humanas completas y descomponer en 6, 8 y 10 partes para que el niño arme y pegue sobre una cartulina.

- Subir y bajar escaleras.

- Realizar un recorrido, sin salirse, sobre líneas trazadas en el piso, pueden ser líneas rectas, curvas y quebradas.

- El Docente proyectará luz con un espejo en la sombra, para que el niño trate de coger la luz, el maestro cambiará constantemente de posición; en caso de que el día estuviera nublado puede utilizarse una linterna.
- Bailar en diferentes ritmos procurando que el niño tome el ritmo de la música constantemente.
- Disponer con el Docente de Educación Física ejercicios de coordinación muscular especialmente marchas y equilibrio.
- Para ejercitar la independencia segmentaria: pida al niño que, mientras con una mano frota sobre su pupitre, con la otra realice golpes coordinados en la misma superficie.
- Ejercicios de balanceo: en una tabla de 30cm. x 40cm., clavada en una superficie cilíndrica, el niño se balanceará, primero con la ayuda del maestro y posteriormente solo, procurando siempre la coordinación de movimientos.
- Con el grupo, imitar sonidos producidos por animales, en diferentes tonalidades: bajos y altos, pueden ser de: gato, perro, pato, gallina, vaca, león, oso, elefante y caballo.
- Practicar los juegos populares: el gato y el ratón, rayuela, sin que te roce, estatuas, el tren, el primo, saltar soga.

SINDROME DE DOWN

3.1 HISTORIA DEL SÍNDROME DE DOWN

John Langdon Down manifestaba “que los datos arqueológicos más antiguo del que se tiene noticia sobre el Síndrome de Down es el hallazgo de un cráneo sajón del siglo VII, en el que se describieron anomalías estructurales compatibles con un varón,, también existen referencias a ciertas esculturas de la cultura olmeca que podrían representar a personas afectadas, “la pintura al temple sobre madera “La Virgen y el Niño” de Andrea Mantenga parece representar un niño con rasgos que evocan los de la trisomía, así como el

cuadro de Sir Joshua Reynolds “Lady Cockburn y sus hijos”, en el que aparece uno de los hijos con rasgos faciales típicos del síndrome”.

Étienne Esquirol “El primer informe documentado, denominándose en sus inicios cretinismo o idiocia furfurácea”.

P. Martin Duncan “ describe textualmente a una niña de cabeza pequeña, redondeada, con ojos achinados, que dejaba colgar la lengua y apenas pronunciaba unas pocas palabras, en ese año el médico inglés John Langdon Down trabajaba como director del Asilo para Retrasados Mentales de Earlswood en Surrey, realizando un exhaustivo estudio a muchos de sus pacientes, con esos datos publicó en el London Hospital Reports un artículo titulado: “Observaciones en un grupo étnico de retrasados mentales” donde describía pormenorizadamente las características físicas de un grupo de pacientes que presentaban muchas similitudes, también en su capacidad de imitación y en su sentido del humor. Las primeras descripciones del síndrome achacaban su origen a diversas enfermedades de los progenitores, estableciendo su patogenia en base a una involución o retroceso a un estado filogenético más primitivo”.

3.2 DEFINICION DEL SINDROME DE DOWN

LANGDON DOWN (2010) revela que “el síndrome de Down es un trastorno genético causado por la copia extra del cromosoma 21 o una parte del mismo en vez de los dos habituales, caracterizado por la presencia de un grado variable de retraso mental y unos rasgos físicos peculiares que le dan un aspecto reconocible, “es la causa más frecuente de discapacidad psíquica congénita y debe su nombre a John Langdon Haydon Down que fue el primero en describir esta alteración genética en 1866”, 1 no se conocen con exactitud las causas que provocan el exceso cromosómico, aunque se relaciona estadísticamente con una edad materna superior a los 35 años”.

3.3 CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DE DOWN

COLEMAN, (2008) “Estos pacientes presentan un cuadro con distintas anomalías que abarcan varios órganos y sistemas.

Los signos y síntomas más importantes del Síndrome de Down son:

- **Hipotonía muscular** marcada (falta de fuerza en los músculos).
- **Retraso mental.**
- **Fisonomía característica** con pliegues epicánticos y abertura palpebral sesgada hacia arriba y afuera (pliegue de piel en el ángulo interno del ojo) y raíz nasal deprimida.
- **Hipoplasia maxilar y del paladar** que determina la protrusión de la lengua (el hueso maxilar de la cara está poco formado y la boca es pequeña, de modo que la lengua no cabe en ella y sale hacia afuera).
- **Anomalías internas**, principalmente del corazón y del sistema digestivo: defectos del tabique ventricular, conducto arterioso permeable, atresia o estenosis duodenal (estrechez o falta de desarrollo de una parte del intestino).
- **Dedos cortos** con hipoplasia de la falange media del quinto dedo (falta de desarrollo de la falange media del meñique).
- **Dermatoglifos** característicos con el surco simiesco en la palma (huella dactilar alterada con un pliegue en la palma de la mano de forma transversal, similar al del mono)”.

CORRETTGER,(2004) “Algunos signos son muy frecuentes o típicos, como la hipotonía muscular, los dermatoglifos y, en el caso de los ojos de color claro (azul-verde), las manchas de Brushfield, unas manchas blancas pequeñas situadas de forma concéntrica en el tercio más interno del iris (no se observan en ojos oscuros)”.

2.1 Causas.

Josep. M. (2005) "Aproximadamente, el 95% de los casos de Síndrome de Down presentan trisomía 21 simple; esto significa que todas las células del organismo poseen 3 copias completas del cromosoma 21. El 5% de las restantes presentan una tras locación, esto se refiere a que el cromosoma 21 extra se une a otro óvulo o espermatozoide, o también presentan mosaicismo que es cuando tienen líneas celulares normales y líneas de células con trisomía 21. Alrededor del 3.5% de los casos de Síndrome de Down se debe a la presencia de una tras locación no equilibrada entre los cromosomas 14 y 21.

El adulto aporta un cromosoma 21 completo más el segmento adherido al otro cromosoma, y a las células germinales de la pareja aporta un cromosoma 21. La concepción es el resultado final: la presencia de dos cromosomas 21 más una tercera porción del 21. Es frecuente que las personas con Síndrome de Down por una tras locación tengan características similares a la Trisomía Simple.

La persona presenta dos líneas celulares en su organismo, una con trisomía 21 completa y la otra normal, esto se debe a las divisiones celulares post - concepción; estas varían mucho entre una y otra persona, mientras mayor sea la porción de la línea normal, mayor será la posibilidad de que el niño presente menos rasgos propios de Síndrome de Down y que la discapacidad intelectual sea más leve".

2.2 Fenotipo de las personas con síndrome de Down.

JIMÉNEZ, J. Y JIMÉNEZ, I. (2002) "*muestran los rasgos más comunes en las personas con síndrome de Down.*

3.5.1 Rasgos comunes

- Determinadas características físicas como inclinación de los ojos hacia arriba, cuello corto, pelo fino y liso, orejas pequeñas, su boca también es pequeña, lo que hace que su lengua se vea grande, su nariz es pequeña con el tabique nasal aplanado. etc.
- Los niños normales presentan 3 líneas en la palma de la mano, los niños con Síndrome de Down generalmente tienen una línea que atraviesa toda la palma y la segunda línea forma una curva al lado de su pulgar
- Algunos niños o bebés con Síndrome de Down tienen sus manos pequeñas con los dedos cortos.
- Hipotonía muscular generalizada.
- Los dientes mal implantados y pequeños con frecuentes caries, su piel tiende a researse y agrietarse.
- Su desarrollo sexual aparece bastante tarde y puede quedar incompleto en lo referente a sus órganos sexuales. Los varones tienen menos secreción hormonal, los genitales pequeños y está generalmente admitido que son estériles. En las mujeres la menstruación suele ser normal y se dan casos de madres con Síndrome de Down cuyos hijos son normales. Crecimiento retardado y envejecimiento prematuro.
- Discapacidad psíquica.

3.5.2 Rasgos no comunes

- Insuficiencia inmunológica para responder a infecciones.
- Trastornos oftalmológicos.
- Alteraciones auditivas causadas por malformaciones y/o alto riesgo de otitis serosa.
- Cardiopatía congénita.
- Disfunción tiroidea.
- Inestabilidad atlanto axoidea (cierta movilidad de las primeras vértebras cervicales originada por la laxitud de los correspondientes ligamentos).
- Cuadros neurológicos parecidos a la enfermedad de Alzheimer.
- Infecciones del aparato respiratorio.

- Malformaciones congénitas del tracto gastrointestinal.
- Anomalías pulmonares (hipoplasia pulmonar) “

2.3 PATOLOGÍAS ASOCIADAS AL SÍNDROME DE DOWN

ORTEGA, E. Y BLÁZQUEZ, D. (2010) “nos manifiestan que las complicaciones que se dan en estos niños son auditivas, las mismas que son necesarias para tener una buena conexión social, y las de lenguaje. Es la audición, debido a que entre el 73% y 78% de los niños con Síndrome de Down sufren pérdidas auditivas; la audición está en situación de riesgo en los tres niveles del órgano auditivo: externo, medio e interno.

En el **oído externo** la mayoría de estos niños presentan un pabellón auricular más reducido; en el **oído medio** se localizan las verdaderas infecciones como otitis medias y derrame de líquidos; los niños con Síndrome de Down sufren de inmunodeficiencia, que van acompañadas de infecciones respiratorias; en el **oído interno** cuando el sonido llega a este nivel para ser procesado, el caracol suele tener espirales más cortas de lo normal, en consecuencia muchos de estos niños tienen varios factores que alteran el sonido antes de que este tenga la oportunidad de ingresar al cerebro para ser procesado, y es por esta razón que presentan dificultades en la comprensión, por consiguiente tienen problemas en la organización de su lenguaje; son importantes las intervenciones a tiempo para corregir estas patologías”.

CANDEL (2009) “Existen otras complicaciones **endocrinológicas** en las que el niño con S.D. tiene un retraso en el crecimiento que empieza en la vida prenatal y se puede prolongar hasta el final de los años de crecimiento. Este retraso se da más en la adolescencia por la disminución del pico de crecimiento puberal, además en la primera infancia estas enfermedades van asociadas con cardiopatía congénita, síndrome de mala absorción, hipotiroidismo, que puede agravar el retraso del crecimiento. Para tener un buen funcionamiento cerebral es ideal un buen funcionamiento tiroideo. El **hipotiroidismo - hipertiroidismo** es menos frecuente, es fácil de detectar a través de controles anuales de hormonas tiroideas desde el primer año de vida”.

Acheterberg CH, Lytle L. (2008) “ Otro factor que puede interferir en el aprendizaje es la falta de sueño, las infecciones de vías respiratorias altas, amígdalas o adenoides mayores que lo normal, que son complicaciones molestas para estos niños con vías respiratorias reducidas y posicionamientos posteriores de la lengua. Todos estos casos son curables en la mayoría de los casos”.

3.3.1 Nivel Cognitivo

ALCORIZA J (2008) “La afectación cerebral propia del S.D. produce lentitud para procesar y codificar la información y dificultad para interpretar, elaborar y responder a sus requerimientos tomando decisiones adecuadas; también les cuesta planificar estrategias para resolver problemas y atender a diferentes estímulos. Hay otros aspectos cognitivos afectados que es la desorientación espacial, temporal y los problemas de cálculo mental”.

3.6.2 Nivel Sensorial

Aranceta J, Pérez Rodrigo C. (2006) “Diferentes autores confirman que los niños con S.D. procesan mejor la información visual que la auditiva y responden mejor a aquella que ya está. Y es que además de la frecuencia con que tienen problemas de audición, la mayoría de los niños con S.D. tienen conductos auditivos estrechos, lo que provoca que la pérdida auditiva sea frecuente, los mecanismos cerebrales de procesamiento pueden estar alterados, por ejemplo los autores Butterwath y Cichetti sugieren que el sistema estabular en los niños con S.D. requieren mayor estimulación.

El tacto es una de las pocas fuentes de estimulación en la atención temprana. En el campo educativo el aprendizaje por observación como la práctica de conducta y actividades con objetos e imágenes son más adecuadas para favorecer la retención y estos deben venir acompañadas de imágenes, dibujos, modelos, entre otros”.

2.4 CUADRO CLÍNICO

Sánchez, B. (2011) revela que “El Síndrome de Down es la causa más frecuente de discapacidad psíquica congénita, representa el 25% de todos los casos de retraso mental se trata de un síndrome genético más que de una enfermedad según el modelo clásico que fue diseñado para medirlo y aunque sí se asocia con frecuencia a algunas patologías; como rasgos comunes se pueden mencionar una hipotonía muscular generalizada, un grado variable de retraso mental y retardo en el crecimiento.

En cuanto al fenotipo han sido descritos más de 100 rasgos peculiares pudiendo presentarse en un individuo un número muy variable de ellos, de hecho ninguno se considera constante aunque la evaluación conjunta de los que aparecen suele ser suficiente para el diagnóstico, algunos de los rasgos más importantes son un perfil plano, raíz nasal deprimida, pliegue palmar único y separación entre el primer y segundo dedo del pie”.

Allison DB, Gomez JE, Heshka S, Rabbitt RL, Geliebter A, Kreibich K, et al. (1995) “Las patologías que se asocian con más frecuencia son las cardiopatías y enfermedades digestivas. Los únicos rasgos presentes en todos los casos son la falta de un tono muscular adecuado, un riesgo superior al de la población general, para el desarrollo de patologías como diabetes, hipotiroidismo, miopía. Todo esto determina una media de esperanza de vida entre los 50 y los 60 años, aunque este promedio se obtiene por las malformaciones cardíacas graves o la leucemia, son causa de muerte prematura. La incidencia global del Síndrome de Down en Guatemala se aproxima a uno de cada 600 nacimientos, pero el riesgo varía con la edad de la madre, se recomiendan técnicas de diagnóstico prenatal a todas las mujeres a partir de los 35 años, parece existir una relación estadística entre algunas enfermedades maternas como hepatitis, herpes simple tipo II y diabetes no obstante esa relación estadística no es tan intensa como en el caso de la edad materna. La probabilidad de tener un hijo con Síndrome de Down es mayor a la media para aquellos padres que ya han tenido otro previamente, los antecedentes familiares igualmente incrementan ese riesgo, se investigó dicho riesgo que en los varones se consideran

estériles, pero las mujeres conservan con frecuencia su capacidad reproductiva, en su caso también se incrementa la probabilidad de engendrar hijos hasta un 50% aunque pueden tener hijos sin trisomía”.

3.8 DIAGNÓSTICO PRENATAL DEL SÍNDROME DE DOWN

Arias, Graciela, Habana (1996) “Se utilizan distintos marcadores bioquímicos para diagnosticar cromosopatías en embarazadas los más importantes son los denominados marcadores bioquímicos del segundo trimestre.

La alfafetoproteína (AFP) es una proteína que se sintetiza por parte del feto, pasa al líquido amniótico y después a la sangre de la madre. La prueba se hace entre la semana 15 y la 17, pero casi siempre se hace en la semana 16. Cuando el feto tiene un síndrome de Down, los niveles de AFP en la sangre materna son muy bajos.

Otro marcador es la gonadotropina coriónica (hCG). Una gran proporción de fetos con anomalías cromosómicas son abortados; en el caso de síndrome de Down solo llegan a término uno de cada ocho. Cuando estos embarazos continúan es gracias a la hiperfunción placentaria con una mayor producción de hCG, lo que explica que las embarazadas con fetos portadores de síndrome de Down tengan niveles muy altos de hCG. Al igual que en el caso de la AFP, se recomienda hacer la prueba entre la semana 14 y la 17, momento en el que los valores de las embarazadas de un feto con síndrome de Down superan los niveles normales.

El diagnóstico se completa con los marcadores ecográficos. Estas pruebas se realizan en torno a la semana 12. El que más valor tiene es la ecotransparencia o sonoluscencianucal, también llamada translucidez o edema nucal, que hace referencia al espacio que hay en la región de la nuca del feto entre la piel y la grasa. La medición se hace mediante ecografía. Cuando el grosor es igual o superior a 3 mm aumenta el riesgo de que el feto tenga un síndrome de Down”

RELACION DE LA DANZATERAPIA CON LA MOTRICIDAD GRUESA

¿COMO AYUDA LA DANZATERAPIA EN LA MOTRICIDAD GRUESA?

Como podemos apreciar, existen varias semejanzas y complementariedades entre la Danzaterapia y la Motricidad Gruesa.

Arias (1996) “Históricamente, ambas son relativamente recientes, habiendo sido creadas dentro del ámbito de la clínica, pasando posteriormente a la educación. Ambas buscan el desarrollo integral del ser humano, permiten diversos abordajes teóricos y no enfocan solamente el resultado final de las intervenciones, sino toda la calidad de proceso terapéutico. La diferencia central entre ambas es que mientras la Motricidad recurre al cuerpo y al movimiento como instrumentos clave, la danzaterapia considera el arte como herramienta principal. Pero, si profundizamos en esta afirmación, En su origen, etimológicamente, la palabra arte está extremadamente conectada con la acción corporal”.

Berruezo (1995) “sobre los objetivos de la Psicomotricidad, podemos concluir por qué la Danzaterapia extremadamente complementario a los objetivos de la Motricidad Gruesa y viceversa. “La Motricidad Gruesa es un enfoque de la intervención educativa o terapéutica cuyo objetivo es el desarrollo de las posibilidades motrices, expresivas y creativas a partir del cuerpo, lo que le lleva a centrar su actividad e interés en el movimiento y el acto, incluyendo todo lo que se deriva de ello: disfunciones, patologías, estimulación, aprendizaje, etc.

Es importante recordar que ambas enfatizan el respeto a las reglas del grupo y a los materiales, la capacidad humana de aprendizaje y cambios, la autonomía, la comunicación, el desarrollo integral de la identidad y personalidad auténtica (Sí-mismo), la autoestima, la disolución de creencias no adaptativas, la creatividad, la libre expresión, la auto-observación y la observación del mundo exterior, el equilibrio entre contención y estimulación, actividad y pasividad, tensión y relajación, subjetividad y objetividad. Además de esto, ambas

presentan definiciones complementarias, historia, objetivos, principios y público semejantes”.

Gregg M. Furth (2008). “La expresión artística es una de las mejores posibilidades que tenemos los seres humanos de comunicarnos con nosotros mismos y con los demás, a través del movimiento no siempre verbal ,como es la Danzaterapia. La expresión plástica y visual nos permite “hablar” a través de metáforas y símbolos, de lo que nos ocurre, de lo que deseamos, de lo que odiamos o amamos.

Bernstein, 1979, Panhofer& Rodríguez, 2005 “La Danza Movimiento Terapia es una especialidad que utiliza el cuerpo y sus expresiones no verbales como un proceso para promover la integración emocional, cognitiva y física del individuo. Se define como el uso psicoterapéutico del movimiento y la danza dentro de un proceso que persigue la integración psicofísica del individuo” La Práctica Psicomotriz se centra en el periodo de maduración del niño/a donde el aspecto sensorio-motriz, el juego y la acción son fundamentales para su desarrollo psicológico. Esta relación consiste en que ambas persiguen un objetivo común: la integración cuerpo y mente del individuo, Tratando de crear una amplia gama de recursos tanto para la observación y análisis del movimiento como para trabajar en el desarrollo global de las personas desde el cuerpo, basándose en dos modelos de terapias enfocadas en el trabajo psicoterapéutico a través del movimiento”

f. METODOLOGÍA

El presente trabajo es una investigación descriptiva cuasiexperimental, se la desarrolla en una población de 60 niños y niñas y 7 personas que laboran en la institución tomando como muestra de investigación 10 niños con Síndrome de Down entre niños y niñas que presentan problemas en su motricidad gruesa y se realizaría una entrevista al personal tomando como muestra a 6 docentes de la Unidad Educativa Especializada Ciudad de Loja N°1.

Para lo cual se procederá a aplicar los siguientes instrumentos de evaluación:

- **Escala Ecomi-eso de observación de la competencia motriz adaptada por Ruiz y Gomes (2001)**

Esta Escala presenta diferentes escenas que representan situaciones de las sesiones de educación física y que se agrupan en dos grandes dimensiones: la Competencia Motriz General y el Control Motor, y que permite al profesorado poder valorar la competencia motriz de los escolares.

Cada competencia se presenta en una escala tipo Likert de 4 puntos, donde el 1 indica la ausencia de dicha competencia y el 4 que su presencia es habitual en ese niño.

Encuesta A Profesionales: La encuesta a los profesionales, será aplicada a las personas que están más al contacto con la población a investigar, lo mismo que nos servirá para indagar y obtener información acerca de cuanto conocimiento tienen acerca de nuestro tema de investigación planteado, criterios que nos servirán de mucho y hacer una correlación de los datos obtenidos.

Registro de Observaciones: Se utilizara un registro o matriz de observaciones, el cual consistirá en un cuadro que está estructurado de la siguiente manera: fecha ,hora, prueba inicial , aplicación de instrumento ,resultado obtenido y donde se propondrá una planificación de actividades para realizar con el paciente, de esa manera se podrá evaluarlo, evidenciar y

registrar conductas iniciales y luego ver si existe o no un avance en el paciente, a medida que se va interviniendo en cada una de las sesiones con el mismo.

Los datos que se obtendrán de la aplicación de cada una de las baterías psicológicas y de la encuesta a los profesionales antes explicadas, se realizara un procesamiento de los datos para luego poder representarlos en tablas y gráficos estadísticos, al pie de los cuales se incluirá un análisis empírico teórico, permitiendo de esa manera poder llegar a formular y plantear en un futuro las conclusiones y recomendaciones del presente tema investigativo.

g. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	2013				2014												2015					
	SEP	OC	NO	DC	EN	FB	MR	AB	MY	JN	JL	AG	SP	OC	NV	DC	EN	FE	MA	AB	MA	
Búsqueda y Planteamiento del tema de investigación.	■																					
Desarrollo de problemática, justificación y objetivos.		■																				
Construcción del Marco Teórico.			■																			
Indagación y Elaboración de instrumentos de investigación.				■																		
Diseño de la metodología, cronograma, presupuesto y financiamiento.				■	■																	
Revisión de la Bibliografía y Anexos.					■																	
Presentación y Aprobación del proyecto de investigación.						■																
Pertinencia y coherencia del proyecto de investigación							■															
Construcción de los preliminares del informe de tesis.							■															
Elaboración del Resumen traducido al inglés e Introducción.								■														
Aplicación de instrumentos técnicos como trabajo de campo.								■	■													
Construcción de la Revisión de Literatura, Materiales y Métodos.								■														
Tabulación, análisis e interpretaciones de resultados de la investigación.									■	■												
Construcción de la Discusión, Conclusiones, Recomendaciones, Bibliografía y Anexos.										■												
Presentación y Revisión borrador del Informe de Tesis por el Director.											■											
Obtención de la Aptitud Legal.												■	■	■	■	■						
Presentación y Estudio del Informe de Tesis por el Tribunal de Grado.																	■					
Correcciones y Calificación del Informe de Tesis del Grado Privado.																	■					
Construcción del Artículo científico derivado de la Tesis de Grado																	■					
Autorización, Edición y Reproducción del Informe de Tesis.																	■	■				
Socialización, Sustentación y Acreditación del Grado Público.																			■	■	■	■

h. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

PRESUPUESTO ESTIMADO			
RECURSOS	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
RECURSOS HUMANOS			
Movilización	70	5	350,00
RECURSOS MATERIALES			
Resma de papel boom	5	4	20,00
Reproducción bibliográfica	1000	0,02	20,00
Adquisiciones de textos	10	20,00	200,00
Servicio de internet	100	1,00	100,00
Material audiovisual	10	10,00	100,00
Reproducción de insumos técnicos	400	0,02	8,00
RECURSOS FINANCIEROS			
Derechos de grado	2	80,00	160,00
Reproducción de tesis	2000	0,20	400,00
Empastado de tesis	7	5,00	35,00
Diseño de diapositivas	1	100	100,00
IMPREVISTOS			150,00
TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO			\$ 1.643,00

El financiamiento estará a cargo exclusivo del autor (a) del trabajo de investigación con un costo aproximado de \$1.643,00.

i. BIBLIOGRAFÍA

Arias, Graciela, "El diagnóstico para el Síndrome de Down", Estudiantil, Habana, 2008.

Bowlby, J. (2009). El vínculo afectivo. Barcelona: Paidós.

Bowlby, J. (2009). La separación afectiva. Buenos Aires: Paidós.

Brito, Luis (<http://www.efdeportes.com/>)

Candel, programa de atención temprana. Intervención en niños con Síndrome de Down y otros problemas del desarrollo. Ed. CEPE, Madrid 1999

Cerantoni, C DANZATERAPIA, solcerantonio@hotmail.com

Cfr. Flores, Jesús. Troncoso, María Victoria. Síndrome de Down y Educación.

Coleman, Víctor, "Atención médica en el síndrome de Down", Lemis, Barcelona, 2008,

Conde, José 2007 pag.2 <http://pedagogiafilos.spaces.live.com>.

Corretger, Joseph, "Síndrome de Down: Aspectos médicos actuales", Masson, Madrid, 2004. el síndrome de Down Implicaciones educativas.

Josep M. Corretger et al (2005) Síndrome de Down, Aspectos médicos actuales. Ed Masson, para la Fundación Catalana del Síndrome de Down.

L. ¿Qué tan capaces son los padres de niños con síndrome de Down en el cuidado de infecciones de vías respiratorias altas y la detección de complicaciones? Boletín Médico del Hospital Infantil de México 2005; 62(6) :

Lazaro, A (2000) Nuevas Experiencias en educación psicomotriz. Zaragoza.

Lazaro, A (2001) Psicomotricidad. Zaragoza. Mina Editores

Lazaro, A (2004). Los zancos. El placer de Aprender a través del equilibrio. Zaragoza.

Ordoñez, C (2007) Estimulación temprana. Madrid España Edición MMVII pag.20-35.

Perera, J. (2006, Noviembre, 4a) Vivir hoy con el síndrome de Down. Ponencia presentada en el X Congreso Internacional sobre síndrome de Down "Abriendo nuevas puertas. Respuestas a los retos del siglo XXI", Caracas. (2006, Noviembre, 5b).

Ramos, M.; Montilva, M.; y Navarro, J.(2005) Patrones de crecimiento en niños

Salvador F., M. (2000) Introducción al Análisis Multivariante. 5campus.com

Sánchez, A. (S/F) Deporte y Síndrome de Down. [Documento en línea]

Sepúlveda Vildósola A, López F, López Aguilar E, Bautista E M, Cervantes R,

Temprana/ M.C.Ordoñez,T.M.Alfredo.- Madrid- España Cultural S. A, 2007.- 600p. ISBN 978-84-8055-776-4 (pag.9-11 A.P9

Villanueva, M. (1991) Manual de Técnicas Somatotipológicas. da.edición México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Vived, J. (2006, Noviembre, 4a). Características cognitivas y de aprendizaje en niños con Síndrome de Down

<http://www.saludterapia.com/articulos/glosario/d/18danzoterapia.html#ixzz2pGypvlwe>

<http://a2pc.es/Psicomotricidadcapitulo1.pdf>

<http://app.kiddyshouse.com/maestra/articulos/la-psicomotricidad-y-las-areas-que-abarca.php>

<http://magalitaarmijosp.blogspot.com/>

<http://www.downgranada.org/el-sindrome-de-down/historia>

<http://www.webconsultas.com/sindrome-de-down/diagnostico-prenatal-del-sindrome-de-down-2244>

<http://www.buenastareas.com/ensayos/Psicomotricidad-y-Danza-Movimiento-Terapia/323200.html>

<http://www.conadis.gob.ec/estadísticas.htm>

<http://definición.escuelainternacionaldepsicomotricidad>

- ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

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

MATRIZ DE CONSISTENCIA

MATRIZ DE CONSISTENCIA					
TEMA	PROBLEMA	OBJETIVOS	MÉTODOS	TÉCNICAS	RESULTADOS
APLICACIÓN DE LA TECNICA DANZATERAPIA PARA MEJORAR LA MOTRICIDAD GRUESA EN NIÑOS Y NIÑAS CON SINDROME DE DOWN QUE ASISTEN A LA UNIDAD EDUCATIVA ESPECIALIZADA CIUDAD DE LOJA N°1. PERÍODO OCTUBRE 2013 A FEBRERO DE 2014.	¿Cómo la aplicación de la Danzaterapia mejora la Motricidad Gruesa en los niños y niñas con Síndrome de Down que asisten a la Unidad Educativa Especializada Ciudad de Loja N°1.	- OBJETVO GENERAL • Determinar la aplicación de la técnica Danzaterapia para mejorar la motricidad gruesa en niños con síndrome de Down de 5- 7 años que asisten a la Escuela Ciudad de Loja. Periodo	Método Dialéctico. Método Hermenéutico Método Sintético Método de Delphi	Observación Lectura comprensiva Resumen Fichaje	Formulación de la Problemática. Construcción y Elaboración de la Revisión de Literatura. Diseño de materiales y métodos.

		<p>2013-2014</p> <p>- OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>Caracterizar los referentes teóricos y metodológicos de la Danzaterapia que mejora la motricidad gruesa en niños y niñas con Síndrome de Down.</p> <p>Diagnosticar la motricidad gruesa a los niños con Síndrome de Down.</p> <p>Crear una propuesta de Danzaterapia que mejore la Motricidad Gruesa en niños y niñas con Síndrome de Down</p> <p>Aplicación de Danzaterapia que permita mejorar en los niños con Síndrome de Down su Motricidad Gruesa.</p> <p>Validar la efectividad</p>			
--	--	--	--	--	--

		de la aplicación de la Danzaterapia para mejorar la Motricidad Gruesa en niños y niñas con Síndrome de Down			
			Método Analítico Método Estadístico. Método Descriptivo. Método Explicativo.	Escala Ecomi- Eso de competencia motriz Cuadros y gráficos estadísticos e interpretación. Análisis e Encuesta.	Los resultados obtenidos de la aplicación del test nos otorgan datos en donde ubican las calidad de vida en indicadores de bueno y muy bueno de las áreas evaluadas.
			Método Descriptivo Método de la Modelación	Modelo de Danzaterapia.	Diseño de la Danzaterapia
			Método Explicativo Método Sistémico.	Encuesta a los profesionales	Ejercicios de calentamiento, respiración , flexibilidad, elongación, movimientos coordinados e integrados..
			Método Analítico Método Estadístico. Método Descriptivo. Método Explicativo.	Post Test Cuestionario sobre la escala Ecomi -Eso	La Danzaterapia aplicada es efectiva y por lo tan mejora la calidad de vida de los adultos mayores.

- **ANEXO 3: INSTRUMENTOS APLICADOS EN INVESTIGACIÓN DE CAMPO**

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

FICHA DE OBSERVACIÓN DIRECTA A NIÑOS CON SINDROME DE DOWN

NOMBRE: _____

FECHA: _____

UNIDAD/CENTRO: _____

FECHA	N° DE SESION	APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO	OBSERVACION INICIAL	ACTIVIDAD A REALIZARSE	METODOLOGIA	OBSERVACIONES

PROPUESTA DE DANZATERAPIA PARA MEJORAR MOTRICIDAD GRUESA EN NIÑOS Y NIÑAS CON SINDROME DE DOWN.

TALLER: Trabajo terapéutico corporal basado en elementos de danza educativa y danza movimiento terapia, para niños y niñas con Síndrome de Down.

DURACION: 2 meses

HORAS: 1 hora semanal, (45 min práctico, 15 min compartir la experiencia)

DESCRIPCION DEL TALLER: Taller de carácter práctico, de duración aproximada de dos meses en una etapa inicial, con posibilidad de realizarlo como taller semestral. Cada sesión semanal tiene una duración de una hora cronológica, durante las cuáles se realizan actividades seleccionadas para este tipo de pacientes en particular, teniendo en cuenta sus necesidades individuales y grupales. Trabajo que incorpora en las sesiones la búsqueda del equilibrio entre cuerpo y mente de una manera particularmente cuidadosa.

FUNDAMENTACIÓN: El trabajo terapéutico corporal presentado a continuación tiene como finalidad mejorar la Motricidad Gruesa en niños y niñas con Síndrome de Down, ayudándolos de manera significativa en el aspecto corporal, social relacional y funcional. Como actividad terapéutica entrega una realidad concreta al paciente al reconectarse con su cuerpo físico, esta realidad que se presenta a través del trabajo corporal, se convierte en el lugar en que habitan las ideas, emociones y sensaciones dando lugar y coherencia a la conformación del propio cuerpo. De esta forma su Motricidad Gruesa se ve mejorada. Al igual que la sensación de bienestar producida al dejar de lado tensiones excesivas en el cuerpo dándole mayor movilidad, y capacidad expresiva.

METODOLOGÍA:

Sesión de carácter práctico, el facilitador actúa como guía entregando las bases para el encuentro del paciente con su corporalidad expresiva.

En cada sesión se trabajará a través de la empatía kinestésica con el lenguaje de movimientos de cada paciente, para tratar de encontrar nuevos movimientos y comprender el origen de los que van apareciendo. En base a las necesidades de movimiento de cada paciente y del grupo.

Se realizarán actividades individuales para luego pasar, si es posible, a actividades en dúos o grupales, con una mayor complejidad en cuanto al espacio y las relaciones espaciales.

Se trabajará en métodos de búsqueda de los propios movimientos a través de exploración guiada. Luego se dará orden a este material en un trabajo de desarrollo.

Se agregará a cada sesión una actividad lúdica en movimiento para otorgar espacio a la alegría. No se utilizará el cierre verbal para este trabajo.

UNIDADES Y CONTENIDOS

UNIDAD I: Diagnóstica.

Contenidos: Reconocimiento y disociación de las partes del cuerpo.

Coordinación y equilibrio. Postura. Locomoción y uso de soportes. Dinámicas del esfuerzo. Creatividad y movimiento espontáneo, decisión de hacer una propuesta propia. Imagen corporal.

UNIDAD II: Cuerpo vivido, cuerpo habitado.

Contenidos: Cohesión grupal, trabajo en colaboración grupal. Niveles Alto medio bajo. Velocidad. Ritmo. Distancias social, personal, íntima. Creatividad. Empatía.

Imagen corporal. Senso percepción. Kinesfera. Ejes: horizontal – sagital – vertical.

Límites propios y con el otro. Manejo de la energía.

UNIDAD III: Cuerpo presente en el espacio.

Contenidos: Flexibilidad. Control muscular y fuerza. Coordinación estática y dinámica. Visión del cuerpo, esquema corporal. Control del movimiento a través de la respiración. Respeto mutuo. Tolerancia. Empatía a través de la mímica. Memoria psicomotriz. Participación individual dentro de un grupo. Búsqueda del lenguaje a través del objeto transicional. Control de la energía. Equilibrio.

UNIDAD IV: Cuerpo vital en el espacio compartido.

Contenidos: Utilización de las diferentes partes del cuerpo. Memoria psicomotriz. Dirección. Niveles. Conexión neuronal. Tolerancia a la frustración. Empatía grupal. Utilización del lenguaje no verbal.

UNIDAD V: Cierre del taller.

Contenidos: Retroalimentación. Compartir. Cerrar el ciclo

UTILIZACIÓN DE IMPLEMENTOS

Música

Elementos de apoyo, facilitadores de la actividad

Objeto transicional

ESTRUCTURA DE UNA SESION

- 1.- Calentamiento / introducción a los contenidos
- 2.- Exploración en base a los contenidos y a consignas dadas
- 3.-Desarrollo del material encontrado.
- 4.- Comentarios

EVALUACIÓN

Observación sesión a sesión.

Evaluación diagnóstica.

Evaluación final del proceso.

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

ESCALA ECOMI-ESO DE OBSERVACIÓN DE COMPETENCIA MOTRIZ
ADAPTADA POR RUIZ Y GOMEZ (2001).

		1	2	3	4
1	Se desplaza por el salón corriendo, sin chocar con sus compañeros o con los objetos.				
2	Salta sobre el pie izquierdo desplazándose hacia delante de manera controlada, al menos 5 veces sin pararse.				
3	Lo mismo, pero con el pie derecho, al menos 5 veces sin pararse.				
4	Atrapa un balón con las 2 manos de manera controlada.				
5	Mantiene el ritmo mientras actúa.				
6	Maniobra con agilidad los movimientos corporales				
7	Se mueve al ritmo y tiempo de la música				
8	Comprende las direcciones.				
9	Es capaz de desplazarse con soltura y rapidez por alrededor de su compañero				
10	Es capaz de botar un balón con una mano de manera continuada mientras esta parado.				
11	Se toma de la mano de manera continuada mientras esta en el movimiento.				
12	Mantiene el equilibrio sobre un apoyo mas de 10 segundos.				
13	Salta de manera continuada sobre el mismo sitio sobre un pie (en un espacio de 10cm, máximo de 10 veces)				
14	Se orienta y se mueve hacia la derecha				
15	Se orienta y se mueve hacia la izquierda				
16	Sigue trazos dibujados en el piso				
17	Corre, salta y evita chocar con sus compañeros o un objeto				
18	Tiene un patrón de lanzamiento maduro (lanza la pelota por encima del hombro y lo ejecuta con habilidad).				
19	Mantiene el espacio con relación a sus compañeros				
20	Realiza de forma automática el mismo tipo de movimientos que realizan sus compañeros.				
21	Ejecuta movimientos alternados				

1= Malo, 2= Regular, 3= Bueno, 4 = Muy Bueno

- **ANEXO 4:**
Apoyo Pedagógico







Danzaterapia





- Ejercicios de Respiracion



- Baile libre

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
DEDICATORIA	vi
ÁMBITO GEOGRÁFICO DE LA INVESTIGACIÓN	vii
MAPA GEOGRÁFICO DE UBICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	viii
CROQUIS DEL SITIO DE INTERVENCIÓN.....	viii
ESQUEMA DE TESIS.....	ix
a. TÍTULO	1
b. RESUMEN.....	2
SUMMARY	3
c. INTRODUCCIÓN.....	4
d. REVISIÓN DE LITERATURA	8
e. MATERIALES Y MÉTODOS	19
f. RESULTADOS.....	22
g. DISCUSIÓN.....	46
h. CONCLUSIONES	50
i. RECOMENDACIONES	51
j. BIBLIOGRAFÍA	52
k. ANEXOS	55
PROYECTO DE TESIS.....	55
ÍNDICE.....	114