

# **UNIVERSIDAD DE SONORA**

**DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD**

**DEPARTAMENTO DE CULTURA FÍSICA Y DEPORTE**

**Impacto en el Desarrollo Motor de niños con Síndrome Down  
mediante la Aplicación de un Programa de Psicomotricidad**

## **TESIS PROFESIONAL**

**Que para obtener el Título de  
Licenciado en cultura física y deporte**

**Presentan:**

**ÁlvarezLópez Omar Daniel**

**Iñiguez Zazueta Elsa Jeovana**

**Hermosillo, Sonora**

**Noviembre 2014**

# Repositorio Institucional UNISON



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



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

## **AGRADECIMIENTOS**

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

A MI FAMILIA

A MIS PADRES

Muchas gracias por su apoyo incondicional en esta etapa y logro más alcanzado en esta etapa de mi vida. Me siento bendecida por tener a unos padres tan responsables al guiarme con buenos consejos y sobre todo por la educación que me han brindado. A MIS HERMANAS Y SOBRINO que con esa chispa de alegría que me motivan para seguir echándole todas las ganas del mundo.

A José Duarte

Muchas gracias por estar siempre conmigo, en cada meta que me propongo has estado hay impulsándome a hacer las cosas cada vez mejor de lo que lo puedo lograr. Gracias por tener la capacidad de la paciencia más sabiduría para y regalarme consejos, alegría y apoyo incondicional para seguir adelante y cumplir cada una de mis metas. Eres mi fortaleza e inspiración para lograr todo lo que me propongo en mi vida.

A TODOS MIS MAESTROS

Gracias por desempeñar su mejor trabajo que es el de la educación, la enseñanza maestro-alumno. Por la dedicación y su tiempo tan valioso en brindar ese espacio de estudio para formar mejores profesionistas. Como lo soy ahora. Gracias! Y, Muy agradecida a mi asesora de este proyecto de tesis a Nidia Barahona.

A NIDIA BARAHONA, CARLOS OGARRIO Y MARIA ELENA CHAVEZ

Muchas Gracias por su apoyo y dedicación al llevarme a la culminación de término de mis estudios, con este proyecto de tesis.

La elaboración de esta Tesis no habría sido posible sin un gran elenco de personas e instituciones que se mencionan a continuación y a las cuáles agradezco enormemente su colaboración.

A mi asesora Nidia Barahona por la confianza que depositó en mí para la realización de esta Tesis; por sus ideas y aportaciones, que han resultado primordiales y muy valiosas; por haber guiado con gran sabiduría mi trabajo y haber esclarecido todas las dudas que surgían durante el proceso.

A mi compañera Jeovana Iñiguez que como yo que sin ayuda de nuestros maestros (as) esta Tesis no hubiera salido adelante.

Diseñando y elaborando, junto con Nidia Barahona, la formación de este gran trabajo hemos sido fieles compañeros y hemos sufrido y celebrado juntos cualquier acontecimiento relacionado con el proyecto.

Gracias a todos nuestros maestros (as) que nos apoyaron por suprofesionalidad, y estar a nuestro lado permite estar aprendiendo continuamente; por saber que siempre estar ahí para atendernos, por soportar nuestras inquietudes e inseguridades; nunca podré recompensarlos.

En último lugar quiero resaltar el agradecimiento a mi familia más cercana. A mi papá, mamá y hermanos por haberme ofrecido todas las oportunidades que agradecidamente pude tener y haberme enseñado a aprovecharlas. He aprendido tantas cosas de ellos que es difícil plasmarlas todas aquí pero sí destacaría unas cuantas que me han ayudado a la realización de esta Tesis: que el esfuerzo siempre conlleva una grata recompensa y que es importante aprender de los errores. Pero gracias, sobre todo, por enseñarme a aceptarme como soy, por confiar en mí y por todo su apoyo infinito.

A la Directora, Maestros, Padres de Familia y muy en especial a los niños/as del CAM 15 que desempeñaron el papel principal de este proyecto tan importante.

## INDICE

<b>OBJETIVO GENERAL E HIPOTESIS .....</b>	<b>6</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>7</b>
<b>MARCO TEORICO .....</b>	<b>8</b>
Etiologia Del Sindrome Down .....	8
<b>INCIDENCIA .....</b>	<b>9</b>
<b>CONCEPTUALIZACION DE SINDROME DOWN.....</b>	<b>10</b>
<b>CARACTERISTICAS COMUNES DE LAS PERSONAS CON SIDROME DOWN.....</b>	<b>11</b>
Características Físicas:.....	11
Características Cognitivas: .....	11
Características Emocionales:.....	12
<b>SINDROME DOWN Y EL DESARROLLO PSICOMOTOR .....</b>	<b>13</b>
Definición de Psicomotricidad .....	14
<b>CONTENIDO DE LA PSICOMOTRICIDAD .....</b>	<b>16</b>
Postura y Equilibrio.....	16
Esquema Corporal.....	17
Coordinación Motriz.....	18
Coordinación Dinámica General.....	18
Coordinación Motriz Fina.....	19
Coordinación Visomotriz.....	19
<b>ANTECEDENTES .....</b>	<b>21</b>
<b>JUSTIFICACION.....</b>	<b>23</b>
<b>SUJETOS O MUESTRAS.....</b>	<b>25</b>

<b>DISEÑOS DE INVESTIGACION Y VARIABLES DE ESTUDIO .....</b>	<b>26</b>
Variables Independientes .....	27
Variables Dependientes.....	27
<b>HERRAMIENTAS / INSTRUMENTOS .....</b>	<b>28</b>
<b>PROCEDIMIENTOS.....</b>	<b>29</b>
<b>ANALISIS ESTADISTICO.....</b>	<b>30</b>
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>31</b>
GRAFICA 1:- Resultado generales de la primera y segunda evaluación de los niños con Síndrome Down (SD) en el área motriz evaluada con el Test Evaluación Psicomotora de Preescolar (EPP) .....	31
GRAFICA 2:- Resultados Generales FRANCISCO RAYMUNDO con SD en el área motora de la primer y segunda evaluación.....	32
GRAFICA 3:- Resultados Generales ANGEL TADEO con SD en el área motora de la primer y segunda evaluación .....	33
GRAFICA 4:- Resultados Generales VALERIA LETICIA con SD en el área motora de la primer y segunda evaluación .....	34
GRAFICA 5:- Resultado de LOCOMOCION 1ra. Y 2da.evaluación en el área motriz con el test EPP .....	35
GRAFICA 6:- Resultado de ESQUEMA CORPORAL 1ra. Y 2da.evaluación en el área motriz con el test EPP.....	36
GRAFICA 7:- Resultado de EQUILIBRIO 1ra. Y 2da.evaluación en el área motriz con el test EPP .....	37
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>38</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>41</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>44</b>

## **OBJETIVO GENERAL**

Realizar un programa psicomotriz para evaluar cambios en el desarrollo motor de niños/as con Síndrome Down de 7 y 8 años de edad pertenecientes al CAM 15 de Hermosillo, Sonora

### **Objetivos Específicos**

- Realizar adecuaciones al programa de intervención psicomotriz, con material didáctico diversos.
- Evaluar el estado inicial y final de los niños/as con síndrome Down en el área motora por medio del test Evaluación Psicomotora en Preescolar (EPP).
- Aplicar el programa de Intervención Psicomotriz en el Centro de Atención Múltiple 15 a niños/as con Síndrome Down.
- Analizar estadísticamente los resultados de la aplicación del programa.

## **HIPOTESIS**

A través de la aplicación de un programa psicomotriz, los niños/as con Síndrome Down lograrán un avance en su desarrollo motor

## RESUMEN

El objetivo principal de este trabajo fue determinar el impacto en el área motriz a través de la aplicación de un programa de psicomotricidad en niños/as con Síndrome Down de 7 y 8 años de edad del cam 15, en Hermosillo, Sonora Donde participaron 3 alumnos (2 hombres y 1 mujer) mediante la aplicación de una evaluación inicial y final con el test inicial de Evaluación Psicomotora en Preescolar (EPP).

El diseño del estudio fue cuasi-experimental. Para el análisis estadístico se utilizó el SPSS 20.0 la prueba  $t$  para muestras variadas dando los siguientes resultados en las aéreas de equilibrio y esquema corporal donde se observa una diferencia significativa, en las áreas de coordinación de brazos, coordinación de manos y posiciones no se encontraron diferencias. Es relevante mencionar que las sesiones aplicadas no tuvieron continuidad por motivos del calendario escolar (Día del trabajo, día de la revolución, festejos del Día de las Madres, día del maestro) Pudiendo decir así que la aplicación de un programa psicomotor en los niños con SD si podría estimular el área motora. Pudiendo decir a sí que la aplicación de un programa psicomotor en los niños Síndrome Down si podría estimular el área notoria, como lo menciona Escribá (2002) estos niños tienen un considerable retraso en las conductas que integran el desarrollo psicomotor, como son las conductas motrices de base, perceptivo-motrices y neuromotrices, con relación al patrón de desarrollo evolutivo correspondiente a su edad cronológica.

**Palabras Claves:** Síndrome Down, psicomotricidad, desarrollo motriz.

## MARCO TEORICO

### 1. ETIOLOGÍA DEL SÍNDROME DE DOWN

Este síndrome es una de las anomalías más frecuentes y constituye la principal causa congénita de retraso mental de todas las de etiología u origen conocido.

La causa es la existencia de un cromosoma extra en el par 21. Las células del cuerpo humano contienen 46 cromosomas repartidos en 23 pares (22 de ellos se denominan autosomas o cromosomas ordinarios y un par contiene los ligados al sexo -XY o XX según sea hombre o mujer-). En las personas con Síndrome de Down se da la presencia de 47 cromosomas en las células y ese cromosoma suplementario se encuentra en el par 21.

Alrededor del 98% de los casos, según Rondal, un 95% según Abrisquetay cols. (1993) se deben a un error en la distribución cromosómica que interviene antes de la fertilización o durante la primera división celular del óvulo fertilizado que va a formar el embrión. Estos son los denominados casos de "trisomía regular".

Los genes son normales pero el número excesivo y no es posible que exista un sólo cromosoma cuyos genes no intervengan en el mantenimiento del desarrollo equilibrado del cerebro.

Un 1% aprox. (un 4% según otros autores) se debe a un error de distribución en la segunda o tercera división celular. El embrión se desarrollará con una mezcla de células normales y de trisomías. Son los denominados casos de "mosaicismo"

Aproximadamente el 2% restante, se debe a una "traslocación". La unión o una parte de un cromosoma son afectadas en una parte o en la totalidad, por otro cromosoma. Esta forma de trisomía parece ser más frecuente en los padres jóvenes y cuando se dan antecedentes familiares (Abrisqueta, 1993)

## INCIDENCIA

El Síndrome Down es una de las alteraciones cromosómicas más comunes, las estadísticas mundiales revelan que su incidencia es alta representa aproximadamente el 25 % del total de la población de personas con retardo mental (Candel, 2005) y es la causa orgánica más frecuente y conocida. Uno de cada 650 a 700 recién nacidos tiene Síndrome Down y ello sucede sin distinción de época, niveles culturales o económicos.

Por tanto muchos niños que precisan educación especial padecen este trastorno. Estadísticas semejantes o aproximadas a las anteriores se encuentran al revisar el trabajo de autores como Stratford (1998), Lambert y Rondal (1989), Santos y Morizon (1999), Jasso (1991), Kingston (2002) y Martínez (2001).

### RELACION ENTRE LA INCIDENCIA DEL SINDROME DE DOWN Y LA EDAD DE LA MADRE

<i>Edad de la madre</i>	<i>Incidencia del síndrome de Down</i>
Menos de 30 años	Menos de 1 en 1.000
30 años	1 en 900
35	1 en 400
36	1 en 300
37	1 en 230
38	1 en 180
39	1 en 135
40	1 en 105
42	1 en 60
44	1 en 35
46	1 en 20
48	1 en 16
49	1 en 12

*Fuente: Hook, etc.*

## CONCEPTUALIZACION DE SINDROME DOWN

El SD es una alteración genética provocada por la presencia de un cromosoma 21 extra en las células; dicho cromosoma en la mayoría de los casos se encuentra en todas las células de quien presenta esta enfermedad (Stratford, 1998). Por otra parte el SD es considerado como una combinación de defectos de nacimiento que incluye cierto grado de retraso mental y rasgos faciales característicos.

Las personas con SD se pueden diagnosticar entre la semana nueve y la semana catorce de gestación a partir de pruebas prenatales (engrosamiento del pliegue nuchal, triple screening y amniocentesis) o en el momento del nacimiento, ya que poseen características muy particulares que las identifican, son etiológicamente homogéneas y, sin embargo, tienen una fluctuación en su desempeño que va desde quienes están más cerca del funcionamiento cognitivo normal hasta quienes tienen un retraso grave (Sroufe, 1998).

Por otra parte, Santos y Morizon (1999) mencionan que los niños con SD también pueden presentar diversas patologías asociadas cuyo diagnóstico y manejo médico inciden significativamente en su calidad de vida. Estas patologías van desde las malformaciones congénitas mayores tales como cardiopatías congénitas y malformaciones del tracto gastrointestinal, hasta problemas endocrinológicos, hematológicos, otorrinolaringológicos, inmunológicos, oftalmológicos, neurológicos, dentales, ortopédicos, psiquiátricos, ginecológicos, etc. Es importante mencionar que las personas con SD no necesariamente presentan todas estas características.

## **CARACTERÍSTICAS COMUNES DE LAS PERSONAS CON SIDROME DOWN**

### Características Físicas:

Cabeza pequeña, ojos, rasgados, párpados caídos, sobrepeso, cuello corto y ancho, cabello fino, nariz pequeña y aplanada, piel amoratada, lengua prominente, orejas, dientes y manos anchas, extremidades cortas, hipotonía. (Santos y Morizon, 1999, Jasso, 1991, Lambert y Rondal, 1989).

### Características Cognitivas:

Estos niños y niñas van a tener un desarrollo más lento, sus características y ritmos de aprendizaje serán a menudo diferentes en determinados aspectos (memoria, atención, lenguaje...). Sin embargo, su desarrollo en otros aspectos está ligado a su edad cronológica (curiosidades, intereses, necesidades...) por lo que no deben ser comparados con niños/as más jóvenes, aunque sus edades mentales, medidas a través de test estandarizados, sean equivalentes.

Dificultad para el procesamiento de la información, tendencia a la distracción, problemas en la capacidad de consolidar y recuperar la memoria, problemas con la memoria declarativa (Flórez, 2003), problemas con la memoria auditiva a corto plazo, mejor desempeño en memoria a corto plazo visual (Hodapp, DesJardín y Rissi, 2003), el desempeño cognitivo va desde retraso grave hasta ligeramente incapacitados (Stratford, 1998)

### **Características Emocionales:**

Muestran rezago en su desarrollo emocional (Sroufe, 1998)

Es interesante observar que existen muy pocos datos acerca de las características emocionales y más aún del desarrollo emocional de las personas con SD. Probablemente se deba a que fue hace pocas décadas cuando se comenzó a estudiar el aspecto de la emoción humana, ya que si consideramos que estudiar la emoción es complejo al añadir alguna condición extra como un trastorno genético, la búsqueda se torna más confusa y compleja.

En los primeros años de su vida no son tan hábiles como los niños y niñas de desarrollo normal al utilizar recursos para conectar e interactuar con el ambiente que les rodea. Además, su capacidad de desarrollo de juego simbólico (lo cual, como veremos, tiene una incidencia negativa en la adquisición del lenguaje) también es más restringido y tiende a actividades estereotipadas y repetitivas. Suelen tender a relacionarse más con los adultos que con el grupo de iguales, y la persona adulta debe conocer estas características genéricas que provoca el síndrome, para ajustar sus expectativas y seguir estimulando a pesar de la posiblemente escasa respuesta, en comparación con los niños o niñas de desarrollo normal. Según la imagen que el “entorno” le devuelva a partir de esas características, se irá formando la imagen de sí mismo.

Se suele decir que un rasgo de la personalidad de estas personas es la obstinación, la terquedad, la testarudez, la falta de flexibilidad, la resistencia a los cambios..., pero tal vez sea interesante analizar estas actitudes también como resultado de un contexto interactivo.

- la mayor parte de la conducta humana es aprendida y una gran parte de ella por imitación

- todo ser humano aprende si se le enseña, aunque el nivel de logro o profundización sea cuantitativa y cualitativamente individual, personal.

- todos los niños y niñas tienen ganas de aprender; este deseo tiende naturalmente a desaparecer si lo que se le enseña no es significativo para él o ella.

- las conductas que se refuerzan tienden a estabilizarse

- la sobreprotección inhibe la acción propia

## **SINDROME DOWN Y EL DESARROLLO PSICOMOTOR**

Escribá (1999) Los niños con síndrome Down pueden tener un desarrollo tardío; generalmente son lentos para darse vuelta, sentarse, ponerse de pie y responder. Esto puede estar relacionado con la deficiente tensión muscular de estos niños. El desarrollo de la capacidad para hablar y de lenguaje quizá sea más lento de lo que se prevé y tal vez no sea tan completo como lo desearían los padres. Por otra parte, los niños con Síndrome Down desarrollan las dotes de comunicación que necesitan.

Escribá (1999) menciona que en el desarrollo de las conductas motrices de las personas que presentan un retraso mental hay una enorme variabilidad, desde los síndromes que correlacionan con estados tónicos determinados (las personas que padecen Síndrome Down son normalmente hipotónicas e hiperextensibles), hasta evoluciones ajustadas al ritmo de maduración cronológica, pasando por un gran número de alteraciones motrices: torpeza, inestabilidad, hipercinesia, estereotipias, etc. Lo más frecuente es un retraso psicomotor generalizado asociado al retraso mental, consecuencia del desajuste madurativo, de mayor alcance en los aspectos de mayor nivel de complejidad psicomotriz (motricidad fina, estructuración espacio-temporal, etc.).

La intervención psicomotriz con niños/as que presentan retraso mental se ajustará más a la valoración de su desarrollo psicomotor y su competencia motriz que de su limitación intelectual, y el enfoque se orientará hacia el desarrollo de habilidades y destrezas para su adaptación a los entornos en los que se desenvuelve su actividad (Escribá, 1999).

## **Definición de Psicomotricidad**

Son muchas las definiciones que nos encontramos a la hora de hablar de este término, y en general las mismas se complementan y completan.

Mencionando a continuación algunas de dichas definiciones:

La psicomotricidad pretende desarrollar las capacidades del individuo (la inteligencia, la comunicación, la afectividad, los aprendizajes...) a través del movimiento, tanto en sujetos normales como en personas que sufren perturbaciones motrices. En este sentido, la psicomotricidad es un planteamiento 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. (Berruezo, 1995).

La psicomotricidad es una disciplina educativa/reeducativa/terapéutica, concebida como diálogo, que considera al ser humano como una unidad psicosomática y que actúa sobre su totalidad por medio del cuerpo y del movimiento, en el ámbito de una relación cálida y descentrada, mediante métodos activos de mediación principalmente corporal, con el fin de contribuir a su desarrollo integral (Muniáin, 1997).

### **Desde un enfoque pedagógico se distingue en la psicomotricidad:**

La Educación Psicomotriz es aquella educación corporal dirigida a niños de educación infantil y primaria. Está inmersa en el sistema educativo y es básico para la adquisición y desarrollo de un adecuado concepto del Yo corporal, sus posibilidades y limitaciones, lateralización, orientación espacio-temporal adecuada, madurez socioemocional, etc.(García Vilachao, 2006)

Para Ramos (1979) una Educación Psicomotriz es la que dirige a los niños en edad preescolar y escolar, con la finalidad de prevenir los problemas en el desarrollo, los problemas de aprendizajes y/o favorecer el aprovechamiento escolar.

Lapierre y B. Aucoutuier (1977) proponen una educación organizada a partir de la acción sensomotora vivida. Para ellos, al niño se le debe poner en situaciones creativas en las que el papel del maestro consiste en sugerir nuevas búsquedas y en orientar hacia un análisis perceptivo, facilitando de este modo la expresión de los descubrimientos. Para este fin utilizan el gesto, el sonido, la plástica, el lenguaje oral, la matemática, estableciendo así una relación tónico-afectiva con los objetos y con todos los elementos presentes en el mundo infantil.

Desde este punto de vista puede considerarse esencial este tipo de educación para la formación global de niño pequeño, por basarse en la vivencia y hacerla evolucionar hasta la expresión gráfica. En síntesis, puede afirmarse que esta perspectiva educativa:

- Contempla la evolución desde la acción global inicial hasta la representación gráfica;
- Considera el movimiento en sus diferentes aspectos: neurofisiológico, psicogenético, semántico y epistemológico, haciendo mucho hincapié en el rol del educador y en la necesidad de su implicación corporal.

La educación psicomotriz por tanto, pretende que el niño viva con su personalidad global y deja de ser una técnica especializada para convertirse en una experiencia vivida por el niño y el adulto.

La educación psicomotriz en síntesis, se conforma de todas las técnicas educativas, reeducativas y terapéuticas que tienden a favorecer en el individuo el dominio y conocimiento de su cuerpo y su relación con el mundo que lo rodea, basada en la acción global del cuerpo.

## **CONTENIDO DE LA PSICOMOTRICIDAD**

Para alcanzar sus objetivos, la psicomotricidad se ha centrado tradicionalmente sobre unos contenidos concretos (Picq y Vayer 1977) que deben formar parte del conocimiento de cualquier persona que quiera acercarse a este terreno, e igualmente han de ser tomados en cuenta ante cualquier planteamiento de intervención tanto educativo como terapéutico.

### **Postura y Equilibrio.**

Las bases de la actividad motriz son la postura y el equilibrio, sin las cuales no serían posibles la mayor parte de los movimientos que realizamos a lo largo de nuestra vida diaria. Quirós y Schragar (1980) definen convenientemente los términos referidos al tema.

Para ellos postura es la actividad refleja del cuerpo con relación al espacio. Posición es la postura característica de una especie. La actitud guarda relación con los reflejos (de cierta intencionalidad) que producen la vuelta a una posición específica de la especie. Equilibrio es la interacción entre varias fuerzas, especialmente la de gravedad, y la fuerza motriz de los músculos esqueléticos.

Un organismo alcanza el equilibrio cuando puede mantener y controlar posturas, posiciones y actitudes. La postura se basa en el tono muscular y el equilibrio se basa en la propioceptividad (sensibilidad profunda), la función vestibular y la visión, siendo el cerebelo el principal coordinador de esta información. La postura se relaciona principalmente con el cuerpo, mientras que el equilibrio se relaciona principalmente con el espacio. El equilibrio útil es la posición que permite los procesos de aprendizaje natural: aquellas habilidades necesarias para la supervivencia de la especie y la incorporación de gran cantidad de información externa. Por tanto postura y equilibrio son, a la vez que la base de las actividades motrices, la plataforma donde se apoyan los procesos de aprendizaje.

Vázquez Castilla (2010) Menciona que los niños con SD nacen con hipotonía, la cual hace difícil para el niño a mantener el equilibrio en ciertas actividades.

Otro problema que se encuentra en estos niños, es que tienen reducción de su fuerza. Los niños con SD nacen con una fuerza muscular mucho más débil que la de un niño sano. Por lo tanto, los niños tienen que fortalecer la fuerza de sus músculos mediante ejercicios que impliquen fuerza muscular para que los músculos se fortalezcan y no se conviertan en problemas más adelante. (Vázquez Castilla, 2010.)

Las actividades que se recomiendan para desarrollar su equilibrio que ayuda al igual que lo muscular a lo que se hablaba anteriormente de la laxitud ligamentosa para que ayude a sus articulaciones, Para mejorar esto es bueno que el Educador Físico se enfoque en actividades en donde el niño tenga que usar su equilibrio, caminar sobre una cuerda en el piso y no salirse de la línea, ejercicios que necesiten de concentración y equilibrio

### **Esquema Corporal.**

Para De Lièvre y Staes (1992,) el esquema corporal es el conocimiento y conciencia que uno tiene de sí mismo en tanto que ser corporal, es decir:

- Nuestros límites en el espacio;
- Nuestras posibilidades motrices (rapidez, agilidad...);
- Nuestras posibilidades de expresión a través del cuerpo (actitudes, mímica);
- Las percepciones de las diferentes partes de nuestro cuerpo;
- El conocimiento verbal de los diferentes elementos corporales;
- Las posibilidades de representación que tenemos de nuestro cuerpo (desde el punto de vista mental o desde el punto de vista gráfico...)

S. Ballesteros(Diccionario Enciclopédico de Educación Especial, 1995, Vol. 4, p.1685)define al esquema corporal como "la entidad dinámica que va formándose lentamente en el niño desde el nacimiento hasta aproximadamente los 12 años, en función de la maduración del sistema nervioso y de su propia acción, en función del medio que le rodea y de las demás personas con las cuales el niño se va a relacionar, así como de la tonalidad afectiva de esta relación y, por último, en función de la representación que se hace el niño de sí mismo y de los objetos de su mundo en relación con él".

## **Coordinación Motriz.**

La coordinación motriz es la posibilidad que tenemos de ejecutar acciones que implican una gama diversa de movimientos en los que interviene la actividad de determinados segmentos, órganos o grupos musculares y la inhibición de otras partes del cuerpo.

Tradicionalmente se distinguen dos grandes apartados en la coordinación motriz:

## **Coordinación Dinámica General.**

En general, las habilidades de coordinación dinámica aparecen en el desarrollo infantil de forma casi espontánea y sin embargo es conveniente incidir sobre ellas puesto que mejoran con la ejercitación mediante tareas específicas a cualquier edad y resultan imprescindibles para gran parte de las actividades que realizamos en nuestra vida diaria.

Para Fernández y Navarro (1989) las actividades de coordinación, que constituyen las tareas motrices básicas, pueden ser claramente diferenciadas en locomotrices (desplazamientos, saltos, giros) y manipulativas (recepciones, lanzamientos) existiendo un lugar común, las locomotrices-manipulativas (transportes, conducciones). A nuestro entender se excluyen en esta clasificación las conductas motrices de coordinación global que no son locomotrices, que no implican desplazamiento, aunque esto sería discutible pues si bien el individuo no se desplaza de un lugar a otro, sí que varía su ocupación del espacio en el cual se mueve. Nos referimos a acciones como balancearse, inclinarse, estirarse, encogerse, doblarse, retorcerse, agacharse, levantarse, girar, equilibrarse, colgarse, suspenderse, traccionar, etc.

Al hablar de la motricidad gruesa para los niños con SD, sus extremidades son cortas, es decir, los brazos y las piernas de estos niños son cortos en relación a su tronco, esto es un problema porque hay ciertas actividades que los niños no pueden hacer por su arquitectura anatómica, Por ejemplo, al tener las extremidades cortas se les dificulta subir las gradas, o una escalera que necesita del uso de piernas, brazos y coordinación entre ellos (Vázquez Castilla, 2010).

Dicha autora comenta que la mejor etapa para trabajar y desarrollar correctamente la motricidad de un niño con SD es en su infancia, es decir cuando el niño ya tenga un poco de control sobre su cuerpo y extremidades.

Mediante ejercicios que mejoren el control de su cuerpo y sobre todo al desarrollo de sus músculos que son esenciales para que no tengan problema de pies, columna, entre otras cosas y puedan tener un futuro lo más normal y saludable posible.

La motivación es muy importante para los niños con SD, ya que son bastante más emocionales que el resto de niños, necesitan una mayor atención, paciencia y sobre todo motivación al rato de elaborar los ejercicios de motivación. Hay que apoyarlo y animarlo para que se sienta entusiasmado y pueda completar sus ejercicios que tienen que hacerse diariamente para que tengan efecto. Los ayuda mucho también tener un grupo de niños igual a ellos que se motiven y ayuden entre ellos, eso facilita las cosas. Otros ejercicios que ayudan son salto y propulsión, resistencia, desplazamiento, lanzamiento, recogidas y coordinación de movimientos que es esencial en un desarrollo motriz. (Vázquez Castilla, 2010).

### **Coordinación Motriz Fina.**

Es la encargada de realizar los movimientos precisos, está asociada con el trabajo instrumental de la mano y de los dedos, en donde interactúa con el espacio, el tiempo y la lateralidad (Conde y Viciano, 1997).

Vázquez Castilla (2010), Menciona que las personas con síndrome Down suelen tener dificultades específicas para muchas actividades de manipulación fina. Las causas de estos problemas son varias. Una de ellas es la anatomía de la mano porque ésta suele ser ancha, con dedos cortos, con una implantación baja del pulgar, con ausencia de la última falange del dedo meñique. La hipotonía muscular y la laxitud ligamentosa influyen en la pobre sujeción de los instrumentos y en la presión que es necesaria hacer en muchas tareas. Además, los problemas que tienen su origen en el sistema nervioso central explican las dificultades de interiorización y de producción simultánea de determinados movimientos. Esto puede comprobarse tanto en coordinación motora gruesa como andar en triciclo, y en actividades de coordinación motora fina como recortar, abrir una lata, escribir, coser.

## **Coordinación Visomotriz.**

Berruezo (2000) La coordinación visomotriz es la ejecución de movimientos ajustados por el control de la visión. La visión del objeto en reposo o en movimiento es lo que provoca la ejecución precisa de movimientos para cogerlo con la mano o golpearlo con el pie. Del mismo modo, es la visión del objetivo la que provoca los movimientos de impulso precisos ajustados al peso y dimensiones del objeto que queremos lanzar para que alcance el objetivo.

En la actualidad disponemos de abundante material que se use habitualmente en las escuelas infantiles, y que debemos tener a mano en su gran variedad. Cada material facilita una destreza determinada. Como el niño con SD tiene necesidades en diferentes aspectos, conviene disponer de todo lo necesario para no dejar de lado ni uno solo de los objetivos a conseguir. La plastilina, las construcciones tipo lego, los punzones, la pintura de dedos, todo tipo de pinceles y lápices de colores, las tizas, los rotuladores, las bolas, los cubos y tapones de enroscar, las tijeras, muñecos u objetos de armar y desarmar, permiten programar actividades variadísimas y divertidas que favorecen la destreza manual del niño así como una buena coordinación óculo-manual cada vez más precisa y eficaz. Para estas tareas manipulativas, tenemos que seleccionar cuidadosamente qué debe trabajar un niño en un momento dado y con qué material. (Vázquez Castilla, 2010)

## ANTECEDENTES

Guerra (2000), señala que el desarrollo motor de los niños con SD es bastante parecido a los niños sin Discapacidad Psíquica durante los primeros 6 meses de vida. Es a partir del año de vida en el que se aprecia un retraso de 4-5 meses respecto a un niño sin discapacidad (*Share y French, citado por Eichstaedt y Lavay, 1992*). El estar recibiendo un programa de estimulación precoz hace que esta estimulación consiga una repuesta mejor hacia el aprendizaje (*Flórez, 1995*). Este mismo autor refiere que se pueden llegar a conseguir ciertas habilidades al mismo nivel, aunque más tarde, que otra persona sin DP. Si se observa el desarrollo de una población sin DP, se aprecia que sujetan la cabeza alrededor de los 3 meses, y se sientan hacia los 6 meses, mientras que logran andar a los 12 meses. Ante los resultados obtenidos en nuestra muestra, es evidente que la gran mayoría presenta un retraso en el desarrollo. Este retraso podría deberse, además, a la hipotonía, característica de esta población.

Es muy importante tener en cuenta este desarrollo motor, pues otras habilidades cognitivas pueden depender directamente de las habilidades motoras, como por ejemplo, las de tipo manual que requiere el montaje de piezas, ya sean de madera, cartón, plástico u otras. Después del desarrollo motor, se progresa más en el área del lenguaje, lectura y escritura, y para eso es necesaria la escolarización. De ahí la importancia en conocer la edad en que empezaron a ir al colegio, que en el caso de nuestra población, todos, excepto uno, fueron escolarizados de forma temprana.

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

Esta es una de las conclusiones a la que llegó Guerra, (2000) que nos indica que el desarrollo evolutivo de los niños con SD sobre todo a nivel motor, es más lento que en la población general, pero si existe una estimulación adecuada, este desarrollo puede mejorar claramente.

Flórez (2008), en su investigación se seleccionaron 38 alumnos para trabajar en el programa de discapacidad se trabajaba una vez a la semana de manera individual el lapso de tiempo por sesión era de 20 a 25 minutos.

El niño con capacidades diferentes presenta necesidades educativas en las áreas de desarrollo como lo son cognitiva, social, psicomotora. El trabajo que se realizó en el Centro Educativo Alida España de Arana, en el área Psicomotora permitió verificar la importancia que tiene esta en el aprendizaje de los niños, no solamente en niños con un nivel bajo en el desarrollo sino también en niños con un nivel medio de desarrollo. Entre los beneficios de la psicomotricidad que se lograron comprobar fue: la capacidad de mantener más lapso de atención con el seguimiento de instrucciones, un mayor nivel de sociabilidad por parte del niño y el desarrollo del área espacio temporal de los niños atendidos.

Los datos partieron de la evaluación que se realizó (Evaluación de la Psicomotricidad en Preescolar (EPP)

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

Candelef *al.* (2008), realizaron su trabajo desarrollándolo en dos partes, en la primera plantearon el estado de la cuestión sobre el tema de la Intervención Temprana, en la segunda se presentó y desarrollo el programa de intervención temprana en 4 áreas: motora, cognitiva, socio-comunicativa y adquisición de hábitos de autonomía.

De donde concluyeron que la intervención temprana es eficaz o corto plazo pero no ocurre lo mismo a largo plazo, sobre todo en lo referente a beneficios académicos aunque sí parece que la IT influye positivamente en las expectativas y actitudes de los padres hacia el niño deficiente (Gibson y Harris, 1988).

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

## JUSTIFICACION

Las personas con discapacidad constituyen un papel numeroso de la población mundial. Según estimaciones de la ONU el 10% de la población mundial vive con alguna discapacidad, constituyendo así la minoría más grande del mundo (ONU, 2006), sin embargo durante muchos años las personas con discapacidad, tuvieron que enfrentarse a varias formas de limitación y marginación a la hora de ejercer uno de sus derechos fundamentales el acceso al sistema educativo.

Dentro de los registros de la INEGI (censo 2010) se tiene un estimado de los niños/as con D.I. ya que el Estado de Sonora cuenta con una población de 2,495,659 habitantes, el Municipio de Hermosillo 732,910 habitantes, de los cuales 3,526 personas están diagnosticados con discapacidad intelectual.

La OMS, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), La Organización de Rehabilitación Internacional (ORI) y La Organización Panamericana de la Salud [OPS] (citados en Cervantes, 2006, Tirado,(2006), con los del INEGI (2002), el Consejo Nacional de la Población (2005) (CONAPO), la Secretaria de Salud (2002)(SSA) y los marcados por los de la Oficina de Representación para la Promoción Integración Social para Personas con Discapacidad de la Presidencia de la República (OROISPCD) (citado en Tirado, 2006), indican en México una subestimación importante sobre la discapacidad, lo que condiciona los servicios y medidas preventivas. Las altas cifras, exigen la reeducación de la comunidad mediante el fortalecimiento de Instituciones a todos los niveles, Investigaciones, atenciones y orientaciones a los padres, con la finalidad de integrar socialmente a las personas con discapacidad (Villalobos, 2000, Wesner 2004).

La práctica de un programa de actividad motriz y sus efectos beneficiosos que se obtienen de esta, en muchos aspectos desde lo personal, social, hasta lo médico-preventivo está plenamente demostrada, sin embargo solamente se encuentra referenciada en la población general.

El desarrollo psicomotor que tiene lugar en la infancia es la base de lo que debería de ser un proceso abierto. Conocer lo que ocurre este primer periodo es esencial para comprender el concepto de desarrollo a lo largo de la vida.

Los cambios progresivos, como el aprendizaje de una habilidad motora nueva o la mejora de una adquirida se deberían considerar como integrantes del desarrollo psicomotor, sin tener en

cuenta si el cambio se ha producido en el primer periodo de la vida, en el intermedio o en el final, justificando de esta manera, la intervención de las personas con Síndrome de Down que, independiente de la edad que tengan, pueden verse beneficiadas en su desarrollo psicomotor al aprender y al adquirir unas conductas que no coincidan o no tenían.

Uno de los principales objetivos de la educación psicomotriz es el que los niños con Síndrome Down descubran y vivencien el placer de forma que el aprendizaje se convierte en un grato descubrimiento pero siempre en un clima basado en la relación que potencie el respeto a la individualidad, a la expresividad global, corporal y verbal del sujeto. Esta relación privilegiada que mantiene con el adulto y que se basa en la construcción de un mundo de significados comparativos, propicia que el niño se abra hacia los demás, respetando las diferencias individuales y citándose como miembro del grupo.

Por ello la importancia de implementar un programa de estimulación psicomotriz que le permita tener un mejor desenvolvimiento motor para una mayor independencia.

En base a nuestras propias observaciones se considera importante insistir en que todo cuanto se haga desde edades tempranas por ayudarles a mejorar su capacidad de atención, observación y percepción debe ocupar un lugar de privilegio. En tal sentido se realiza nuestra propuesta con el fin de potenciar y fortalecer un entorno socio familiar desarrollador, a punto de partida de la capacitación y orientación a padres y familias en general de los niños con Síndrome de Down.

## **SUJETOS O MUESTRAS**

Se reclutaron 3 alumnos con Síndrome Down del Centro de Atención Múltiple No. 15 de la Ciudad de Hermosillo Sonora., Constituyendo una muestra por conveniencia.

### **Criterios de inclusión:**

- a) Niños/as con Síndrome Down
- b) Edades entre 7 y 8 años
- c) Niños/as que estén inscritos en el CAM 15 de Hermosillo, Sonora.
- d) Niños/as cuyos padres hayan firmado el consentimiento de participación voluntaria.

### **Criterios de exclusión:**

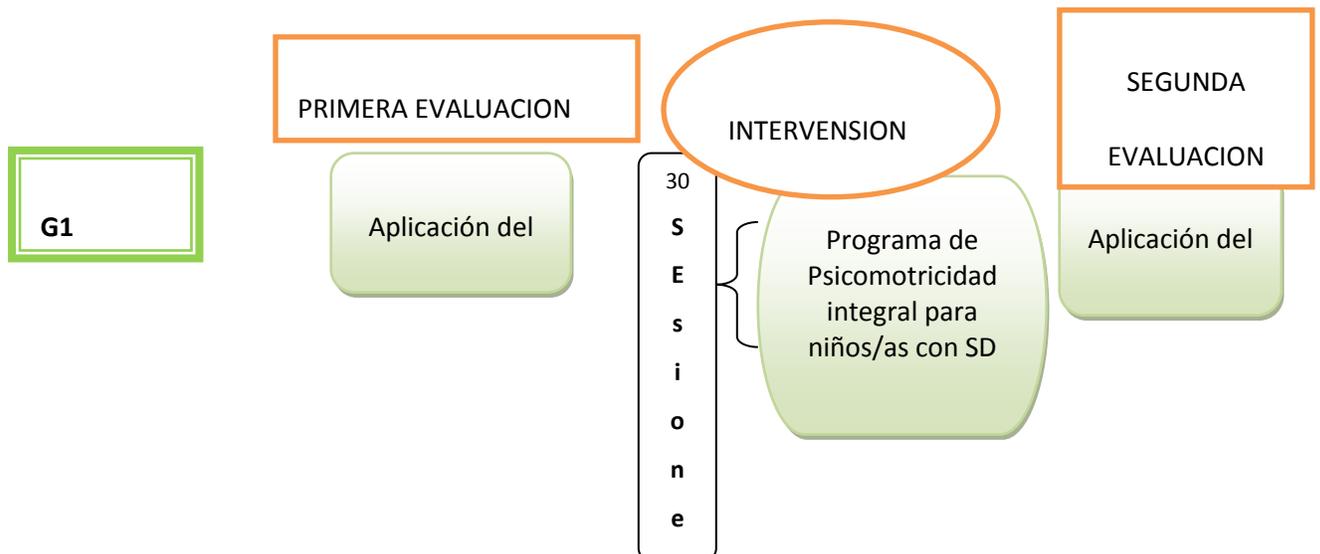
- a) Niños/as que no asisten con regularidad al CAM 15 de Hermosillo, Sonora
- b) Niños/as que no asistieron a las evaluaciones.

## DISEÑOS DE INVESTIGACION Y VARIABLES DE ESTUDIO

Es un estudio de caso de tipo pre-experimental y cuantitativo. Con un grupo experimental (G1), se administró un programa de psicomotricidad para mejorar el área motora de 30 sesiones de 45 minutos, 3 veces por semana, durante 3 meses, durante, las clases regulares.

Los niños/as del grupo GE1 fueron evaluados en el área motora antes y después de la administración del programa de intervención por medio del test Evaluación psicomotora de preescolar.

A continuación se presenta el diagrama del diseño de la investigación:



### **Variables Independientes**

Programa de psicomotricidad integral para niños/as con Síndrome Down.

### **Variables Dependientes**

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

- Locomoción
- Coordinación de brazos
- Coordinación de manos
- Coordinación de piernas
- Posiciones
- Equilibrio
- Esquema corporal en sí mismo
- Esquema corporal en otro.

## HERRAMIENTAS / INSTRUMENTOS

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

Criterios de elaboración: para construir la escala que ahora se presenta, se han consultado diversas escalas de desarrollo, fijando a través de las mismas las actividades y los niveles que, según la mayoría de los autores los niños de cuatro y cinco años. Las actividades propuestas en cada uno de estos apartados son las que normalmente realizan los niños de cuatro y cinco años porque el objetivo del examen es precisamente detectar los retrasos o dificultades que presentan los niños de esas edades para enfocar la educación psicomotriz de modo que represente una ayuda efectiva para la recuperación de los mismos.

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

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

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

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

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

## PROCEDIMIENTOS

Se rediseñó un programa de sesiones de psicomotricidad para aplicarse en un Centro de Atención Múltiple en la ciudad de Hermosillo, Sonora. Primeramente se hizo una solicitud a la Secretaría de Educación y Cultura del estado de Sonora para que se nos permitiera hacer dichas prácticas en el CAM N° 15, se obtuvo una entrevista con la directora del plantel para exponerle nuestros argumentos sobre el trabajo que vendríamos haciendo, la actividad fue realizada por alumnos de la Lic. En Cultura Física y Deporte de la Universidad de Sonora.

Ya expuestos los motivos a la dirección del plantel se tuvo una entrevista con los padres de familia de los niños del CAM N° 15 para plantearles nuestro procedimiento y realizar recomendaciones sobre la vestimenta, calzado e higiene de los niños, así como medicación y horarios más adecuados para que pudieran tener un mejor aprovechamiento en las sesiones psicomotoras.

La siguiente acción fue la realización de una evaluación psicomotora, para esto se escogió a niños con ciertas características, las cuales fueron, edad entre 7 y 8 años, Síndrome Down.

El programa de psicomotricidad constó de 30 sesiones de 45 minutos cada una y con una regularidad de 3 veces por semana. Con esto se logró una interacción más estrecha con los niños, educandos y padres de familia.

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

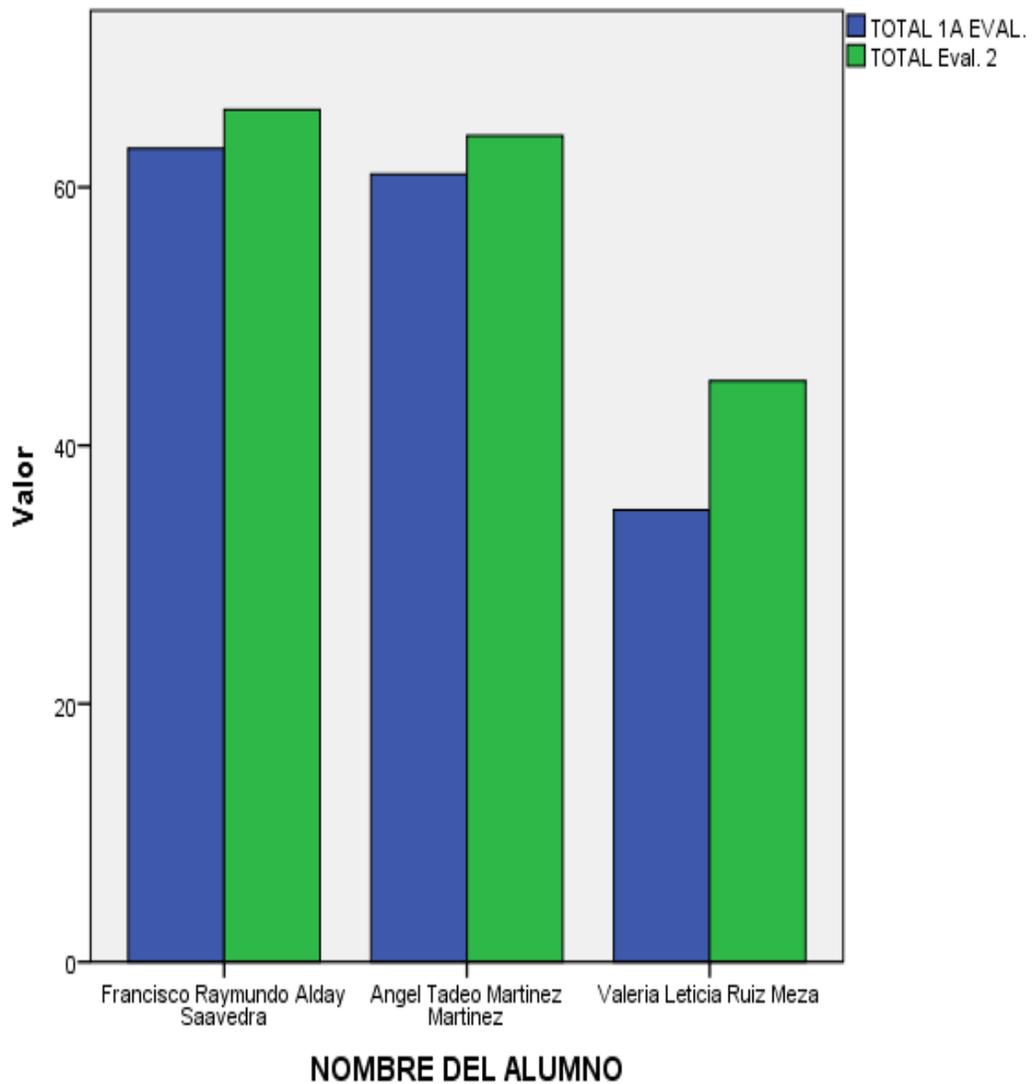
Con los resultados obtenidos se realizó una evaluación de resultados los cuales fueron analizados estadísticamente con el sistema de estadística SPSS 20.0.

## **ANALISIS ESTADISTICO**

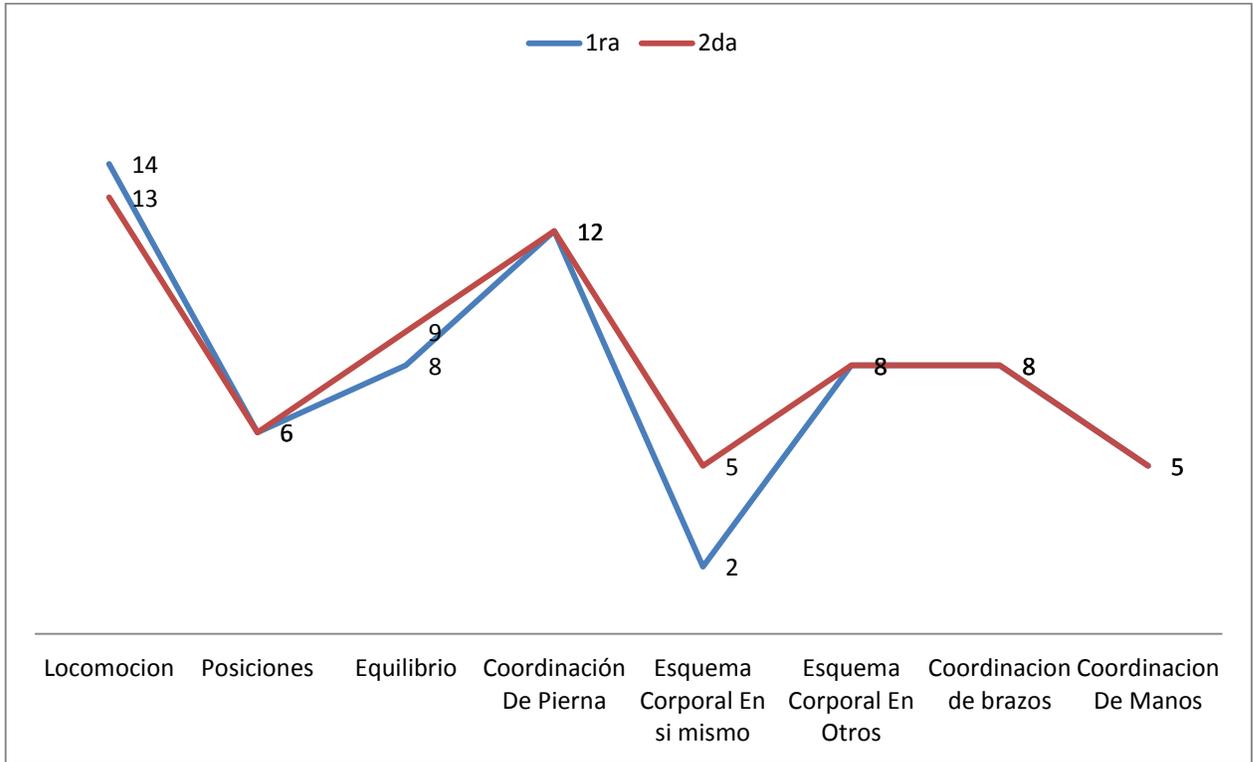
Se realizó estadística descriptiva calculando medias y desviación estándar en cada una de las variables de estudio, para revisar la comparación pre y post test, se aplicó una prueba t para muestras variadas aun nivel de significancia de 0.05, los análisis se realizaron con el programa SPSS 20.0.

## RESULTADOS

**GRAFICA 1:-** Resultado generales de la primera y segunda evaluación de los niños con Síndrome Down (SD) en el área motriz evaluada con el Test Evaluación Psicomotora de Preescolar (EPP)

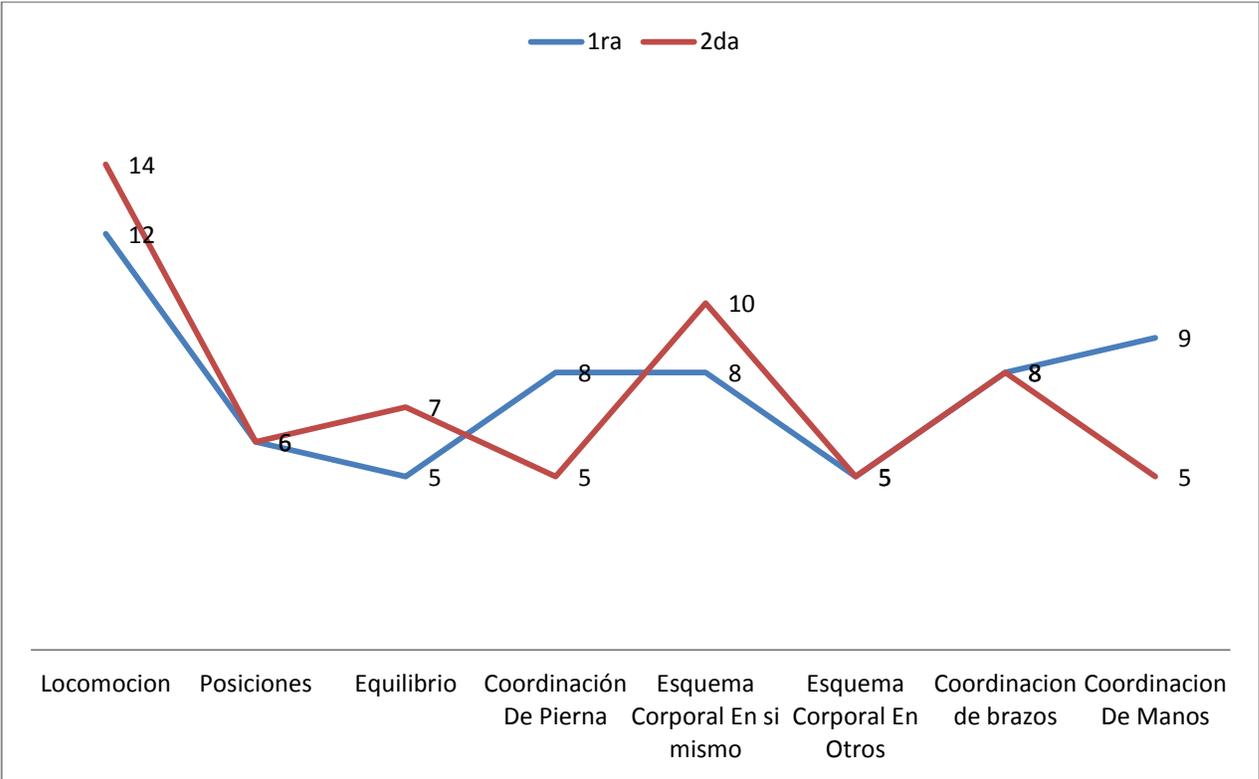


**GRAFICA 2:-** Resultados Generales FRANCISCO RAYMUNDO con SD en el área motora de la primer y segunda evaluación



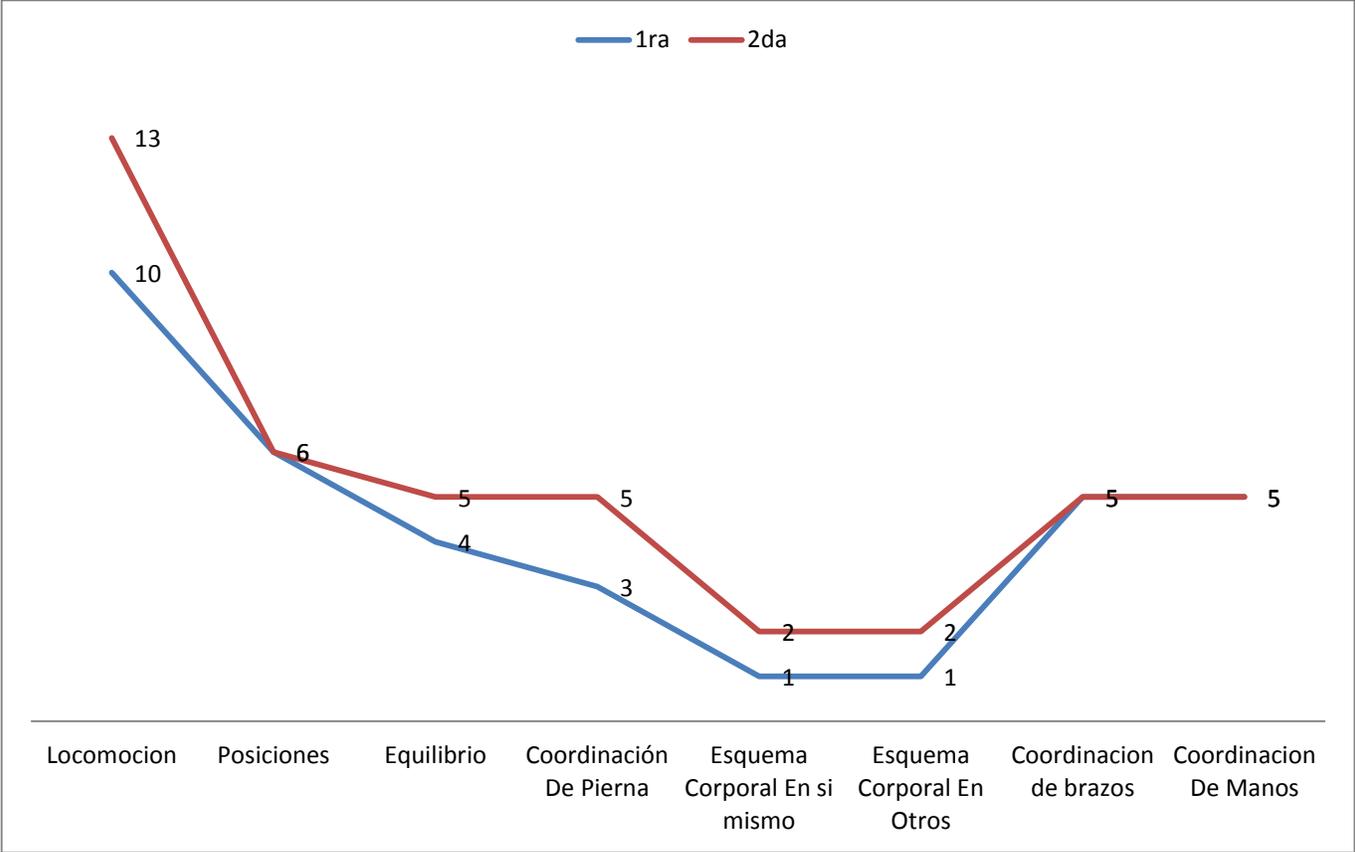
De las 30 sesiones Francisco Raymundo participo en 26 y los resultados fueron los siguientes: en el área donde se observó mayor cambio fue en esquema corporal en sí mismo el puntaje inicial fue de 2 y el puntaje final fue de 5, lo cual denota un incremento. En las demás áreas no se observó algún cambio significativo

**GRAFICA 3:-** Resultados Generales ANGEL TADEO con SD en el área motora de la primer y segunda evaluación



De las 30 sesiones Ángel Tadeo participo en 23 y los resultados fueron los siguientes: en las áreas donde se observó mayor cambio fue en locomoción, equilibrio y esquema corporal en sí mismo, lo cual denota un incremento.

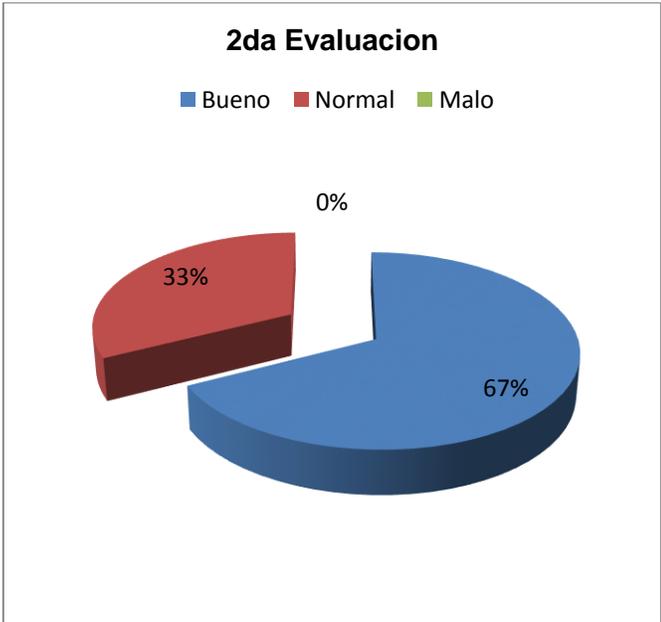
**GRAFICA 4:-** Resultados Generales VALERIA LETICIA con SD en el área motora de la primer y segunda evaluación



De las 30 sesiones Valeria Leticia participo en 26 y los resultados fueron los siguientes: en el área donde se observó mayor cambio fue en Locomoción y Coordinación de Piernas con una diferencia de 3 puntos entre la primera y segunda evaluación, lo cual denota un incremento.

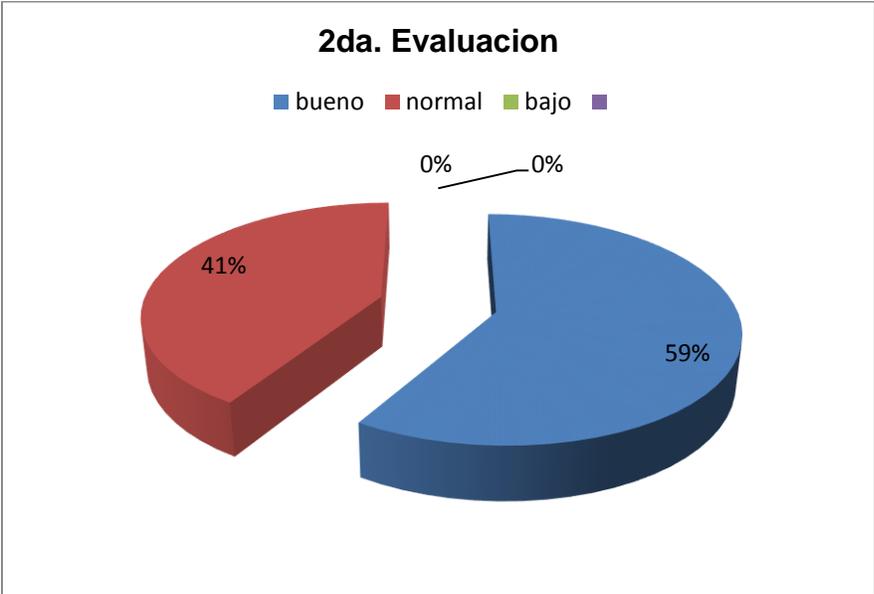
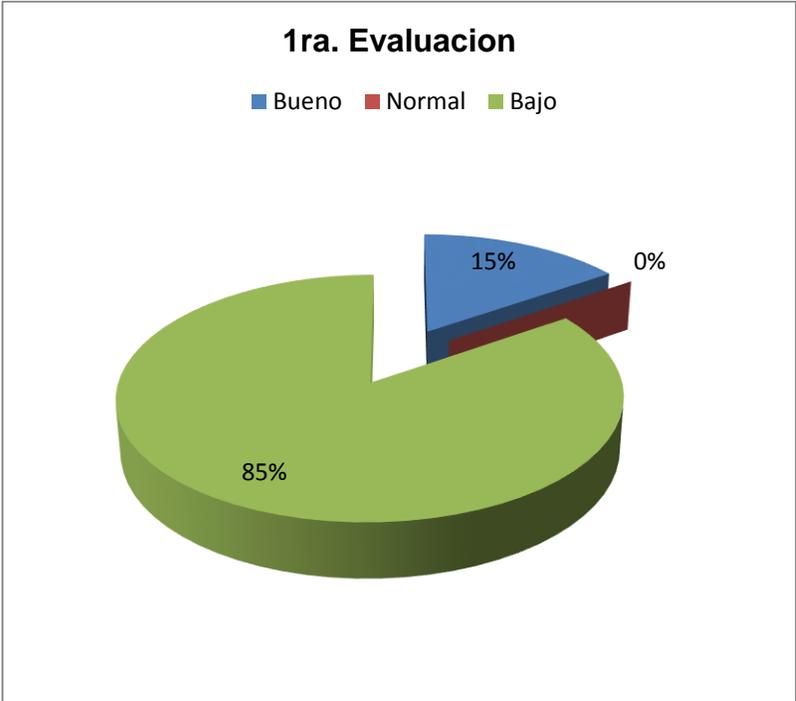
**GRAFICA 5:-** Resultado de LOCOMOCION 1ra. Y 2da.evaluación en el área motriz con el test

EPP



**GRAFICA 6:-** Resultado de ESQUEMA CORPORAL 1ra. Y 2da. evaluación en el área motriz

con el test EPP



**GRAFICA 7:-** Resultado de EQUILIBRIO 1ra. Y 2da. evaluación en el área motriz con el test

EPP



## CONCLUSIONES

Las personas con discapacidad constituyen un papel numeroso de la población mundial. Según estimaciones de la ONU el 10% de la población mundial vive con alguna discapacidad, constituyendo así la minoría más grande del mundo (ONU, 2006), sin embargo durante muchos años las personas con discapacidad, tuvieron que enfrentarse a varias formas de limitación y marginación a la hora de ejercer uno de sus derechos fundamentales el acceso al sistema educativo.

El estudio realizado nos permitió establecer que con la estimulación de la psicomotricidad se puede obtener un efecto importante en los niños con Síndrome Down, ya que el desarrollo psicomotor en estos niños es sensiblemente tardío, pero responden bastante bien a la intervención, así como podemos observar en la gráfica 1 después de un trabajo de 30 sesiones, que nos arroja un comparativo entre la 1ra y 2da. Evaluación.

El desarrollo inicial se caracteriza por una hipotonía importante y generalizada, debida a la alteración cerebral y constituye un problema, a veces grave, no sólo para la precisión de los movimientos sino para el control postural, el equilibrio estático, la coordinación e incluso para la respiración. El tono muscular mejora con la intervención temprana y sistemática y es preciso desarrollarlo por ser un importante predictor de otras variables como el desarrollo del lenguaje, motor, de atención al estímulo. (Arregui, Gasteiz, 1997)

Se puede observar que en las áreas de esquema corporal en otros, posiciones, coordinación de brazos, coordinación de manos no se presentó algún cambio significativo. Arregui Gasteiz (1997), comenta que La hipotonía muscular en los niños con SD lleva a una menor capacidad para reconocimientos cenestésicos, táctiles, visuales, etc.

El desarrollo motor suele ser lento, presentan una marcha descoordinada con una torpeza motriz generalizada y una habilidad manual muy limitada en los primeros años. Y se ha comprobado mejoras, y/o avances importantes, como respuesta a una estimulación precoz sistemática.

Después de la estimulación psicomotriz que han recibido se observa en el grupo, que la motricidad de los niños/as va evolucionando poco a poco, se desplazan caminando, corriendo,

saltando en diferentes direcciones y demuestran más desarrollo de la orientación espacial al lanzar objetos en diferentes formas y a diversos puntos de referencias.

Van logrando un poco más de riqueza y soltura en sus movimientos y un poco más de independencia en su actividad motora y en la utilización de materiales, descubriendo por sí mismos/as en su manipulación, creando algunas formas para manejarlos y hasta combinarlos; al ritmo de la música.

Tomando como base los resultados obtenidos en las gráficas antes mencionadas se pudo observar que los niños presentaron más dificultades en la elaboración del esquema corporal en sí mismo, y en otros probablemente esto se deba un poco a la falta de maduración en su sistema nervioso como lo comenta Vayer (1985)

El esquema corporal se elabora al compás del desarrollo y la maduración nerviosa (mielinización progresiva de las fibras nerviosas), de la evolución sensoriomotriz y en relación con el mundo de los demás.

Pero no todo es cuestión de maduración (un proceso preestablecido que se va realizando sin necesidad de otras influencias), puesto que ésta, que es la que realmente permite el paso progresivo de la actividad indiferenciada a la actividad consciente y diferenciada, está asociada e interactúa con la experiencia vivida por el niño en los diferentes momentos que componen su desarrollo.

Tomando en cuenta lo antes mencionado pudiera considerarse que a través de la experiencia del propio movimiento y con una adecuada y oportuna estimulación temprana los niños/as con SD podrán ir conociendo su propio cuerpo, sus sensaciones y emociones. Aprenderán a comunicarse y expresarse a través de este produciendo así un efecto importante para su propio placer y, al mismo tiempo, construir apartar de estas nuevas experiencias la elaboración de la personalidad, la imagen de sí mismo, del esquema corporal.

Se puede deducir que en base a lo observado en las gráficas 7 el cien por ciento de los niños cambio de un estatus bajo a un estatus normal en Equilibrio, en la gráfica 5 en el área de locomoción el treinta y tres por ciento de los niños cambio de un estatus bajo a un estatus

normal mientras que el sesenta y siete por ciento cambio de un estatus bajo a un estatus bueno, y en la gráfica 6 en el área de esquema corporal en la primera evaluación el quince por ciento se encontraba en un nivel bueno y el ochenta y cinco restante en un nivel bajo, al aplicar la segunda evaluación se observa que el cuarenta y uno por ciento se encuentra en un nivel normal mientras que el cincuenta y nueve por ciento restante se encuentra en un estatus bueno, por lo tanto si se implementaran mayor número de sesiones de motricidad a los niños con SD podrían servir de gran avance para que el aprendizaje sea eficaz, ya que como todos sabemos estos niños tienen un considerable retraso en las conductas que integran el desarrollo psicomotor, como son las conductas motrices, perceptivo-motrices y neuromotrices, con relación al patrón de desarrollo evolutivo correspondiente a su edad cronológica.

## RECOMENDACIONES

Dentro de los registros de la INEGI (censo 2010) se tiene un estimado de los niños/as con D.I. ya que el Estado de Sonora cuenta con una población de 2,495,659 habitantes, el Municipio de Hermosillo 732,910 habitantes, de los cuales 3,526 personas están diagnosticados con discapacidad intelectual

La OMS, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), La Organización de Rehabilitación Internacional (ORI) y La Organización Panamericana de la Salud [OPS] (citados en Cervantes, 2006, Tirado,(2006), con los del INEGI (2002), el Consejo Nacional de la Población (2005) (CONAPO), la Secretaria de Salud (2002)(SSA) y los marcados por los de la Oficina de Representación para la Promoción Integración Social para Personas con Discapacidad de la Presidencia de la República (OROISPCD) (citado en Tirado, 2006), indican en México una subestimación importante sobre la discapacidad, lo que condiciona los servicios y medidas preventivas. Las altas cifras, exigen la reeducación de la comunidad mediante el fortalecimiento de Instituciones a todos los niveles, Investigaciones, atenciones y orientaciones a los padres, con la finalidad de integrar socialmente a las personas con discapacidad (Villalobos, 2000, Wesner 2004).

La práctica de un programa de actividad motriz y sus efectos beneficiosos que se obtienen de esta, en muchos aspectos desde lo personal, social, hasta lo médico-preventivo está plenamente demostrada, sin embargo solamente se encuentra referenciada en la población general.

Los niños que presentan SD se encuentran excluidos de estas valoraciones, tanto en lo que respecta a sus efectos beneficiosos como a los preventivos, siendo este un problema social.

La personas con síndrome Down (SD) presentan ciertos riesgos y problemas de salud asociados a este síndrome, que hacen precisas ciertas actuaciones que han de añadirse a las recomendaciones del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud buscando el pleno desarrollo y aprovechamiento de las capacidades de cada persona con SD.

Por ello la importancia de implementar un programa de estimulación psicomotriz que le permita tener un mejor desenvolvimiento motor para una mayor independencia.

## BIBLIOGRAFIAS

- Candel, G, Carranza C. I.,GalianaR.J.,Motos L.R., Sánchez C.J., TurpínF. M., (2008), ASOCIACION PARA EL TRATAMIENTO DE NIÑOS Y JOVENES CON SINDROME DOWN, (Murcia, España, "Programa de atención temprana: Intervención en niños con Síndrome Down y otros problemas de desarrollo".)
- CURSO DE PROMOCIÓN EDUCATIVA:"PSICOMOTRICIDAD PRÁCTICA "Murcia, Noviembre2005 "ESQUEMACORPORAL Y LATERALIDAD"(2011)Pérez,J:A:.<http://www.um.es/cursos/promoedu/psicomotricidad/2005/material/esquema-corporal.pdf> .
- Durivage J. (1999) EDUCACIÓN Y PSICOMOTRICIDAD MANUAL PARA EL NIVEL PREESCOLAR 2da. Edición, México Trillas Centro de Integración Social,
- EL CONTENIDO DE LA PSICOMOTRICIDAD. (2000) Berruezo, P:P: En Bottini, P. (ed.) Psicomotricidad: prácticas y conceptos. pp. 43-99. Madrid: Miño y Dávila. (ISBN: 84-95294-19-2)
- EL DESARROLLO DE LAS PERSONAS CON SÍNDROME DE DOWN: UN ANÁLISIS LONGITUDINAL (2006)
- Escribá, A .(2002) SINDROME DE DOWN PROPUESTAS DE INTERVENCION, editorial, Gymnos
- Escribá,A. (1999) PSICOMOTRICIDAD FUNDAMENTOS TEORICOS APLICABLES EN LA PRÁCTICA, Gymnos.
- García, V.M. (2006) BENEFICIOS DE LA PRACTICA PSICOMOTRIZ EN LA ESCUELA Revista Digital IE NÚMERO 25 – VOL. IIIISSN 1696-7208DEPOSITO LEGAL: SE – 3792 - 06
- GUERRA, B.M.(2000) SÍNDROME DE DOWN Y RESPUESTA AL ESFUERZO FÍSICO, (Tesis Doctoral, Barcelona)*

Hernández, N.B. (2011) EL DESARROLLO MOTOR Y PERCEPTIVO DEL NIÑO DISCAPACITADO REVISTA I+ECSI.CSIF Sector de Enseñanza de Sevilla - C/ San Juan Bosco 51 B 41008 Sevilla. Tlf. 954069012.

<http://biblioteca.idict.villaclara.cu/UserFiles/File/Psicomotricidad/11.pdf> .

<http://biblioteca.idict.villaclara.cu/UserFiles/File/Psicomotricidad/12.pdf>

<http://motricidadgrupoparvularia.blogspot.com/2010/05/motricidad-gruesaq-en-personas-con.html>

Justo, M.E. LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR: REFLEXIONES DESDE LA PSICOLOGÍA EVOLUTIVA, CSI.CSIF Sector de Enseñanza de Sevilla - C/ San Juan Bosco 51 B 41008 Sevilla. Tlf. 954069012

Kurtz, L. (2010) COMO DESARROLLAR LA PSICOMOTRICIDAD DE LOS NIÑOS, editorial Paidós.

LA PSICOMOTRICIDAD Y EDUCACIÓN PSICOMOTRIZ EN LA EDUCACIÓN PREESCOLAR (2011) Mtra. Caridad Consejo Trejo

Le Boulch (1995) EL DESARROLLO PSICOMOTOR DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS 6 AÑOS., Ediciones PaidósIberica, S:A.

Mejía. F.N. (2008) ELABORACION DE EJERCICIOS PSICOMOTRICES CON NIÑOS Y NIÑAS DE 5 A 12 AÑOS QUE PRESENTAN DISCAPACIDAD (investigación en el Centro de educación Especial Alida España de Arana, Guatemala)

Morales, M.G (2006) .EL SINDROME DE DOWN Y SU MUNDO EMOCIONAL; México, trillas.

SINDROME DE DOWN: NECESIDADES EDUCATIVAS Y DESARROLLO DEL LENGUAJE  
Área de Necesidades Educativas Especiales (1997) Arregui,

M:A <http://www.hezkuntza.ejgv.euskadi.net/r43->

## **ANEXOS**

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

ADAPTADO POR: DAVID ARNOLDO GARCÍA FERNÁNDEZ, JAVIER BERNABÉ GONZÁLEZ BUSTOS, ALEJANDRO CHÁVEZ GUERRERO, EN COLABORACIÓN CON EL CUERPO ACADEMICO 101

NOMBRE DEL ALUMNO	AÑOS	diagnostico	LOCOMOCION	CLASIFICACION	POSICIONES	CLASIFICACION	EQUILIBRIO	CLASIFICACION	COORDINACION DE PIERNAS	CLASIFICACION	AL EN SI MISMO	CLASIFICACION	ESQUEMA CORPORAL	AL EN OTROS	CLASIFICACION	COORDINACION DE BRAZOS	CLASIFICACION	COORDINACION DE MANOS	CLASIFICACION	TOTAL
Francisco Raymundo Alday Saavedra	8 años	SD	14	BUENO	6	BUENO	8	NORMAL	12	BUENO	2	BAJO	8	BUENO	8	NORMAL	5	NORMAL	63	
Angel Tadeo Martinez Martinez	7 años	SD	12	NORMAL	6	BUENO	5	BAJO	8	NORMAL	8	NORMAL	5	BUENO	8	NORMAL	9	NORMAL	61	
Valeria Leticia Ruiz Meza	7 años 8 meses	SD	10	NORMAL	6	BUENO	4	BAJO	3	BAJO	1	BAJO	1	NORMAL	5	NORMAL	5	NORMAL	35	

Nombre del profesor:		Centro escolar:		
Tiempo de clase:		Sesión: 1	Fecha:	
<b>Propósito de sesión:</b> Que el alumno conozca su cuerpo, a través de actividades que desarrollen su potencial expresivo y comunicativo.				
<b>Grados</b>	Primero de preescolar ( )	<b>Forma Metodológica</b> Global (x) Exploración y solución de problemas (x) Asignación de tareas ( ) Aprendizaje a través de la experiencia ( )		
	Segundo de preescolar ( )			
Tercero de preescolar (x)				
<b>Aspectos Generales y Específicos</b>	Motricidad	( ) Movimientos Locomotores ( ) Coordinación Dinámica ( ) Disociación ( ) Coordinación Viso motriz ( ) Motricidad Fina	<b>Materiales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saltarín Numérico</li> <li>• Mi amigo Neto</li> <li>• Jijijaja</li> <li>• Gises de Colores</li> <li>• Claves</li> <li>• Renglón de plástico</li> </ul>	<b>Aprendizajes esperados</b> Construir sistemas de referencia en relación a la ubicación espacial.  Utilizar los números en situaciones variadas que implican poner en juego los principios del conteo.
	Percepción	(x) Auditiva (x) Táctil ( ) Visual		
	Esquema Corporal	( ) Nociones corporal ( ) Imitación ( ) Exploración ( ) Utilización ( ) Creación		
	Lateralidad	( ) Diferenciación de la Lateralidad. ( ) Orientación de su cuerpo ( ) Orientación corporal Proyectada.		
	Ubicación Espacial	( ) Adaptación espacial ( ) Nociones espaciales ( ) Orientación específica ( ) Espacio gráfico ( ) Estructura espacial	<b>Valores</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autocontrol</li> <li>• Perseverancia</li> <li>• Honestidad</li> <li>• Disciplina</li> </ul>	
	Equilibrio	(x) Estático ( ) Dinámico		
	Ubicación Temporal	( ) Orientación temporal ( ) Estructuración temporal ( ) Nociones temporales		
	Ritmo	(x) Regularización del ritmo ( ) Adaptación a un ritmo ( ) Repetición de un ritmo		

INICIO DE CLASE:

Material: Mi amigo Neto

Música: Chuchuhuahua

- Movilizar el cuerpo del muñeco dependiendo lo que dice la letra de la canción: manos al frente, pulgares arriba, codos atrás, cabeza de olmeca, estatura de enano, pies de pingüino, cola de pato.



PARTE MEDULAR:

- Saltar cerca de la figura que se le indique.
- Saltar a una señal al número indicado e identificarlo.
- Saltar en el color señalado.
- Ir al color, número o figura indicada.
- Marcar el contorno de la figura o el número indicado con el dedo, con los pies, con las manos.
- Saltar adelante, atrás, dentro, fuera, alrededor.
- Reproducir la figura en el piso con gis, utilizándola como plantilla.
- Colocar los dedos en cada punto con pies o manos, según se indique.

CIERRE:

- Indicar al niño como acomodar los círculos en el reglón de plástico y marcar el ritmo con las claves de acuerdo a como distribuyeron las caritas.



OBSERVACIONES:

# **EPP**

## **Escala de Evaluación de la Psicomotricidad en Preescolar**

M<sup>a</sup> Victoria de la Cruz

M<sup>a</sup> Carmen Mazaira

### **MANUAL**

(4<sup>a</sup> edición)



**PUBLICACIONES DE PSICOLOGÍA APLICADA**

Serie menor núm. 186

**TEA Ediciones, S.A.**

**MADRID 2003**

Tabla 1. Porcentajes de realización

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

## 5. NORMAS INTERPRETATIVAS

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

Tabla 2. Conversión de puntuaciones en niveles

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

## 6. PERFIL PSICOMOTOR

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

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



# UNIVERSIDAD DE SONORA

División de Ciencias Biológicas y de la Salud  
Coordinación de la Licenciatura en Cultura Física y Deporte

Hermosillo; Sonora a 22 de Abril de 2013

Mtra. Rosas Elvira Estrada Ortega  
Supervisora de la Zona Escolar 01  
Presente.

Atención: Mtra. Ma. Isabel Salido Haro  
Directora del CAM 15

Por medio del presente aprovecho para saludarla y solicitar su apoyo para nuestros alumnos Elsa Jeovana Iñiguez Zazueta y Omar Daniel Álvarez López del octavo semestre de la Licenciatura de Cultura Física y Deportes de la Universidad de Sonora, que consiste en llevar a la práctica el proyecto de investigación sustentado en un programa de Psicomotricidad con el título de "La importancia de un programa de actividad Física en niños y niñas con síndrome Down de 8 a 10 años de edad", con un horario de lunes a viernes de 8:30 a 9:30 a.m.

Sin más por el momento quedo de Usted.

Mtra. Nidia C. Barahona Herrejón  
Asesora de Tesis

ATENTAMENTE



"El saber de mis hijos  
hará mi grandeza"

LICENCIATURA EN  
CULTURA FÍSICA  
Y DEPORTE

Mtra. Gricelda Henry Mejía  
Coor. de la Lic en Cultura Física y Deporte

C.c.p. Mtra. Ma. Yolanda Ramírez Chávez.- Directora de Educación Especial Federal

Campus Universitario. Colonia Centro. Hermosillo, Sonora. C.P.83000  
Tel. (662) 289 37 93, Exts. 4640, 4641

14.08.2013 12:48

**DATOS ANAMNÉSICOS**

**DATOS PERSONALES**

NOMBRE DEL NIÑO(A) Francisco Raymundo Aday Saavedra  
 FECHA DE NACIMIENTO 15 Jun 2004  
 EDAD: MESES: 8 12 meses  
 DIRECCION: Angostura final y Blv. Jorgevalencia  
 TELEFONO: 66-21-95-39-47  
 VIVE CON: SUS PAPAS  
 NUMERO DE HERMANOS: 2  
 LUGAR QUE OCUPA ENTRE LOS HERMANOS 3  
 CUENTA CON CASA PROPIA SI  
 NUMERO DE HABITACIONES 3

**DATOS FAMILIARES**

NOMBRE DE LA MAMA Beatriz Guadalupe Saavedra Villanueva  
 EDAD 41 Años  
 ESCOLARIDAD 3ro SCC  
 OCUPACION hogar  
 ESTADO CIVIL casada  
 NOMBRE DEL PAPA Raymundo Aday Cordova  
 EDAD 41 Años  
 ESCOLARIDAD prepa  
 OCUPACION Ferromex  
 ESTADO CIVIL Casado

**DATOS HISTORICOS**

**ANTECEDENTES DEL EMBARAZO**

PARTO/CESAREA Parto  
 CALIFICACION DE APGAR no lo conoce  
 DESARROLLO EN LOS PRIMEROS MESES fueron muy lentos  
 A QUE EDAD BALBUCEO a los 2 años  
 SE SENTO POR PRIMERA VEZ al año  
 A QUE EDAD CAMINO al 1 año y medio  
 CONTROL DE ESFINTERES no lo conoce  
 RECIBIO ESTIMULACION TEMPRANA SI  
 AÑOS EN EL JARDIN DE NIÑOS 3

**DATOS ACTUALES**

NOMBRE DE LA ESCUELA: Cam: 15  
 COMO SE DESARROLVA: muy bien  
 DIFICULTADES ESCOLARES:  
 COMO ES EN SU RENDIMIENTO ESCOLAR: bien  
 ESTATURA: 1.05  
 PESO: 14 kg  
 TIENE LAS VECINAS AL CORRIENTE: SI  
 DUEME BIEN: SI  
 DUEME BIEN: SI  
 CON QUIEN DUEME: solo  
 QUE LE TEME: a nada  
 JUEGOS PREFERIDOS: la Pelota  
 CON QUIEN JUEGA con sus primos

14-08-2013-13:19

TIENE ACCESO A LA COMPUTADORA	Si	
CUANTO TIEMPO VE LA T Y AL DIA	por la tarde nomás	
QUE PROGRAMAS	Parica 1/182	
ACTIVIDADES RECREATIVAS Y CULTURALES	hace la tarea y ayuda a	
ES SANO O ENFERMO	Sano	
PRESENTA ALGUN TRASTORNO PSICOMOTOR	No	
ACTUALMENTE RECIBE ALGUN TRATAMIENTO O TERAPIA	No	

14.08.2013 13:10

ANEXO 5: FORMATOS

DATOS ANAMNÉSICOS	
<b>DATOS PERSONALES</b>	
NOMBRE DEL NIÑO(A)	Angel Tadeo Martinez Mtz.
FECHA DE NACIMIENTO	31/11/05
EDAD: MESES:	7 años
DIRECCION:	Villa Hidalgo y 3 col. 4 Olivos
TELEFONO:	6621-46-77-89
VIVE CON:	Mamá y Papá
NUMERO DE HERMANOS:	3
LUGAR QUE OCUPA ENTRE LOS HERMANOS	4º
CUENTA CON CASA PROPIA	SI
NUMERO DE HABITACIONES	3
<b>DATOS FAMILIARES</b>	
NOMBRE DE LA MAMA	Ma Dolores Martinez G.
EDAD	45 años
ESCOLARIDAD	Primaria
OCUPACION	hogar
ESTADO CIVIL	casada
NOMBRE DEL PAPA	EPREN Martinez V.
EDAD	48 años
ESCOLARIDAD	3ª Primaria
OCUPACION	Albañil
ESTADO CIVIL	casado
<b>DATOS HISTORICOS</b>	
ANTECEDENTES DEL EMBARAZO	
PARTO/CESAREA	Parto
CALIFICACION DE APGAR	no la conoce
DESARROLLO EN LOS PRIMEROS MESES	Fueron muy difícil
A QUE EDAD BALBUCEO	8 meses
SE SENTO POR PRIMERA VEZ	al cumplir el año
A QUE EDAD CAMINO	2 años
CONTROL DE ESFINTERES	no lo conoce
RECIBIO ESTIMULACION TEMPRANA	
AÑOS EN EL JARDIN DE NIÑOS	3
<b>DATOS ACTUALES</b>	
NOMBRE DE LA ESCUELA:	Com. 15
COMO SE DESENVUELVEI:	regular
DIFICULTADES ESCOLARES:	escritura
COMO ES EN SU RENDIMIENTO ESCOLAR:	regular
ESTATURA:	1.13
PESO:	18.5 kg.
TIENE LAS VACUNAS AL CORRIENTE:	SI
COME BIEN:	SI
DUERME BIEN:	SI
CON QUIEN DUERME:	Mamá
A QUE LE TEME:	A nada
JUEGOS PREFERIDOS:	Futbol
CON QUIEN JUEGA	papá y sobrinos

140820131310

TIENE ACCESO A LA COMPUTADORA	No
CUANTO TIEMPO VE LA T.V AL DIA	por la tarde
QUE PROGRAMAS	caricaturas
ACTIVIDADES RECREATIVAS Y CULTURALES	ayudar a mamá en lo q Puede y Jugar
ES SANO O ENFERMISO	Regular
PRESENTA ALGUN TRASTORNO PSICOMOTOR	No
ACTUALMENTE RECIBE ALGUN TRATAMIENTO O TERAPIA	No

14.08.2013 13:10

DATOS ANAMNÉSICOS	
<b>DATOS PERSONALES</b>	
NOMBRE DEL NIÑO(A)	VALERIA LETICIA RUIZ MEZA
FECHA DE NACIMIENTO	05/10/05
EDAD: MESES:	7 AÑOS 8 MESES
DIRECCION:	PAJES DE LAS VIOLETAS #41 LAS MARGARITAS
TELEFONO:	3-12-26-12
VIVE CON:	PADRES
NUMERO DE HERMANOS:	4
LUGAR QUE OCUPA ENTRE LOS HERMANOS	3
CUENTA CON CASA PROPIA	SI
NUMERO DE HABITACIONES	4
<b>DATOS FAMILIARES</b>	
NOMBRE DE LA MAMA	CECILIA MEZA NUÑO
EDAD	45
ESCOLARIDAD	CARRERA TRUNCA
OCUPACION	EMPLEADA
ESTADO CIVIL	CASADA
NOMBRE DEL PAPA	OMAR FABIAN RUIZ LUÑO
EDAD	37
ESCOLARIDAD	CARRERA (PROFESIONISTA)
OCUPACION	EMPLEADO
ESTADO CIVIL	CASADO
<b>DATOS HISTORICOS</b>	
ANTECEDENTES DEL EMBARAZO	
PARTO/CESAREA	CEJAREA
CALIFICACION DE APGAR	NO LO CONOCE
DESARROLLO EN LOS PRIMEROS MESES	TUO ESTIMULACION TEMPRANA
A QUE EDAD BALBUCEO	NO RECUERDO BIEN
SE SENTO POR PRIMERA VEZ	
A QUE EDAD CAMINO	1 Y MEDIO
CONTENCIÓN DE ESFINTERES	SI O 9 AÑOS
RECIBIO ESTIMULACION TEMPRANA	SI
AÑOS EN EL JARDIN DE NIÑOS	2
<b>DATOS ACTUALES</b>	
NOMBRE DE LA ESCUELA:	CAM
COMO SE DESENVUELVE:	BIEN
DIFICULTADES ESCOLARES:	DE MI CONOCIMIENTO MUY BUENO
COMO ES EN SU RENDIMIENTO ESCOLAR:	BUENO
ESTATURA:	
PESO:	
TIENE VACUNAS AL CORRIENTE:	SI
COME BIEN:	SI
DUERME BIEN:	SI
CON QUIEN DUERME:	HERMANA MENOR
A QUE LE TEME:	NADA
JUEGOS PREFERIDOS:	DE COCINA, ANIMALES Y DE COMPUTADORA

TIENE ACCESO A LA COMPUTADORA	SI
CUANTO TIEMPO VE LA T V AL DIA	5 a 6 HORAS
QUE PROGRAMAS	DISCOVERY KID
ACTIVIDADES RECREATIVAS Y CULTURALES	NUNCA
ES SANO O ENFERMO	SANO
PRESENTA ALGUN TRASTORNO PSICOMOTOR	EL TRASTORNO DEL DOWN
ACTUALMENTE RECIBE ALGUN TRATAMIENTO O TERAPIA	NO

14.08.2013 13:10



