

**UNIVERSIDAD DE LAS CIENCIAS DE LA CULTURA FÍSICA Y EL DEPORTE
“MANUEL FAJARDO”. FACULTAD DE CULTURA FÍSICA “NANCY URANGA
ROMAGOZA”
TESIS PRESENTADA EN OPCIÓN AL GRADO CIENTÍFICO DE MASTER EN
ACTIVIDAD FÍSICA COMUNITARIA**

**Plan de actividades lúdicas para mejorar las habilidades motrices básicas
(correr, saltar y lanzar) en los niños con Síndrome de Down, de 7 a 10 años de
edad, del consejo popular urbano del municipio San Juan y Martínez.**

AUTOR: Lic. Maria Antonia Suárez González.

TUTOR: MSc. Orlando Pedro Suárez Pérez.

Pinar del Río, junio del 2011

“Año 53 de la Revolución”

AGRADECIMIENTOS

A mi tutor MSc Orlando Pedro Suárez Pérez por sus enseñanzas, dedicación y entrega total.

A mi amiga incondicional MSc Yudelkis Martínez, por su constancia y apoyo.

A los profesores de la Facultad de Cultura Física por darme el espacio para llevar a cabo esta investigación.

A todos los trabajadores de la SUM de Cultura Física de San Juan y Nartínez, por el apoyo total.

DEDICATORIA

A Fidel: El eterno Comandante en Jefe.

A mis hijos y nietos: Mi mayor tesoro

A mi esposo: José Antonio García Fuentes

A mis amigos: , Maribel, Temprana, Albigio, Viñales Orly, Yamiris y Raúl

A la Educación Especial: Por constituir mi vocación.

A todos los que de una forma u otra hicieron posible este sueño.

Gracias.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: Antecedentes teóricos referenciales, del modo de mejorar las habilidades motrices básicas en niños(as) con Síndrome de Down.....	13
1.1 Criterios teóricos sobre el Retraso Mental.	13
1.2. Clasificación y causas del retraso mental.	21
1.3. Principales síndromes de la deficiencia mental	24
1.4. Desarrollo motor.....	30
1.5. La Actividad Física en los niños Retrasados Mentales.	33
CAPÍTULO II. DIAGNÓSTICO DEL ESTADO ACTUAL DE LAS ACTIVIDADES LÚDICAS PARA MEJORAR LAS HABILIDADES MOTRICES BÁSICAS, CORRER, SALTAR Y LANZAR, EN NIÑOS(AS) CON ESTA DEFICIENCIA. PRESENTACIÓN Y VALORACIÓN DE LA PROPUESTA.....	38
2.1. Resultados de la revisión documental.	38
2.2. Características del consejo popular urbano del municipio San Juan y Martínez. .	42
2.3. Diagnóstico del desarrollo de las habilidades motrices básicas (correr, saltar, lanzar) de los niños(as) de 7 a 10 años, con Síndrome de Down del consejo popular urbano del municipio San Juan y Martínez.....	45
2.4. El plan de actividades lúdicas.....	47
2.5. Estructura del Plan de actividades lúdicas para mejorar las habilidades motrices básicas (correr, saltar, lanzar y atrapar) en los niños con Síndrome de Down, de 7 a 10 años de edad, del consejo popular urbano del municipio San Juan y Martínez. Presentación de la propuesta.....	51
2.6. Resultados del diagnóstico final.....	58
CONCLUSIONES.	62
RECOMENDACIONES	63
BIBLIOGRAFÍA	64
ANEXOS	70

RESUMEN

En el presente trabajo se hace referencia a uno de los síndromes que se incluyen en la deficiencia en el área intelectual, el Retraso Mental, o sea, el Síndrome de Down, cuya afectación provoca un marcado retraso en el desarrollo motor de los niños que lo padecen. Los mayores contribuyentes a este retraso son las dificultades en el equilibrio, la hipotonía y la fuerza limitada, lo que trae como consecuencia un pobre desarrollo de habilidades motrices básicas. Con el fin de dar elementos de soluciones a esta problemática, que es la de mejorar las habilidades motrices básicas de correr, saltar y lanzar, es que elaboramos un plan de actividades lúdicas en correspondencia con la edad y las características motrices en los niños con Síndrome de Down del consejo popular urbano del municipio San Juan y Martínez. Además en la elaboración de estas, tomamos en consideración aspectos esenciales como: tipo, objetivo, lugar de realización, los materiales de trabajo, observaciones, también mencionamos un grupo de orientaciones metodológicas que deben cumplirse dada la complejidad de la enfermedad. Estas actividades se realizan tres veces a la semana, previa convocatoria del Centro de Diagnóstico Municipal y en los lugares escogidos por ellos, el investigador es ente fundamental en la aplicación de la propuesta.

INTRODUCCIÓN

Cuando se habla de una persona con necesidades educativas especiales, se piensa en que estos deben ser excluidos de muchas de las actividades de la Cultura Física que el resto de las personas normales pudieran participar, por lo que es importante conocer que particularidades tiene ella para el desarrollo integral del mismo.

La labor de los profesionales de la Cultura Física no excluye de su diaria actuación la misión de ser portadores de mensajes, actitudes, modos de conducta y estilos de enseñanza donde se divulgue y promueva la educación para la salud.

La Cultura Física en los niños con Síndrome de Down, está encaminada al desarrollo integral de estas personas con necesidades educativas especiales. Sus fines, correctivos compensatorios, favorecen la integración de estos a la sociedad.

La importancia de la actividad física en los sujetos aquejados de este síndrome, es cada vez mayor, por cuanto este es un medio que va a facilitar y potenciar el proceso de “normalización” del espacio, al mismo tiempo que proporciona una mejora en su calidad de vida y su integración en el contexto social.

Por la alta incidencia en la población mundial de niños con Síndrome de Down, fluctuando la frecuencia de aparición entre 1.500 a 1.800 de recién nacidos vivos, hacemos referencia a esta alteración.

La trisomía del par 21 es la más frecuente de todas las cromosopatías. Esta alteración se observa en todos los países y grupos étnicos. La edad materna avanzada es un factor importante en la aparición de este síndrome.

Los Síndromes de Down son casi las únicas trisonomías que sobreviven la infancia, en ellos se observan diferentes grados de compromiso cognitivo, a nivel motriz, expresividad, tienen insuficiencias madurativas en los tiempos de neurodesarrollo. Con la intervención temprana se pueden modificar estos procesos en el momento adecuado y prevenir que se desarrollen consecuencias secundarias a la disfunción de base.

La participación activa del niño con Necesidades Educativas Especiales en el proceso de la realización de actividades, se debe gestar mediante el empleo de acciones educativas que propicien su desarrollo integral y cumplan con la función

social que tiene la Cultura Física y el Deporte para los niños(as) con Síndrome de Down, es decir, su preparación para incorporarse activamente a la vida social y laboral a partir del empleo de tareas generales y específicas relativas a la formación integral, multilateral y armónica.

Los niños(as) con Síndrome de Down constituyen una parte muy sensible de la población mundial, con características muy diversas, así como las causas que lo provocan, no constituyendo una categoría homogénea, pues las personas que se incluyen en su estudio presentan una evolución variable, en la cual lo individual se combina con lo general y varía para cada una de ellas, por ello es necesario admitir que cada Síndrome de Down con Retraso Mental es un individuo en particular con su personalidad y sus potencialidades de desarrollo como ocurre con el resto de la población adulta.

Ha sido preocupación constante de nuestro sistema social prestarle una atención desde el punto de vista médico y físico a todos los sectores de la población, incluyendo especialmente a las personas con Necesidades Educativas Especiales. Por primera vez del 12 al 17 de abril del 2003 se realiza un estudio Psicopedagógico – social clínico – genético con el objetivo de realizar un pesquizaje dentro de la población para conocer el número de discapacitados, el tipo de discapacidad, así como las condiciones de vida. Una vez computados los datos determinan el trabajo a seguir en cada uno de los casos.

El Retraso Mental es un estado del individuo en el cual se producen alteraciones en los procesos psíquicos en general, fundamentalmente en la esfera cognoscitiva y de la personalidad, debido a una lesión orgánica del sistema nervioso central, de carácter difuso e irreversible y de etiología genética, congénita o adquirida. En los niños con esta deficiencia se destacan diferentes dificultades motrices como es el caso de las alteraciones en el tono muscular, pobre coordinación, pobre reconocimiento del esquema corporal, trastornos de lateralidad, dificultades en la orientación espacial, entre otras, lo que provoca que se muestren torpes en el momento de realizar habilidades motrices; unido a los trastornos en la esfera psíquica, se hace necesario entonces instrumentar actividades adaptadas a las realidades de estos niños, tomando como punto de partida las adaptaciones

curriculares significativas, modificando lo menos posible, donde se garantice la participación consciente de cada niño.

Es el juego o las actividades lúdicas el medio más eficaz para mejorar, las habilidades motrices de los niños con retraso mental. A través de él, podemos estudiar las experiencias lúdicas y las manifestaciones anímicas que caracterizan el desenvolvimiento del niño, prestando cierta tendencia a la educación. Además es capaz de transmitir emoción, alegría, salud, estímulos, el deseo de ganar, y permite la relación con otras personas, por lo cual se convierte en una actividad vital e indispensable para el desarrollo de todo ser humano.

Si analizamos el juego desde el punto de vista motor, este desarrolla en el cuerpo los sentidos, la fuerza, el control muscular, el equilibrio, la percepción y la confianza en sí mismo. Jugando se aprende, porque se obtienen nuevas experiencias y la posibilidad de cometer aciertos, errores y de solucionar problemas, además estimula el desarrollo de las capacidades del pensamiento, la creatividad y permite descubrir el entorno y el uso del cuerpo humano. Si lo valoramos por el carácter sociabilizador es una actividad que implica relación y comunicación. Con respecto al desarrollo afectivo emocional, procura placer, entretenimiento y alegría de vivir; permite expresarse libremente, encausar sus energías y descargar las tensiones. Es también refugio frente a las dificultades que se encuentra en la vida, ayuda a reelaborar experiencias y acomoda las necesidades, contribuyendo al equilibrio y dominio de sí mismo

El trabajo del centro de diagnóstico como forma directa de brindarle seguimiento y atención a las diferentes problemáticas planteadas por la sociedad, ha jugado un papel decisivo en la elevación del nivel de conciencia de todas las personas con Necesidades Educativas Especiales, para su incorporación a la realización de las Actividades lúdicas con carácter sistemático.

Se exhorta a los adultos, como miembros de la sociedad, a velar porque se cumplan estos derechos, creando, en el contorno educativo, un ambiente de igualdad, solidaridad y comprensión donde no se excluya a los niños que por factores genéticos o de forma adquirida presenten deficiencias de algún tipo que les impida experimentar el mundo del tacto, la vista, el sonido, la expresión corporal, la

comunicación. Son los especialistas los máximos responsables de detectar y diagnosticar, en unión con la familia y la comunidad los infantes con Necesidades Educativas Especiales.

El Centro de Diagnóstico de San Juan y Martínez fue creado en septiembre de 1978 dentro de sus prioridades están:

1-Garantizar la preparación de la estructura de dirección y técnica en el proceso de habilitación y rehabilitación integral de los niños y sus familias.

2-Garantizar la atención integral de los niños(as) discapacitados mentales teniendo en cuenta el uso eficiente y la adecuada preparación de los recursos humanos potenciando el aprovechamiento de los recursos tecnológicos y especializados a partir del cumplimiento de lo establecido en los Programas de la Revolución, que se desarrollan mediante La Batalla de Ideas.

3-Atender y evaluar periódicamente en el Consejo de Dirección el cumplimiento del Plan de Prevención, ejecución del presupuesto y la Resolución 297/06.

En él se atienden 20 niños(as), que no asisten a la escuela especial, cuya estadía es de 4-6 meses utilizando el Programa Autoservicio (ABC) estructurado en niveles que van desde el nivel 1 al nivel 7, enseñando habilidades para lograr su semi independencia personal, diseño constructivo.

El grupo de trabajadores del Centro está integrado por:

Defectóloga: encargada del trabajo de estos niños(as) en el área Psicopedagógica, trabajando en el desarrollo del lenguaje y el autovalidismo.

Psicóloga: hace el estudio de la familia, las orienta dándole seguimiento después de su regreso al hogar.

El Centro continúa el trabajo en la comunidad en conjunto con el defectólogo que lo atiende en el área de salud.

Trabajador social: realiza el trabajo social, la labor de terreno para conocer las condiciones de vida de estos niños(as), darle terapia ocupacional (trabajos de la vida diaria, actividades de la motórica superior, sacudir muebles barrer, trabajos manuales sencillos).

A estos se le suma un grupo de especialistas que asisten al Centro para realizar interconsultas, asesorías y valoraciones en casos específicos.

La podemos contemplar como comunidad ya que comparten un determinado espacio físico ambiental o territorio específico, desarrolla un amplio conjunto de relaciones interpersonales y hay presencia de grupos sociales. Es una comunidad urbana, la convivencia el comportamiento social es regular, durante 4-6 meses, con un nivel de disciplina y condiciones físicas creadas para lograr la convivencia.

En las visitas efectuadas al Centro donde se observó el desempeño del personal encargado de atender a estos niños(as) durante la realización de las actividades se detectaron las siguientes dificultades:

En algunos casos existen dificultades en la atención especializada.

- Dificultades en la atención psicopedagógica integral al niño(a) con Síndrome de Down.
- La preparación técnico metodológica especializada del personal que allí labora no alcanza los niveles deseados en cuanto a la rehabilitación física de los niños(as) con Síndrome de Down.
- Insuficiente preparación de la familia para enfrentar la educación de sus hijos con Síndrome de Down.
- Se pudo observar que, aun cuando existe un programa para la atención a los niños(as) en el Centro, no se especifican las actividades que vayan encaminadas al trabajo con ellos que propicien su desarrollo motriz.
- El Centro no cuenta con un profesional especializado (profesional de la Cultura Física) para el trabajo sobre la base de las actividades físicas como docente del mismo.

Por ello se necesita de actividades científicamente fundamentadas bajo las más actualizadas teorías de la Pedagogía contemporánea que contenga el juego como elemento esencial que permita la estimulación motriz de estos niños(as) como parte del trabajo compensatorio y educativo en los mismos con el apoyo de la familia y la comunidad.

Mediante el estudio exploratorio que se realizó de la situación en el consejo popular urbano del municipio San Juan y Martínez se constató que al grupo de niños diagnosticados con Síndrome de Down no poseen la estimulación necesaria en el desarrollo de las habilidades motrices básicas de correr, saltar, lanzar y atrapar.

A pesar de que existe un programa para atender la incorporación a la vida social de estos niños, estas aún son insuficientes en el logro de corregir y compensar el desarrollo de las habilidades motrices básicas (Correr, saltar, lanzar y atrapar) como principal recurso para la incorporación a la vida adulta independiente.

Estas dificultades están referidas a:

- Pobre coordinación visomotriz y entre los segmentos musculares,
- Ritmo,
- Equilibrio,
- Fuerza muscular y
- Rapidez.
- alteraciones en el tono muscular, pobre coordinación, pobre reconocimiento del esquema corporal, trastornos de lateralidad, dificultades en la orientación espacial, entre otras, lo que provoca que se muestren torpes en el momento de realizar habilidades motrices Alteraciones del tono muscular (hipotonía, hipertonía)
- Trastornos posturales-motores (pie plano, escoliosis)
- Pobre coordinación.
- Pobre reconocimiento del esquema corporal.
- Trastornos de la lateralidad.
- Dificultad para la estructuración espacio-temporal.
- Lentitud reaccional.
- Dificultades en la orientación espacial y en el equilibrio.

Al reflexionar sobre esta realidad se plantea el siguiente **problema** de la investigación:

¿Cómo mejorar las habilidades motrices básicas (Correr, saltar y lanzar) en niños (as) de 7 a 10 años con Síndrome de Down del consejo popular urbano del municipio San Juan y Martínez?

Siendo el **objeto de estudio** de la investigación:

El proceso de mejoramiento de las habilidades motrices básicas niños (as) de 7 a 10 años con Síndrome de Down.

Por lo que el **campo de acción** es:

El proceso de mejoramiento de las habilidades motrices básicas (Correr, saltar y lanzar) en niños (as) de 7 a 10 años con Síndrome de Down, a través de actividades lúdicas.

Para la realización de la investigación se planteó el siguiente **objetivo**:

Elaborar un plan de actividades lúdicas para mejorar las habilidades motrices básicas (Correr, saltar y lanzar) en los niños (as) de 7 a 10 años con Síndrome de Down, del consejo popular urbano del municipio San Juan y Martínez.

Para darle solución al Objetivo nos planteamos las siguientes Preguntas Científicas:

1. ¿Cuáles son los referentes teóricos y metodológicos que sustentan el desarrollo de las habilidades motrices básicas, utilizando actividades lúdicas, en los niños con Síndrome de Down, en la actualidad?
2. ¿Cuál es el estado actual del desarrollo de las habilidades motrices básicas (Correr, saltar y lanzar) en los niños de 7 a 10 años con Síndrome de Down, del consejo popular urbano del municipio San Juan y Martínez?
3. ¿Qué características debe tener el plan de actividades lúdicas para mejorar las habilidades motrices básicas en los niños de 7 a 10 años con Síndrome de Down, del consejo popular urbano del municipio San Juan y Martínez?
4. ¿Qué efectividad se logra con la aplicación práctica del plan de actividades lúdicas en los niños de 7 a 10 años con Síndrome de Down, del consejo popular urbano del municipio San Juan y Martínez?

Para dar respuesta a las preguntas formuladas nos propusimos las siguientes tareas científicas:

- 1- Fundamentación de los criterios teóricos y prácticos que sustentan el desarrollo de las habilidades motrices básicas, utilizando actividades lúdicas, en los niños con Síndrome de Down.
- 2- Caracterización del estado actual de las habilidades motrices básicas (Correr, saltar y lanzar) en los niños de 7 a 10 años con Síndrome de Down, del consejo popular urbano del municipio San Juan y Martínez.
- 3- Elaboración del plan de actividades lúdicas para mejorar las habilidades motrices básicas en los niños de 7 a 10 años con Síndrome de Down, del consejo popular urbano del municipio San Juan y Martínez.
- 4- Validación de la efectividad del plan de actividades lúdicas para mejorar las habilidades motrices básicas en los niños de 7 a 10 años con Síndrome de Down, del consejo popular urbano del municipio San Juan y Martínez.

Diseño muestral.

Población y muestra: los 12 niños(as) con Síndrome de Down pertenecientes al consejo popular urbano del municipio San Juan y Martínez.

Clasificación de la muestra.

8 del sexo femenino y 4 del sexo masculino.

De 7 a 8 años.... 2 féminas y 4 varones.

De 8 a 9 años 3 varones.

De 9 a 10 años 2 féminas y 1 varón.

Total: 4 hembras y 8 varones.

Además de 3 especialistas: 1 Defectólogo, 1 psicopedagogo, 1 trabajador social

Métodos.

El método general que permitió establecer la integración de los teóricos y empíricos fue el dialéctico materialista conducente, en su aplicación sistémica, a la transformación del objeto de estudio de la investigación el cual permitió revelar las relaciones causales y funcionales que interactúan en el objeto de estudio, así como

penetrar en su dinámica para descubrir los nexos que se establecen en su funcionamiento.

Dentro de los **Teóricos**:

Análisis –Síntesis: permitió realizar la descomposición de los elementos que se incluyen en el proceso de desarrollo motriz de los niños(as) con Síndrome de Down, los aspectos que permiten caracterizarlos desde el punto de vista motor, relacionándolos con las actividades que permiten mejorar las capacidades motrices básicas.

Histórico – Lógico: permitió el estudio de las tendencias que prevalecen en diferentes investigaciones sobre los niños(as) con Síndrome de Down en Cuba y particularmente en la municipio San Juan y Martínez teniendo en cuenta sus características motrices.

Inductivo – Deductivo: Para determinar las inferencias del papel de la actividad física en los niños(as) con Síndrome de Down desde el punto de vista general, de la compensación que de forma individual le puede brindar estableciendo nexos entre habilidades motrices básicas y actividades lúdicas.

Sistémico-estructural: para la elaboración del plan de acciones lúdicas, el cual permitió establecer las relaciones existentes entre todos sus componentes, relaciones de dependencia, jerarquía, coordinación y subordinación entre las etapas, niveles, acciones y entre los componentes que conforman las acciones.

Dentro de los **Empíricos**:

Análisis documental: para valorar el programa del centro así como la bibliografía asociada a los referentes teóricos sobre el mejoramiento de habilidades motrices básicas en los niños(as) con Síndrome de Down.

Entrevista: de forma estandarizada y focalizada, en la búsqueda de información sobre características motrices, psicopedagógicas y el desarrollo motor a especialistas del centro.

Medición: en la realización de las pruebas para evaluar las habilidades motrices básicas. (Ver anexos).

Como métodos **Estadísticos-matemáticos** se utilizaron:

El cálculo porcentual: nos servimos de él para tabular la información obtenida en la observación durante aplicación de las actividades.

El aporte teórico radica en el establecimiento de los fundamentos teóricos de actividades lúdicas para mejorar las habilidades motrices básicas, correr, saltar y lanzar, en niños(as) con Síndrome de Down, diagnosticadas por el Centro Diagnóstico Municipal, del consejo popular urbano, de San Juan y Martínez.

El **aporte práctico** consiste en la elaboración de un plan de actividades lúdicas para mejorar las habilidades motrices básicas (correr, saltar y lanzar) en niños(as) con Síndrome de Down en el Centro Diagnóstico Municipal, del consejo popular urbano de San Juan y Martínez.

La **novedad científica:** Fundamentar el plan de actividades lúdicas para mejorar las habilidades motrices básicas (correr, saltar y lanzar), fundamentales para su incorporación a una vida adulta independiente, en niños(as) con Síndrome de Down en el Centro Diagnóstico Municipal del consejo popular urbano de San Juan y Martínez, a través de juegos. Se logra mejorar el bienestar físico (motor y psicológico) de estos niños(as) con el apoyo de la familia y el personal especializado, en un ambiente profesional.

El informe de investigación quedó estructurado de la siguiente forma:

En la introducción se recoge todo el diseño teórico de la investigación.

En el primer capítulo se destacan los antecedentes teóricos referenciales, del modo de estimular el desarrollo motriz en niños(as) con Síndrome de Down, que resultaron valiosos para respaldar la investigación. Además, se presentan los resultados obtenidos en la primera prueba diagnóstico, las dimensiones y los indicadores de la variable dependiente.

En el segundo capítulo se presentan los fundamentos metodológicos de los instrumentos aplicados, así como el resultado de los mismos. Sobre esta base se estructura las actividades lúdicas para mejorar las habilidades motrices básicas en niños(as) 7 a 10 años con Síndrome de Down que pertenecen al centro de diagnóstico municipal, del consejo popular urbano del municipio San Juan y

Martínez en la provincia Pinar del Río, el cual se sustenta en las orientaciones metodológicas para el trabajo con este grupo de edades.

Culmina el trabajo con las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

Definición de términos.

Actividades Lúdicas: Facultad de obrar, de entrar en acción todo el cuerpo o parte de él, en cualquier campo o esfera de la actividad corporal en este caso a través del juego como una acción o una actividad voluntaria, realizada en ciertos límites fijos de tiempo y lugar, según una regla libremente consentida, pero absolutamente imperiosa, dirigido al desarrollo de la motricidad.

Johan Huizenga (1996): es una acción de ocupación libre que se desarrolla dentro de unos límites temporales especialmente determinados según reglas absolutamente obligatorias, aunque libremente aceptadas, acción que tiene su fin en sí misma y acompañada de un sentimiento de tensión, alegría y la conciencia de ser de otro modo que en la vida corriente.

Elkonin (1980): una actividad variada de práctica social consistente que destaque su contenido social humano, sus tareas y sus normas de sus relaciones sociales, al margen de su propósito práctico.

Según nuestro criterio: son actividades lúdicas reglamentadas que se practican en horarios docentes y extra docentes como un fenómeno sociocultural de la humanidad dentro de un terreno, tiempo donde implica cumplir reglas establecidas favoreciendo al desarrollo global del hombre.

Habilidades Motrices Básicas: son aquellas como: lanzar, correr, saltar, atrapar, escalar, etc., que el niño desarrolla en los primeros años de la infancia y que mediante la Educación Física se consolidan y perfeccionan en distintas formas de juego, tipo de gimnasia y del deporte atletismo fundamentalmente. Es decir que durante este período transcurre el proceso de formación de la actividad motora y donde se dan las premisas de la educación de las cualidades físicas.

Síndrome de Down: Es la forma más común de retraso mental grave, se caracteriza por la aparición de una trisomía en el par genético 21(un cromosoma de más).

Necesidades Educativas especiales (NEE): son aquellos niños y jóvenes que presentan determinadas deficiencias anatómicas, fisiológicas; en el desarrollo psíquico o mental, así como aquellos que en cualquier contexto educativo necesitan ayudas especiales que den respuesta a sus necesidades y les permitan alcanzar los objetivos educativos propuestos.

Comunidad: Es un grupo social de cualquier tamaño cuyos miembros residen en una localidad específica, tienen una herencia cultural e histórica común y comparten características e intereses comunes.

Plan de actividades: Es un grupo ordenados de normas o procedimientos que contribuyen a un fin.

CAPÍTULO I: Antecedentes teóricos referenciales, del modo de mejorar las habilidades motrices básicas en niños(as) con Síndrome de Down.

Este capítulo tiene como objetivo la caracterización de las condiciones motrices y de las actividades encaminadas a estimular a los niños(as) con Síndrome de Down teniendo en cuenta sus condiciones físicas y mentales que permita realizar una valoración diagnóstica de la situación del objeto de acuerdo con el problema científico planteado, para su constatación.

1.1 Criterios teóricos sobre el Retraso Mental.

A lo largo de los años las personas con ciertas dificultades intelectuales elementales, han recibido distintas denominaciones o han sido "etiquetadas" bajo diversos nombres. Muchas de estas denominaciones y etiquetas han estado influenciadas por distintas tendencias sociales, por las diversas teorías científicas o por las diferentes escuelas psicológicas. En este sentido se han de mencionar términos como idiota, imbecilidad, debilidad mental o subnormalidad que cronológicamente se han usado para definir la deficiencia mental.

Para denominar el retraso mental, se han utilizado términos diversos como los siguientes: -Amnesia, debilidad mental, subnormalidad mental, oligofrenia, deficiencia intelectual, defecto mental, Retardo mental, retraso mental

Estos han respondido, en sentido general a una época histórica determinada en correspondencia con el desarrollo de las ciencias médicas, psicológicas y pedagógicas, y de las diferentes disciplinas que se han ocupado de esta área, así como las distintas corrientes que han existido y/o existen. En este contexto aparecen diversas definiciones que reflejan en su contenido elementos distintivos de las perspectivas epistemológicas más empleadas en el análisis del retraso mental. (Definición de retraso mental y clasificación. Un debate que no cesa. Autoras: MSc Moraima Orozco Delgado. MSc. Sonia Guerra Iglesias.)

"En el campo de las definiciones de retraso mental, a partir de 1959 se produce un giro que rompe con las posiciones clásicas en el estudio del retraso mental, centrado en el origen orgánico del déficit intelectual, su constatación, incurabilidad y carácter

irreversible de sus manifestaciones. La institución científica que cuestionó estas tesis biológicas resultó ser la Asociación Americana de Retraso Mental (AARM) con una propuesta que ha marcado pautas en el campo científico y profesional en las últimas décadas, y se ha enriquecido de manera continúa con la incorporación de elementos que no anulan lo anterior, pero si lo transforman y actualizan para una mejor comprensión del retraso mental. Esta asociación durante más de un siglo de trabajo ha realizado un estudio activo del problema del retraso mental. Fundada en 1876, la AARM ha dedicado sus investigaciones fundamentales a la búsqueda de una delimitación clara y no discriminativa de la condición de las personas con retraso mental, por lo que el conocimiento de sus aportes forma parte de la cultura científica de los profesionales que de una manera u otra se vinculan al estudio y atención de las personas con retraso mental”.

En el año 1921 esta Asociación editó el primer manual sobre la definición del retraso mental, generalizado por el Comité Nacional para la Higiene Mental. Luego se realizaron otras ediciones en 1933, 1941, 1957, 1959, 1973, 1977, 1983, hasta 1992 la novena y décima ediciones, que mantienen su vigencia en la actualidad. En cada uno de estos años se ha publicado manuales con terminología y clasificación acerca del retraso mental que incluía una definición. Al analizar cada uno de los manuales de la Asociación Americana de Retraso Mental se puede apreciar cómo las definiciones iniciales tenían en el cociente intelectual su eje fundamental; este constituía el dato más objetivo en el cual se debía basar cualquier investigación realizada. Ello suponía en su época, un avance pues no se contaba con otras herramientas que constataran todo el cuadro de limitaciones y diferencias que presentaban estas personas. No se valoraban entonces la influencia de elementos de tipo cultural, educativos y sociales.

Con esta historia tras de sí se llega a la novena edición del manual de la Asociación Americana de Retraso Mental la que constituye un intento de exponer el cambio de comprensión del concepto de retraso mental. Esta nueva edición describe los sistemas de apoyos para estas personas y explica cómo deben clasificarse, lo que representa una nueva visión del retraso mental no como un estado inevitable

sino como una expresión de la interacción entre las personas con un funcionamiento intelectual limitado y su entorno lo que pone de relieve la naturaleza funcional e interactiva del déficit intelectual; del mismo modo logra ampliar el concepto de comportamiento adaptativo especificando áreas de habilidades concretas. La definición que propone esta novena edición del manual plantea:

“El retraso mental hace referencias a limitaciones substanciales en el desenvolvimiento corriente. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, junto con limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunicación, autogobierno, salud y seguridad habilidades académicas funcionales, ocio, trabajo. El retraso mental se manifiesta antes de los 18 años”.

No ha sido solo la AAMR la que se ha pronunciado por definir criterios clasificatorios en el retraso mental. Similares definiciones aparecen en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) que son muy conocidas por la comunidad científica internacional que a continuación se exponen:

-La característica esencial del retraso mental es una capacidad intelectual general significativamente inferior al promedio. (Criterio A), Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio: un CI aproximadamente de 70 o inferior en un test de CI administrado individualmente (en caso de niños pequeños, un juicio clínico de capacidad intelectual significativamente inferior al promedio).

-Que se acompaña de limitaciones significativas de la actividad adaptativa propia de por lo menos dos de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado de sí mismo, vida doméstica, habilidades sociales interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad. (Criterio B). Déficit o alteraciones concurrentes de la actividad adaptativa actual (esto es, la eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y por su grupo cultural), en por lo menos dos de las áreas siguientes: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades

sociales - interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad.

Como podemos apreciar estos criterios sobre el retraso mental incluyen los mismos tres criterios: capacidad intelectual significativamente inferior al promedio, limitaciones de las habilidades adaptativas, e inicio anterior a los 18 años de edad.

El criterio diagnóstico planteado por el DSM-IV aún cuando continua estigmatizando a las personas con el término retraso mental, es muy utilizado en el diagnóstico psicopedagógico y en la práctica educativa, lo que se atribuye al grado de flexibilidad al relacionar la gravedad del trastorno con la puntuación del CI, formando así un espectro solapado que tiene en cuenta a su vez el nivel de adaptación del individuo, elemento al que se le concede gran importancia, y exige mayor preparación del entorno que rodea a estas personas para evaluar el desarrollo alcanzado por ellos en las diferentes áreas de la conducta adaptativa.

En la definición de la AAMR el criterio de capacidad intelectual significativamente inferior al promedio se refiere a una puntuación típica aproximada de 70-75 o inferior (que tiene en cuenta el error potencial de medida de más o menos 5 puntos en la evaluación del CI). Además de definir el retraso mental de una manera similar a la AAMR, el DSM-IV especifica los niveles de gravedad del retraso mental, mientras que el sistema de clasificación AAMR 1992 refiere “patrones y grados de la asistencia que requieren las personas con diagnóstico de retraso mental: intermitente, limitada, permanente y generalizada, que no son directamente comparables con los grados de gravedad del DSM-IV y la CIE-10 define estos niveles con puntos de cortes exactos: leve entre 50 y 69, moderado entre 35 y 49, grave entre 20 y 34 y profundo por debajo de 20.

Autores como Fredericks y William, 1998 apoyan la definición de la AAMR que hace énfasis en las habilidades adaptativas y ambientales y en las necesidades de apoyo técnico, a diferencia de Muntaner, 1995 quien plantea que se trata de una definición que aún mantiene una alta dependencia del coeficiente intelectual.

El asumir o analizar de manera crítica esta u otra definición de retraso mental depende en gran medida de las corrientes, teorías y escuelas que orienten su estudio y la práctica profesional. Existen diversas definiciones sobre retraso mental. A continuación se presentan algunas de ellas.

Sydney Bijou (1966) prefiere una definición estrictamente conductual que especifique que “un individuo con retraso mental es aquel que tiene un repertorio limitado de conductas conformado por los acontecimientos que constituyen su historia”.

La socióloga Jane Mercer, considera que el concepto de retraso mental “es un fenómeno Sociológico y la etiqueta de retraso mental, es un estatus social adquirido en un sistema social”

MarcGold (1980) propuso otra definición alternativa de retraso mental la cual plantea que debe considerarse el retraso mental como un fracaso de la sociedad para suministrar educación y formación suficientes más que un déficit dentro del individuo. El retraso mental se refiere a un nivel de funcionamiento que requiere de la sociedad procesos de formación muy por encima de la media y mejores evaluaciones de la conducta adaptativa que se manifiestan durante la vida. La persona con retraso mental se caracteriza por el nivel de potencia necesario en los procesos de formación para que éste aprenda. El nivel de funcionamiento de una persona con retraso mental está determinado por la tecnología de entrenamientos disponibles y por la cantidad de recursos que la sociedad está dispuesta a ofrecer y no por limitaciones significativas en el potencial biológico.

Las definiciones alternativas de retraso mental de Bijou, Mercer y Gold ponen énfasis en la noción fundamental de que el retraso mental representa un nivel actual de rendimiento y que el rendimiento puede ser a menudo alterado de forma importante mediante la manipulación de ciertos aspectos del entorno, todos estos enfoques coinciden en que el retraso mental es un fenómeno relativo y no una condición permanente.

Por otra parte N. Parra, 2003 considera el retraso mental como una condición transitoria o permanente que acompaña a la persona ,de origen orgánico o ambiental que interfiere con el funcionamiento del sistema nervioso ,que aparece generalmente durante la infancia y puede estar asociada o no con otras condiciones ,las cuales presentan como característica una disminución del ritmo y velocidad de su desarrollo ,que se manifiesta a través de un continuo o grado variable en su compromiso cognitivo y en su capacidad social .Susceptible a ser compensada a través de una atención educativa integral especializada desde edades tempranas, la cual permite activar las potencialidades de la persona .

Las variadas definiciones, interpretaciones y criterios expuestos reflejan la complejidad en comprensión y tratamiento a este complejo problema. Conviene concluir estas reflexiones acerca de la definición del concepto de retraso mental, con las palabras de Burton Blatt quien sostiene que cuando todo esté dicho y hecho, el retraso mental se considerará una categoría administrativa. En su libro “La conquista del retraso mental” (1987) Blatt escribe dicho de una forma simple, alguien es retrasado mental cuando “se le ha identificado oficialmente como tal”.

Estas definiciones sugieren reflexionar a fin de llegar a una mejor comprensión en la concepción del retraso mental y no dar por cerrada ninguna de ellas, pues a pesar de valorar que las necesidades de estas personas surgen a partir de las exigencias que le plantea el medio, continúan estigmatizándolos. El debate sobre las definiciones de retraso mental continúa y se hace extensivo a otras dimensiones como es la referida a la clasificación y existirá mientras las organizaciones y los profesionales que trabajan con niños y adultos con retraso mental utilicen este término y defiendan la continuidad de su uso porque promueven los estándares universales y favorecen la comunicación.

En la actualidad existen varias definiciones de Retraso Mental, aunque este concepto no es posible determinarlo con una sola palabra, hay que tener en cuenta los aspectos psicológicos, pedagógicos y clínicos. Es así que “Se considera Retraso Mental, aquellos niños que presentan un desarrollo anormal de los aspectos

cognoscitivos superiores, o sea, los que tienen defectos estables de su actividad cognoscitiva (la percepción, los procesos voluntarios de la memoria, el pensamiento lógico –verbal, el lenguaje otros), a consecuencia de una lesión orgánica cerebral”. (Brathwaite Stevens Clarissa Ann. Manual de Actividades Lúdicas para mejorar las Habilidades Motrices Básicas en los niños Síndrome de Down del IPHE de la Ciudad de Panamá. Pinar del Río, Cuba. 2005.)

La O.M.S define la Deficiencia Mental como «un funcionamiento intelectual inferior, al término medio, con perturbaciones en el aprendizaje, maduración y ajuste social, constituyendo un estado en el cual el desarrollo de la mente es incompleto o se detiene».

Para otros autores el Retraso Mental es “el estado del individuo en el cual se producen alteraciones de los procesos psíquicos en general, fundamentalmente en la esfera cognoscitiva de la personalidad; estas alteraciones se deben a una lesión orgánica del sistema nervioso central, de carácter difuso e irreversible y etiología genética, congénita o adquirida “. (Blázquez Margarita. Sin Límites ni barreras. Año 2, Número 6. Junio – Julio 2005. Magna Publicidad Editorial)

De acuerdo a estas particularidades de la actividad nerviosa superior, los niños retrasados mentales pueden ser: lánguidos, lentos y mostrar dificultades en la asimilación de lo nuevo. Por otra parte hay niños que reaccionan sin pensar, con pobre control de su cuerpo y actuación intempestiva”. (Stokoe Patricia y Harf Ruth. La Expresión Corporal en el Jardín de los Infantes. Editorial Paidós Ibérica, SA. Barcelona, España. 1992)

La OMS, plantea que el RM, es un funcionamiento intelectual inferior al término medio, con perturbaciones del aprendizaje, maduración y ajuste social, constituyendo un estado en el cual el desarrollo de la mente es incompleto o se detiene.

Por su parte la Asociación Mundial de Retraso Mental (AAMR) define que: El retraso mental, hace referencia a limitaciones sustanciales en el funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que generalmente coexiste junto a limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, auto-cuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, auto dirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, tiempo libre y

trabajo. El R.M, se ha de manifestar antes de los 18 años de edad. Luckasson, 1992.

DEFINICIÓN DE RETRASO MENTAL, ***en nuestro país nos acogemos a la siguiente definición:*** el Retraso Mental es un estado del individuo en el cual se producen alteraciones de los procesos psíquicos en general, fundamentalmente en la esfera cognoscitiva, los cuales son estables y se deben a una lesión en el Sistema Nervioso Central, de carácter difuso e irreversible y de etiología genética, congénita o adquirida. Dra. Susana Rubeinstein.

1.2. Clasificación y causas del retraso mental.

Comúnmente el criterio que se utiliza para clasificar a estos sujetos es el nivel intelectual mediante el coeficiente intelectual (CI). La utilización de adjetivos para describir a cada grupo de sujetos deficientes mentales se ha empleado en clasificaciones más recientes para referirse al pronóstico que puede esperarse de ellos. En el siguiente cuadro aparecen las clasificaciones más empleadas.

A-Retardo Mental Leve: (CI entre 50 y 69).

Adquieren tardíamente el lenguaje aunque alcanzan la capacidad de expresarse en la actividad cotidiana de mantener una conversación y de ser abordados por cualquier entrevistador. Llegan a alcanzar una independencia completa para el cuidado de su persona (comer, lavarse, vestirse, controlar los esfínteres, etc.), para actividades prácticas y para las propias de la vida doméstica alcanzan algún desarrollo algo más lento de lo normal. Las mayores dificultades las presentan en las actividades escolares específicamente durante la adquisición de la lectura y la escritura; la mayoría de los que se encuentran en los límites superiores del RM Leve pueden desempeñar trabajos que requieran aptitudes de tipo práctico, entre ellas los trabajos manuales semicalificados. Durante el aprendizaje se observa insuficiencias en el desarrollo psíquico, en el desarrollo de la personalidad y predominantemente en la actividad cognoscitiva (predominio del pensamiento concreto, memoria mecánica, falta de atención, déficit de percepción y otras).

En general las dificultades emocionales sociales del comportamiento de los retrasados mentales leves, así como las necesidades terapéuticas y de soporte que demandan ellos están más próximas a las personas con inteligencia normal que a otros con RM moderado o grave.

En Resumen se caracterizan por:

1-Leve retardo en el desarrollo del lenguaje y en la motricidad, fundamentalmente la fina, 2. Pobre desarrollo del vocabulario, esencialmente para comunicarse. 3. Insuficiente desarrollo de la actividad cognoscitiva, 4. Son capaces de cuidarse y aprender destrezas académicas del 4to y 5to grado de enseñanza primaria, 5. De adultos trabajan en oficios competitivos.

B- Retardo Mental Moderado: (CI entre 35 y 49).

Presentan una lentitud en el desarrollo de la comprensión y del uso del lenguaje, el cual es limitado. La adquisición de la capacidad de cuidado personal y de las funciones motrices están retrasadas. Estos necesitan una supervisión permanente; aunque los progresos escolares son limitados, aprenden lo esencial para la escritura, la lectura y el cálculo. Los programas educativos especiales pueden proporcionarle con adecuaciones el desarrollo de algunas funciones deficitarias y son adecuadas para aquellos con un aprendizaje lento y con un rendimiento bajo. De adulto, estas personas suelen ser capaces de realizar trabajos prácticos sencillos, si las tareas están cuidadosamente estructuradas y se les supervisa de un modo adecuado. Rara vez pueden conseguir una vida completamente independiente en la vida adulta. Por lo general son físicamente activos y tienen una capacidad total de movimiento y pueden alcanzar un desarrollo normal de su capacidad social para relacionarse con los demás y participar en actividades sociales simples.

En resumen se caracterizan por:

1-Retraso pronunciado en el desarrollo psíquico, 2. Marcado retraso en el desarrollo del lenguaje, el que es pobre, impreciso, incoherente, 3. Pensamiento concreto, 4. Poca representación del mundo circundante, 5. Motricidad fina y gruesa afectada, 6. Problemas del equilibrio, 7. Alcanzan el 1er ciclo de enseñanza primaria, en matemática, lectura y escritura, 8. Muestran habilidades sociales aceptables y habilidades básicas para desempeñar un oficio.

C- Retardo Mental Grave: (CI entre 20 y 34).

Tanto las características como la etiología orgánica y la asociación con otros trastornos son similares a los del RM Moderado, en este grupo las adquisiciones son de nivel más bajo que en el anterior; muchas personas dentro de esta categoría padecen un grado marcado de déficit motor a nivel general como específico, con largos entrenamientos conseguimos hábitos elementales higiénicos y de autovalidismo. Precisan de tutelaje familiar o institucional.

En Resumen se caracterizan por:

1-Graves trastornos en la motricidad, el lenguaje (tardío) y la esfera psíquica (cognoscitiva), 2. Se agravan en la edad escolar, 3. Las posibilidades de aprendizaje

son limitadas, 4. Necesitan atención y protección constante, 5. Algunos adquieren destrezas necesarias de la vida sin ser semi-independientes, 6. Su edad mental puede llegar a ser de 3-5 años.

D- Retardo Mental Profundo: (CI es inferior a 20), lo que significa en la practica que los afectados están totalmente incapacitados para comprender instrucciones o para actuar de acuerdo con ellas. La mayoría tiene una movilidad muy restringida o inexistente, no controlan esfínteres y son capaces solo de forma muy rudimentaria de establecer comunicación. Requieren supervisión constante.

Clasificaciones de la Deficiencia Mental				
Clasificación Clínica Americana	Clasificación Educativa	Clasificación de la AAMR	Intervalo de CI	Edad Mental Esperada
Retraso Limite	Aprendizaje Lento	Inteligencia Limite	70-80	13
Morón	Educable	Medio	50-55 a 70	8-12
Imbécil	Entrenable	Moderado	35-40 a 50-55	3-7
		Severo	20-25 a 35-40	
Idiota	A custodiar	Profundo	De 20-25	<0-3

Causas del retraso mental

Leyda y sus colegas consideran que las causas que determinan el retraso mental están dadas principalmente por una lesión cerebral ocurrida en cualquiera de los tres periodos de desarrollo (prenatal, perinatal y postnatal) que aparecen como consecuencias de diversos factores externos que influyen negativamente en desarrollo. Estos factores pueden ser entre otros, infecciones padecidas por la madre durante el embarazo o por el niño en sus primeros años de vida. ()

Las posibles causas del retraso mental: Procesos infecciosos. La gastroenteritis. , la meningoencefalitis y las infecciones de la madre durante el embarazo (rubéola, toxoplasmosis, sífilis), mal nutrición ,traumatismo craneo cefálicos ,agentes

tóxicos ,agentes físicos ,microcefalia , hidrocefalia, prematuridad ,cromosomopatías y alteraciones de los procesos metabólicos.

El colectivo de autores menciona: La fenilquetonuria u Idiocia familiar amaurótica .Entre otras. “Se describe más de un centenar de microtipologías de retraso mental producidas por diversas causas, lo cual corrobora lo difícil que resulta comprender este concepto como un síndrome homogéneo. El profesor Bueno, distingue dos grandes tipos de causas:

Causas Predisponentes, que aisladamente pueden no originar “subnormalidad” pero al concurrir con otras circunstancias pueden facilitar la aparición de factores determinantes. Entre tales circunstancias cita las siguientes: Edad Parental consanguinidad, padres portadores de reagrupamiento cromosómico equilibrados factores socioeconómicos y culturales desfavorables, factores nutricionales y el sexo.

Este autor refiere como “causas determinantes” aquellas que por sí solas pueden determinar la existencia de deficiencias mentales en mayor o menor grado y gravedad y plantea la siguiente clasificación etiológica del retraso mental:

Categoría I Retraso Mental debido a infección, Categoría II Retraso Mental debido a agentes tóxicos, Categoría III Retraso Mental debido a traumatismos, Categoría IV Retraso Mental debido a desórdenes metabólicos, Categoría V Retraso Mental debido a aberraciones cromosómicas, Categoría VI Retraso Mental debido a neoformaciones y tumores, Categoría VII Retraso Mental debido a influencias prenatales desconocidas, Categoría VIII Retraso Mental debido a causas desconocidas con signos neurológicos, Categoría IX Retraso Mental debido a causas desconocidas sin signos neurológicos, Categoría X Retraso Mental debido a más de una causa probable.

1.3. Principales síndromes de la deficiencia mental

Existen diferentes síndromes y enfermedades que producen deficiencia mental:

Gargolismo o enfermedad de Huler. Es la más común de las enfermedades de las lipodosis. Se caracteriza por la acumulación de material adventicio que contiene gran cantidad de lípidos, colesterol y fosfolípidos, produciéndose la degeneración progresiva del tejido nervioso.

Los signos más habituales que presentan los que la padecen: Estatura corta, cuello corto, cabeza dolicocefala y pelo tosco, cifosis lumbar, contracturas en flexión y limitación en el movimiento articular, destilación nasal, manos en garra y deficiencia mental severa y profunda.

Enfermedad de Tay-Sachs. Es la acumulación de lípidos y gangliósidos en el Sistema Nervioso Central. Los signos característicos son: Laxitud, progresiva apatía, convulsiones. Espasticidad y Debilidad motora progresiva.

Enfermedad de Nieman-Pick. Consiste en la acumulación de sustancias con lípidos, gangliósidos, etc., en el cerebro, destruyendo parcialmente las células nerviosas.

Se caracteriza por: Epilepsia, cierta ceguera y debilidad mental severa.

Enfermedad de Gaucher. Suele presentar por acumulo de sustancias como lípidos, ganglios idos, etc., en el cerebro, destruyendo parcialmente las células nerviosas.

Se caracteriza por: Debilidad mental profunda .alteraciones nerviosas parálisis convulsiones y espasticidad.

Fenilcetonuria. Se produce por la existencia de un defecto en el metabolismo de la fenilalanina, producido por ausencia de una Encima, dando lugar a la acumulación de fenilalanina en los lípidos corporales (sangre) y eliminación por la orina de ácido fenilpirúvico

Síndrome del maullido del Gato. Se produce por una alteración cromosómica en el par 5, por la pérdida del brazo corto en uno de ellos. Se caracteriza por: Microcefalia, implantación baja del pabellón auricular Mental severo: Malformaciones Cardíacas pliegue palmar único y grito que se asemeja al maullido de los gatos.

Síndrome de Edwards. Se encuentra en la cromosopatía producida por la trisomía (un cromosoma de más) en el par 16 – 18. Se caracteriza por: Labio superior corto, boca pequeña y amnesia del cuerpo calloso y cardiopatía.

Síndrome de Patau. Es una alteración cromosómica, producida por una trisomía en el par 13 – 15. Se caracteriza por: Malformaciones oculares, malformaciones cerebrales, retraso Psicomotor grave, labio Leporino. Y malformaciones cardíacas.

Síndrome de Turner. Es una alteración cromosómica que consiste en una falta de un cromosoma sexual (X). Se caracteriza por: Talla corta, pliegues cutáneos en el cuello, Ligero Retraso Mental, tórax ancho y excavado, implantación baja del cabello, ausencia de estrógeno, mamas pequeñas y separadas, cuello grueso e infantilismo sexual.

Síndrome de Klinefelter. Alteración cromosómica en el número y clase de cromosomas sexuales, (XXY; XXYY; XXXY), Se caracteriza por: Retraso mental, alteraciones psicológicas, apatías, Ginecomastía y alteraciones sexuales.

Enfermedad de Down (mongolismo). Se produce por la aparición de una trisomía en el par genético 21 (un cromosoma de más). Esta en el grupo de las cromosopatías. Produce mayor número de deficientes profundos. Se caracteriza por: Debilidad mental, labios leporinos, Epicanto (ojos achinados). Cuello corto, hipotonía muscular, alteraciones óseas y cardíacas, tendencia a la obesidad, lengua voluminosa y talla corta

Referencia al Síndrome de Down.

Es uno de los síndromes que más se conoce a nivel internacional y se han diseñado diferentes programas para su tratamiento, tal es el caso del tratamiento fisioterapéutico de las anomalías más frecuentes del aparato locomotor de los niños con Síndrome de Down, en el que se destaca que, la fisioterapia en niños con Síndrome de Down tiene dos objetivos generales:

1-Estimular el desarrollo motor del niño, 2-Realizar actividades físicas para prevenir o corregir determinadas deformidades del aparato locomotor.

Estos objetivos se deberán realizar teniendo en cuenta dos aspectos:

a-El desarrollo psicomotor del niño, y en particular la estimulación de la motricidad gruesa del niño en esta edad, b-Se debe considerar algunos aspectos inherentes a este síndrome: la hipotonía muscular, la laxitud ligamentosa, la lentitud al andar, al coger, a veces los fallos sensoriales y perceptivos (auditivos, visuales, táctiles), lo cual influye negativamente en la ubicación espacial, trayendo consigo torpeza en la coordinación, en el control postural en el equilibrio y en la marcha.

El pie plano-valgo: El pie plano-vago se caracteriza por una laxitud del ligamento calcáneo escafoideo que hace que el astrágalo gire hacia abajo, adelante y adentro, por lo que el pie se presentará en eversión (pronación) y rotación interna, lo que conlleva un hundimiento de la bóveda plantar. Esta deformidad a veces se acompaña de genu valgo y genu recurvatum.

El genu valgo: produce trastornos en la deambulación. Esta va por lo común unida al pie plano-valgo. Al estar de pie esta deformidad plantar altera los puntos de apoyo, lo cual desencadena una mala disposición de la línea de carga, razón por la cual las rodillas tienden a juntarse, con lo que se incrementa el genu valgo. Al caminar, para evitar que su rodilla roce separa las piernas o hace una marcada flexión de cadera y rodilla, o adoptan la forma de tijera, por esto es que frecuentemente pierde el equilibrio y se cae.

El genu recurvatum: se presenta por la característica del niño, la hiperlaxitud, la hipotonía muscular, y generalmente se acompaña al genu valgum, rotación externa de la tibia y pies planos pronados a la carga.

El tratamiento inicial también es conservador, realizarán ejercicios globales, corrección postural. Se recomienda elevar algo más de lo normal el tacón del calzado.

Inestabilidad atlanto-axial: Dentro de las alteraciones de la columna vertebral, las que parecen ser más graves son las de la región cervical, en particular la inestabilidad de la articulación atlanto-axoidea (A.A.A). Esta se debe a la laxitud ligamentosa que presenta el ligamento transversal que se encarga de mantener la apófisis odontoides

ligada al arco anterior del atlas. También a veces se encuentra inestabilidad de la articulación atlánto-occipital.

La escoliosis: las curvas suelen ser toracolumbares y de bajo grado. Solo excepcionalmente pueden aparecer curvas graves que requieran intervención quirúrgica; por lo cual son fundamentales la fisioterapia e higiene postural para prevenir y tratar adecuadamente esta deformidad. Para tratar esta alteración utilizaremos las siguientes técnicas: flexibilización, de potenciación y de relajación.

Alteraciones respiratorias: los niños con SD tienen por lo común muchos trastornos morfológicos del aparato respiratorio (vías nasales cortas y estrechas, cavidad oral pequeña, macroglosia que compromete a la orofaringe, a veces pectus excavatum, alteraciones pulmonares). Si a esto se le añade la hipotonía de los músculos inspiradores espiradores; entonces la respuesta funcional será anormal.

Por esta razón, dentro del tratamiento fisioterapéutico se debe tomar atención a este aspecto, realizando actividades terapéuticas preventivas como son:

- La educación ventilatoria y la estimulación de ejercicios ventila torios. (Incidir en la espiración). Una de las complicaciones más frecuentes y peligrosas después de una operación son los problemas pulmonares; por eso, como parte del tratamiento recuperativo, se indica fisioterapia respiratoria, la cual tiene como objetivos: hacer más fluibles, movilizar y eliminar las secreciones. Para esto se debe combinar una serie de técnicas como son las percusiones, vibraciones, presiones manuales, estimulación de la tos y drenaje postural.

Cardiopatía: “las infecciones respiratorias, que producen neumonía, aun constituyen la principal causa de muerte de los niños con Síndrome de Down, lo cual se aplica fundamentalmente a infante y a los niños pequeños. Sin embargo algunas personas podrían sentirse inclinadas a señalar los defectos cardíacos como la causa principal de muerte e indicar, como el cirujano cardíaco Hallidie-Smith, que aunque las infecciones del tórax constituyen aproximadamente la misma cantidad de muertes “...es concebible que un factor cardíaco congénito sea un elemento contribuyente en muchos de estos pacientes”.

Alteraciones sensoriales: los fallos sensoriales también retrasan en alguna medida el desarrollo motor ya que la capacidad de recibir o responder ante estímulos se haya alterado. Estos niños necesitan de una estrategia adecuada para poder desarrollarse.

Los fallos sensoriales también retrasan en alguna medida el desarrollo motor ya que la capacidad de recibir o responder ante estímulos se haya alterado. Los niños con deficiencia visual tienen dificultades en iniciar una serie de aprendizajes como son: el conocimiento de su propio cuerpo, la organización espacial, la acción de imitar, las habilidades motoras.

Si bien los defectos de la visión y las dificultades en la audición no se encuentran en la misma categoría de gravedad que pone en peligro la vida, como los defectos cardíacos, la calidad de vida es importante en el desarrollo de los niños con este síndrome.

Los ojos:

La característica física más notoria del Síndrome de Down es la forma arquetípica de los ojos. Los pliegues epicánticos y las fisuras angostas palpebrales (o sea el pliegue de la piel en la comisura de los ojos y las aberturas aparentemente inclinadas pero estrechas), se consideran entre los signos de diagnóstico más característicos y claros del Síndrome de Down en el recién nacido. Incidentalmente, los ojos orientales solo dan la impresión de estar inclinados debido a los pliegues epicánticos más pronunciados que no se encuentran en la de los europeos. Por si bien estos rasgos afectan el aspecto, no tiene repercusiones en la visión. Muchas personas consideran este rasgo muy atractivo.

Los oídos: aunque se han notado anomalías en la estructura morfológica de los oídos en quienes padecen Síndrome de Down, por lo general estas criaturas tienden a tener orejas pequeñas y bonitas que pueden estar ubicadas relativamente bajas y que invariablemente tienen lóbulos muy reducidos. Este es un rasgo también bien representado en la población "normal" ¡cómo pueden afirmar muchas mujeres que tienen dificultades para lucir aretes! Si bien son relativamente poco frecuentes las deformidades en la forma de las orejas en el síndrome de Down, la audición anormal es común. A menudo se informa de pérdida de un oído en mayor o menor medida en

criaturas con síndrome de Down, en la que la mayoría de los problemas se deben a otitis media.

La otitis media es el problema del oído medio que aflige a muchos niños cuando tienen alrededor de siete u ocho años. El problema con el síndrome de Down es que el estado no parece ceder espontáneamente, sino que persiste hasta la vida adulta. Es difícil manejar el tratamiento para las infecciones del oído y la subsiguiente pérdida de audición en pacientes con el síndrome de Down, debido a lo diminuto del mecanismo auditivo anatómico.

1.4. Desarrollo motor.

Vamos a describir las características básicas del desarrollo motor de las personas con Síndrome de down, abordándolo en tres estadios. El primero de ellos, que coincide con el segundo de Gallahue's (1989) es en el que se encuentran los niños desde el nacimiento a los dos años (infancia), durante estos dos años podemos observar la aparición e integración de los reflejos y otros aspectos como la postura, la manipulación o el hito de la locomoción. El segundo periodo de desarrollo, tercero para Gallahue's, es la niñez, es en esta etapa donde el niño adquiere y refina los patrones motores fundamentales y comienza el desarrollo de habilidades motoras más complejas. Para terminar el tercer periodo, en el que existen algunas discrepancias entre los autores Gallahue's y Block, comprenderá desde la adolescencia hasta la vejez y coincide con el periodo en el que los patrones motores fundamentales son aplicados a la vida diaria, el puesto de trabajo, deportes y a las habilidades de recreación.

Primer estadio (infancia): existen cierto número de artículos que estudian el desarrollo motor en estos dos primeros años de vida (Carr, 1970; Chen & Woolley, 1978; Cowie, 1970; Fishler, Share, & Kock, 1964; Harris, 1980, 1981; Lydic & Steele, 1979; Dunst, 1988). De forma resumida los resultados vienen a decirnos lo siguiente: (a) extremo retraso en el desarrollo motor comparado con personas sin SD, (b) patrones y estrategias de movimiento fuera de lo normal, (c) hipotonía y hiperflexibilidad, y (d) retraso en la aparición y desaparición de los reflejos y los patrones de movimiento automáticos.

Segundo estadio (la niñez): los artículos revisados en el ámbito del desarrollo motor en estas edades son menos que en el estadio anterior. Henderson (1985) resume los artículos hasta esa fecha en las siguientes conclusiones:

(a) en todas las etapas de desarrollo los Síndrome de down tienen un nivel más bajo de rendimiento que sus los no discapacitados de la misma edad, (b) hay grandes diferencias en el desarrollo entre distintos sujetos con Síndrome de down, (c) la diferencias entre las personas con y sin Síndrome de down, en el desarrollo motor, tienden a ser más y más grandes a medida que la edad es mayor.

En todos los artículos sobre Síndrome de down es comentado el problema que estos muestran en cuanto a las tareas de estabilidad y equilibrio. Un equilibrio pobre puede afectar al desarrollo de las áreas de habilidades motrices y quizás sea uno de los mayores contribuidores, junto con la hipotonía y la fuerza limitada, al retraso en el desarrollo motor.

Una de las referencias más utilizadas en los estudios de equilibrio y control postural es la Shumway-Cook y Woollacott (1985) los cuales analizaron las respuestas posturales en situaciones perturbadoras en seis niños con Síndrome de down. Ellos encontraron que los niños con Síndrome de down respondían con un patrón de activación muscular similar comparándolos con niños sin discapacidad. Sin embargo, los niños con Síndrome de down mostraban mayor variabilidad en sus respuestas así como la llegada de latencia que era significativamente más larga que en niños sin Síndrome de down. Interesantemente, estas latencias eran similares a las mostradas por niños no discapacitados de menor edad, los cuales aun no tenían desarrolladas las respuestas posturales.

Tercer estadio (adolescencia – vejez): no existen muchos estudios realizados a partir de la edad de la adolescencia con Síndrome de down. Los principales estudios en estas edades hacen referencia al tono muscular, la fuerza y resistencia y la flexibilidad. Un estudio interesante que viene a reforzar la idea de que el problema está en el control, es el realizado por David & Kelson, 1982; David & Sinning, 1987), en el cual se comparó a adultos con y sin Síndrome de down. Se encontró que ambos grupos mostraban similares patrones de coordinación, sin embargo los adultos con Síndrome de down no tenían el mismo control que los no discapacitados,

de esta forma los sujetos con Síndrome de down no generaban o mantenían el mismo nivel de activación muscular que los sujetos no discapacitados. Por lo tanto concluyeron que la falta de coordinación general y control muscular podría explicar el retraso en el comportamiento motor de los sujetos con Síndrome de down . (<http://usuarios.lycos.es/camfalcuescar/Discapacidades/SINDOWN/3sd.htm>)

Dentro de la educación de las actividades motoras se buscará estimular otras vías alternativas como son: la auditiva y la táctil-kinestésico. Dentro de la programación de actividades, al niño se le debe de familiarizar con el espacio físico explorando y realizando la actividad co-activamente con el terapeuta hasta que tenga seguridad en sus acciones, dándole información inmediata y exacta sobre los resultados de su intento. Es así que el niño aprenderá a anticipar una acción futura.

Dentro de la educación de la actividad motora se buscará estimular otras vías alternativas como son: la auditiva y la táctil- kinestético. Dentro de la programación da las actividades al niño se le debe familiarizar con el espacio físico explorando y realizando la activad co-activamente con el terapeuta hasta que tenga seguridad con sus acciones, dando la información inmediata y exacta sobre los resultados de su intento. Es así que el niño aprenderá a anticipar una acción futura.

Las actividades de motricidad gruesa que se le enseña al niño con Síndrome de Down tienen que despertar su atención y curiosidad. Debemos desarrollarlas en un ambiente favorable, de aparente espontaneidad y naturalidad, utilizando el juego como método más apropiado. Estas condiciones la cumple su familia y su entorno físico, por esta razón, uno de los aspectos centrales del programa de tratamiento fisioterapéutico, es de orientar a la familia (padre, madre, hermano) haciéndole comprender la importancia de las actividades físicas terapéuticas en este estadio de desarrollo y mentalizándolo en que la familia es la protagonista del tratamiento.

La fisioterapia se desarrollara en su domicilio, por ser el espacio en donde el niño va a desenvolverse en esta fase de su crecimiento. Aquí, el rol del fisioterapeuta es la de orientar la familia en cuanto a las estrategias que esta debe realizar para mejorar la capacidad física de su niño.

Como base de trabajo los autores parten de que todo programa de estimulación debe tener en cuenta los siguientes factores:

1-Atención temprana, 2-Un diagnóstico concreto de las patologías de cada niño determinando las funciones que están comprometidas y en qué grado lo están, 3-Calidad de tratamiento, en cuanto a técnicas, 4-Integración a la vida diaria.

Principales alteraciones motoras:

- Alteraciones del tono muscular (hipotonía, hipertonía)
- Trastornos posturales-motores (pie plano, escoliosis)
- Pobre coordinación.
- Pobre reconocimiento del esquema corporal.
- Trastornos de la lateralidad.
- Dificultad para la estructuración espacio-temporal.
- Lentitud reaccional.
- Dificultades en la orientación espacial y en el equilibrio.

1.5. La Actividad Física en los niños Retrasados Mentales.

Objetivos generales las actividades físico-deportivas para niños con retraso mental:

1. Favorecer el desarrollo psicomotor, a través del desarrollo de aptitudes perceptivo-motoras, capacidades o cualidades físicas (aptitud), desarrollo de las esferas emotivas y volitivas. 2. Corregir, compensar y/o prevenir alteraciones físico-motoras. 3. Desarrollar capacidades motrices condicionales y coordinativas. 4. Propiciar el fortalecimiento de la esfera inductora de la personalidad (confianza en si mismo, autoconciencia, autorregulación, perseverancia e iniciativa, autodisciplina). 5. Favorecer el proceso de aprendizaje en otras facetas del ámbito educativo (lecto-escritura, lenguaje, matemática). 6. Propiciar el proceso de socialización. 7. Fomentar hábitos de comportamiento que aseguren cierta autonomía e independencia.

Acerca de la programación de actividades de educación física para niños retrasados mentales:

-Que concuerden con los propósitos u objetivos de la Educación Física en la Educación General. -Los objetivos específicos para Retrasados Mentales deben comprender el desarrollo de aptitudes perceptivo-motoras, capacidades o cualidades

físicas (aptitud), desarrollo de las esferas emotivas y volitivas, potenciar la socialización. -Se basará en el nivel de desarrollo de los niños teniendo en cuenta las diferencias individuales. -Establecer periodos evaluativos para determinar si se cumplen los objetivos educativos de cada etapa para introducir las modificaciones requeridas.

Uno de los trastornos que presentan los niños con retraso mental, es la afectación del aparato vestibular, lo que en ocasiones trae como consecuencia que en muchos de ellos se observa dificultades en el equilibrio, disminución de la estabilidad, poca coordinación insuficiencia de los movimientos, traduciéndose como dificultades en la marcha. Todo esto exige una organización especial de los ejercicios físicos que ellos realizan con el objetivo de fortalecer totalmente su organización y a la vez ejercer una influencia favorable en los sistemas cardiovascular y respiratorio, así como contribuir a desarrollar el valor, la destreza y sobre todo la seguridad en sus fuerzas, garantizado a partir del perfeccionamiento de la coordinación insuficiente de sus movimientos.

Para trabajar con este tipo de alumnos hay que tener en cuenta la creación de un estado psicológico favorable que predisponga al alumno hacia una actividad activa y consciente; su ubicación en un medio que le plantee mayores esfuerzos en lo social, intelectual y afectivo exige emplear a fondo su capacidad de adaptación, mediante actividades alegres y la oportunidad de manifestación personal y grupal en un clima de libertad, permitiendo amplias posibilidades de creación y no una imposición compulsiva por parte del maestro.

Partiendo de que la base fundamental de todo ejercicio está dado por aquellas habilidades de correr, saltar, caminar, lanzar, trepar, etc., que se realizan sin la necesidad de un aprendizaje inicial, sino dado por acciones naturales del hombre en un vínculo con el medio en que vive y le rodea es que podemos afirmar que conociendo el grado de desarrollo de las habilidades, destreza y capacidades que poseen los alumnos y partiendo de sus potencialidades con apoyo de las vivencias del mundo circundante logramos un trabajo satisfactorio vinculando los ejercicios con el mundo de los animales y personajes.

El juego además de contribuir de manera efectiva al desarrollo de habilidades y capacidades motrices constituye como actividad un elemento de regulación y compensación de las energías potenciales en el niño, un medio esencial de interacción y socialización, es un elemento importante en el desarrollo de estructuras de pensamiento influyendo notablemente en la formación de la personalidad, es por ello que debemos apoyarnos de forma precisa en ellos partiendo de que estos posibilitan la plena incorporación de todas las partes del cuerpo en el movimiento, evitándose la unilateralidad de las cargas, con lo cual se logra influir de forma generalizada en el organismo del niño; además contribuye a la integración social del niño ya que lo prepara para enfrentarse a la vida de forma motivacional, con buen ánimo y buena disposición.

Si somos capaces de lograr una buena motricidad en estos niños tendremos un gran problema resuelto, ya que desde el punto de vista deportivo ellos podrán expresar de forma peculiar sus deseos y necesidades, es decir, el modo que cada uno tiene de relacionarse con lo que lo rodea y el profesor debe trabajar con estas manifestaciones de forma global y peculiar y esto se logra a raíz de la oportunidad que tenga el niño de expresarse libremente tanto a nivel motriz como reflexivo.

El ejercicio físico y la orientación espacial son muy apropiados para erradicar dificultades en estas edades tempranas, aportando una serie de habilidades y destrezas (una buena coordinación óculo-manual), lo que garantiza una buena precisión a la hora de realizar una letra o número, desarrollando así su nivel cognitivo.

Al hablar de hábitos como de habilidades motrices no podemos desconocer que ambas responden a una categoría superior el movimiento humano con un enfoque pedagógico dentro del campo de la cultura física.

La tarea de desarrollar en los niños con retraso mental una amplia capacidad de rendimiento físico y de proporcionarles una cultura de movimiento, está íntimamente vinculada al desarrollo de los hábitos y habilidades en estrecha unión con las capacidades físicas.

El hombre no nace con hábitos y habilidades sociales motora, sino que se forman en el proceso de la actividad humana, tanto intelectual como práctico, ante todo en el sistema de educación y enseñanza la cual persigue la formación de hábitos y habilidades en la actividad laboral). Un buen desarrollo de las mismas permite realizar cualquier acción motora con el menor gasto de energía posible.

“En el campo de la cultura física y el deporte esta relación entre hábitos y habilidades se ve a diario, ya que a medida que se perfecciona la estructura de los movimientos y sus mecanismos de ejecución se hacen más automáticos (hábito), pasan a un plano consciente los objetivos por los cuales se realiza la acción y las condiciones en las cuales transcurren, todo lo cual se traduce en resultados cada vez más efectivos (habilidades)”. (Hernández Mercedes R. Y otros: *Actividad Física Adaptada, El Juego y los alumnos con discapacidad* Segunda Edición. Barcelona, Editorial Paedotribo. Iglesias, Guerra, S (2005): *La Educación de alumnos con diagnóstico de retraso mental*. La Habana, Editorial Pueblo y Educación).

El hábito y la habilidad constituyen una unidad dialéctica. “Los hábitos en última instancia condicionan el perfeccionamiento de las habilidades y a veces proceden su formación” mientras que “las habilidad perfecciona en gran medida el dominio de los hábitos”.

Las habilidades desde el punto de vista motriz se clasifican en: motrices básicas y deportivas. Las motrices básicas son aquellas como: Lanzar, correr, saltar, atrapar, escalar, que el niño desarrolla en los primeros años de la infancia y que mediante la práctica de ellas se consolidan y perfeccionan en distintas formas de juego, tipo de gimnasia y del deporte atletismo fundamentalmente. Es decir que durante este período transcurre el proceso de formación de la actividad motora y donde se dan las premisas de la educación de las cualidades físicas.

La formación y desarrollo de hábitos y habilidades en niños retrasados mentales es aún más complicada debido a las características que poseen, por lo tanto es importante seleccionar adecuadamente los métodos, procedimientos y medios que se van a utilizar en cada una de las actividades.

No basta sólo con una buena explicación y demostración (método verbal) sino que es necesaria además la ejecución (método práctico) del movimiento repetidamente, aunque en los primeros intentos se cometan errores y los movimientos no sean perfectos, es con lo que realmente se logrará la comprensión del movimiento. La ejecución práctica, unida a la explicación y demostración es lo que permite una representación real de la actividad.

Operacionalización de la variable dependiente.

Variable	Dimensiones	Indicadores
Desarrollo de Habilidades Motrices Básicas	Correr	.Correr en línea recta hasta 15 metros. .Coordinación de brazos y piernas.
	Saltar	.Saltar obstáculos de hasta 30 centímetros de altura .Coordinación Dinámica.
	Lanzar	.Coordinación óculo- manual. .Coordinación postural.

Conclusiones parciales del capítulo

A modo de resumen en este capítulo se examinaron los principales fundamentos teóricos y metodológicos acerca desarrollo motor en niños(as) 7 a 10 años con Síndrome de Down, así como el análisis de sus fundamentos teóricos conceptuales que permitieron:

- Concretar los indicadores fundamentales del Síndrome de Down desde una definición operacional del mismo.
- Conocer aspectos fundamentales que lo caracterizan.

Los contenidos abordados en el presente capítulo significan núcleos teóricos básicos para el estudio científico y objetivo de esta temática, así como los elementos para la elaboración de la propuesta hacia el plan de actividades físicas que permitan mejorar el desarrollo de las habilidades motrices básicas en niños(as) 7 a 10 años con Síndrome de Down.

CAPÍTULO II. DIAGNÓSTICO DEL ESTADO ACTUAL DE LAS ACTIVIDADES LÚDICAS PARA MEJORAR LAS HABILIDADES MOTRICES BÁSICAS, CORRER, SALTAR Y LANZAR, EN NIÑOS(AS) CON ESTA DEFICIENCIA. PRESENTACIÓN Y VALORACIÓN DE LA PROPUESTA.

Este capítulo tiene la finalidad de presentar actividades lúdicas tomando en consideración los sustentos relacionados con la filosofía, la sociología, la psicología y la pedagogía como elementos que permitirán la interpretación teórica y metodológica de la propuesta que se ofrece. Se asume la concepción histórica cultural como base en el desarrollo del trabajo.

2.1. Resultados de la revisión documental. (Ver Anexo 1)

Al hacer revisión de los documentos para valorar el Programa de Rehabilitación Autoservicio (ABC) del Centro se pudo constatar que:

- Este carece de objetivos elaborados metodológicamente.
- A pesar de poseer actividades establecidas, carece de actividades lúdicas para el mejoramiento de las habilidades motrices básicas, en los niños (as) con Síndrome de Down.
- No contempla la sistematización de actividades para mejorar las habilidades motrices básicas, en los niños (as) con Síndrome de Down, con participación de la familia.

Sonia Guerra plantea un grupo de lineamientos para cumplimentar un programa de desarrollo para el Retraso Mental: estimulación a niños y niñas con características especiales en su desarrollo en edad temprana y preescolar, Preparación para la vida adulta independiente, Educación de padres de familia de personas con retraso mental, Formación de la conciencia pública, cívica y social, Implementación de adaptaciones curriculares individualizadas, Sistematización del uso de la tecnología educativa (informática, la televisión educativa y videos.), Promoción de salud y elevación de la calidad de vida, Educación de escolares con necesidades educativas especiales de carácter más complejo(formas más graves de retraso mental- retraso mental asociado a otras discapacidades), La atención priorizada a escolares con

retraso mental en la enseñanza regular. (Particularidades del trabajo educativo en la enseñanza de escolares con retraso mental. Msc. Sonia Guerra Iglesias.)

La implementación creativa de los lineamientos anteriores para la formación de valores, la disciplina y la responsabilidad ciudadana desde la escuela, adquieren una connotación especial, al asegurar el tránsito exitoso por cada uno de los grados de los educandos con retraso mental convirtiendo este programa en núcleo central de las acciones educativas que se gestan y desarrollan para que se cumpla la función social de la educación para escolares retrasados mentales, es decir, la preparación del retrasado mental para incorporarse activamente a la vida social y laboral a través de tareas generales y específicas relativas a la formación integral, multilateral y armónica del hombre. (La modelación: Una vía para ampliar la zona de desarrollo próximo en niños con diagnóstico de retraso mental. Autores: Dra. Melva Rivero Rivero M.Sc. Maritza Cuenca Díaz.).

La ampliación de la zona de desarrollo próximo de los alumnos con diagnóstico de retraso mental constituye una preocupación constante y actual de la Pedagogía y la Psicología.

En la provincia Camagüey, se han realizado estudios que han denotado el insuficiente trabajo en función de la ampliación de su zona de desarrollo próximo, lo cual repercute en el desarrollo intelectual de estos escolares, pues no logran corregir y compensar las limitaciones que los caracterizan, por lo que al concluir el noveno grado se constata que persiste en ellos un deficiente desarrollo del pensamiento, que se manifiesta en las debilidades del análisis y la síntesis, lo que influye en la abstracción y la generalización, en la representación mental de un objeto como un todo único, así como en la presencia de una estereotipia del pensamiento que se expresa en dificultades para pasar de un modo de solución a otro, y para transferir los conocimientos ya aprendidos a nuevas situaciones.

Además, se evidenció pobre volumen perceptual, dificultades para solucionar tareas aritméticas, se les hacía muy difícil fundamentar verbalmente sus respuestas, tenían un limitado desarrollo de la memoria en general, con mayor afectación de la memoria

voluntaria, la lógica y la mediata, pobre desarrollo de la imaginación, fundamentalmente de la activa.

Al profundizarse en las causas de este insuficiente desarrollo se evidencia que independientemente de las características que son propias de ellos, existen dificultades en relación con las estrategias de aprendizaje empleadas, pues no potencian la ampliación de la zona de desarrollo próximo, ya que el proceso pedagógico en el que les ha tocado interactuar se ha caracterizado por no tener en cuenta cómo se produce el proceso de aprendizaje por los alumnos, sólo se evalúan los resultados; por otra parte, los ejercicios que se indican son fundamentalmente reproductivos, no se ven obligados a razonar, o como dijera A. Binet en su tiempo, "...en suma no se promueve el desenvolvimiento de su inteligencia" (Binet, 1910, p.15). De ahí que valga la pena preguntarse, ¿cómo ampliar la zona de desarrollo próximo de escolares con diagnóstico de retraso mental? Es necesario buscar procedimientos -vías de flanqueo- (Vigotski, 1982), para contribuir a la ampliación de la zona de desarrollo próximo de estos escolares.

Según la concepción del desarrollo Histórico -Cultural lo biológico es la base de lo psíquico; pero el hecho de que se estructure y funcione depende de las condiciones socioculturales que influyen sobre el sujeto, de que en su nivel interpersonal se produzca un proceso de intercambio de experiencias y conocimientos.

En los alumnos con diagnóstico de retraso mental este proceso está limitado por lo biológico, sin embargo, puede compensarse por medios socioculturales, pues, aunque se considere el papel de lo biológico, el más elemental desarrollo psíquico depende de lo que se haga desde fuera, desde el mundo de las relaciones con los otros.

En correspondencia con lo anteriormente expuesto se elaboraron indicadores, que permitieron no solo evaluar la amplitud de la zona de desarrollo próximo sino también trazar las pautas para la concepción de un proceso de enseñanza aprendizaje verdaderamente estimulador. Los indicadores propuestos fueron (Rivero, Arias, 1999):

1. Tiempo necesario para ejecutar la tarea con calidad, 2. Tipo de ayuda. 3. Transferencia a nuevas tareas dentro del tipo de problema, 4. Transferencia desde el mismo problema a tareas de mayor complejidad, 5. Transferencia desde un tipo de problema a otro, 6. Forma de trabajo, 7. Influencia de la presencia del adulto, 8. Motivación hacia la tarea.

Estos indicadores se utilizaron en una investigación (Rivero, 2001) en la que niños con diagnóstico de retraso mental fueron sometidos a un experimento formativo, con el que se demostró la eficacia de la utilización de la modelación espacial en calidad de mediatizador para la realización de tareas de construcción lo que generó una sensible ampliación en la zona de desarrollo próximo.

En la solución de los problemas se tuvo en cuenta que se brindara la ayuda necesaria, para lo cual se elaboraron los siguientes niveles:

Primer nivel de ayuda: consiste en dirigir la atención del niño hacia los modelos, con el objetivo de que el propio niño se percate de qué es lo que tiene que realizar. Se pueden emplear frases tales como: fíjate bien en el modelo, ¿Esa construcción es alta o baja?, ¿Qué vas a construir?, fíjate bien qué es necesario hacer primero.

Segundo nivel de ayuda: se le indica la parte del modelo en la cual tiene dificultades, y en caso necesario se le señala la pieza que está incorrectamente colocada sin darle más detalles. Se emplean frases tales como: mira bien aquí en esta parte del modelo, observa bien aquí en el modelo, y dime ¿dónde y cómo se pone esa pieza?, fíjate bien aquí en el modelo, y dime ¿por qué seleccionas esa pieza?, antes de colocar esa pieza observa bien aquí, y dime ¿qué pieza debes colocar allí?

Tercer nivel de ayuda: explicarles verbalmente cómo resolver el problema.

Cuarto nivel de ayuda: construcción al unísono maestro - alumno, o sea el adulto comienza construyendo junto al niño, a la misma vez, pero va probando si el niño puede continuar solo, una vez que lo logre la construcción del maestro se detiene y el niño continúa.

Quinto nivel de ayuda: demostrar delante del niño cómo se realiza la construcción, retirarla rápidamente y que él la realice guiándose por el modelo.

2.2. Características del consejo popular urbano del municipio San Juan y Martínez.

El contexto social donde desarrollaremos nuestro proyecto, podemos plantear que es una comunidad urbana del municipio San Juan y Martínez. Este Consejo Popular tiene una extensión territorial de 2.5 km², al norte limita con Lagunillas, al sur y al oeste con el Consejo Campo Hermoso y al este con el Consejo "Punta de Carta. Tiene un total de 2 202 habitantes.

Como gustos y preferencia podemos mencionar, la música grabada, las carreras de caballos, rodeos, peleas de gallos finos, la pesca este último tiene un foco de criadores en La Ceiba, entre otros. Está compuesto por 8 Consejos Populares y uno de ellos es el urbano, el cual está estructurado de la siguiente forma:

La comunidad donde radican 173 discapacitados 54 de la Asociación Nacional de Ciegos y débiles visuales, 63 de la Asociación Cubana de Limitados Físicos Motores y 56 de la Asociación Nacional de Sordos e Hipoacústicos. El estado de los solares es aceptable puesto que existe un programa para la limpieza de estos y las áreas verdes llevado a cabo por la empresa de comunales y por salud pública. En cuanto al nivel de escolaridad se puede decir que la población va alcanzando cada vez niveles superiores con los programas que tiene en práctica la revolución como por ejemplo el del adulto mayor, la universalización municipal.

Las principales ocupaciones y sustentos son actividades vinculadas a los servicios e industria.

Existe un gimnasio deportivo que se construyó en el año 1985, de la que se sirve la comunidad que abarca el centro del casco urbano. En el área existe una población longeva donde ocurren pocos nacimientos y la población se está volviendo cada vez más vieja.

El consejo popular está estructurado de la siguiente forma:

- 1 presidente del consejo popular.
- 12 circunscripciones.
- 7 delegados de circunscripciones.
- 2202 habitantes.
- 558 viviendas.

- 37 CDR.
- 5 bloques de la FMC.
- 52 núcleos del PCC.
- 415 militantes del PCC.

Sostiene su identidad e integración sobre la base de necesidades como son:

- Creación de centros y espacios para elevar el nivel cultural de los habitantes.
- Buscar alternativas para disminuir el número de alcohólicos y de fumadores.
- mejorar el abasto de agua.
- lograr una integración de todos los desvinculados al estudio al trabajo.
- creación de círculos de abuelos en las comunidades.

El consejo popular cuenta con los siguientes recursos:

En la parte educacional: 2 círculos infantiles.

1 seminternado.

3 escuelas primarias.

4 Sedes Universitarias Municipales.

Por la parte del Instituto Nacional de Deportes Educación Física y Recreación, cuenta con: 4 Combinados Deportivos.

Por la parte de Salud Publica cuenta con: 6 consultorios médicos.

Por la parte de Comercio cuenta con: 9 unidades comerciales. 4 carnicerías.

Por la parte de la Gastronomía cuenta con: 4 cafeterías.

Otros de los indicadores está relacionado con las tradiciones culturales e ideológicas, políticas y religiosas que en los pobladores de esta comunidad ha ido sufriendo cambios muy favorables ya que se asiste a las actividades políticas, se celebra la semana de la cultura y la quema de San Juan el 21 de febrero.

Metodología de la intervención Comunitaria

Teniendo en cuenta nuestro diagnóstico y los objetivos propuestos finalmente va encaminada nuestra propuesta metodológica a:

- 1- Capacitación al promotor de Recreación relacionada con las indicaciones metodológicas orientadas para el trabajo con personas diagnosticadas con Síndrome de Down.
- 2- Potenciar y dar responsabilidad al promotor de Recreación de organizar encuentros con mujeres creadoras.
- 3- Coordinar con las organizaciones, instituciones de la comunidad actividades con personas diagnosticadas con Síndrome de Down.

Técnicas de Intervención Comunitaria

Entrevistas a informantes claves: Se les realiza entrevistas a los agentes de la socialización (Federación de Mujeres Cubanas, Comité de Defensa de la Revolución) delegados de la circunscripción coordinador de la zona, promotores de salud, educación, cultura y deporte.

Recolección de datos secundarios: estos estuvieron dirigidos a la situación existente con el objetivo de investigar (estadísticas, encuestas).

Fórum comunitario: De manera conjunta se expresan las principales dificultades de la localidad y las que afectan directamente a los discapacitados del consejo popular Hermanos Saíz.

Métodos de Intervención Comunitaria

Primera etapa. Elaboración del diagnóstico comunitario participativo (Este constituye inventario de los problemas que atañen los de la comunidad)

Método de Nalón que consiste en.

Determinar la magnitud (A) A partir del número de afectado por el problema.

Determinar la severidad (B) teniendo en cuenta la gravedad del problema afectado que provoca y la importancia que tendría seguir existiendo.

Determinar la eficacia (C) a partir de las posibles soluciones del problema planteado desde difícil hasta alcanzable.

Determinar la facilidad. (D) Se incluyen si es pertinente o no a la solución propuesta.

La formula general es $(A+B) C.D$

Segunda etapa. Seguimiento y evaluación del proceso e impacto del plan de acción.

Carácter de proceso y sistematización el trabajo comunitario es permanente, no concluye con la solución de determinados problemas, siempre quedan aspectos que

son de atención continua, satisfacen determinadas necesidades y alcanzan objetivos previstos, surgen nuevos metas y aspiraciones.

2.3. Diagnóstico del desarrollo de las habilidades motrices básicas (correr, saltar, lanzar) de los niños(as) de 7 a 10 años, con Síndrome de Down del consejo popular urbano del municipio San Juan y Martínez.

En vistas a cumplimentar las tareas de nuestra investigación es que realizamos el análisis de la entrevista efectuada a los tres especialistas del centro de diagnóstico, partir de la tabla confeccionada al efecto.

En la Tabla # 1 Mostramos los datos que nos ofrecieron las personas entrevistadas. (Ver anexo 2)

Preguntas	Respuestas
1	Ayuda a levantar su ánimo. Le ayuda a desarrollar las destrezas motoras. En su realización se sienten importantes. Le ayuda a crecer sanos y fuertes. Permiten el desarrollo de emociones.
2	Los años de experiencia oscilan entre los 5 y 8 años.
3	El 100 % utiliza actividades dirigidas.
4	Correr, lanzar rodando y gatear. Juegos dirigidos al desarrollo de estas habilidades, que se encuentran en el programa.
5	El 50% tiene a disposición actividades para desarrollar en clases las habilidades motrices básicas y ponen como ejemplo los juegos dinámicos. El 50% no tiene a disposición actividades para desarrollar en clases las habilidades motrices.

En la que podemos observar que el 100% de los entrevistados refiere que las actividades físicas ayudan al retrasado mental en el desarrollo de destrezas motoras, así como a fortalecer su estado psicológico, al comentar que los hace sentirse importante, a levantar su estado de ánimo, es decir, que permiten incorporarlo a la sociedad, función que tiene la Enseñanza Especial.

Los años de experiencia de los entrevistados oscilan entre los 5 y los 8 años (pregunta 2) y en su opinión el principal aspecto que se debe tener en cuenta para

dosificar las actividades es el nivel del trastorno, pues utilizan las actividades que están en el programa sin sus variantes e iniciativas. (Pregunta 3).

Relacionado con la cuarta pregunta (¿Qué habilidades motrices básicas desarrollas en tus clases y que elementos utilizas para ello?), solo manifiestan: correr, lanzar y gatear; lo que nos muestra que no trabajan todas las habilidades motrices básicas y utilizan para ello los juegos dirigidos al desarrollo de estas habilidades, que se encuentran en el programa, sin tener en cuenta las iniciativas y características individuales de cada niño.

Esto tiene muchísima relación con la respuesta ofrecida a la pregunta 5, donde solo el 50% de los entrevistados, tienen a disposición actividades para desarrollarlas en clases y así prestar atención a las habilidades.

Para dirigir las actividades a las características reales de los niños Síndrome de Down del centro de diagnóstico municipal, fue necesario diagnosticarlos. En la Tabla # 2 se muestra la distribución de los niños según la profundidad del defecto:

Clasificación	Niñas	Niños	Total
Leve	4	4	8
Moderado		4	4
Total	4	8	12

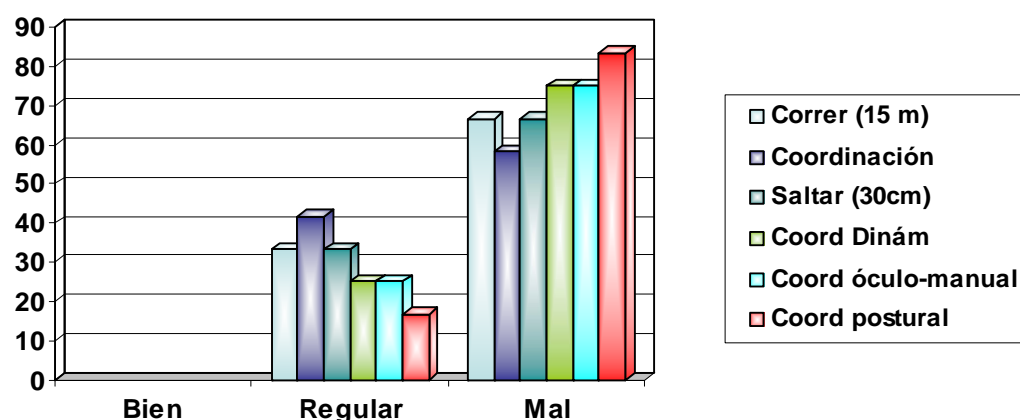
En esta primera medición para constatar el desarrollo de las habilidades motrices básicas correr, saltar, lanzar, los indicadores se manifestaron de la siguiente forma:

Habilidades Motrices Básicas	Evaluación		
	Bien	Regular	Mal
Correr			
Correr en línea recta hasta 15 metros.		4 (33,3%)	8 (66,6%)
Coordinación de brazos y piernas.		5 (41,6%)	7 (58,3%)
Saltar			
Saltar obstáculos de hasta 30 centímetros de altura.		4 (33,3%)	8 (66,6%)
Coordinación Dinámica.		3 (25%)	9 (75%)
Lanzar y Atrapar			
Coordinación óculo- manual.		3 (25%)	9 (75%)
Coordinación postural.		2 (16,6%)	10 (83,3%)

En la tabla podemos constatar que no hay niños evaluados de bien en las habilidades motrices que se toman como referencia y que las mayores dificultades se presentan en saltar y lanzar con 8, 9 y 10 niños evaluados de mal respectivamente.

Las deficiencias que se presentan se pueden resumir en que salta con deficiencias en la coordinación y ritmo los obstáculos, derribando hasta la mitad de ellos, la mala coordinación de piernas y brazos le impide saltar los obstáculos. Más de la mitad de sus lanzamientos no cumplen sus objetivos., su deficiente coordinación óculo-manual le impide derribar los blancos.

El gráfico muestra el comportamiento de los indicadores en la primera medición.



2.4. El plan de actividades lúdicas.

Nuestro producto científico tiene por título: Plan de actividades lúdicas para mejorar las habilidades motrices básicas en los niños con Síndrome de Down, de 7 a 10 años de edad, del consejo popular urbano del municipio San Juan y Martínez.

Fundamentación de la metodología del plan de actividades lúdicas.

El plan consiste en poner en función un grupo de juegos donde la población de niños con este padecimiento disfrute de las ofertas deportivas partiendo de un diagnóstico inicial de principales deficiencias en la ejecución de las habilidades motrices básicas de correr, saltar y lanzar, no se excluye de la participación a ningún familiar o adulto

que acompañe a los niños, por el contrario se busca la mayor incorporación a estas actividades que se planifiquen.

La preparación general integral del personal dedicado a estas actividades es una necesidad de nuestro proyecto en práctica, pues de sus resultados depende en gran medida que se perfeccione la calidad de la dirección y organización científica del trabajo de actividades lúdicas que se desarrolla en la comunidad perteneciente al consejo popular urbano.

Los profesores de cultura física ocupan un lugar importante dentro de los recursos humanos con que cuenta nuestra institución para garantizar una atención integral de calidad en las actividades a realizar con nuestros niños, es por ellos que resulta necesario elevar su preparación. Su implementación se hace con el propósito del mejoramiento de las habilidades motrices básicas fundamentales para garantizar su vida adulta independiente, logrando con esto la inserción en actividades de carácter social de participación masiva, favoreciendo además a la cultura comunitaria.

La misma se fundamenta desde las características del plan de actividades lúdicas y de las habilidades motrices básicas a mejorar en los niños. La autora se acoge al concepto emitido por Aldo Pérez, el cual expresa que **plan de actividades** es un grupo ordenado de normas o procedimientos que contribuyen a un fin.

Está basada sobre los fundamentos teóricos expuestos en el capítulo # 1 y partiendo de las teorías de Aldo Pérez, Pablo Waichman, Jofre Dumazedier, las cuales el autor asume para plantear que es:

- ❖ Pedagógica y desarrolladora: Se realiza a partir de la orientación y la realización de las actividades lúdicas, con el fin de que los niños puedan ejecutar y desarrollar habilidades para que logren su desarrollo físico. Además estamos poniendo al servicio del Centro de Diagnóstico y Orientación una vía para desarrollar habilidades motrices básicas para necesarias para la vida adulta independiente.
- ❖ Dialéctica: Las actividades contienen en si una relación que está propiciada por el hecho de derivarse de una misma disciplina, la gimnasia, además los distintos juegos por separado utilizan como base elementos técnicos propios de ella.

❖ **Demostrativa y Participativa:** Porque los niños observan la explicación y demostración por parte del profesor o activista sobre cómo se va a desarrollar cada actividad según sus características. Se considera participativa porque los niños son los que llegan a cabo todas las actividades que se vayan a realizar.

Objetivo General: Mejorar las habilidades motrices básicas de correr, saltar y lanzar a través de las actividades lúdicas necesarias para su incorporación a la vida adulta independiente.

Objetivos específicos:

1. Lograr una atención integral a los niños de 7 - 10 años, mejorando las habilidades motrices básicas (Correr, saltar, lanzar y atrapar). 2. Diversificar la forma de práctica de las actividades lúdicas, mejorando las habilidades motrices básicas (Correr, saltar, lanzar y atrapar).

Características de la propuesta.

La propuesta se apoya también en otras 2 características fundamentales:

◆ **Flexibilidad:** Posibilidad de cambiar los medios o vías de solución cuando estos resultan inadecuados y encontrar nuevos caminos. Apreciar las transformaciones que exige un planteamiento nuevo del problema.

Esta característica permite que las actividades de la propuesta vayan interactuando y que varíen en dependencia de las necesidades de los niños, permitiendo que otras actividades no propuestas dentro del plan de actividades sean aceptadas. Estos niños una vez aplicado estas actividades se sintieron más flexibles ante cualquier tarea a desarrollar ya que se tuvo en cuenta las características de dicho grupo a la hora de planificarlas, se vio el interés por parte de ellos y la disponibilidad de realizar cualquier actividad dentro y fuera del grupo.

◆ **Realización Personal:** Estas actividades están previstas para permitir a los niños mejorar sus habilidades motrices básicas, permitiéndole una interacción con la familia y el contexto en el que él se desarrolla. Elevando su personalidad, a través de las actividades lúdicas se sienten realizados de poder ejecutar actividades y tareas que le asignan dentro y fuera del hogar, eleva la cultura y educación de los

mismos por lo que le permite la socialización de estos con los demás miembros del grupo, aumentando el círculo de relaciones sociales y estimula a potenciar su papel activo en la familia y la incorporación a la sociedad.

También se tuvo en cuenta ciertas regularidades como:

- ♦ El carácter predeportivo de las actividades, esta dado en que las actividades que se ofertan contienen elementos técnicos de varios deportes.
- ♦ Desarrollo lúdico: Se pone de manifiesto en el carácter de juego que se le atribuye a las actividades programadas, además de fomentar valores como la laboriosidad, colectivismo, cooperación, perseverancia.
- ♦ Adquirir conocimientos de elementos técnicos de los deportes que se proponen.
- ♦ Conciencia y actividad: Al realizar las actividades de manera consciente, sabiendo el porqué las están realizando.

Principios en los que se sustenta la propuesta.

El plan de actividades lúdicas se sustenta en tres principios fundamentales, que le permiten una fundamentación científica a la misma. Estos son:

1. Unidad de la actividad y la comunicación.
2. Unidad de lo afectivo y lo cognitivo.
3. Carácter desarrollador.

El principio de la comunicación y la actividad, base para lograr una buena comprensión entre profesores y niños, así como entre todos los que participan en la realización de la propuesta donde se deben interrelacionar sobre la base de objetivos comunes y con la orientación adecuada por parte de los profesores de Educación Física hacia los juegos.

El principio de la relación de lo afectivo y lo cognitivo también tiene una especial significación ya que a partir de él se logra una relación adecuada y emocional para la discusión y análisis de situaciones que implican un conocimiento, pero también otras relacionadas con el contexto, con las experiencias y vivencias de todos los niños participantes, lo que puede generar emociones positivas y puntos de vista que enriquecen el propio trabajo.

Carácter desarrollador: centra la atención en las características de los practicantes y del entorno en que se desenvuelven, donde a partir de la preparación individual y grupal de los miembros, exprese la capacidad para integrarse a un mejor nivel.

2.5. Estructura del Plan de actividades lúdicas para mejorar las habilidades motrices básicas (correr, saltar, lanzar y atrapar) en los niños con Síndrome de Down, de 7 a 10 años de edad, del consejo popular urbano del municipio San Juan y Martínez. Presentación de la propuesta.

Sugerencia para la aplicación de la propuesta:

La perspectiva de esta propuesta es que su uso no se limite solamente en el Centro sino también en otras comunidades. Es la razón por la cual surgió la necesidad de mencionar algunos aspectos importantes que el especialista y la familia deben tener en cuenta a la hora de ponerla en práctica, para que se puedan cumplir los objetivos. Estas sugerencias han sido concebidas sobre la base de los conocimientos adquiridos y de la experiencia acumulada a lo largo de esta investigación. Se recomienda su aplicación en las diferentes comunidades donde se diagnostiquen niños (as) con Síndrome de Down por la importancia para mejorar las habilidades motrices básicas, en los mismos a través del juego con la participación directa de la familia, un personal especializado y la comunidad.

En este sentido se sugiere:

-Introducir actividades lúdicas en el Programa de Autoservicio (ABC) para mejorar las habilidades motrices básicas en los niños(as) con síndrome de Down en el Centro de Diagnóstico del municipio San Juan y Martínez.

-1 -Las actividades lúdicas deben estar dirigidas y orientadas por un especialista de la Cultura Física.

2-Que se integre a la familia como parte esencial para la realización de actividades lúdicas.

3-Que se trabaje en un área silenciosa y tranquila, lejos de posibles distracciones.

4-Que se tome la recuperación para mantener un buen ritmo de trabajo en los juegos.

5-Mantener la motivación constante para evitar la monotonía utilizando formas y tipos variados de trabajo, ya que la motivación será más intensa cuando se sabe la importancia de la misma.

6-Que los juegos propuestos constituyan siempre una actividad productiva desde el punto de vista psicológico y físico.

7-Que los medios a utilizar en los juegos tengan los requerimientos básicos para los niños(as).

8-A la hora de aplicar los juegos se debe tener en cuenta que las habilidades motrices se den de forma alterna, y que el tiempo de duración de este dependerá de la posibilidad y la característica del paciente.

9-Usar una variante o crear otras que se ajusten al juego.

10-La explicación de los juegos para la sistematización de los mismos por parte de la familia, debe ser bien clara y detallada por parte del especialista, tratando de que estas asimilen en qué consisten y sus condiciones para realizarlas en conjunto con los niños(as).

11-Se debe demostrar el juego la cantidad de veces que sea necesario.

12-La ejecución práctica del juego no debe ser con competencia.

Normativas para la ejecución de actividades lúdicas.

1-No se pueden ejecutar a prisa ya que estas deben repetirse las veces que sean necesarias teniendo en cuenta las características de los niños(as).

2-La explicación y demostración de la actividad debe ser de manera clara y sencilla sobre todo para que la familia adquiera la habilidad para sistematizarlas en casa.

3-Dar oportunidad a la familia de dirigir la actividad.

4-No se puede empezar antes de que el especialista o la familia dé la voz de mando.

5-El niño(as) no se puede quedar en el mismo lugar sino que debe desplazarse simultáneamente con el otro que lo ayuda, según las características de las actividades lúdicas.

6-Desplazarse siguiendo el ritmo de la palmada u objeto que usa el especialista o el familiar.

7-Las ejecuciones de actividad deben ser con ayuda, o sin ayuda según las características y posibilidades de los niños (as).

8-No se puede obligar o presionar a los niños(as) para dar ejemplo, pero debe hacer que se motiven para sentirse útiles en el grupo y en la casa a la hora de realizar las actividades.

9-En el caso de los juegos necesiten como medio dibujos o figuras estos deben ser de tamaño que se visualicen bien para facilitar el mismo, los colores diferentes y llamativos para llamar atención de los niños.

Indicaciones metodológicas de actividades lúdicas.

Sugerencias para las adaptaciones en las actividades físico-deportivas

Espacio: espacios indefinidos o con delimitaciones muy flexibles.

Material: -Utilizar los objetos necesarios con la finalidad de no crear dispersión.

-Los objetos deben ser grandes, ligeros y que posibiliten cualquier tipo de manipulación.

-El tamaño de los objetivos podrá reducirse a medida que los vayan dominando (aumentara la velocidad de ejecución)

-Dejar manipular y experimentar con los objetos y las propuestas presentadas.

Normativa: los juegos deberán ser cortos, por la falta de concentración típica de los niños deficientes. Si el juego es muy complejo, se le dará la explicación del juego de manera muy general y durante el desarrollo orientar las normativas básicas.

En caso de utilizar sistemas de puntuación, estos tendrán que ser muy sencillos (para que puedan hacerlo)

Táctica: el juego tendrá que presentarse con pocas decisiones a tomar. Se tendrá que dejar un tiempo considerable para pensar la respuesta y será mejor que conlleve una sola decisión/respuesta a cada situación.

Habilidades: presentaremos siempre de entrada, habilidades muy sencillas que, poco a poco irán aumentando en dificultad según el nivel y grado de ejecución de los participantes.

La estimulación motriz para lograr el desarrollo de algunos hábitos en niños(as) retrasados mentales es aun más complicada debido a las características que poseen, por lo tanto es importante seleccionar adecuadamente los métodos, procedimientos y medios que se van a utilizar en cada una de las actividades.

No basta sólo con una buena explicación y demostración (método verbal) sino que es necesaria además la ejecución (método práctico) del movimiento repetidamente, es con lo que realmente se logrará la comprensión del movimiento. La explicación unida

a la ejecución práctica, es lo que permite una representación real de la actividad con el objetivo de que la familia y la comunidad puedan sistematizar y comprender las misma, su utilidad y el beneficio de estas para el logro de una vida semi independiente en estos niños(as).

Los niños(as) con Síndrome de Down necesitan mayor repetición de los movimientos, de ahí podemos decir que el método por excelencia para estos niños es el de repetición. Es conocido que ellos tienen afectados, entre otros, los procesos de percepción, memoria y atención por lo que el reflejo de la realidad circundante es insuficiente además de las características de las habilidades motrices básicas ya analizadas. Por eso se hace necesario establecer **indicaciones metodológicas básicas** para la actividad física adaptada válidas para el especialista, la familia y la comunidad:

1. Trabajar de forma consciente y sistemática.
2. Evitar períodos inactivos.
3. Trabajar la psicomotricidad gruesa y fina.
4. Las órdenes de las actividades deben ser formuladas de forma clara de manera que sean comprensibles.
5. Aumentar de forma gradual la complejidad de las tareas.
6. Las actividades deben seleccionarse teniendo en cuenta el nivel de desarrollo alcanzado por los niños(as) relacionándose con las características físicas, psíquicas y emocionales individuales de cada infante.
7. La selección de las actividades debe estar en estrecha relación con las necesidades individuales, profundidad de las deficiencias motoras y otras asociadas.
8. Seleccionar de forma cuidadosa los medios o materiales a utilizar haciendo una presentación oportuna de ellos.
9. Propiciar procesos de socialización.
10. Fomentar hábitos que aseguren una vida adulta semi independiente.

Actividades lúdicas.

Dosificación

Estas actividades lúdicas serán dosificadas según las características individuales de cada niño(a). Aumentando la complejidad de ellas en dependencia de niveles de asimilación de estos.

Frecuencia: diarias.

Métodos:

Explicativo – Demostrativo- Explicativo.

Repetición.

Global.

Juegos.

Objetivo:

Mejorar el desarrollo de las habilidades motrices básicas (Correr, Saltar, Lanzar y Atrapar) de los niños(as) con Síndrome de Down a través de la actividad lúdica para lograr una vida adulta semi independiente con ayuda de la familia, el personal especializado y la comunidad.

Juego 1.

Título. Imita al profesor.

Objetivo: mejorar la coordinación de piernas y brazos. **Lugar:** local amplio, patio o área. **Organización:** dispersos. **Materiales:** dibujos de colores, pelotas pequeñas.

Desarrollo: el adulto realiza un movimiento (imitar correr, saltar, lanzar o atrapar) en el lugar. Se les pregunta ¿qué hace?, ¿ustedes pueden hacer lo mismo? . Se invita a que traten de imitar lo que realiza el especialista o el familiar.

Juego 2.

Título. La línea recta.

Objetivo: correr en línea recta, mejorando la coordinación de los movimientos.

Materiales: jardín o patio del centro. **Organización:** dispersos.

Desarrollo: consiste en desplazarse hacia un lugar indicado por el profesor (preferentemente en línea recta). A la señal del profesor los niños(as) se desplazarán utilizando todo el espacio de la sala o terreno siguiendo el ritmo de la palmada o sonido de objeto que usa el profesor o la familia, cuando este se pare, nadie puede moverse. Así sucesivamente, se puede cambiar los pasos.

Juego 3.

Título. Caza-Sombras.

Objetivo: saltar hacia diferentes lugares del terreno. **Lugar:** patio. **Organización:** dispersos.

Desarrollo. Se realizará en el patio, siempre y cuando haya sol para que se proyecten las sombras de los niños(as) en el suelo. Se dispersarán por el patio y a una señal del especialista, intentarán pisar el lugar de la sombra de la familia. Se estimularán a los niño(as) mediante aplausos cuando pisen una sombra. Se detendrá el juego y una vez que se hayan recuperado su frecuencia cardiorrespiratoria, continuarán hasta que el especialista lo decida. Los saltos se realizarán con ambas piernas.

Juego 4.

Título. Observa y realiza.

Objetivo: saltar hacia diferentes lugares utilizando diferentes formas.

Materiales: dibujos de colores, terreno o gimnasio. **Organización:** dispersos.

Desarrollo: el juego consiste en pisar e imitar los dibujos que están puestos en el terreno e imitar lo que en él se observa. El especialista colocará los dibujos en todo el terreno en la distancia de 1m entre sí. A la señal de él, los niños(as) con ayuda de la familia se desplazaran, pisarán e imitarán los movimientos de los dibujos mencionados por el especialista, así, sucesivamente (los dibujos deben ser de acciones deportivas, animales, o imágenes conocidas por ellos).

Juego 5.

Título. El tejo.

Objetivo: Mejorar las habilidades motrices básicas de saltar y lanzar. Estimular la percepción. **Materiales:** un dado de cartón de 25 centímetros de altura que se desarma y un pedazo de madera cuadrado de 5x5 centímetros. **Lugar:** patio u otro local. **Organización:** dispersos.

Desarrollo: el niño en compañía del adulto desarmen el dado y lo despliegan en el piso. Se comienza a jugar de forma normal como el juego tradicional.

Juego 6.

Título. El Zoológico.

Objetivo: Mejorar las habilidades motrices básicas de correr y saltar. Estimular la percepción. **Materiales:** dibujos de colores. **Lugar:** patio u otro local. **Organización:** dispersos.

Desarrollo: el adulto en el piso, imita a un animal (gato, perro, vaca, león). Los niños lo reconocen y tratan de imitar lo que hace.

Juego 7.

Título. Quién forma más rápido.

Objetivo: mejorar la coordinación de piernas y brazos durante la carrera. Estimular la orientación espacial.

Materiales: sala o terreno. **Organización:** fila, hilera, dispersos, organizados en equipos. **Desarrollo:** a la señal del especialista se realizarán las formaciones, de los niños(as) ayudados por la familia, utilizando giros y desplazamientos (a izquierda, derecha, al frente, atrás, y a los laterales) según las orientaciones del especialista.

Juego 8.

Título. A llenar la cesta de caperucita.

Objetivos: Lanzar pelotas pequeñas por el aire.

Materiales: Pelotas pequeñas, cestas. **Organización:** en equipos de pie separados a 3 metros del cesto. **Desarrollo:** Los niños(as) por equipos, tratarán de llenar el cesto lanzando pelotas a él.

Nota: los lanzamientos se realizarán utilizando las dos manos alternadamente.

Juego 9.

Título. Lanzando la pelota.

Objetivo: lanzar pelotas pequeñas rodando, con precisión. Contribuir al reconocimiento de objetos.

Materiales: pelotas, cajas con figuras geométricas y dibujos. **Organización:** en equipos. **Desarrollo:** los niños(as), con ayuda de un adulto que les debe indicar que lancen la pelota hacia el objeto indicado en el cesto o caja. El adulto le vuelve a dar la pelota para encestarla nuevamente siempre reconociéndole lo que hace para estimularlo. En este juego según sea el desenvolvimiento del niño(a) se puede complejizar la actividad alargando la distancia.

Nota: los lanzamientos se realizarán utilizando las dos manos alternadamente.

Juego 10.

Título. Pelotas en el campo.

Objetivo: lanzar pelotas pequeñas y medianas por encima del hombro.

Desarrollo: dividiremos el espacio en dos campos. La delimitación de los campos será una cuerda al lado del espacio colgado a cierta altura (a la altura de la cabeza o ojos del alumno, más o menos), y sobre la cuerda “tendremos” la tela con la finalidad de que los jugadores de un campo no vean con claridad el campo de los otros jugadores. Una vez marcado el campo de juego, dividiremos a los alumnos en dos grupos y cada grupo se situará en un lado del campo. En cada cual habrá cajas de pelotas.

Desarrollo: a la señal (silbato) se vaciarán las cajas y cada jugador tendrá que coger una (o varias) de las pelotas que encuentre en su campo y lanzarla al contrario. La finalidad del juego consiste en intentar sacar todas las pelotas del propio campo, en un tiempo de 3 minutos, y enviarlas, lanzarlas al campo contrario. Ganará el equipo que al finalizar el juego tenga menos pelotas en su campo.

Nota: los lanzamientos se realizarán utilizando las dos manos alternadamente.

2.6. Resultados del diagnóstico final.

Teniendo en consideración el orden que se siguió en el análisis de los resultados y valoración estadística de los mismos, podemos resumir que:

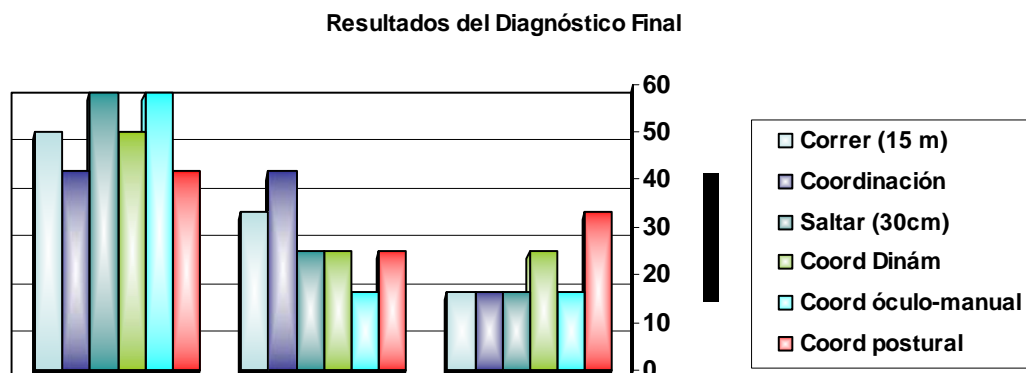
- En la habilidad motriz básica de correr en línea recta hasta 15 metros fueron evaluados de Bien 6 de los niños para un 50%, de regular 4 que representan un 33,3 % y de mal solo 2 niños para un 16,6%; el desempeño de esta acción dentro de los juegos mejoró ostensiblemente, la coordinación de brazos y piernas se comportó con los indicadores siguientes, Bien 5 niños para un 41,6%, Regular 5 para un 41,6 %, Mal, 2 niños para 16,6% por lo que inferimos que fue eficiente la calidad de las ejecuciones. Durante el desempeño motriz de la habilidad de saltar obstáculos de hasta 30 centímetros de altura los niños se comportaron de la siguiente forma, 7 de ellos fueron evaluados de Bien para un 58,3%, 3 evaluados de Regular, que representan el 25% y 2 evaluados de Mal para un 16,6%, la coordinación dinámica se incrementó y se comportó de la siguiente forma, 6 niños fueron evaluados de Bien, representando el 50%, 3 se evaluaron de Regular y Mal para un 25%, lo que demuestra un incremento en la calidad de las ejecuciones. La calidad motriz de la

coordinación óculo-manual durante los lanzamientos se expresó de la siguiente manera 7 niños se evaluaron de Bien para un 58,3%, 2 tuvieron desempeños de Regular para un 16,6% y 3 de Mal para un 25%, referido a la coordinación postural se obtuvo una cuota de ganancia expresada en la evaluación de Bien de 5 niños para un 41,6%, de Regular 3 para un 25% y de mal 4 que representan un 33,3%, con estos resultados se elevo el grado de motivación de los alumnos por las actividades deportivo recreativas, mejoró la destreza en la actividad manual y motora esto facilito las relaciones interpersonales de los niños y familiares, mostrándose mayor empatía entre ellos. Se fortalecieron valores tales como el colectivismo, la laboriosidad y responsabilidad, aunque no eran objeto de la investigación. Se ampliaron espacios para la práctica de estas actividades en la comunidad, las áreas mejoraron la calidad contribuyendo al desarrollo de los niños, haciendo a las comunidades cómplices efectivos de estos cambios y ayudando a los niños con esta deficiencia en su **incorporación a la vida adulta independiente**.

La tabla muestra los resultados logrados en el diagnóstico final.

Habilidades Motrices Básicas	Evaluación		
	Bien	Regular	Mal
Correr			
Correr en línea recta hasta 15 metros.	6 (50%)	4 (33,3%)	2 (16,6%)
Coordinación de brazos y piernas.	5(41,6%)	5 (41,6%)	2(16,6%)
Saltar			
Saltar obstáculos de hasta 30 centímetros de altura.	7(58,3%)	3 (25%)	2 (16,6%)
Coordinación Dinámica.	6 (50%)	3 (25%)	3 (25%)
Lanzar y Atrapar			
Coordinación óculo- manual.	7 (58,3%)	2 (16,6%)	3 (25%)
Coordinación postural.	5(41,6%)	3 (25%)	4 (33,3%)

El gráfico muestra el comportamiento de los indicadores en la segunda medición.



Por lo tanto, con las actividades lúdicas propuestas se logra estimular la integridad intelectual- motora. Toda expresión motora necesita de un control mental máxime en estos niños(as) cuyas deficiencias no le permiten lograr una relación entre la edad biológica y la edad del desarrollo motriz, por ello se necesita ejercitar ese control por medio de una representación interiorizada de las acciones de la psiquis y motoras.

En la Enseñanza Especial se le ha prestado atención al trabajo con los niños(as) con necesidades educativas especiales, pero todavía se carece de sistematizar, a través de actividades lúdicas, elementos que favorezcan el mejoramiento de las habilidades motrices básicas en los niños (as) con Síndrome de Down.

En los centros con mayor especialización en el trabajo con los niños(as) con Síndrome de Down , pertenecientes al Ministerio de Salud Pública se plantea la necesidad de contar con especialistas de la Cultura Física que, debidamente preparados enfrenten el desarrollo motor en estos infantes, es por ello que la propuesta de la investigación resulta de utilidad social máxime cuando se refiere además a lo imprescindible que resulta la participación de la familia y la comunidad, aspecto que conllevará, sin dudas a que los niños(as) sean aceptados socialmente.

Conclusiones parciales del capítulo II

Las actividades lúdicas son orientadas y dirigidas por un especialista de la Cultura Física, con el apoyo de la familia y la comunidad.

Resulta de una gran utilidad desde el punto de vista psicológico y social la aplicación y sistematización de actividades.

Con la propuesta de estas actividades lúdicas para implementar en las actividades convocadas en el consejo popular urbano, por el Centro de Diagnóstico y Orientación del municipio San Juan y Martínez, es posible considerar un paso de avance en la organización y el desarrollo en la planificación de actividades donde el protagonismo de la comunidad es fundamental por la aceptación que deben tener para con estos niños y el apoyo que la misma le debe, a partir del estudio del tema y la realización de juegos de correr, saltar, lanzar y atrapar, que conforman el centro de la misma, fundamentadas todas por un conocimiento teórico que se apoya en las leyes, categorías y principios filosóficos, sociológicos, pedagógicos y psicológicos que aportan mayor validez a su elaboración y concreción en la práctica deportiva comunitaria. A partir de los resultados de las técnicas participativas y la comparación de los resultados durante la realización de estas fue posible valorar la calidad del plan de actividades para mejorar el desempeño motriz de estos niños que lo preparan para la incorporación a su vida adulta independiente.

CONCLUSIONES.

1-En la revisión bibliográfica realizada constatamos que el Síndrome de Down es la forma más común de retraso mental, con un marcado retraso en el desarrollo motor lo que afecta el desarrollo de las áreas de habilidades motrices básicas cuyos mayores contribuidores son las dificultades en el equilibrio, hipotonía y la fuerza limitada y que se han realizado varias acciones encaminadas a la compensación de esta deficiencia.

2-Los niños(as) con Síndrome de Down presentan deficiencias en el desempeño dirigido al desarrollo de habilidades motrices básicas de correr, saltar y lanzar con un patrón de desarrollo biológico lento sustentado en condiciones socio-culturales determinadas.

3. El plan de actividades lúdicas propuesto contribuye a elevar la calidad en las ejecuciones de las habilidades motrices básicas de correr, saltar y lanzar en los niños(as) con Síndrome de Down del Consejo Popular Urbano. Se confeccionó para ser aplicada en las actividades convocadas por el Centro de Diagnóstico Municipal. Se caracteriza por las relaciones de jerarquización, dependencia, subordinación y coordinación entre sus componentes internos.

4. La implementación de las actividades lúdicas reveló una transformación positiva en el mejoramiento de las habilidades motrices básicas, un gran beneficio desde el punto de vista psicológico y social para los niños(as) con Síndrome de Down, seleccionados como muestra, a partir de las habilidades demostradas en su accionar durante las actividades desarrolladas.

RECOMENDACIONES

A partir de estas conclusiones recomendamos:

- 1-Continuar con la elaboración de actividades que nos permitan mejorar las habilidades motrices básicas de los niños Síndrome de Down, dada su afectación motora.
- 2- Proponer a las comunidades y otros centros de atención la generalización de actividades lúdicas para mejorar las habilidades motrices básicas de correr, saltar y lanzar, en niños(as) con Síndrome de Down.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ajuriaguerra, J y Marcelli, D: Manual de psicología de niño. Toray-Masson. Barcelona. 1982.
2. Ajuriaguerra, J: Manual de psiquiatría infantil (4ª edición). Barcelona-México. Masson. 1983.
3. Aldama L. T. y Otros (1997): Fundamentos de la defectología. La Habana, Cuba, Editorial Pueblo y Educación.
4. Álvarez Cruz C. Diagnóstico y Zona del Desarrollo Próximo. Una alternativa en la validación de una metódica del cuarto excluido. Tesis de Doctorado. ICCP 1989.
5. Álvarez de Zayas, C.M. (1994). La escuela de excelencia. MS. La Habana. Cuba.
6. Álvarez de Zayas, C.M. (1995). La pedagogía como ciencia. . La Habana. Cuba.
7. Alviza Hernández, G (1997): Propuesta de programa de educación física para alumnos con RM severo y profundo en la escuela especial "Carlos Marx" en el municipio de Pinar del Río. Trabajo de Diploma Pinar del Río, F.C.F. Nancy Uranga Romagoza.
8. Arias G (2002) Diagnóstico y evaluación en el desarrollo, desde el enfoque histórico cultural. La Habana Editorial Pueblo y Educación. Pp6.
9. Arias Herrera, H. (1995) La comunidad y su estudio. La Habana. Editorial Pueblo y Educación, .134p.
10. Arias, Héctor. (1995) La Comunidad y su Escuela, Editorial Pueblo y Educación, Ciudad de la Habana.
11. Arnold, A. (1986). Como jugar con su hijo. Editorial Kapeluz. Buenos Aires.
12. Asanuk, L. (2000). Gestión de tiempo libre. Barcelona: INDE Publicaciones.
13. Bally, G. (1986). El Juego como expresión de libertad. Ed. Fondo de Cultura Económica, México.

14. Barriéntos, J, G. (2005). Propuesta de programación recreativo físico deportivo, para escuelas y barrios urbanos marginales del departamento de Chiquimula Guatemala, Trabajo de diploma, Facultad de Cultura Física de Pinar del Río.
15. Bengtsson, A. (1992) El juego algo más que Educación Física. Comisión Nacional del Deporte. Ciudad de México.
16. Bermúdez Serguera, R. (1996). Teoría y metodología del aprendizaje. La Habana. Editorial Pueblo y Educación.
17. Betancourt Morejón j. (1997) .Pensar y crear. Educar para el cambio. La Habana. Editorial Academia.
18. Biblioteca de Consulta Microsoft ® Encarta ® 2005. © 1993-2004 .
19. Biblioteca de Consulta Microsoft ® Encarta ® 2008.
20. Blancher, H. (1977) Recreación. Russell Sage Foundation. New York.
21. Blatt , B. (1987) : “La conquista del retraso mental” La Habana, Cuba, Editorial Pueblo y Educación.
22. Blázquez Margarita. Sin Límites ni barreras. Año 2, Número 6. Junio – Julio 2005. Magna Publicidad Editorial.
23. Blázquez, D. (1982a). “Elección de un método en Educación Física: las situaciones problema”. En Apuntes d'educació física i medicina esportiva, vol. XIX junio nº 74: 91-99. Barcelona INEF.-(1991)”La investigación acción y Técnicas de investigación cualitativa.
24. Brathwaite Stevens Clarissa Ann. Manual de Actividades Lúdicas para mejorar las Habilidades Motrices Básicas en los niños Síndrome de Down del IPHE de la Ciudad de Panamá. Pinar del Río, Cuba. 2005.
25. Cagigal, j m. (1971). "Ocio y deporte en nuestro tiempo". *Citius, altius, fortius*.- Tomo XIII, fascículo 1-4: 79-119.
26. Cagigal, J. M. (1971). "Ocio y deporte en nuestro tiempo". *Citius, Altius, Fortiu* Tomo XIII, Fascículo 1-4: 79-119.
27. Cajigal, J. M. (1987). Cultura Física y Cultura Intelectual. Ed Kapeluz.
28. Camerino, o. Y Castañer, m. (1988). “1001 ejercicios y juegos de recreación”. Barcelona. Paidotribo.

29. Contreras, O. (1993). "Formas de organización y Estilos de Enseñanza" En AA.VV: a Educación Física y su didáctica" Madrid. Publicaciones I.C.C.E.
30. Coutier, D., Camus, y., Sarkar, A. (1990), Actividades físicas y recreación, Gymnos editorial, Madrid. Colegio Nacional de Educación, 1990. Programación Recreativa II. Antología. México. Conalex.
31. Cratty, B.J.: Motricidad y psiquismo en educación y deporte. Miñón. Valladolid. 1982.
32. Cruz Blanco, M. (2000): Léxico Especial de Historia de la Cultura Física y Deportes. Un acercamiento necesario. Trabajo de Diploma Pinar de Río, F.C.F Nancy Uranga Romagoza.
33. Daltel W (1976). Juegos recreativos. Berlín. Editorial Tribore.-136p.
34. Davis, M. (1971) Teoría de Juego. Ed. Alianza. Madrid.
35. Diekert, J.; Kreis, F. Y H. Musel. (1988). Gimnasia, deporte y juego. Ed. Kapeluz, Buenos Aires.
36. Diputacio de Barcelona: treballem la diversitat!: Carpeta de recursos per a la informació objectiva i el foment d'una actitud positiva y solidària dels alumnes d'EGB cap a les persones amb disminució, Barcelona. 1991.
37. Estévez Culler, M, Arroyo Mendoza M, González Ferry C. (2006): La Investigación Científica en la Actividad Física: su metodología. La Habana, Cuba, Editorial Deportes
38. Fernández-Marcote, Escriba Antonio (1993): *Los Juegos Sensoriales y Psicomotores en Educación Física*. Madrid, Editorial García de Paredes
39. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Síntesis de los contenidos de la Convención sobre los derechos del niño.
40. Fraile Aranda, A. (1995) "La investigación – acción, instrumento de formación para el profesorado de educación física" en Apuntes No. 42, 1995, Barcelona.
41. Fullea Bandera, Pedro (2000) "PORQUE JUGAR... ES COSA DE JUEGO" La Habana
42. Fungerman, K. (1983). El juego y sus proyecciones sociales, Ed. Fondo de Cultura Económica, México.

43. Gabuelsen, A. Y C. Holtzer. (1971). Educación al aire libre. Ed. Troquel, Buenos Aires.
44. García Antolín, Roberto J. y María Elena García Montes.(2000)
<http://www.efdeportes.com/> Revista Digital - Buenos Aires - Año 5 - N°23 - Julio SITIO: <http://www.campogrupal.com/comunidad.html>.
45. García Montes, M. E. (1996). Planificación de actividades para el recreo y el ocio (apuntes de la asignatura). Granada (inédito)
46. García Morey A. (2003): Psicopatología Infantil / su evaluación y Diagnóstico. Ciudad de la Habana, Cuba, Editorial Félix Valera, San Miguel.
47. Gomendio, M. (1999): Educación Física para la integración de niños Con necesidades educativas especiales, Programa de actividades Físicas para niños de 6-12 años Madrid, España. Editorial gymnos
48. González Pérez Odalys (2004) El Desarrollo de la Expresión Corporal. Una alternativa de Comunicación para los escolares con retraso mental moderado con estados agravantes. Ciudad de La Habana, Cuba.
49. Guerra Iglesias, S .(2002): Particularidades del trabajo educativo en la enseñanza de escolares con retraso mental. Editorial Félix Varela, La Habana, Cuba.
50. Hernández Mendo, A. (2000). Psicosociología de la evaluación de programas de actividad física: el uso de indicadores. Revista Digital Educación Física y Deportes (arg). 5 (18): 1-15, Febrero. (Consulta: 22 diciembre 2002).
51. Hernández Mercedes R. Y otros: Actividad Física Adaptada, El Juego y los alumnos con discapacidad Segunda Edición. Barcelona, Editorial Paedotribo.
- Iglesias, Guerra, S (2005): *La Educación de alumnos con diagnóstico de retraso mental*. La Habana, Editorial Pueblo y Educación.
52. Hernández Vázquez, M. Y Gallardo L. (1994). "Marco conceptual: Las Actividades deportivo-recreativas" En Apuntes 'Educación Física. 37: 58-67 Barcelona. INEFC
53. Hernández Vázquez, M. y Gallardo L. (1994). "Marco conceptual: las actividades deportivo-recreativas:" En Apuntes de Educación Física. 37: 58-67 Barcelona. INEFC.

54. Luckasson R. et al: Mental retardation: Definition, classification and systems of support. Washington D.C. 1992.
55. Machín López R. (2000) Educación de alumnos con necesidades educativas especiales: Fundamentos y actualidad Madrid, España, editorial Pueblo y Educación.
56. MEC: La educación especial en el marco de la LOGSE. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia. 1994.
57. Memorias Dimensión Social del Deporte y la Recreación Públicos: Un enfoque de derechos. Instituto de Deportes y Recreación INDER Medellín. Medellín, 12 y 13 de Mayo.
58. Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos Biblioteca de Consulta Microsoft ® Encarta ® 2008. © -2007-2008. Pastor Pradillo, j. I. (1979). "Importancia y valoración de la educación física y de los deportes en la recreación" (Congreso I.C.H.P.E.R., Kiel, del 23 al 28 de julio de 1979). - Revista Deporte 2000, Diciembre, no 114: 79-81.
59. O.M.S. (1968) "Informes técnicos nº 392". Ginebra Harrow A.J.: Taxonomía del ámbito Psicomotor. Alcoy. Editorial Marfil. 1978.
60. Ogmula, Uyhili, A (2006): Guía metodológica para la corrección y/o compensación de las deficiencias psico-motrices de niños de 6-12 años con retraso mental moderado de Gidan Bege, Jos Plateau Nigeria. Trabajo de Diploma Pinar del Río, F.C.F Nancy Uranga Romagoza.
61. Papis, O. 1999. el deporte y la recreación del siglo XXI. Revista Digital de Educación Física y Deportes (Arg) 4 (13), 1-4, Marzo. (Consulta: 29 enero 2003).
62. Petrovsky, A. V. (1979). Psicología general. Ciudad de La Habana, Editorial Pueblo y Educación.
63. Picq L. y Vayer P (1977). Educación Psicomotriz y Retraso Mental Científico Médico. Barcelona, España.
64. Picq, L. y Vayer, P.: Educación Psicomotriz y Retraso Mental. Científico médico. Barcelona. 1977.

65. Ríos, M: Els jocs sensibilitzadors: Una eina d'integració social, APUNTOS núm. 39, Barcelona: INEFC. 1994.
66. Rudik P. A (1988): *Psicología: Libro de texto*. La Habana, Editorial Pueblo y Educación.
67. Sánchez Acosta, María Elisa (2004) *Psicología general y del desarrollo*. Ciudad de La Habana, Editorial Deportes.
68. SCHALOCK, Robert L.D. (Hastig College): Implicaciones para la investigación de la definición, clasificación y sistemas de apoyo de la AAMR DE 1992. *Revista Siglo Cero*. Vol. 26 (1). 1992.
69. Stokoe Patricia y Harf Ruth. *La Expresión Corporal en el Jardín de los Infantes*. Editorial Paidós Ibérica, SA. Barcelona, España. 1992.
70. Torbert Marianne. *Juegos para el Desarrollo Motor*. Pax México Editorial. 1982.
71. Varios: American Psychiatric Association DSM-III-R. Barcelona. Editorial Masson, S.A. 1992.
72. Vayer, P.: *El niño frente al mundo*. Científico médico. Barcelona. 1977.
73. Vera G, C. (1999). Educación física y recreación en el siglo XXI. *Revista Educación Física y Deportes (Arg)* 4 (13): 1-5, marzo. (consulta: 24 marzo 2003).
74. Vigotski L. (1995): *Fundamentos de la Defectología*. Habana, Cuba. Editorial Pueblo y Educación.
75. Vigotski, Lev S. (1979) *El Desarrollo de los Procesos Psicológicos*
76. Vigotsky LS *Fundamentos de Defectología*. Obras Completas. Tomo V. Editorial Pueblo y Educación. Ciudad de La Habana, 1989. Primera reimpresión, 1995.
77. Violich f. *Desarrollo comunitario y proceso de urbanización*. UNESCO. 1989
- ginebra weinberg, r. s. y gould, d. *Fundamentos de psicología*.
78. VVAA, Elkarrekin: *Materiales didácticos*, IBE-CERE, Centro especializado de recursos educativos, País Vasco.

ANEXOS

Anexo 1. Guía de análisis documental.

Objetivo: Analizar la información documental sobre el programa psicopedagógico de atención a los niños con Síndrome de Down en el Centro de Diagnostico municipal de San Juan y Martínez, se realizaron diferentes lecturas a documentos con la siguiente guía de análisis.

- 1) Aspectos formales:
 - Número de documento:
 - Tipo de material:
 - Ubicación:
 - Elaborado por:
 - Fecha:
- 2) Categorías fundamentales.
- 3) Otras categorías.
- 4) Observaciones.

Elaborado por:

Anexo 2. Guía de entrevista.

Estimados profesores:

La presente entrevista responde a una investigación sobre las actividades lúdicas para el mejoramiento de las habilidades motrices básicas de correr, saltar, lanzar y atrapar en los niños con Síndrome de Down. Es por eso que contamos con su atenta colaboración. **Muchas gracias.**

Función: _____ Edad: _____ Sexo: M _____ F _____

1-¿Qué utilidad le confieres al juego en el desarrollo motor en los niños con Síndrome de Down?

2 ¿Cuántos años de experiencia posee usted como profesor de Enseñanza Especial?

3 ¿Que actividades usted planifica para mejorar habilidades motrices básicas en tus clases.

4. ¿Qué habilidades motrices básicas desarrollasen tus actividades? ¿Qué tipo de elementos utilizas para ello?

5. ¿Las actividades que realizas son iniciativa tuya o son parte de un programa diseñado con ese fin?

Anexo 3. Pruebas para medir el desarrollo de las habilidades motrices básicas. Diagnósticos inicial y final.

Objetivo: Comprobar a través de juegos el desarrollo de las habilidades motrices básicas correr, saltar y lanzar.

Se le realizaron pruebas de medición sobre las habilidades motrices básicas, que van a constituir la base de constatación de los resultados.

La prueba consiste en la realización de tres juegos:

- El relevo. Correr en línea recta hasta quince metros, dar palmada y sale el otro niño.
- Derriba la figura. Lanzamiento de pelotas pequeñas (por encima del hombro) a un blanco situado a tres metros.
- Yo salto. Saltar varios obstáculos de hasta treinta centímetros de altura, con uno y ambos pies.

Indicadores de medición.

Para las carreras.

Bien: realiza la carrera con aceptable coordinación de piernas y brazos, mantiene la vista en dirección al objetivo final y cumple con los quince metros de carrera.

Regular: corre hasta diez metros, manteniendo la aceptable calidad de coordinación de brazos y piernas y mantiene con regularidad la vista hacia el final de la carrera.

Mal: su coordinación de piernas y brazos le impide correr hasta el final del tramo, la cabeza no se mantiene estable durante la carrera.

Para los saltos.

Bien: cumple con efectividad los saltos sobre obstáculos.

Regular: salta con deficiencias de coordinación y ritmo los obstáculos, derribando hasta la mitad de ellos.

Mal: la deficiente coordinación de piernas y brazos le impide saltar los obstáculos.

Para los lanzamientos

Bien: lanza manteniendo una correcta coordinación óculo-manual que le permite derribar los objetivos y atrapar rodando y por el aire.

Regular: más de la mitad de sus lanzamientos no cumplen sus objetivos.

Mal: su deficiente coordinación óculo-manual le impide derribar los blancos.