

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
SECCION DE TECNOLOGIA MÉDICA
LICENCIATURA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**



TRABAJO DE INVESTIGACION:

**LA TERAPIA OCUPACIONAL LÚDICA Y RECREATIVA COMO
FACILITADORA DE LA PERSONALIDAD EN NIÑOS CON SINDROME DOWN
EN EDAD PREESCOLAR QUE ASISTEN AL CENTRO DE REHABILITACION
INTEGRAL DE ORIENTE EN EL PERIODO DE JULIO A SEPTIEMBRE DE
2010.**

PRESENTADO POR:

ELAH AZIYADETH TARIO TRIGUEROS

MIGUEL JOSE RAMIREZ AGUIRRE

PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE:

LICENCIATURA EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL

DOCENTE DIRECTOR:

LICENCIADA XOCHILT PATRICIA HERRERA CRUZ

NOVIEMBRE DE 2010

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

MAESTRO RUFINO ANTONIO QUEZADA SÁNCHEZ

RECTOR

MAESTRO MIGUEL ÁNGEL PÉREZ RAMOS

VICERRECTOR ACADÉMICO

MAESTRO OSCAR NOÉ NAVARRETE

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

LICENCIADO DOUGLAS VLADIMIR ALFARO SÁNCHEZ

SECRETARIO GENERAL

DOCTOR RENÉ MADECADEL PERLA JIMÉNEZ

FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES

DOCTORA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO

(DECANO EN FUNCION)

DOCTORA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO

VICEDECANA

INGENIERO JORGE ALBERTO RUGAMAS RAMÍREZ

SECRETARIO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AUTORIDADES

DOCTORA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO

JEFE EN FUNCIONES DEL DEPARTAMENTO

LICENCIADO XOCHILT PATRICIA HERRERA CRUZ

COORDINADOR DE LA CARRERA DE

FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN

ASESORES

LICENCIADA XOCHILT PATRICIA HERRERA CRUZ

DOCENTE DIRECTOR

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

ASESORA DE METODOLOGÍA

AGRADECIMIENTOS

Se le agradece:

A Dios Todopoderoso:

Por iluminarnos y guiarnos en todo el transcurso de nuestros estudios y así culminar nuestra carrera satisfactoriamente.

A nuestros padres:

Por el amor, sacrificio y apoyo incondicional que nos han brindado durante toda la vida.

A la Universidad de El Salvador

Por ser el cimiento para adquirir nuestros conocimientos y podernos formar académicamente. A la vez al centro de rehabilitación integral de oriente por habernos permitido llevar a cabo la investigación en sus instalaciones.

A la población objeto de estudio

Por su participación, colaboración y perseverancia q brindaron durante la ejecución.

A los Asesores

Licenciada Xochilt Patricia Herrera Cruz (asesora de contenido) Maestra Elba Margarita Berrios (asesora de metodología) y Licenciado Carlos Alexander Díaz, por guiarnos y proporcionarnos todo sus conocimientos para poder realizar la investigación y culminar nuestra carrera.

MIGUEL Y ELAH

DEDICATORIA

AGRADEZCO A DIOS:

Por darme la vida, agradezco por estos años vividos, la experiencia adquirida, la sabiduría que me ha dado. Agradezco el amor de los míos y el tener a mi familia.

A MI MADRE:

Un pilar fundamental en mi vida Doris Elizabeth Aguirre viuda de Ramírez, a quien amo con todas mis fuerzas por ser la mejor madre del mundo. A mi hermanito Rubencito por ser el hermano que siempre desee tener.

A MI PADRE Y MI TIO:

Rafael Antonio Ramírez Trejo y Oscar Antonio Aguirre Recinos, dos personas que no están físicamente conmigo. Los cual llevare siempre en mi corazón.

A DOS PERSONAS MUY ESPECIALES:

A Horacio Howell y Francisco Batarse, en mi vida que han sido mis padres, por su apoyo incondicional en mi formación.

A MIS ADORADOS ABUELOS:

Miguel Ángel Aguirre Argueta y Teresa de Jesús Recinos de Aguirre, que con sus consejos y enseñanzas me han formado en lo que soy. Los amo abuelitos.

A MI TÍA Y TIO:

Blanca Luz Aguirre Recinos, alguien que ha sido mi maestra, mi amiga, mi hermana y lo mas especial. Por brindarme su apoyo moral siempre. Es lo mas especial para mi, te amo muchísimo. A su esposo Bernardo por ser parte de nuestra familia y estar a nuestro lado.

A MIS PRIMITOS Y MIS TIOS:

Oscar Oswaldo Aguirre Romero Y Helen Yoleth Palacios Romero. A Mi Tía Francisca Guadalupe Romero Y Su Esposo Edwin Palacios, gracias por estar siempre con nosotros.

AL SR. NELSON LÓPEZ Y FAM. COMPAÑEROS DE TRABAJO DE TRV:

Por su apoyo moral y comprensión en mi meta.

A MIS AMIGOS EN GENERAL:

Por estar siempre conmigo.

A MI COMPAÑERA DE TESIS:

Por estos cinco años de conocernos y en los cuales hemos compartido tantas cosas, hemos pasado tanto que ahora estas conmigo en este día tan importante para mi. Gracias por todo (de nada mi amor)

A MIS DOCENTES:

Por la sabiduría que me brindaron y los conocimientos que me hicieron crecer, para ser un mejor profesional.

A MIS COMPAÑEROS DE UNIVERSIDAD:

Por el apoyo y vivencias inolvidables durante toda nuestra carrera.

Y NO ME PUEDO DESPEDIR SIN ANTES:

Decirles, que sin ustedes a mi lado no lo hubiera logrado, tantas desveladas sirvió de algo y aquí está el fruto. Les agradezco a ustedes con toda mi alma el haber llegado a mi vida y el compartir momentos agradables y momentos tristes, pero esos momentos son los que nos hacen crecer y valorar a las personas que nos rodean. Los quiero mucho y nunca los olvidare.

MIGUEL

DEDICATORIA

A NUESTRO DIOS TODOPODEROSO:

Por haberme guiado, bendecido e iluminado durante toda mi carrera y sobre todo por darme la fortaleza necesaria para salir adelante.

A MI MADRE:

Elah Ruth Trigueros Vega, porque gracias a ella logre alcanzar mi meta, porque su amor y sacrificio me inspiro a no defraudarla y obsequiarle este triunfo.

A MI ABUELA:

María Elena Vega de Trigueros, porque siempre tuvo fe en mí y por poner mi carrera en sus oraciones

A MI PADRE:

José Napoleón Tario Chicas, Por su apoyo y confianza.

A MI TIO:

Juan Carlos Trigueros Vega, por brindarme sus consejos y sabiduría.

A MIS HERMANOS:

José Tario y Maristela Tario, por sus palabras de aliento, su cariño y comprensión.

A UNA PERSONA ESPECIAL:

Edgar Ramón Romero Montesinos, por ser parte importante en mi vida, por su apoyo incondicional, su paciencia y su amor.

A MIS DOCENTES:

Por brindarme sus conocimientos y consejos durante mi formación profesional.

A MI COMPAÑERO DE TESIS:

Miguel Aguirre, por haberme dado el regalo de su amistad y no flaquear a pesar de las dificultades.

A MIS COMPAÑEROS DE LA UNIVERSIDAD:

Por haber compartido tantos momentos juntos.

A TODOS MIS AMIGOS Y FAMILIARES:

Por su cariño.

ELAH

INDICE

CONTENIDO	PÁGS.
RESUMEN	xv
INTRODUCCION	xvii
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1. Planteamiento del problema	23
1.1 Antecedentes del fenómeno Objeto de estudio	23
1.2 Enunciado del problema	26
1.3 Objetivos de la investigación	27
1.3.1 Objetivo General	27
1.3.2 Objetivos Específicos	27
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2. Marco teórico	29
2.1 Base teórica	29
2.1.1 Definición de Síndrome Down	29
2.1.2 Enfermedades asociadas	30
2.1.3 Desarrollo Psicológico del Niño en Edad Preescolar	33
2.1.4 Parámetros De La Personalidad	38
2.1.4.1 La Afectividad	40
2.1.4.2 Inteligencia	43
2.1.4.2.1 Memoria (Inteligencia)	45
2.1.4.3 La Creatividad	48
2.1.4.4 Motricidad	52
2.1.4.5 La Sociabilidad	55

2.1.5 Terapia Ocupacional Lúdica y Recreativa en Pacientes con Síndrome Down en Edad Preescolar.	61
2.1.6 Objetivos De La Terapia Ocupacional	63
2.1.7 Objetivos De La Terapia Lúdica Y Recreativa	66
2.1.8 Actividades Lúdicas Y Recreativas utilizadas en el desarrollo de la personalidad en niños con Síndrome Down	67
2.1.8.1 El Juego Como Facilitador De La Personalidad	67
2.1.8.2 Actividades utilizadas en el desarrollo de la personalidad en niños con Síndrome Down	75
2.2 Definición De Términos Básicos	77
 CAPITULO III: SISTEMA DE HIPÓTESIS	
3. Sistema de hipótesis	82
3.1 Hipótesis De Investigación	82
3.2 Hipótesis Nula	82
3.3 Operacionalización de las hipótesis en variables	83
 CAPITULO IV: DISEÑO METODOLOGICO	
4. Diseño metodológico	85
4.1 Tipo De Investigación	85
4.2 Universo Y Población	86
4.3 Muestra	87

4.3.1 Criterios De Inclusión	87
4.3.2 Criterios De Exclusión	87
4.4 Tipo De Muestreo	87
4.5 Técnicas De Recolección De Información	88
4.5.1 Documental	88
4.5.2 De Campo	88
4.6 Instrumentos	89
4.7 Procedimiento	89

CAPITULO V: PRESENTACION DE RESULTADOS

5. Presentación de resultados	93
5.1 Tabulación, Análisis E Interpretación De Datos	95
5.1.1 Resultados De La Evaluación Inicial Y Final A Pacientes Con Síndrome Down	95
5.1.2 Resultados De La Evaluación De La Afectividad De La Población En Estudio.	98
5.1.3 Resultados De La Evaluación De La Inteligencia De La Población En Estudio.	102
5.1.4 Resultados De La Evaluación De La Creatividad De La Población En Estudio.	106
5.1.5 Resultado De La Evaluación De La Motricidad De La Población En Estudio.	110
5.1.6 Resultado De La Evaluación De La Socialización De La Población En Estudio.	114
5.2 Prueba De Hipótesis	118

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6. Conclusiones y recomendaciones	121
6.1 Conclusiones	121
6.2 Recomendaciones	123

BIBLIOGRAFIA	124
---------------------	-----

ANEXOS

1. Cronograma de actividades realizadas en el proceso de graduación ciclo I y II año 2010	127
2. Cronograma De Actividades a Ejecutar en el Proceso de Investigación	128
3. Pintura de Dedos	129
4. Pintura con Acuarelas	130
5. Decoración de Pinturas	131
6. Danza (Música Infantil)	132
7. Tocar un Instrumento	133
8. Juegos con Pelotas	134
9. Actividades con Plastilina	135
10. Actividades con Paletas de Madera	136
11. Colocación de Huellas de Manos y Pies	137
12. Migajón	138
13. Decoración de figuras de migajón	139
14. Actividades recreativas	140
15. Juegos en piscina	141
16. Rompecabezas de abecedarios	142
17. Recorte de figuras en papel china	143
18. Actividades de campo	144
19. Terapia ocupacional	145

20.	Decoración con granos básicos	146
21.	Decoración de fotografías	147
22.	Trazos con crayolas	148
23.	Elaboración de bolitas de papel	149
24.	Decoración con bolitas de papel en cartulinas	150
25.	Convivio entre padres y niños	151
26.	Guía de entrevista dirigida a padres de familia	152
27.	Evaluación inicial y final de pacientes	155
28.	Actividad de despedida	157

RESUMEN

La investigación se realizó con **el objetivo** de determinar la efectividad de la aplicación de la Terapia Ocupacional Lúdica Y Recreativa en el desarrollo de la personalidad en niños con Síndrome Down en edad preescolar de ambos sexos atendidos en el centro de Rehabilitación Integral De Oriente en la ciudad de San Miguel. El plan de tratamiento se realizó en un período de tres meses con dos sesiones de terapia de grupo semanales de dos horas.

Metodología

La Muestra, la constituyeron 13 pacientes con diagnóstico de Síndrome Down los cuales fueron atendidos 2 veces por semana en el transcurso de 3 meses. El tipo de investigación fue prospectiva, transversal y descriptiva, las técnicas que se emplearon fueron; documental bibliográfica y de campo, se realizó una evaluación inicial y final sobre los parámetros y dimensiones de la personalidad en niños con Síndrome Down. ´

Los resultados obtenidos fueron que de los 13 pacientes con Síndrome Down, el total de pacientes de sexo masculino fue de 57.84% y el total de pacientes femenino fue de 46.15% donde al final de la ejecución de la investigación se comprobó que la terapia ocupacional lúdica y recreativa resulto efectiva ya que se logró la mejoría notoria del 100% de la población en estudio.

En el parámetro de afectividad en mayor porcentaje fue de 92.30% en la dimensión de "cariñoso" cumpliendo el objetivo de "Identificar si la Terapia

Ocupacional Lúdica y Recreativa mejora la afectividad de niños con Síndrome Down en edad preescolar”.

El mayor porcentaje fue de 76.92% en la dimensión de “comprende una orden sencilla” en el parámetro de la inteligencia, cumpliéndose así el objetivo de “Conocer si la Terapia Ocupacional lúdica y recreativa estimula la inteligencia los niños en la investigación”.

En la creatividad en la dimensión de “le gusta la danza” el porcentaje fue de 92.30% siendo este mayor, cumpliendo el objetivo de “Comprobar si la Terapia Ocupacional lúdica y recreativa estimula la creatividad de los niños en estudio”.

En la dimensión de “Realiza motricidad media” dentro del parámetro de motricidad el porcentaje fue de 100% cumpliendo el objetivo de “Demostrar si la Terapia Ocupacional lúdica y recreativa contribuye a la motricidad de los niños con Síndrome Down en edad preescolar”.

En el parámetro de sociabilidad en la dimensión de “se relaciona con sus padres” el porcentaje fue de 100% cumpliéndose así el objetivo de “Determinar si la Terapia Ocupacional lúdica y recreativa ayuda a la socialización de los niños antes mencionados”.

Se llegó a la **Conclusión** de que la Terapia Ocupacional Lúdica Y Recreativa en niños con síndrome down en edad preescolar de ambos sexo, atendidos en el Centro De Rehabilitación Integral De Oriente de la Ciudad de San Miguel, es efectiva ya que se logró obtener una mejoría en la personalidad, y con ello una mejor calidad de vida.

PALABRAS CLAVES: Terapia Ocupacional, Terapia Lúdica, Terapia Recreativa y Síndrome Down.

INTRODUCCION

El Síndrome de Down es una alteración genética, ocasionada por la presencia de un cromosoma 21 adicional.

Los niños y niñas con Síndrome de Down progresan más lentamente en todas las áreas del desarrollo, pero con una intervención efectiva, existe un progreso constante; continuamente adquirirán nuevas habilidades; a menos que, además del S. de Down tengan otro trastorno (sensoriales, visuales, pérdida auditiva conductiva, anomalías cardíacas, hipotiroidismo, demencia, etc.). Las actitudes y las oportunidades, influyen en el desarrollo de los niños y niñas con Síndrome de Down a lo largo de la vida.

La ayuda paternal y familiar es indispensable en el desarrollo de la personalidad del niño con Síndrome de Down en edad preescolar.

En la investigación se da a demostrar la importancia de la Terapia Ocupacional Lúdica y Recreativa en el desarrollo de la personalidad en niños con síndrome de Down; presentando diferentes técnicas, dinámicas, juegos tanto individuales como grupales que beneficiara parámetros importantes de la personalidad. Es por eso que la investigación se basa en la terapia ocupacional lúdica y recreativa como facilitador en el desarrollo de la personalidad en niños con Síndrome de Down en edad preescolar.

Para centrar esta investigación, se partió de la importancia del desarrollo de la personalidad como principal impulsor del desarrollo humano, tanto cognitivo, físico, social o emocional. Se agrupará el estudio y reflexión de aquellos contextos sociales donde se desenvuelve directamente el niño, de modo que se podrá saber cuál es el contexto, donde el niño se siente participe, más útil, más cómodo, más autónomo. Y al fin y al cabo más "integrado", de

forma que se pueda explotar al máximo para conseguir una vida lo más normalizada en el niño, se contara con la participación, tanto de padres de familia como miembros integrantes del entorno.

En la actualidad hay más casos de niños con Síndrome Down, por esa razón es importante el interés al desarrollo de la personalidad con estos niño; ya que el Síndrome Down afecta el desarrollo de la personalidad en los siguientes parámetros: la afectividad, la motricidad, la inteligencia, la creatividad y la sociabilidad; por eso la importancia de realizar esta investigación.

Después de las actividades formativas, las actividades lúdicas y recreativas desempeñan un papel primordial en el desarrollo, ante todo como medio educativo para su formación, debido que para el niño, el valor educativo del juego es indiscutible, pues sirve al desarrollo motriz, afectivo, cognoscitivo, simbólico, social y moral por eso se considera de suma importancia que el niño participe en las actividades lúdicas y recreativas.

Por ello se enfocó la investigación en el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR) partiendo de la asistencia de niños con Síndrome de Down, que es bastante frecuente, por esa razón se tomó en cuenta la ejecución de la investigación en dicha institución.

Con la realización de la investigación se vieron beneficiados

Los pacientes: ya que por medio de la terapia lúdica y recreativa se facilitara los parámetros de la personalidad.

Los padres: porque se les brindara una alternativa de ayudar en lo que es el desarrollo de sus hijos así como sus relaciones personales.

El Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR): porque con esta

investigación se están sentando bases de una nueva forma de tratamiento para los niños de dicha institución

El grupo investigador: porque es una nueva experiencia en la carrera donde se puso el conocimiento de lo aprendido.

Es así como en este documento se presenta los resultados de dicha investigación la cual se ha estructurado en seis capítulos que se describen a continuación:

El Capítulo I se describe el planteamiento del problema el cual incluye Antecedentes del Fenómeno Objeto de Estudio donde se da a conocer sobre el síndrome Down, como ha evolucionado en el transcurso de tiempo y así mismo cual es el enfoque que los padres han retomado en la actualidad; en el Enunciado del problema se formula la interrogante seguidamente se dan a conocer los objetivos de la investigación en donde se encuentra un Objetivo General que es la base y punto de partida para llevar a cabo la investigación, y Objetivos Específicos que son lo que se pretende alcanzar con el estudio.

En el Capítulo II se presenta la estructuración del marco teórico, en el cual se encuentra la base teórica que fundamenta el problema de investigación que incluye la definición del Síndrome Down, enfermedades asociadas, desarrollo psicológico del niño en edad preescolar así como también como se encuentran los cinco parámetros en estudio de estos niños, la técnica que se utilizó para facilitar el desarrollo de la personalidad en los niños con síndrome

down, la cual fue la terapia ocupacional lúdica y recreativa, luego se describen las diversas actividades realizadas en el tratamiento y la definición de términos básicos que definen algunos conceptos necesarios para una mejor comprensión del tema.

El Capítulo III incluye el sistema de hipótesis en el cual se detalla; la Hipótesis de Trabajo que indica lo que se está buscando o tratando de probar, e Hipótesis Nula. Así como también la Operacionalización de Hipótesis en variables e indicadores que sirvieron de base para la elaboración de los instrumentos que se administraron a la población en estudio.

El Capítulo IV se explica el diseño metodológico en donde se da a conocer el tipo de investigación que se realizó, la población, la muestra, tipo de muestreo, las técnicas de obtención de información e instrumentos y el procedimiento de cómo se llevó a cabo la investigación.

El Capítulo V corresponde a la presentación de los resultados que incluye la tabulación, análisis e interpretación de los datos con sus respectivos gráficos al igual que se muestra la prueba de la hipótesis.

El Capítulo VI comprende las conclusiones a las que se llegaron al finalizar la investigación, así como también las recomendaciones que se consideraron pertinentes para las posibles soluciones del problema. También incluye la bibliografía a la cual se acudió para recopilar la información y finalmente se presentan los anexos que incluye el cronograma de actividades específicas que contiene la candelarización de actividades que se realizaron. Además se presentan imágenes que permite una mejor comprensión del tema así como los instrumentos que se utilizaron para la recolección de la información que contiene el trabajo.

CAPITULO I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Fue Juan Esquirol en 1838 quien por primera vez habló acerca del padecimiento de esta patología; luego en el año de 1846 Eduardo Sequin, describió a un paciente con rasgos que sugerían el Síndrome que denominó (Invencibilidad Furfurácea), A Down hay que atribuirle el mérito de escribir algunos de los rasgos clásicos de este síndrome, y de distinguir a éstos niños de otros, que presentan también una deficiencia mental. Down indicó que el pelo de este tipo de personas era obscuro pero no negro en su totalidad, además de ser poco y muy lacio. Su rostro era aplastado y ancho, y tenía ojos oblicuos y la nariz pequeña. Además manejaban un poderoso don de imitación.¹

Diferentes enfoques o cuestionamientos médicos acerca del SD, a través del tiempo, han ocasionado cambios en la terminología de esta anomalía. Durante mucho tiempo se consideró el origen del SD como una regresión en la evolución del hombre hacia un tipo filogenético "más primitivo"

Todos los seres humanos, tengan o no síndrome de Down, asientan en la infancia las bases o fundamentos de lo que serán durante el resto de su vida en lo que se refiere al desarrollo vital: aspectos físicos y de salud, psicológicos, educativos, intelectuales, sociales, incluyendo relaciones entre los familiares y profesionales.

¹ *síndrome de down*, disponible en, rinondelvago.com/ninos-con-el-sindrome-de-down. (consultada el 12 de marzo de 2010)

El conocimiento científico y general del Síndrome de Down puede ayudar mucho. Existen muchos mitos y estereotipos sobre las personas con Síndrome de Down (“son eternos niños” o “siempre están felices”) que les limitan personal, educativa y socialmente. Todavía persisten en la sociedad y es tarea de todos erradicarlos y cambiarlos. Muchos padres dicen que sus hijos con Síndrome de Down son tozudos y tercos: esto puede ser un ejemplo de estereotipo y se dan en la realidad porque los padres están advertidos de esta característica de sus hijos, y éstos realizan lo que se espera de ellos: “profecía auto cumplida”. Y es por ello que Históricamente el ser humano ha utilizado la ocupación para el crecimiento, desarrollo y evolución a través de las civilizaciones, modificando el medio ambiente, cambiando su entorno y adaptándose a él. Por lo anterior, se desprende que es un ser activo, en permanente búsqueda y necesidad de desarrollar ocupaciones, las cuales influyen directamente en su bienestar general. Ellas permiten mantener su desempeño a nivel individual y social.

Y es por ello que se utilizó la terapia ocupacional lúdica y recreativa, donde se explicó un poco de la historia de este tipo de terapia.

El antecedente más remoto de la Terapia Ocupacional, al parecer, se conecta con el psiquiatra francés Philip Pinel (1745-1826), quien en 1793 liberó a los "locos" de sus cadenas y fue un ferviente defensor del "tratamiento moral" de esos pacientes en oposición a la corriente represora y disciplinaria.

Pinel consideraba a la ocupación como un elemento central en la concepción del "tratamiento moral". Introdujo el empleo de actividades como la música, la literatura, el ejercicio físico y el trabajo. Este enfoque pasó a formar parte del programa terapéutico de las instituciones psiquiátricas de la época con la condición expresa de que fuera del gusto del paciente.

El "tratamiento moral" del enfermo se caracterizó por dispensarle una vida en un ambiente saludable, con el desarrollo de hábitos sociales beneficiosos, una alimentación apropiada y una actividad adecuada y organizada.

La comunidad internacional ha señalado que, históricamente, el "tratamiento moral" es el antecesor más claro de la Terapia Ocupacional.

El Terapeuta Ocupacional es el profesional encargado de apoyar a las personas de todas las edades, que presentan dificultades en sus áreas del desempeño ocupacional, facilitando el desarrollo satisfactorio en cada una de ellas como las actividades de la vida diaria , educación, trabajo, juego, ocio y participación social, considerando siempre el contexto social y cultural al cual pertenece.

Es por eso que mediante la terapia ocupacional lúdica y recreativa se logró facilitar el desarrollo de la personalidad en los niños con Síndrome de Down en edad preescolar para que cuando lleguen a una institución especializada o no; puedan adaptarse con más facilidad. Ya que cuando se habla de Terapia Lúdica Y Recreativa esta es parte de la Terapia Ocupacional.

Desarrollado el proyecto de investigación y puesto en práctica lo antes mencionado en el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR).

En relación al Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR) fue construido en la ciudad de San Miguel con fondos de la campaña TELETON 20-30, se inauguró el 13 de julio de 1987 e inició oficialmente sus actividades el 1 de septiembre del mismo año, a partir de 1998 se incorporó al Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos (ISRI).

Es una dependencia del ISRI que brinda sus servicios integrales y especializados a todas las personas con discapacidades físicas, sensorial y mental que habitan en la zona oriental del país. Tiene como objetivo general ofrecer los servicios de rehabilitación física, mental y vocacional, que ayuden a la recuperación integral de la población con discapacidad del oriente del país; brindando tratamientos adecuados inmediatos en aspectos físicos y educativos; con el fin de lograr una rehabilitación integral del usuario, para que pueda incorporarse al sector productivo del país.

Entre los servicios que presta el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente están:

- a) Consulta Externa: Medicina General, Especialidades Médicas, Ortopedia, Pediatría, Psiquiatría y Odontología.
- b) Áreas Técnicas: Áreas de Terapia Educativa, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia de Lenguaje, Educación Física Adaptada.
- c) Áreas de Apoyo: Psicología, Trabajo Social, Prótesis y Ortesis, Rehabilitación Profesional y Unidad Móvil.

De la problemática antes descrita se deriva el problema el cual se enuncia de la siguiente manera:

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Facilita la Terapia Ocupacional Lúdica y Recreativa el desarrollo de la personalidad en niños con síndrome de Down en edad preescolar que asisten al Centro de Rehabilitación de Oriente en el periodo de julio a septiembre de 2010?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar si la Terapia Ocupacional Lúdica Y Recreativa facilita el desarrollo de la personalidad en los niños con Síndrome de Down en edad preescolar que asisten al Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR).

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar si la Terapia Ocupacional lúdica y recreativa mejora la afectividad de niños con Síndrome Down en edad preescolar.
- Conocer si la Terapia Ocupacional lúdica y recreativa estimula la inteligencia los niños en la investigación.
- Comprobar si la Terapia Ocupacional lúdica y recreativa estimula la creatividad de los niños en estudio.
- Demostrar si la Terapia Ocupacional lúdica y recreativa contribuye a la motricidad de los niños con Síndrome Down en edad preescolar.
- Determinar si la Terapia Ocupacional lúdica y recreativa ayuda a la socialización de los niños antes mencionados.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2. MARCO TEORICO

2.1 BASE TEORICA

2.1.1 DEFINICION DE SINDROME DOWN (TRISOMIA 21)

El síndrome Down es la alteración cromosómica más frecuente y una causa importante de retraso mental.

La causa más frecuente de trisomía y, por tanto, de síndrome Down, es la falta de disyunción en la meiosis. Los padres de estos niños tienen un cariotipo normal y son normales en todos los aspectos.

La edad materna influye de manera importante sobre la incidencia de síndrome Down, de forma que este aparece en uno de cada 1550 recién nacidos vivos de mujeres menores de 20 años, pero afecta a 1 de cada 25 recién nacidos vivos de madres mayores de 45 años. La correlación con la edad materna sugiere que casi todos los casos de falta de disyunción meiotica del cromosoma 21 tienen lugar en el ovulo.²

²COTRAN, KUMAR, ROBBINS, PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL. 5ª edición, editorial MC GRAW HILL, págs. 172 – 173.

2.1.2 ENFERMEDADES ASOCIADAS

Las personas con Síndrome de Down tienen una probabilidad algo superior a la de la población general de padecer algunas patologías, especialmente de corazón, sistema digestivo y sistema endocrino, debido al exceso de proteínas sintetizadas por el cromosoma de más.

Defectos cardíacos: Aproximadamente la mitad de los bebés con síndrome de Down tiene defectos cardíacos. Algunos defectos son de poca importancia y pueden tratarse con medicamentos, pero hay otros que requieren cirugía. Todos los bebés con síndrome de Down deben ser examinados por un cardiólogo pediatra, un médico que se especializa en las enfermedades del corazón de los niños, y realizarse un ecocardiograma (un examen por ultrasonidos especial del corazón) durante los dos primeros meses de vida para permitir el tratamiento de cualquier defecto cardíaco que puedan tener.

Defectos intestinales. Aproximadamente el 12 por ciento de los bebés con síndrome de Down nace con malformaciones intestinales que tienen que ser corregidas quirúrgicamente.

Problemas de visión. Más del 60 por ciento de los niños con síndrome de Down tiene problemas de visión, como esotropía (visión cruzada), miopía o hipermetropía y cataratas.³ La vista puede mejorarse con el uso de anteojos,

cirugía u otros tratamientos. Los niños con síndrome de Down deben ser examinados por un oftalmólogo pediatra dentro de los primeros seis meses de vida y realizarse exámenes de la vista periódicamente.

Pérdida de la audición. Aproximadamente el 75 por ciento de los niños con síndrome de Down tiene deficiencias auditivas. Éstas pueden deberse a la presencia de líquido en el oído medio (que puede ser temporal), a defectos en el oído medio o interno o a ambas cosas. Los bebés con síndrome de Down deben ser sometidos a exámenes al nacer y nuevamente durante los primeros meses de vida para detectar la pérdida de audición. También deben ser sometidos a exámenes de audición en forma periódica para permitir el tratamiento de cualquier problema y evitar problemas en el desarrollo del habla y de otras destrezas.

Infecciones. Los niños con síndrome de Down tienden a resfriarse mucho y a tener infecciones de oído y, además, suelen contraer bronquitis y neumonía. Los niños con síndrome de Down deben recibir todas las vacunas infantiles habituales, que ayudan a prevenir algunas de estas infecciones.

Problemas de tiroides. Aproximadamente el uno por ciento de los bebés con síndrome de Down nace con hipotiroidismo congénito, una deficiencia de la hormona tiroidea que puede afectar el crecimiento y el desarrollo cerebral. El

hipotiroidismo congénito puede detectarse mediante pruebas de detección precoz de rutina al neonato y tratarse con dosis orales de hormona tiroidea. Los niños con síndrome de Down también tienen un riesgo mayor de adquirir problemas de tiroides y deben someterse a una prueba anualmente.

Leucemia. Menos de uno de cada 100 niños con síndrome de Down desarrolla leucemia (un cáncer de la sangre). Con frecuencia, los niños afectados pueden tratarse con éxito mediante quimioterapia.

Pérdida de la memoria. Las personas con síndrome de Down son más propensas que las personas no afectadas a desarrollar la enfermedad de Alzheimer (caracterizada por la pérdida gradual de la memoria, cambios en la personalidad y otros problemas). Los adultos con síndrome de Down suelen desarrollar la enfermedad de Alzheimer antes que las personas no afectadas. Los estudios sugieren que aproximadamente el 25 por ciento de los adultos con síndrome de Down de más de 35 años tiene síntomas de enfermedad de Alzheimer.³

Los avances actuales en el descifrado del genoma humano están desvelando algunos de los procesos bioquímicos subyacentes al retraso mental, pero en la actualidad no existe ningún tratamiento farmacológico que haya

³ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Down Syndrome. Creado 11 de marzo de 2009, [www.cdc.gov/ncbddd/birthdefects/Down Syndrome.htm](http://www.cdc.gov/ncbddd/birthdefects/Down%20Syndrome.htm)., consultado el 30 de mayo de 2010

demostrado mejorar las capacidades intelectuales de estas personas. Las terapias de estimulación precoz y el cambio en la mentalidad de la sociedad, por el contrario, sí están suponiendo un cambio cualitativo positivo en sus expectativas vitales.

2.1.3 DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL NIÑO EN EDAD PREESCOLAR:

El niño tiene necesidad de explorar, conocer y actuar sobre el mundo que lo rodea y es a partir de allí que construye y avanza en sus conocimientos. El niño necesita tomar decisiones, planear y llevar a cabo acciones para así ubicar, dominar y controlar el ambiente que lo rodea.

Cuando se habla de desarrollo psicológico se toman en cuenta una serie de cambios que ocurren en el tiempo en los ámbitos físicos, motor, cognitivo, emocional y de lenguaje del niño y que se caracteriza por una diferenciación donde las distintas manifestaciones psicológicas aparecen como fenómenos con carácter propio de una manera uniforme. Por ejemplo: las emociones del niño muy pequeño son pocas y simples y quizás se podrían resumir en agrado o desagrado, pero a los dos años se han diferenciado muchas de otras respuestas emocionales tales como rabia, sorpresa, alegría, etc.

El preescolar comienza cuando aparece el adualismo, conducta especial sumamente rara del niño en la cual el pensamiento mágico se mantiene todavía pero empiezan a venir realizaciones y procesos lógicos. Cabe la posibilidad de que aún con un pensamiento mágico existan ciertos esquemas que vayan apuntando a algo lógico. En ese momento es en el que realmente el niño deja de ser un infante para convertirse en un preescolar en el sentido del desarrollo y la variación; aun y cuando es difícil que se dé a una edad específica, por lo que debe ser objeto de un estudio individualizado

Los cambios propios del desarrollo psicológico están determinados, además, por otros factores que influyen enormemente en su avance, como la interacción entre la herencia (características con las que el niño nace) y el ambiente (aprendizaje en el medio que se desenvuelve) las cuales interactúan permanentemente.

¿COMO SE ENCUENTRA EL CARÁCTER Y PERSONALIDAD EN LOS NIÑOS CON SINDROME DOWN?

En la bibliografía científica y de divulgación sobre síndrome de Down se recogen calificativos que constituyen estereotipos y que han dado pie a la mayor parte de los mitos que sobre ellas maneja mucha gente. Se les califica, por ejemplo, de obstinadas, afectuosa, fácil de tratar, cariñosas o sociables. Se dice

de ellas que tienen capacidad para la imitación, buen humor, amabilidad y tozudez. O que son alegres, obedientes y sumisas. Las anteriores afirmaciones no siempre están claramente demostradas y en muchos casos carecen de fundamento. Ocasionan generalizaciones perjudiciales, que pueden confundir a padres y educadores y en muchos casos determinan las expectativas que sobre ellos se hacen unos y otros. Sin embargo, por encima de estereotipos y coincidencias aparentes, entre las personas con síndrome de Down se encuentra una rica variedad de temperamentos, tan amplia como la que aparece en la población general.

Dejando clara la salvedad anterior, existen unas formas de actuar que se dan con mayor frecuencia entre las personas con síndrome de Down y que se podría definir como características generales de la personalidad de estos sujetos. De hecho, su personalidad y temperamento van quedando bastante perfilados y claros antes de los 12 ó 13 años.

LA PERSONALIDAD Y TEMPERAMENTO EN LOS NIÑOS CON SINDROME DOWN

La personalidad y el temperamento están casi completamente definidos hacia los 12 años. Por lo tanto, los familiares y profesionales que tratan a las personas con Síndrome de Down deben tener en cuenta esta edad para tratar de influir positivamente en periodo de tiempo más oportuno, buscando potenciar

todas las capacidades y habilidades del niño, a la vez que tratar de eliminar y reducir aquellos aspectos que vayan a resultar un problema, o les van a ocasionar dificultades en la vida.

Es muy importante destacar que las personas con Síndrome de Down presentan una gran variedad de estilos y rasgos de carácter, independientemente del Síndrome de Down. Cada persona tiene sus circunstancias individuales, un entorno familiar concreto, una educación determinada. Todo esto configura una personalidad y temperamento diferente en cada persona.

Por esta razón, se encuentran perfiles psicológicos diferentes en las personas con Síndrome de Down; se puede definir un único y homogéneo perfil temperamental. En concreto, varían la mayoría de aspectos psicológicos y características comportamentales como:

- Control y expresión emocional: alegres-tristes, tranquilos-nerviosos; capacidad de regular la emoción de los demás y de regular la propia emoción a través de las acciones de las demás personas
- La respuesta a estímulos sensitivos y perceptivos: ansiedad-tranquilidad; respuesta de malestar o bienestar para los mismos estímulos sonoros, lumínicos, etc.; alto-bajo umbral de excitación sensitiva y perceptiva, etc.

- La autoestima positiva o negativa
- La flexibilidad o rigidez en mayor o menor grado.
- El estilo de aprendizaje: ver un modelo correcto o que les guíen en la actividad, etc.
- La presencia de habilidades especiales como la música.
- Las conductas sociales y la capacidad de empatía: introversión-extroversión, interés-desinterés por la relación social, captación de las claves emocionales de las situaciones.
- La autonomía /independencia personal y social: la mayoría la tienen en la juventud, pero no todos lo consiguen.

En general, la mayoría de niños con Síndrome de Down suelen tener un temperamento fácil, sobre todo a partir de los 3 años y a medida que van creciendo: se muestran afectuosos y cariñosos. Les gusta jugar y son dóciles a la interacción social. Algunos niños con Síndrome de Down tienen un temperamento difícil, sobre todo en edades comprendidas entre los 0-3 años: no son estables en sus ritmos biológicos; son excesivamente negativos; tienen menos capacidad de adaptación a las situaciones y evitan los cambios o novedades.

Existen una serie de denominadores comunes al evaluar la personalidad y conducta de las personas con Síndrome de Down:

- Capacidad disminuida para responder a lo nuevo (menos interacciones con el medio)
- Capacidad disminuida para analizar e interpretar los acontecimientos externos
- Falta de responsabilidad en el mantenimiento del esfuerzo.
- Tendencia a depender de adultos de más edad y autonomía personal reducida.
- Menor conciencia de sus limitaciones
- Baja expectativa de éxito.
- Falta de iniciativa
- Falta de motivación⁴

2.1.4 PARAMETROS DE LA PERSONALIDAD

Con independencia de los programas educativos que se estudien y se apliquen, es conveniente que se conozca algunas características o rasgos más acentuados que pueden mostrar las personas con Síndrome de Down, porque su conocimiento ayudará a adaptar la forma de tratarles, sea como padres o como profesionales.

Es habitual suponer que las personas con Síndrome de Down tienen unas

⁴ portal downcantabria, el SINDROME DOWN, información general. CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS. Disponible en www.downcantabria.com/psicologia.htm Consultada el 15 de febrero de 2010.

peculiaridades comunes que las diferencian de los demás. Su aspecto físico invita también a ubicarlos en un grupo homogéneo. Sin embargo, la variabilidad existente entre estas personas es tan grande e incluso mayor que la que se da en la población general, Por ejemplo, los márgenes temporales en que adquieren determinadas capacidades o hitos de desarrollo como la marcha o el habla, son más amplios.

Presuponer unos rasgos propios y exclusivos de las personas con Síndrome de Down lleva consigo dos peligros que suelen acompañar a los tópicos aplicados a cualquier grupo humano. Por un lado, el efecto inmediato de etiquetaje o generalización, que llevará a suponer que cualquier sujeto por el mero hecho de tener síndrome de Down ya contará con esos atributos, configurando un prejuicio difícil de superar posteriormente. En segundo lugar, la creación de unas expectativas respecto a las posibilidades futuras de esa persona, por lo general, limitando sus opciones. Está comprobado que las expectativas que se establezcan sobre su evolución determinarán en gran medida el grado de desarrollo que va a alcanzar en realidad.

No obstante, parece que existen algunos elementos comunes en su forma de ser y de actuar, lo que permite describir algunas características propias, distribuidas en bloques por funciones psicológicas. El objetivo fundamental de esta investigación es conocer mejor a estas personas, para proporcionarles los

apoyos que puedan precisar y atender a sus necesidades. Por ello, se incluirán unas propuestas de actuación, con sugerencias para responder de la mejor forma posible a sus peculiaridades. Sin embargo, conviene insistir en que estas características no se dan ni siempre, ni en todas las personas con síndrome de Down, sino que pueden aparecer entre los sujetos de esta población en distintas proporciones.

2.1.4.1 LA AFECTIVIDAD

La afectividad es el conjunto de emociones y sentimientos que un individuo puede experimentar a través de las distintas situaciones que vive.⁵

Los bebés, niños y adultos con Síndrome de Down necesitan una variedad de experiencias sociales porque aprenden a llevarse bien con todo tipo de personas y descubren cuáles son las expectativas sociales en distintas situaciones. Además, al observar a los otros niños les imitan, modelando su conducta y adquiriendo los comportamientos adecuados.

Las relaciones entre iguales variadas son importantes para el desarrollo cognitivo, social y el bienestar emocional: el aislamiento puede propiciar una baja autoestima, comportamientos problemáticos y rendimiento escolar deficiente.

⁵glosario de TÉRMINOS PSICOLÓGICOS PARTE 1, disponible en blogs.myspace.com/index.cfm?fuseaction=blog.view&friendId=61361255&blogId=399693971 consultada el 20 de febrero de 2010.

Los adolescentes y adultos socialmente aislados son más vulnerables a la depresión y son menos capaces de afrontar las inevitables crisis de la vida.

Los niños con Síndrome de Down muestran una buena comprensión de los sentimientos de los demás en la vida real y responden a las situaciones adecuadamente.

El entorno escolar: ofrece distintas posibilidades en cuanto aprendizaje social y amistad:

El colegio ordinario posibilita del juego y aprendizaje con amigos de desarrollo típico, que proporciona beneficios cognitivos, del lenguaje, y un comportamiento social adecuado a la edad. Pero las relaciones suelen ser de apoyo y la persona con síndrome de Down puede sentirse distinta y concienciarse de que no puede hacer lo mismo que hacen sus compañeros.

El centro especial posibilita jugar de manera más plena y satisfactoria; además pueden tener relaciones de amistad estrechas y la ayuda que se dan es recíproca.

Es importante que las personas con Síndrome de Down tengan ambos tipos de relaciones de amistad. Los padres juegan un importante papel para

fomentar esas amistades, para ayudarles a planificar su desarrollo social hasta que sean mayores y puedan organizar su propia vida social.

El desarrollo de la afectividad se explicita en la etapa infantil en forma de confianza, autonomía, iniciativa, trabajo e identidad. El equilibrio afectivo es esencial para el correcto desarrollo de la personalidad. El juego favorece el desarrollo afectivo o emocional, en cuanto que es una actividad que proporciona placer, entretenimiento y alegría de vivir, permite expresarse libremente, encauzar las energías positivamente y descargar tensiones.

Además, el juego supone a veces un gran esfuerzo por alcanzar metas, lo que crea un compromiso consigo mismo de amplias resonancias afectivas.

También en ocasiones el niño se encuentra en situaciones conflictivas, y para intentar resolver su angustia, dominarla y expresar sus sentimientos, tiene necesidad de establecer relaciones afectivas con determinados objetos. El juguete se convierte entonces en confidente, en soporte de una transferencia afectiva.

El niño y la niña tienen además necesidad de apoyarse sobre lo real, de revivir situaciones, de intensificar personajes para poder afirmarse, situarse afectivamente en el mundo de los adultos y poder entenderlo. En los primeros

años, tanto los juguetes típicamente afectivos (peluches, muñecos y animales), como los que favorecen la imitación de situaciones adultas (lavarse, vestirse, peinarse...) pueden favorecer el desarrollo de una buena afectividad.

En otras ocasiones el juego del niño supone una posibilidad de aislarse de la realidad, y por tanto de encontrarse a sí mismo, tal como él desea ser. En este sentido, el juego ha sido y es muy utilizado en psicoterapia como vía de exploración del psiquismo infantil.⁶

2.1.4.2 INTELIGENCIA

La inteligencia es la "Capacidad para entender o comprender" y la "Capacidad para resolver problemas". La inteligencia parece estar ligada a otras funciones mentales como la percepción, o capacidad de recibir dicha información, o la memoria, o capacidad de almacenarla.⁷

Independientemente de otras características psicológicas, el síndrome de Down siempre se acompaña de deficiencia intelectual. Pero el grado de deficiencia, como ya se ha indicado, no se correlaciona con otros rasgos fenotípicos. La afectación puede ser muy distinta en cada uno de los órganos, por lo que no se puede determinar el nivel intelectual por la presencia de ciertos

⁶ CUILLERET, M. (1985): *Los Trisómico entre nosotros*. Masson. Barcelona. La estimulación PRECOZ lección 7, consultada el 20 de mayo de 2010.

⁷ Gardner, Howard (2003) *Inteligencias múltiples*, Paidós, ISBN 950-12-5012-1, INTELIGENCIA, consultada el 20 de mayo de 2010.

rasgos fenotípicos visibles, ni siquiera por la incomprensibilidad de su lenguaje.

La mayoría de las personas con síndrome de Down alcanzan en las pruebas para medir la inteligencia un nivel intelectual de deficiencia ligera o moderada. El resto se mueve en los extremos de estas puntuaciones, con una minoría con capacidad intelectual límite (habitualmente son personas con mosaicismo) y otra minoría con deficiencia severa o profunda, producida por lo general por una patología asociada o un ambiente poco estimulante. En épocas anteriores se les consideraba con sujetos con deficiencia mental grave o profundo o, como mucho, “entrenables” pero “no educables”. Esta calificación les llevó a ser ingresados en instituciones para enfermos mentales o deficientes graves. En el mejor de los casos eran “entrenados” en niveles elementales de autonomía, como el aseo, el vestido o la comida independiente. Salvo raras excepciones nadie les preparaba para tareas académicas. Afortunadamente, la labor de muchos padres y profesionales que han creído en ellos y su propio esfuerzo, han permitido demostrar lo que son capaces de hacer, incluso en el campo académico. En la actualidad un alto porcentaje de niños con síndrome de Down puede llegar a leer de forma comprensiva si se utilizan programas educativos adecuados, y alcanzar niveles de formación más elevados.

El trato diario con las personas con Síndrome de Down y el ritmo habitual de la vida cotidiana pueden hacer que, en ocasiones, los demás olviden que

tienen deficiencia mental. Sin embargo necesitan que se tenga en cuenta esta peculiaridad. Se les ha de hablar más despacio (no más alto), si no entienden las instrucciones habrán de repetirse con otros términos diferentes y más sencillos. Precisan más tiempo que otros para responder, por lo que hay que esperar los segundos que necesiten. Además, les costará entender varias instrucciones dadas de forma secuencial, les va a resultar difícil generalizar lo que aprenden, aplicándolo en circunstancias distintas a las de adquisición y van a ser poco flexibles en sus actuaciones.

2.1.4.2.1 MEMORIA (Inteligencia)

Las personas con síndrome de Down tienen dificultades para retener información, tanto por limitaciones al recibirla y procesarla (memoria a corto plazo) como al consolidarla y recuperarla (memoria a largo plazo). Sin embargo, tienen la memoria procedimental y operativa, bien desarrollada, por lo que pueden realizar tareas secuenciadas con precisión. Presentan importantes carencias con la memoria explícita o declarativa de ahí que puedan realizar conductas complejas que son incapaces de explicar o describir. Por otro lado, les cuesta seguir más de tres instrucciones dadas en orden secuencial.

Su capacidad de captación y retención de información visual es mayor que la auditiva. La mayoría es capaz de repetir entre 3 y 4 dígitos tras escucharlos y, sin embargo, con ítems visuales el margen de retención se mueve

entre 3 y 5 elementos.⁸

El coeficiente intelectual de la población con Síndrome de Down varía:

-La mayor parte de las personas con Síndrome de Down tienen un retraso mental de grado moderado (CI=50) gracias a la atención temprana y la educación escolar.

-Un pequeño porcentaje de ellos sufren un retraso mayor, y suelen sufrir patologías asociadas o una privación socioeducativa grave.

-Otro grupo puede tener un CI por encima de 70, lo que se considera retraso mental ligero y con frecuencia corresponde a personas con mosaicismo o que han tenido menos alteración en el cerebro y además han participado en buenos programas educativos.⁹

Durante muchos años el desarrollo y progreso intelectual de las personas con Síndrome de Down se medía tomando como referencia el Cociente Intelectual obtenido mediante un test de inteligencia. Actualmente, los

⁸ Jesús Flórez Director, Laboratorio de Neurobiología del Desarrollo, Universidad de Cantabria Asesor científico, Fundación Síndrome de Down de Cantabria, APRENDIZAJE Y SINDROME DE DOWN, III: LA MEMORIA (1ª PARTE). Consultada el 13 de octubre de 2009.

⁹ Luckasson R, Borthwick-Duffy S, Buntix WHE, Coulter DL, Craig EM, Reeve A (eds). *Mental Retardation: Definition, Classification and Systems of Supports* (10th. ed). American Association of Mental Retardation, Washington DC, 2002. DISCAPACIDAD INTELECTUAL, consultada el 16 de octubre de 2009.

profesionales han observado que este dato no proporciona información sobre las capacidades de habla y lenguaje, el nivel de lectura, el comportamiento social, etc. de las personas con síndrome de Down y ayuda poco a la hora de establecer los objetivos y necesidades de dichas personas: prefieren medir su progreso en las áreas necesarias para la vida diaria.

Inicialmente el desarrollo de las capacidades intelectuales está unido al desarrollo sensorio-motor. El modo de adquirir esas capacidades dependerá tanto de las potencialidades genéticas, como de los recursos y medios que el entorno le ofrezca.

Casi todos los comportamientos intelectuales, según Piaget, son susceptibles de convertirse en juego en cuanto se repiten por pura asimilación. Los esquemas aprendidos se ejercitan, así, por el juego. El niño, a través del juego, hace el gran descubrimiento intelectual de sentirse "causa". Manipulando los materiales, los resortes de los juguetes o la ficción de los juegos simbólicos, el niño se siente autor, capaz de modificar el curso de los acontecimientos. Cuando el niño/a desmonta un juguete, aprenden a analizar los objetos, a pensar sobre ellos, está dando su primer paso hacia el razonamiento y las actividades de análisis y síntesis. Realizando operaciones de análisis y de síntesis desarrollan la inteligencia práctica e inician el camino hacia la inteligencia abstracta. Estimulan la inteligencia los puzzles, encajes, dominós, piezas de

estrategia y de reflexión en general.

2.1.4.3 LA CREATIVIDAD

La creatividad, denominada también inventiva, pensamiento original, imaginación constructiva, pensamiento divergente... pensamiento creativo, es la generación de nuevas ideas o conceptos, o de nuevas asociaciones entre ideas

Los psicólogos cognitivos consideran a la creatividad como la habilidad para solucionar problemas de múltiples formas y se desarrolla desde edades muy tempranas. Todos los seres humanos nacemos con el potencial creativo: la creatividad no es privilegio solo de músicos, pintores, escritores o artistas, y conceptos conocidos, que habitualmente producen soluciones originales.¹⁰ Podemos ser creativos en todos los ámbitos de nuestras vidas.

Desarrollarla permitirá a los niños razonar, cuestionar, encontrar soluciones novedosas frente a los problemas cotidianos.

Diego Parra Duque, psicólogo especialista en el tema de creatividad nos dice que para fomentar la creatividad se debe:

¹⁰ Mitchell Beazley. "El Atlas Del Cuerpo Y De La Mente" (The Mitchell Beazley Atlas Of The Body And Mind) CREATIVIDAD, consultada el 22 de mayo de 2010.

Ser capaz de producir muchas ideas con respecto a un tema

Muchas veces como padres nos preocupamos más porque el niño aprenda cada vez más cosas en la escuela, sin saber que para que el niño adquiera un aprendizaje óptimo a nivel académico, debemos despertar en él la curiosidad, el ingenio para aprender y resolver nuevos problemas. ¿Cómo se logra esto? Incentivando en los niños la imaginación, esto no le va a costar mucho, pues ellos por naturaleza son más curiosos y creativos, preguntan y cuestionan en todo momento sobre el sentido y la utilidad de las cosas. Entre los 3 y 10 años se les puede formular preguntas como ¿Qué parecido podemos encontrar entre una televisión y un gato? ¿Qué pasaría si todas las personas tuvieran cuatro brazos? Diego Parra Duque propone realizar preguntas de este tipo a los niños, con el objetivo de que empiecen a aprovechar su potencial creativo, utilicen su imaginación y encuentren múltiples respuestas a una pregunta, aquí no existen respuestas buenas o malas, lo que importa es que se les permita expresar o lanzar muchas ideas a partir de un tema; debemos escuchar con atención sus respuestas y no llamarle la atención si es que nos da una respuesta que no es la esperada por nosotros

Areverse a equivocarse

Los adultos generalmente tenemos miedo a equivocarnos, es un temor aprendido, puesto que no sucede lo mismo en los niños, ellos están dispuestos a realizar muchas preguntas y hallar respuestas que no necesariamente son las

correctas. Lo importante, es permitir que cometan errores, sólo así se constituirán nuevos aprendizajes. Los grandes descubrimientos y avances tecnológicos se han logrado a partir de muchos intentos y errores previos, porque las personas creativas se atreven a hacerlo

Crear historias a partir de dos palabras que no guardan relación

Una estrategia que estimula mucho la creatividad es inventar o crear historias a partir de dos palabras que no guardan relación aparente; podemos invitar al niño a escoger dos palabras para luego relacionarlas mediante una historia o una frase; el resultado será la creación de historias ingeniosas, que estimularán en todo momento la imaginación del niño, de paso estaremos incentivado en la capacidad de comprensión, abstracción y expresión verbal. También se puede hacer que el niño encuentre la semejanza entre dos objetos o conceptos aparentemente distantes.

Establecer límites al niño ayuda a estimular la creatividad

Para estimular la creatividad en los niños, es recomendable establecer límites, por ejemplo, si se le pide a un niño que realice un dibujo, probablemente él nos pregunte ¿ y qué dibujo?, a través de esta pregunta el niño nos está pidiendo ayuda para iniciar el despliegue de su imaginación, lo recomendable no es sugerirle cosas concretas, sino darle ideas o estímulos disparadores que permitan al niño generar sus propias ideas, esto ayuda a

resolver el problema de quedarnos con “la mente en blanco” cuando no se nos ocurre nada. Por ejemplo, puede sugerirle al niño que invente un animal y lo dibuje, un personaje nuevo o simplemente que dibuje aquello que va a realizar el día siguiente

Descubrir los intereses de los niños

Es básico conocer los intereses de nuestros niños para estimular la creatividad haciendo uso de esos intereses, por ejemplo si sabemos que al niño le agrada la actuación, podemos hacer que represente a un doctor o a su animal preferido, si le gusta la danza, podríamos sugerirle para que invente coreografías o nuevos pasos de baile, si lo que le llama la atención es la lectura o los cuentos, podemos animarlo a que cambie el final de una historia o que invente un cuento a partir de un personaje, una palabra u objeto que vea.¹¹

¹¹ Parra y Gómez (2006) “Creatividad para padres” ESTRATEGIAS PARA FOMETAR LA CREATIVIDAD EN LOS NIÑOS, consultada el 26 de febrero de 2010.

2.1.4.4 MOTRICIDAD

El término motricidad se emplea en el campo de la salud y se refiere a la capacidad de una parte corporal o su totalidad, siendo éste un conjunto de actos voluntarios e involuntarios coordinados y sincronizados por las diferentes unidades motoras (músculos).

TIPOS DE MOTRICIDAD

- 1) *Dinámica o anisométrica*: Es aquella en la que la magnitud de la tensión del músculo no es igual a la longitud del músculo, variará según cual sea la tensión generada.
- 2) *Gruesa*: Tiene que ver con marcha, carrera, salto, equilibrio, y coordinación en movimientos alternos simultáneos con y sin manejo de ritmo también conocida como proceso Hardur.
- 3) *Media*: Se refiere a la estabilización de segmentos.
- 4) *Fina*: Se refiere a las prensiones o agarres que facilita actividades de precisión¹²

Es frecuente entre los niños con síndrome de Down la hipotonía muscular y la laxitud de los ligamentos que afecta a su desarrollo motor. Físicamente,

¹² <http://es.wikipedia.org/wiki/Motricidad>, MOTRICIDAD, consultada el 22 de mayo de 2010.

entre las personas con síndrome de Down se suele dar cierta torpeza motora, tanto gruesa (brazos y piernas) como fina (coordinación ojo-mano). Presentan lentitud en sus realizaciones motrices y mala coordinación en muchos casos.

Es aconsejable tener en cuenta estos aspectos para mejorarlos con un entrenamiento físico adecuado. Los bebés se han de incorporar lo más pronto posible en programas de atención temprana, en los que la fisioterapia debe estar presente. Más tarde, los niños pueden y deben practicar muy diversos deportes y actividades físicas, por supuesto, adaptados a las peculiaridades biológicas de cada uno de ellos. Caminar y nadar se han mostrado como dos ejercicios recomendables para la mayor parte de las personas con síndrome de Down. Es conveniente estudiar previamente sus características físicas y de salud y el riesgo que pueda suponer realizar un determinado ejercicio, por ejemplo en el caso de padecer inestabilidad atlantoaxoidea. La práctica de deportes les proporciona la forma física y la resistencia que precisan para realizar adecuadamente sus labores cotidianas y les ayuda a mejorar su estado de salud y a controlar su tendencia al sobrepeso. Respecto a este último aspecto, precisan una ingesta calórica menor que otros niños de su mismo peso y estatura, debido a la disminución de su metabolismo basal.

INFLUENCIA GENÉTICA EN EL APARATO LOCOMOTOR

A la hora de trabajar con niños síndrome Down la motricidad gruesa (lo que concierne al ejercicio físico), se debe partir de unos conocimientos sobre la repercusión que la trisomía 21 provoca en el aparato locomotor. Hay cuatro factores que influyen sobre el desarrollo motor grueso de un niño con Síndrome Down. Son:

HIPOTONÍA

El tono se refiere a la tensión de un músculo cuando está en estado de reposo. La cantidad de tono está controlada por el cerebro. La hipotonía es una disminución de este tono muscular. La hipotonía hará más difícil aprender a mantener el equilibrio en determinadas actividades.

LAXITUD LIGAMENTOSA

En los niños con Síndrome Down esta laxitud se traduce en un aumento de la flexibilidad de sus articulaciones, y eso lleva a que sus articulaciones sean menos estables y por ello les resulte más difícil mantener el equilibrio sobre ellas. Ejemplo de este hecho no es solo la alta flexibilidad a la hora de ejecutar ejercicios, sino también que tengan alteraciones ortopédicas como son los pies planos. Un aumento de flexibilidad de las articulaciones puede llevar a que éstas se deformen por mala sujeción y traigan, complicaciones ortopédicas.

REDUCCIÓN DE LA FUERZA.

Es importante que aumente la fuerza muscular porque, de lo contrario, los niños tienden a compensar su debilidad haciendo movimientos que son más fáciles a corto plazo, pero resultan perjudiciales a la larga.

EXTREMIDADES CORTAS

Los brazos y piernas de los niños con Síndrome Down son cortos en relación con la longitud de su tronco, esto repercute de forma que, actividades que pueden realizar, se vean limitadas por su arquitectura anatómica.

ALTERACIONES CARDIORESPIRATORIAS

Estas alteraciones no están directamente relacionadas con lo que es el aparato locomotor, pero si es muy importante tenerlas en cuenta a la hora de realizar cualquier actividad física. Es muy bueno trabajar con ellos una de las cualidades físicas básicas, la Resistencia. Correr de forma suave durante unos minutos y después trabajar con ellos la vuelta a la calma es muy bueno.

2.1.4.5 LA SOCIABILIDAD

La socialización o sociabilización es el proceso mediante el cual los individuos pertenecientes a una sociedad o cultura aprenden e interiorizan un repertorio de normas, valores y formas de percibir la realidad, que los dotan de las capacidades necesarias para desempeñarse satisfactoriamente en la

interacción social con otros individuos de ésta. Como señalan Berger y Luckemann (1968:164 y ss): "el individuo no nace miembro de una sociedad", sino que "es inducido a participar" en la sociedad a través de la internalización de sus normas¹³

El desarrollo social es fundamental para el bienestar de cualquier individuo. Se ve influido por factores como: temperamento y personalidad, lenguaje y capacidades cognitivas, relaciones emocionales, ámbito familiar, expectativas de los padres y estilos de crianza.

Muchos de estos aspectos implican interacción social con otras personas. Tanto los niños como los adultos con Síndrome de Down destacan en comprensión social: captan los principales mensajes relativos a sentimientos. Esta característica les puede ayudar a tener más éxito en las actividades de la comunidad y en la integración educativa. Además, casi todos mejoran de manera constante la capacidad social y el comportamiento a medida que se hacen mayores.

Todos los niños con Síndrome de Down son singulares y sus capacidades sociales, de comunicación y comprensión varían ampliamente. Un pequeño número presenta otras enfermedades (autismo, hiperactividad, trastorno obsesivo compulsivo, ansiedad o depresión) que les provocan dificultades

¹³ <http://es.wikipedia.org/wiki/Socializaci%C3%B3n>, SOCIALIZACION, consultada el 25 de mayo de 2010.

sociales y peor comprensión y comportamiento social. Deben diagnosticarse y tratarse adecuadamente: necesitan una ayuda adicional.

La comprensión social, empatía e interactividad social son aspectos sólidos desde la primera infancia a lo largo de toda la vida adulta en la mayoría de personas con síndrome de Down.

Aunque tradicionalmente se consideraba a las personas con síndrome de Down muy “cariñosas”, lo cierto es que, sin una intervención sistemática, su nivel de interacción social espontánea es bajo. Sin embargo en conjunto alcanzan un buen grado de adaptación social, y ofrecen una imagen social más favorable que personas con otras deficiencias. Suelen mostrarse colaboradores y ser afables, afectuosos y sociables. Por ello, la inmensa mayoría de los niños pequeños con síndrome de Down pueden incorporarse sin ninguna dificultad a los centros de integración escolar y se benefician y benefician a sus compañeros al entrar en ellos. En su juventud, si se ha llevado a cabo un entrenamiento sistemático, llegan a participar con normalidad en actos sociales y recreativos (cine, teatro, acontecimientos deportivos), utilizar los transportes urbanos, desplazarse por la ciudad, usar el teléfono público y comprar en establecimientos, todo ello de forma autónoma.

En los niños suele darse una gran dependencia de los adultos, algo que se manifiesta tanto en el colegio como en el hogar. Además prefieren habitualmente jugar con niños de menor edad, conducta que suele ser una constante entre personas con discapacidad intelectual. Por otro lado, se dan en ocasiones problemas de aislamiento en situación de hipotética integración, en muy diversos entornos, debido a las condiciones ambientales o a sus propias carencias. A veces están solos porque así lo eligen, ya que les cuesta seguir la enorme cantidad de estímulos que presenta el entorno y porque los demás se van cansando de animarles y de favorecer su participación. En clase, en ocasiones, muchos cambios de situación o de actividad los realizan por imitación de otros niños y no por auténtica comprensión o interiorización de lo propuesto por el profesor.

En el terreno social se les ha de favorecer el contacto con otras personas, promoviendo que participen en actividades de grupo y que intervengan en todo tipo de actividades, como en juegos y deportes. Los programas de entrenamiento en habilidades sociales pueden ser aplicados con éxito con personas con síndrome de Down desde edades tempranas, alcanzándose resultados observables en poco tiempo. Estos programas tienen un efecto añadido de concienciación y cambio de actitudes. Por un lado la familia se decide a permitirles hacer cosas que ni se habían planteado que pudieran llevar a cabo; por otro, se les saca a la calle y se hace más “normal”,

por frecuente, su participación en actos sociales comunes y generales. La integración social plena de las personas con síndrome de Down se ha de entender como un proceso de doble dirección: preparando al discapacitado para su acceso a la sociedad y concienciando a la sociedad de la necesidad de acoger a todo tipo de personas, aceptando sus diferencias.

Su comportamiento social en general suele ser apropiado en la mayor parte de los entornos si se han establecido claramente las normas de actuación. Cuando aparecen conductas inadecuadas, una pronta intervención, sistemáticamente programada y coordinada entre todos los implicados en su educación, da resultados en escaso margen de tiempo. En casos aislados, existe la posibilidad de agresión u otras formas de llamar la atención si no se le proporcionan otros medios de interacción social más apropiados. Se ha observado, que a medida que mejoran sus competencias lingüísticas, suelen reducirse sus comportamientos disfuncionales y que al ir alcanzando un adecuado nivel lector y aficionarse a la lectura, disminuyen las conductas auto estimulantes y estereotipadas. El control conductual externo, que a través de la práctica se irá interiorizando, y la participación en todo tipo de actividades sociales en el entorno real de la persona con síndrome de Down, son algunas actuaciones recomendables. La familia tiene una responsabilidad ineludible, con mucho que aportar en este terreno.

En el ámbito social lo más importante es la normalización, es decir, un trato semejante a los demás, en derechos y exigencias. Tanto la protección excesiva como la dejadez y el abandono son actuaciones negativas para ellos. Es fundamental el establecimiento de normas claras, de forma que sepan en todo momento lo que deben y no deben hacer. Los límites sociales bien definidos les proporcionan tranquilidad, seguridad y confianza.

En la medida en que los juegos y los juguetes favorecen la comunicación y el intercambio, ayudan al niño a relacionarse con los otros, a comunicarse con ellos y les prepara para su integración social.

En los primeros años el niño y la niña juegan solos, mantienen una actividad bastante individual; más adelante la actividad de los niños se realiza en paralelo, les gusta estar con otros niños, pero unos al lado del otros. Es el primer nivel de forma colectiva de participación o de actividad asociativa, donde no hay una verdadera división de roles u organización en las relaciones sociales en cuestión; cada jugador actúa un poco como quiere, sin subordinar sus intereses o sus acciones a los del grupo. Más tarde tiene lugar la actividad competitiva, en la que el jugador se divierte en interacción con uno o varios compañeros. La actividad lúdica es generalmente similar para todos, o al menos interrelacionada, y centrada en un mismo objeto o un mismo resultado.

Y puede aparecer bien una rivalidad lúdica irreconciliable o, por el contrario y en un nivel superior, el respeto por una regla común dentro de un buen entendimiento recíproco. En último lugar se da la actividad cooperativa en la que el jugador se divierte con un grupo organizado, que tiene un objetivo colectivo predeterminado. El éxito de esta forma de participación necesita una división de la acción y una distribución de los roles necesarios entre los miembros del grupo; la organización de la acción supone un entendimiento recíproco y una unión de esfuerzos por parte de cada uno de los participantes.

Existen también ciertas situaciones de juego que permiten a la vez formas de participación individual o colectiva y formas de participación unas veces individuales y otras veces colectivas; las características de los objetos o el interés y la motivación de los jugadores pueden hacer variar el tipo de comportamiento social implicado.¹⁴

2.1.5 TERAPIA OCUPACIONAL LUDICA Y RECREATIVA EN PACIENTES CON SINDROME DOWN EN EDAD PREESCOLAR.

Se define la Terapia Ocupacional como la ciencia o disciplina orientada a analizar e instrumentar las ocupaciones del hombre para tratar su salud; entendiéndola a la misma como el bienestar biopsicosocial y no solo a la ausencia

¹⁴ <http://www.infonegocio.com/downcan/todo/interes/intervencionobj.html>, SOCIALIZACION DE NIÑOS CON SINDROME DOWN, consultada el 29 de octubre de 2009.

de la enfermedad.¹⁵

Se dice que la Terapia Lúdica desarrollada inicialmente a finales del siglo XX, hoy en día la terapia lúdica incluye un gran número de métodos de tratamiento, todos ellos aplicando los beneficios terapéuticos del juego. La terapia lúdica difiere del juego normal en el hecho de que el terapeuta ayuda al niño a tratar y resolver sus propios problemas. La terapia lúdica se apoya en la forma natural en que los niños aprenden sobre ellos mismos y sobre sus relaciones con el mundo que los rodea (Axline, 1947; Carmichael, 2006; Landreth, 2002). A través de la terapia lúdica, los niños aprenden a comunicarse con los demás, expresar sus sentimientos, modificar su comportamiento, desarrollar la habilidad de resolver problemas y aprender formas de relacionarse con otros. El juego les ofrece una distancia psicológica segura de sus problemas y les permite expresar pensamientos y sentimientos apropiados para su desarrollo.¹⁶

La Terapia Recreativa: Este es el tipo de terapia que se encarga de diagnosticar, prescribir e implementar un tratamiento mediante actividades recreativas. La recreación terapéutica impacta los aspectos físicos, psicológicos

¹⁵ <http://www.caren.org.ar/areasterapiaocupacional.htm>, AREAS DE ATENCION, DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL. Consultada el 12 de octubre de 2009.

¹⁶ Adler-Nevo, G. & Manassis, K. (2005). Depression & anxiety. New York, NY: John Wiley & Sons, Inc. Ayyash-Abo, H. (2001). Childhood bereavement: What school psychologists need to know. *School Psychology International*, 22(4), 417-433. LA TERAPIA LUDICA HACE DIFERENCIA, consultada el 25 de mayo de 2010.

y sociales de las poblaciones especiales que tengan problemas con en el manejo de destrezas para el disfrute del tiempo libre.¹⁷

Con la Terapia Ocupacional Lúdica Y Recreativa se lograra en el niño con Síndrome Down, en edad preescolar: una mejor relación familiar, desarrollo de la personalidad, social y profesional; por medio de actividades: dinámicas, terapias de grupos y juegos al aire libre; porque permite la adaptabilidad del niño al desarrollo de las actividades y obtener mayor eficacia. Tomando como base la terapia ocupacional cuyos principios de que cada individuo busca interactuar con su ambiente de manera competente y que la salud es el resultado de la habilidad de la persona para participar exitosamente en las tareas (ocupaciones) que son significativas y relevantes para ella, según su edad, intereses y roles de vida. Por ejemplo: jugar, aprender, cuidar de si mismo son algunas de las tareas de las que se “ocupa” un niño.

2.1.6 OBJETIVOS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL¹⁸

- Optimiza el desempeño escolar de niño y la niña, mediante el desarrollo de los componentes cognitivos: observación, atención y concentración, haciendo uso funcional de su potencial diferencial,

¹⁷ http://enciclopedia.us.es/index.php/Terapia_recreativa, TERAPIA RECREATIVA, consultada el 25 de mayo de 2010.

¹⁸ ¹⁸ <http://www.crisalida.edu.co/down.html>, SINDROME DOWN, consultada el 30 de octubre de 2009.

técnicas de manejo de conducta y control ambiental.

- Promueve la integración funcional de los sistemas sensoriales (visual, auditivo, táctil, propioceptivo y vestibular) esencial para el adecuado ingreso y procesamiento de información que proviene del ambiente; tarea determinante en el aprendizaje.
- Promueve el desarrollo de mecanismos visuales-fijación, seguimiento, convergencia y divergencia que le permiten al niño lograr mayor precisión en tareas de motricidad, aprendizaje cognitivo y motor.
- Brinda estímulos sensoriales que activan el tono muscular y favorecen la maduración de su sistema táctil.
- Fortalece la musculatura manual y desarrolla el arco palmar para promover los patrones integrales –agarres- que permiten al niño la manipulación adecuada de herramientas y materiales.
- Corrige la actitud postural y disminuye los ajustes durante el trabajo en mesa, facilitando la atención o incrementando la tolerancia a periodos más amplios de trabajo.

- Fomenta la integración de puntos de apoyo en miembros superiores, favoreciendo el cruce de línea media, y promoviendo un mejor desempeño del niño en actividades de mesa.
- Evita los movimientos en bloque y estimula la disociación de los segmentos que conforman los MMSS para mejorar sus patrones funcionales y su motricidad fina, obteniendo movimientos más coordinados y precisos.
- Favorece en el niño la ideación y ejecución de estrategias, para solucionar problemas a nivel motor con cierta precisión.
- Promueve la adquisición de hábitos y rutinas necesarios para lograr niveles crecientes de organización interna en el niño, estructurando a su vez su comportamiento tanto en actividades escolares como actividades de la vida diaria.

Mediante el juego y el empleo de juguetes, se puede explicar el desarrollo de cinco parámetros de la personalidad, todos ellos íntimamente unidos entre si como la afectividad, inteligencia, creatividad, motricidad y socialización.

2.1.7 OBJETIVOS DE LA TERAPIA LUDICA Y RECREATIVA¹⁹

- Lograr una agilidad mental en el niño con síndrome de Down y un mejor trabajo en equipo.
- Lograr una mejor relación con el profesional.
- Mejorar el estado anímico del niño.
- Conseguir un mejor desenvolvimiento del niño.
- Lograr una mejor relación con los demás niños
- Conseguir un bienestar emocional en el niño.
- Alcanzar un mejor trabajo de grupo.
- Incentivar el dinamismo en el niño.
- Ayudar a mejorar los reflejos y agilidad.

¹⁹ CONSTRUIDO POR EL EQUIPO INVESTIGADOR EN BASE A LAS ACTIVIDADES QUE SE VAN A REALIZAR CON LA POBLACION EN ESTUDIO.

2.1.8 ACTIVIDADES LUDICAS Y RECREATIVAS UTILIZADAS EN EL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD EN NIÑOS CON SINDROME DOWN

2.1.8.1 EL JUEGO COMO FACILITADOR DE LA PERSONALIDAD

El juego se define como: una actividad que se utiliza para la diversión y el disfrute de los participantes, en muchas ocasiones, incluso como herramienta educativa.²⁰

Incluye las habilidades de exploración y desempeño del juego, identificando intereses, destrezas y desafíos apropiados para cada niño. El desempeño activo del juego promueve el desarrollo de habilidades sensorio motoras, cognitivas y psicosociales, así como la integración de los sistemas sensoriales. Así mismo la habilidad de un niño de tomar parte en una actividad altamente motivante, divertida y gratificante, depende de las habilidades y hábitos de las personas con síndrome de Down.

EL JUGUETE Y LA FORMACIÓN DE LA PERSONALIDAD

Si el juguete reviste tal importancia a los fines del desarrollo físico y psíquico del niño y la niña es obvio que su elaboración debe relacionarse estrechamente con las sucesivas etapas de la formación de la personalidad.

²⁰ <http://es.wikipedia.org/wiki/Juego>, JUEGO, consultada el 30 de mayo de 2010.

Así, un buen juguete puede servir en las sucesivas etapas de la vida, sin necesidad de estar creando nuevos y más variados juguetes, pues lo que cambia es la manera como los niños y niñas los utiliza en las diferentes edades. Un mismo objeto-juguete puede usarse durante mucho tiempo, pero irlo haciendo cada vez más complicado, de modo tal que implique una continua estimulación, nuevos elementos que obligan al niño y a la niña a hacer un ejercicio mayor de su imaginación y originalidad. Al insertar el juguete en una actividad de juego cada vez más compleja el mismo objeto requiere de nuevas acciones psíquicas, esto permite que mantenga su nivel de estimulación, continúe ejerciendo un efecto sobre los procesos y propiedades físicas y actúe sucesivamente en las distintas fases del desarrollo de la personalidad

Un ejemplo referido al juego de cubos (bloques), tan usado en la estimulación del desarrollo sensorial:

El lactante generalmente lo que hace es tomar las piezas, las tira, las golpea entre sí. Al gatear lleva las piezas de un lugar a otro, las vacía y llena en un recipiente.

El niño hasta los dos años rara vez construye una forma definida, pero logra hacer construcciones simples, como una fila o una torre sencilla.

El niño hasta los tres años ya hace verdaderas construcciones: torres

complejas, puentes, trenes, barreras, entre otras.

Los mayores de cuatro años insertan su construcción en un juego, se interesan por darle un nombre a su construcción, y suelen añadirle un argumento a la misma, que forma parte de su representación.

A partir de los 5-6 años usan las piezas y construcciones de manera libre, asignándoles propiedades de los más disímiles objetos, a los cuales representan.

Pero además, cuando el niño o la niña utilizan un juguete experimentan vivencias positivas o negativas relacionadas con el éxito o el fracaso de sus acciones con el mismo, lo que ejerce un efecto en sus emociones y sentimientos, en la esfera afectivo-motivacional.

Tal necesidad afectiva de poder establecer una relación emocional con los objetos del mundo que le rodea, que se materializan entre otros en los juguetes, determina que cuando los niños o niñas no tienen posibilidades de establecer este contacto afectivo con tales objetos, por carecer de ellos, sustituyen los más disímiles y le dan categoría de juguetes: una botella se transforma en una muñeca, un pedazo de madera se convierte en un barco, una escoba se vuelve un caballo. Esta sustitución, que también tiene una explicación en el plano intelectual y que es un componente importante en el

juego, tiene además una implicación afectiva muy importante, y va a tener efectos considerables en la formación del niño y niña como personas.

El mejor juguete es aquel que más se corresponda con el desarrollo psíquico y físico del niño y la niña, y el que de mejor manera satisfaga las necesidades y motivos que caracterizan su personalidad en formación.

EL JUEGO COMO APRENDIZAJE Y ENSEÑANZA:

Educar a los niños a través del juego se ha de considerar profundamente. El juego bien orientado es una fuente de grandes provechos. El niño aprende porque el juego es el aprendizaje y los mejores maestros han de ser los padres

Para los niños, jugar es la actividad que lo abarca todo en su vida: trabajo, entretenimiento, adquisición de experiencias, forma de explorar el mundo que le rodea, etc. El niño no separa el trabajo del juego y viceversa. Jugando el niño se pone en contacto con las cosas y aprende, inconscientemente, su utilidad y sus cualidades.

Los estudios de la historia de los juegos demuestran las funciones de la actividad lúdica de la infancia: biológicas, culturales, educativas, etcétera. Los juegos marcan las etapas de crecimiento del ser humano: infancia, adolescencia

y edad adulta. Los niños no necesitan que nadie les explique la importancia y la necesidad de jugar, la llevan dentro de ellos.

El niño explora el mundo que le rodea. Realmente ha de explorarlo si quiere llegar a ser un adulto con conocimientos. Los padres han de ayudarle en su insaciable curiosidad y contestar a sus constantes porqués.

Para el niño no existe una frontera claramente definida entre el sueño y la realidad, entre el juego y la vida real. El procura seleccionar, comprender e interpretar aquello que más le interesa.

El juego le permite al pensamiento acciones espontáneas y eficaces para enriquecer las estructuras que posee y hallar nuevos caminos, nuevas respuestas, nuevas preguntas.

El juego ocupa, dentro de los medios de expresión de los niños, un lugar privilegiado. No se puede considerar sólo como un pasatiempo o diversión. Es, más que nada, un aprendizaje para la vida adulta. El mundo de los juegos tiene una gran amplitud, existiendo en cantidad inagotable.

HABILIDADES PSICOMOTORAS DESARROLLADAS A TRAVEZ DEL JUEGO EN NIÑOS PREESCOLARES.

2 a 3 años desarrollo de las siguientes habilidades

Como son estos niños:

- Les divierte aprender nuevas habilidades
- Aprenden el lenguaje rápidamente
- Tienen poco sentido del peligro
- Ganan destreza con las manos y los dedos
- Se frustran rápidamente, son muy independientes aunque todavía dependen
- Reproducen escenas familiares

Juguetes utilizados para motricidad gruesa y fina

Motricidad gruesa

- Triciclos con pedales
- Objetos para arrojar, cargar y descargar
- Coches, caballos y todo tipo de juguetes que tengan movimiento
- Juguetes para el agua
- Palas y cubos

Motricidad fina

- Construcciones grandes y ligeras
- Puzzles (hasta 8 piezas)

- Encajes de formas
- Tijeras de punta redonda.
- Vasos que encajan unos en otros
- Pizarra y tizas para dibujar
- Cuentos fáciles de manejar con buenas ilustraciones
- Pintura de dedos, brochas...

Juego simbólico:

- Animales y plantas para cuidar
- Muñecas y accesorios: vestidos, coche, cama
- Cocinitas equipadas con utensilios necesarios
- Teléfonos
- Títeres
- Telas para disfrazarse

Expresión:

Instrumentos musicales: triángulos, panderos

3 a 5 años desarrollo de las siguientes habilidades

Como son estos niños:

- Tienen un tiempo de atención más prolongado
- Se enfrentan a los adultos, son cabezotas y traviosos
- Hablan y preguntan mucho
- Prueban constantemente sus habilidades físicas

- Revelan sus sentimientos en juegos dramáticos
- Les gusta jugar con sus amigos/as, no perder
- Comparten y guardan turnos algunas veces.

Juguetes utilizados para la motricidad gruesa y fina

Motricidad gruesa

- Objetos para el agua
- Columpios, pelotas, coches, aviones, trenes
- Patines y patinetes
- Triciclos y bicicletas

Motricidad fina

- Conjuntos de construcción y puzzles (hasta 30 piezas)
- Banco de carpintero, equipo con martillo, clavos, berbiquí, lija
- Mecanos
- Construcciones de madera grandes
- Tijeras de punta redonda
- Pegamento
- Pinturas de cera, pinturas de dedos
- Plastilina, barro para modelar

Expresión

- Pizarra
- Cassettes y cintas canciones

- Instrumentos musicales: carrillón, xilófono, maracas
- Libros e historias cortas e ilustradas
- Dominós, juegos de mesa y cartas sencillos

Juego simbólico

- Muñecas que se puedan lavar (es importante en esta edad que se detallen correctamente las diferentes partes del cuerpo)
- Animales de juguete
- Tiendas de indios
- Instrumentos de oficio: jardinería, hospital, bomberos, garaje
- Teléfonos de juguete
- Cacharros de cocina
- Pinturas de maquillaje
- Ropa diversa para disfrazarse, sombreros...
- Aviones y barcos de juguete

2.1.8.2 ACTIVIDADES UTILIZADAS EN EL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD EN NIÑOS CON SINDROME DOWN

Son las siguientes:

- Pintura de dedo (Anexo N° 3)
- Pintura con acuarela (Anexo N° 4)
- Decoración de las pinturas (Anexo N° 5)
- Danza (música infantil) (Anexo N° 6)

- Tocar un instrumento (piano, tambor, pandereta, maraca) (Anexo N° 7)
- Juegos con pelota (Anexo N°8)
- Actividades con plastilina (Anexo N°9)
- Actividades con paletas de madera (Anexo N° 10)
- Colocación de huellas de manos y pies en pliegos de cartulina (Anexo N° 11)
- Migajón (Anexo N° 12)
- Decoración de figuras de migajón (Anexo N° 13)
- Actividades recreativas (Anexo N° 14)
- Juegos en piscina (Anexo N° 15)
- Rompecabezas de abecedario (Anexo N° 16)
- Recorte de figuras en papel china y decoración en pliegos de cartulina (Anexo N° 17)
- Actividades de campo (Anexo N° 18)
- Terapia Ocupacional (legos, figuras geométricas, aros) (Anexo N° 19)
- Decoración en cartoncillo con granos básicos (Anexo N° 20)
- Decoración de fotografías (Anexo N° 21)
- Trazos con crayolas (Anexo N° 22)
- Elaboración de bolitas de papel (Anexo N° 23)
- Decoración de pliegos de cartulina con bolitas de papel y papel corrugado (Anexo N° 24)
- Convivio entre niños y padres (Anexo N° 25)

2.2 DEFINICION DE TERMINOS BASICOS

RETRASO MENTAL: hace referencia a limitaciones sustanciales en el desenvolvimiento corriente. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que tiene lugar junto a 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 comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo.

DISYUNCION: Separación de cromosomas homólogos durante la anafase de la mitosis o la meiosis

CARIOTIPO: es un esquema, foto o dibujo de los cromosomas de una célula metafísica ordenados de acuerdo a su morfología (metacéntricos, submetacéntricos, telocéntricos, subtelocéntricos y acrocéntricos) y tamaño, que están caracterizados y representan a todos los individuos de una especie.

ECOCARDIOGRAMA: es tecnología sanitaria que realiza una sonografía del corazón. También conocido como **ultrasonido cardíaco**, usa técnicas estándares de ultrasonido para producir imágenes en rebanadas de dos dimensiones del corazón. Los últimos sistemas de ultrasonido ahora emplean imágenes en tiempo real en 3D

ESOTROPIA: Tipo de estrabismo caracterizado por la desviación interna de un ojo con respecto al otro.

HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO: es una forma de deficiencia congénita (autosómica recesiva) de la glándula tiroidea, lo que provoca un retardo en el

crecimiento físico y mental

ADUALISMO: El adualismo es un estado en el cual no existe aún ninguna conciencia del yo, o sea ninguna frontera entre el mundo interior o vivido y el conjunto de las realidades exteriores, o sea entre el yo y el no yo. La expresión adualismo indica precisamente que no hay ("a-") dos ámbitos diferenciados ("-dualismo").

HITOS: Fijamente, seguidamente o con permanencia en un lugar.

INTROVERSIÓN: es una actitud típica que se caracteriza por la concentración del interés en los procesos internos del sujeto.

EXTROVERSIÓN: por el contrario, es una actitud típica que se caracteriza por la concentración del interés en un objeto externo.

MEMORIA PROCEDIMENTAL: La memoria de procedimientos incluye el conocimiento subyacente a habilidades cognitivas, motoras, etc., y al aprendizaje por condicionamiento, es decir, el 'saber cómo'. Se llama también memoria procedural.

MEMORIA OPERATIVA: Parte de la memoria permanente, se ocupa de almacenar, retener y recuperar información relativa a episodios con una referencia autobiográfica, esto es, contextualizados en tiempo y lugar para su poseedor".

COEFICIENTE INTELECTUAL: es una puntuación, resultado de alguno de los tests estandarizados diseñados para medir la inteligencia.

AUTISMO: es un trastorno del desarrollo, permanente y profundo. Afecta a la comunicación, imaginación, planificación y reciprocidad emocional. Los síntomas en general son incapacidad de interacción social, aislamiento, estereotipias (movimientos incontrolados de alguna extremidad, generalmente las manos).

JUEGO: es una actividad que se utiliza para la diversión y el disfrute de los participantes, en muchas ocasiones, incluso como herramienta educativa. Los juegos normalmente se diferencian del trabajo y del arte, pero en muchos casos estos no tienen una diferenciación demasiado clara.

DESTREZA: Habilidad, arte, primor o propiedad con que se hace algo.

ACTITUD POSTURAL: como el conjunto de posturas que adopta nuestro cuerpo normalmente para mantenerse equilibrado con respecto a la fuerza de la gravedad. Una incorrecta actitud postural influirá a la larga de modo negativo en nuestra salud física. La actitud postural estará influenciada por el estado de ánimo de los persona.

HÁBITOS: es cualquier comportamiento repetido regularmente, que requiere de un pequeño o ningún raciocinio y es aprendido, más que innato.

JUGUETE: es un objeto para jugar y entretener, generalmente destinado a niños (y niñas), adultos o ambos. Ciertos juguetes son apropiados también para animales domésticos, en especial perros y gatos, existiendo incluso variedades de juguetes creados específicamente para ellos. Los juguetes pueden ser utilizados individualmente o en combinación con otros. Ciertos juguetes son asociados con épocas históricas o culturas particulares, mientras que otros aparentan poseer popularidad universal.

HABILIDADES COGNITIVAS: proviene del campo de la Psicología cognitiva. Las habilidades cognitivas son operaciones del pensamiento por medio de las cuales el sujeto puede apropiarse de los contenidos y del proceso que usó para ello.

HIPERACTIVIDAD: Aumento de la velocidad de las respuestas motoras, así como de la frecuencia y el ritmo de los movimientos y del habla. 2. Actividad excesiva en un niño. El término puede utilizarse para referirse a cualquier movimiento físico que dure la mayor parte del día. También se usa para referirse a un conjunto de síntomas, tales como facilidad para la distracción, dificultad de concentración prolongada, trastorno del sueño, excitabilidad, berrinches y baja tolerancia a la frustración. A este grupo de síntomas a veces se le denomina síndrome hiperactivo.

COMPULSIVO: Dícese del acto ejecutado por un impulso irresistible contrario al propio juicio [al enterarse de la noticia, tuvo una reacción c. y empezó a golpear las paredes]. (Compulsivo)

INTERACTIVIDAD: una expresión extensiva que en una serie de intercambios comunicacionales implica que el último mensaje se relaciona con mensajes anteriores a su vez relativos a otros previos.

CAPITULO III

SISTEMA DE HIPÓTESIS

3. SISTEMA DE HIPOTESIS

3.1 HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN

Hi: La Terapia Ocupacional Lúdica Y Recreativa facilita el desarrollo de la personalidad en niños con síndrome de Down en edad preescolar atendidos en el Centro De Rehabilitación Integral De Oriente (CRIOR) San Miguel.

3.2 HIPOTESIS NULA

Ho: La Terapia Ocupacional Lúdica Y Recreativa no facilita el desarrollo de la personalidad en niños con síndrome de Down en edad preescolar atendidos en el Centro De Rehabilitación Integral De Oriente (CRIOR) San Miguel.

3.3 OPERACIONALIZACION DE LAS HIPOTESIS EN VARIABLES.

HIPÓTESIS	VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES
HI: La terapia ocupacional lúdica y recreativa facilita la personalidad en niños con síndrome de Down en edad preescolar atendidos en el Centro De Rehabilitación Integral De Oriente	V. Personalidad de niños con síndrome Down	son obstinadas, afectuosa, fácil de tratar, cariñosas o sociables. Se dice de ellas que tienen capacidad para la imitación, buen humor, amabilidad y tozudez. O que son alegres, obedientes y sumisas.	Afectividad	Mediante una guía de evaluación	<ul style="list-style-type: none"> - Cariñoso - Es Alegre - Labilidad Emocional - Empatía - Iniciativa
			Inteligencia	Mediante una guía de evaluación	<ul style="list-style-type: none"> - Comprende una orden sencilla - Capacidad de retención - Reconoce algún personaje animado - Reconoce figuras geométricas - Ubicación de tiempo y espacio
			Creatividad	Mediante una guía de evaluación	<ul style="list-style-type: none"> - Soluciona problemas - Al facilitarle lápiz y papel realiza trazos - Imita a un animal - Le gusta la danza - Le gusta que le lean cuentos o historias
			Motricidad	Mediante una guía de evaluación	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza motricidad dinámica - Realiza motricidad gruesa - Realiza motricidad media - Realiza motricidad fina - Realiza una actividad motriz con facilidad
			Socialización	Mediante una guía de evaluación	<ul style="list-style-type: none"> - Se relaciona con sus padres - Se relaciona con las demás personas - Tiene participación en grupo - Presta sus juguetes a otros niños - Se comunica con sus demás compañeros

CAPITULO IV

DISEÑO METOLOGICO

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó una investigación de tipo prospectiva, transversal, descriptiva, documental y de campo para evaluar las habilidades y prácticas de la población en estudio.

Según el tiempo y ocurrencia de los hechos es de tipo:

Prospectiva:

Porqué se registró la información en el momento que se administre la evaluación a la población en estudio.

Según el período de secuencia del estudio es de corte:

Transversal:

Se estudió la variable el desarrollo de la personalidad de los niños con síndrome down haciendo un corte en tiempo de julio a septiembre de 2010 sin ningún seguimiento posterior.

En base al alcance de los resultados la investigación:

Descriptiva:

Porqué estuvo dirigida a determinar qué nivel de desarrollo y habilidades

tiene la población en estudio relacionado con su diagnóstico de síndrome Down.

Según la fuente de datos la investigación se caracteriza por ser de tipo:

Documental:

Porque también el estudio está fundamentado en la consulta de libros de medicina, revistas científicas, boletines científicos y direcciones electrónicas para dar un fundamento teórico a la misma lo cual sirve de base para la ejecución de la investigación y el análisis de la misma.

De campo:

Porque se obtienen los resultados de las técnicas de trabajo de campo como son la observación y la evaluación inicial y final, fuentes primarias que permitieron evaluar la personalidad en los niños con síndrome down en edad preescolar.

4.2 UNIVERSO Y POBLACIÓN

La población estuvo constituida por 50 pacientes que asisten mensualmente al Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR).

4.3 MUESTRA

Se seleccionaron 20 pacientes que asisten al área de estimulación temprana del Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR).

4.3.1 CRITERIOS DE INCLUSION

- Niño o niña
- Que tenga diagnóstico de Síndrome Down
- Que nunca haya asistido a un centro de educación especial
- Que asista al Centro De Rehabilitación Integral De Oriente (CRIOR) al área de estimulación temprana
- Estar dispuesto a colaborar con la investigación.

4.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSION

- Que no tenga diagnóstico de síndrome Down
- Que asista o haya asistido a un centro de educación especial
- No querer colaborar con la investigación.

4.4 TIPO DE MUESTREO

Se realizó un muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia por que dio la oportunidad de participar a toda la población, porque está basada en los criterios del equipo de investigación.

4.5 TECNICAS DE RECOLECCION DE INFORMACION

4.5.1 DOCUMENTAL

Esta técnica permitió obtener información de libros sobre medicina, diccionarios médicos y sitios web relacionados con el tema.

4.5.2 DE CAMPO

La evaluación (Anexo N° 27):

Esta técnica consistió en una guía de evaluación inicial y final la que contiene los parámetros de la personalidad hechas a la población en estudio la cual fue aplicada por el grupo investigador.

La observación:

Esta se aplicó al momento que se les dio una orden para ver la respuesta al estímulo; la observación no solo se hizo en la evaluación inicial y final sino también durante el tratamiento, ya que de esta forma se pudo notar cambios en el comportamiento de los niños.

La entrevista (Anexo N° 26):

Esta fue formula con preguntas abiertas dirigida los padres o encargados de los niños con Síndrome Down para poder tener una idea de cómo ven al niño con el síndrome.

4.6 INSTRUMENTOS

Se utilizó una guía de evaluación inicial y final, esta contiene los parámetros y dimensiones que se usó para saber cómo estaba al inicio la personalidad de los niños y así mismo saber la evolución que se logró al final del tratamiento, la cual se dirigió a la población que asiste al centro de rehabilitación integral de oriente en estudio que cumplieron con los criterios de inclusión.

Y una guía de entrevista con preguntas abiertas formuladas para los padres de familia o encargados.

4.7 PROCEDIMIENTO

El periodo de realización del estudio comprendió de julio a septiembre de 2010.

El trabajo de investigación se desarrolló en dos etapas:

Primera Etapa; comprendió la selección del tema y su respectiva aprobación y así se dio inicio a la obtención de información para la elaboración del perfil que fue la base o punto de partida de la investigación, seguidamente se realizó la primera entrega de los borradores para su revisión y asesoría del documento, luego se llevó a cabo la elaboración del protocolo de investigación, posteriormente su entrega y revisión, y su entrega final ya con todas sus correcciones pertinentes y con ello se concluyó esta primera etapa con la

defensa de la investigación que se realizó en el periodo de julio a septiembre del 2010.

La Segunda Etapa del proceso inicio con la ejecución de la investigación la cual comprendió:

A solicitar un permiso a la jefatura del Centro De Rehabilitación Integral De Oriente (CRIOR) para la realización de la investigación.

Además se pidió colaboración del recurso de Terapia Ocupacional, Terapia Educativa, Terapia De Lenguaje y Estimulación Temprana para la identificación de pacientes con diagnóstico de Síndrome Down.

Posteriormente se realizó una reunión general con la población de padres con niños con síndrome de Down para determinar la muestra a estudiar, la cual fue elegida a través del método no probabilístico elaborando un listado de pacientes con características comunes de sexo y edad requeridas para el estudio.

Seguidamente se pasó a explicar a los padres de niños con síndrome de Down en estudio en qué consistiría el programa explicándoles las actividades a realizar y dándoles a entender que es parte de su formación.

El programa de aplicación de Terapias Lúdicas y Recreativas se desarrolló en veinticuatro sesiones distribuidas en dos sesiones semanales; al finalizar el programa y para evaluar su efectividad se aplicó la evaluación final de manera individual para una comparación del desarrollo de la personalidad en los pacientes involucrados al iniciar y finalizar la investigación.

En la bibliografía se registraron las fuentes de consulta que se utilizaron durante la elaboración del documento de investigación.

Finalmente se adjuntaron los anexos que se utilizaron para recoger información y que sirvieron como material de apoyo para la ejecución de las actividades a realizar durante la investigación en el periodo de julio a septiembre de 2010.

CAPITULO V
PRESENTACION DE
RESULTADOS

5. PRESENTACION DE RESULTADOS

En el presente capítulo se muestran los resultados de la investigación obtenidos durante el proceso de ejecución, la cual fue realizada en el Centro De Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR).

La muestra del estudio estuvo conformada por 13 pacientes de ambos sexos atendidos en dicho centro entre las edades de 1 a 5 años; pudiéndose comprobar que la terapia ocupacional lúdica y recreativa facilitó el desarrollo de la personalidad en niños con Síndrome Down.

Los resultados obtenidos a través de la guía de la evaluación inicial y final se tabularon, analizaron e interpretaron de acuerdo al siguiente orden:

Cuadro N° 1, población según edad y sexo; N° 2 cuadro de cómo se encuentra la afectividad de los niños con síndrome Down, N° 3 cómo se encuentra la inteligencia de los niños, N° 4 cuadro sobre cómo se encuentra la creatividad en los niños de estudio, N° 5 cómo se encuentra la motricidad en los niños con síndrome Down, N° 6 datos de cómo se encuentra la socialización en ellos.

Cabe mencionar que para poder tabular estos datos se utilizó la siguiente fórmula estadística:

$$F = \frac{F}{N} \times 100$$

En donde:

F = Frecuencia

N = Total de datos

X = Incógnita que representa el tanto por ciento de la cantidad
Encontrada del total estudiado.

5.1 TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

5.1.1 RESULTADOS DE LA EVALUACION INICIAL Y FINAL A PACIENTES CON SINDROME DOWN (INSTRUMENTO Nº 2)

CUADRO Nº 1

DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR EDAD Y SEXO.

EDAD EN AÑOS	SEXO				FRECUENCIA	%
	F	%	M	%		
1	1	7.69	1	7.69	2	15.38
2	3	23.07	2	15.38	5	38.46
3	0	0.00	1	7.69	1	7.69
4	1	7.69	2	15.38	3	23.07
5	1	7.69	1	7.69	2	15.38
TOTAL	6	46.15	7	57.84	13	99.98

Fuente: guía de evaluación.

ANALISIS:

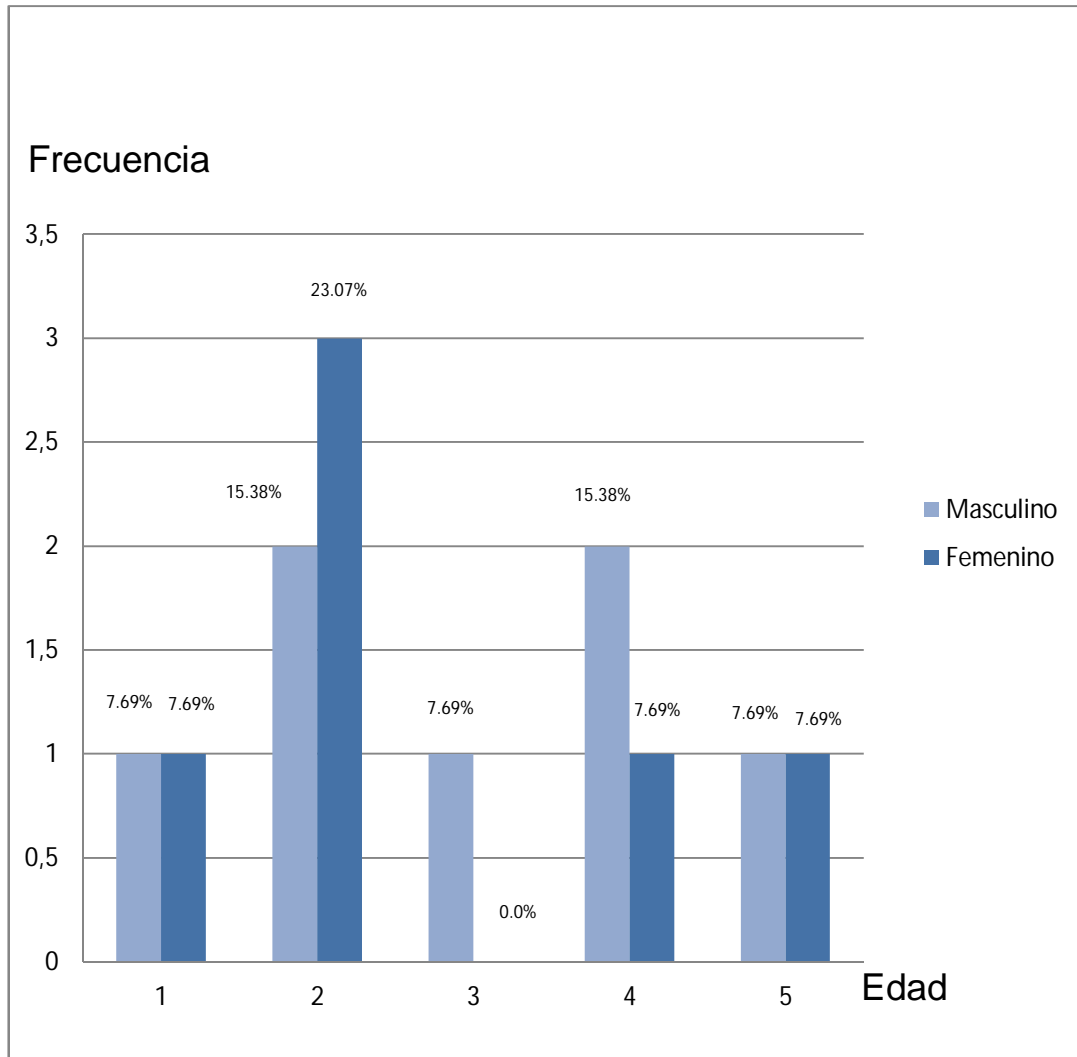
En este cuadro se puede observar que del 100% es decir de 13 niños el 46.15% son niñas y el 57.84% son niños; con respecto a la edad se puede decir que de 13 niños estudiados el 15.38% en la edad de 1 año, en la edad de 2 años fue el 38.46%, en los 3 años es de 7.69%, a los 4 años el porcentaje fue 23.07% y a la edad máxima que fue de 5 años el resultado es de 15.38%, obteniendo el total de 99.98%.

INTERPRETACION:

De acuerdo a los datos los 13 niños con síndrome Down que asistieron al tratamiento fue entre las edades de 1 a 5 años: el mayor porcentaje de

asistencia fue de niños y el menor porcentaje fue de niñas, aunque no exista ninguna base teórica la cual diga que el síndrome Down tenga más incidencia en el sexo masculino que en el femenino, contrario a que en el Centro de Rehabilitación Integral De Oriente (CRIOR) la mayor asistencia es de niños.

GRÁFICA DE BARRAS N° 1
POBLACION POR EDAD Y SEXO



Fuente: cuadro N° 1

CUADRO Nº 2

5.1.2 RESULTADOS DE LA EVALUACION DE LA AFECTIVIDAD DE LA POBLACION EN ESTUDIO.

AFECTIVIDAD	EVALUACION INICIAL						EVALUACION FINAL					
	B	%	R	%	M	%	B	%	R	%	M	%
CARIÑOSO	8	61.53	4	30.76	1	7.69	12	92.30	1	7.69	0	0
ALEGRE	3	23.07	10	76.92	0	0	13	100	0	0	0	0
LABILIDAD EMOCIONAL	1	7.69	11	84.61	1	7.69	7	53.84	5	38.46	1	7.69
EMPATÍA	2	15.38	9	69.23	2	15.38	8	61.53	5	38.46	0	0
INICIATIVA	6	46.15	6	46.15	1	7.69	11	84.61	2	15.38	0	0

Fuente: Evaluación inicial y final

B= Bueno R= Regular M= Malo

ANALISIS:

En este cuadro se puede observar que del 100% es decir de 13 niños en la evaluación inicial en el parámetro de afectividad en la dimensión de cariñoso se puede decir que de los niños estudiados el 61.53% resulto bueno, 30.76% regular y 7.69% malo; en la dimensión de alegre el 23.07% fue bueno, 76.92% regular y 0% malo; en la dimensión de labilidad emocional es de 7.69% bueno, 84.61 regular y 7.69 % malo; en la dimensión de empatía 15.38 % fue bueno, 69.23 regular y 15.38 malo; en la dimensión de iniciativa 46.15% bueno, 46.15% regular y 7.69% malo.

En la evaluación final en el parámetro de afectividad en la dimensión de cariñoso el 92.30% fue bueno, regular el 7.69 y malo 0%; en la dimensión de alegre bueno fue de 13.00%, regular y malo 0%; en la dimensión de labilidad emocional bueno fue de 53.84%, regular 38.46% y malo 7.69%; en la dimensión

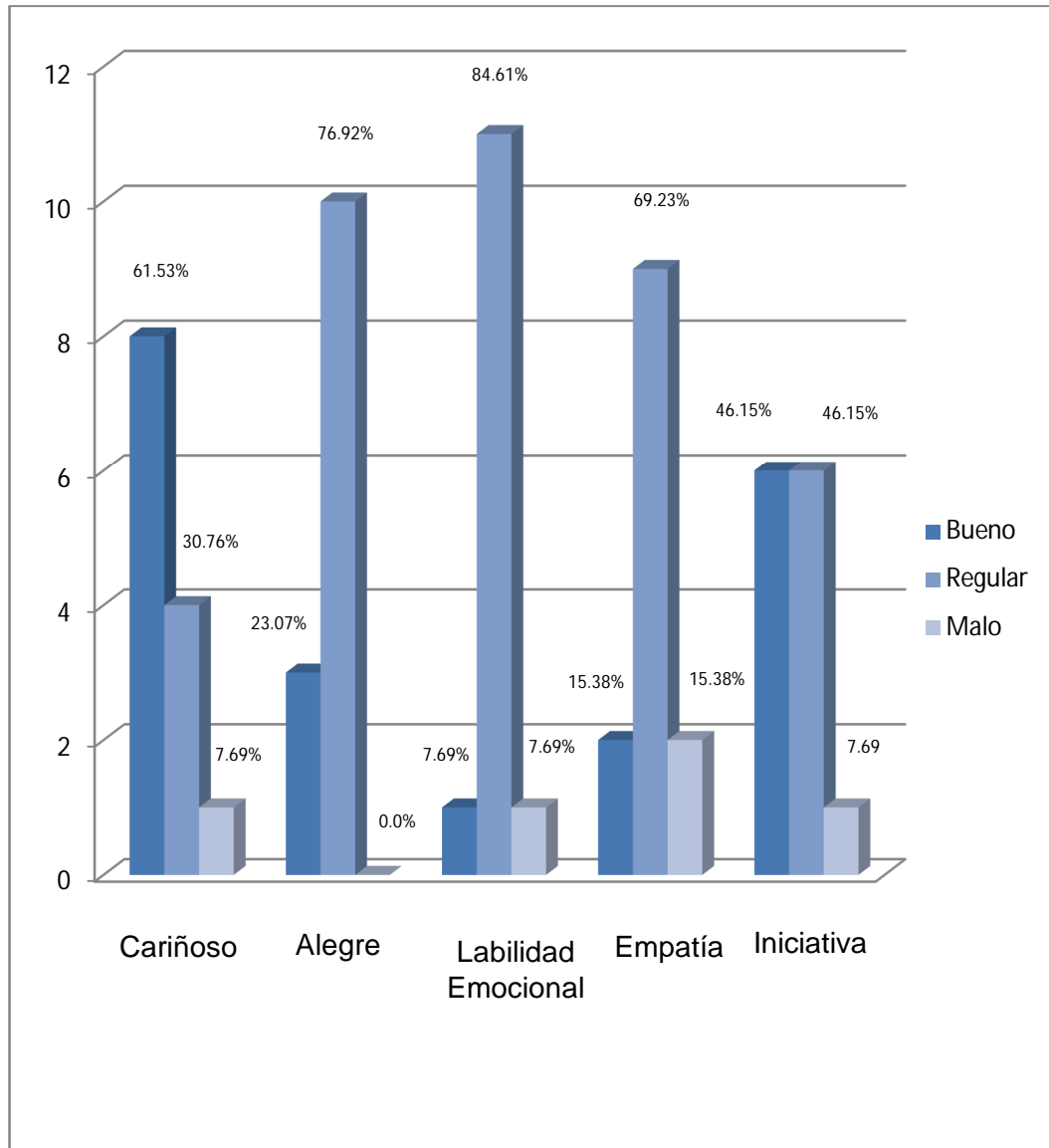
de empatía bueno fue de 84.61%, regular 15.38% y malo 0%; en la dimensión de iniciativa bueno fue de 84.61%, regular 15.38% y malo 0%.

INTERPRETACION:

De acuerdo a la evaluación inicial en el parámetro de afectividad se abarcaron las dimensiones siguientes: cariñoso, alegre, labilidad emocional, empatía e iniciativa en el cual se puede observar que el mayor porcentaje resultó en los rangos de regular y malo

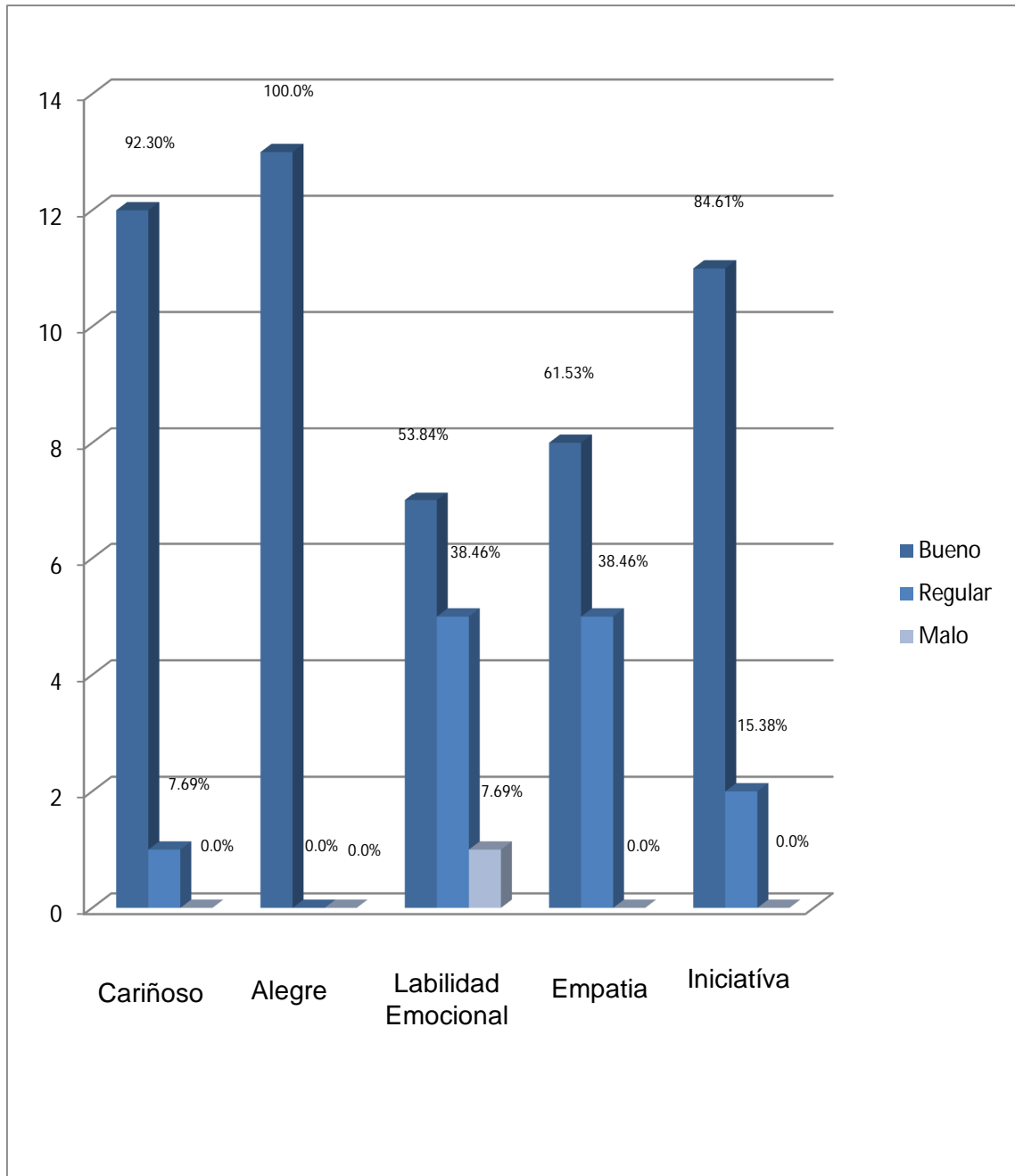
En la evaluación final se puede observar que de los rangos regular y malo se pasó a un mayor porcentaje a regular y bueno, esto se logró por la realización de las siguientes actividades: tocar un instrumento musical (piano, tambor, maraca, pandero) paseos al aire libre, actividades en piscina y la danza (música infantil) cabe mencionar que todas las actividades se hicieron de manera grupal, padre e hijo, familiar encargado, para poder obtener contacto directo con el niño con síndrome Down.

GRAFICA DE BARRAS N° 2 A
PARÁMETRO DE LA CREATIVIDAD EN LA EVALUACION INICIAL



Fuente: Cuadro N°2

GRAFICA DE BARRAS N° 2 B
PARÁMETRO DE LA CREATIVIDAD EN LA EVALUACION FINAL



Fuente: Cuadro N° 2

CUADRO N° 3

5.1.3 RESULTADOS DE LA EVALUACION DE LA INTELIGENCIA DE LA POBLACION EN ESTUDIO.

INTELIGENCIA	EVALUACION INICIAL						EVALUACION FINAL					
	B	%	R	%	M	%	B	%	R	%	M	%
Comprende una orden sencilla	6	46.15	3	23.07	4	30.76	10	76.92	3	23.07	0	0
Capacidad de retención	0	0	7	53.84	6	46.15	4	30.76	9	69.23	0	0
Reconoce personaje animado	3	23.07	6	46.15	4	30.76	7	53.84	5	38.46	1	7.69
Reconoce figura geométrica	0	0	1	7.69	12	92.30	0	0	8	61.53	5	38.46
Ubicación de tiempo y espacio	2	15.38	8	61.53	3	23.07	4	30.76	9	69.23	0	0

FUENTE: evaluación inicial y final

B= Bueno R= Regular M= Malo

ANÁLISIS:

En este cuadro se puede observar que del 100% es decir de 13 niños en la evaluación inicial en el parámetro de inteligencia en la dimensión de “comprende una orden sencilla” el 46.15% fue bueno, 23.07% regular, 30.76% malo; en la dimensión de “capacidad de retención” 0% bueno, 53.84% regular y el 46.15% malo; en la dimensión de “reconoce personaje animado” el 23.07% bueno, 46.15% regular y 30.76% malo; en la dimensión de “reconoce figuras geométricas” el 0% bueno, 7.69 regular y 92.30 malo; en la dimensión de “ubicación y espacio” el 15.38% bueno, 61.53% regular y 23.07% malo.

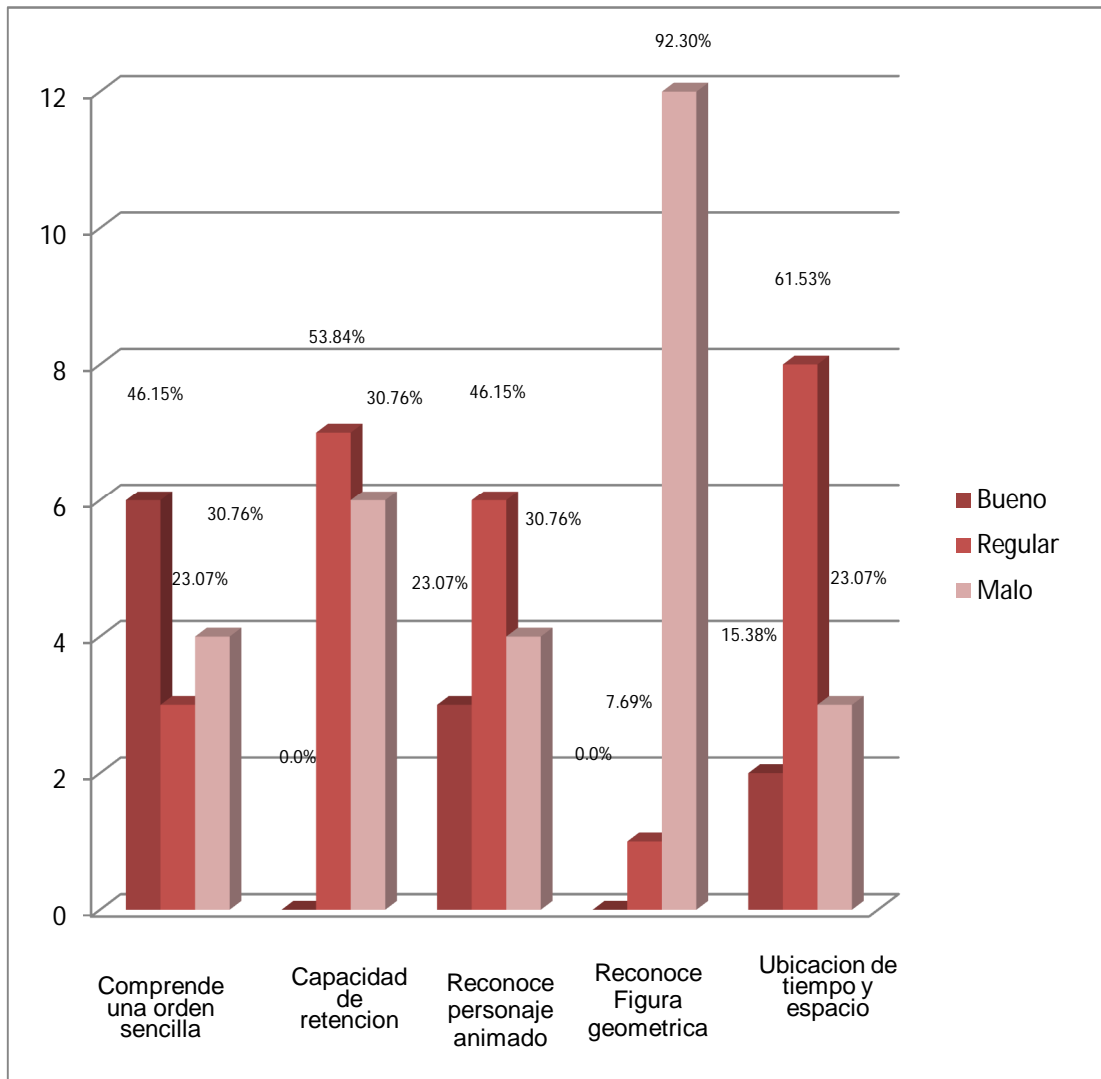
En la evaluación final en el parámetro de inteligencia en la dimensión de “comprende una orden sencilla” bueno 76.92%, regular 23.07% y malo 0% en la dimensión de “capacidad de retención” bueno 30.76%, regular 69.23% y malo 0%; en la dimensión de “reconoce un personaje animado bueno 53.84%, regular 38.46% y malo 7.69%; en la dimensión de “reconoce figuras geométricas” bueno 0% regular 61.53% malo 38.46% y en la dimensión de “ubicación de tiempo y espacio bueno 30.76% , regular 69.23 y malo 0%.

INTERPRETACIÓN:

En la evaluación inicial del parámetro antes mencionado con las dimensiones de: comprender una orden sencilla, capacidad de retención, reconoce algún personaje animado, reconoce figuras geométricas y ubicación de tiempo y espacio. Se puede observar que el mayor porcentaje se presenta en los rangos de regular y malo.

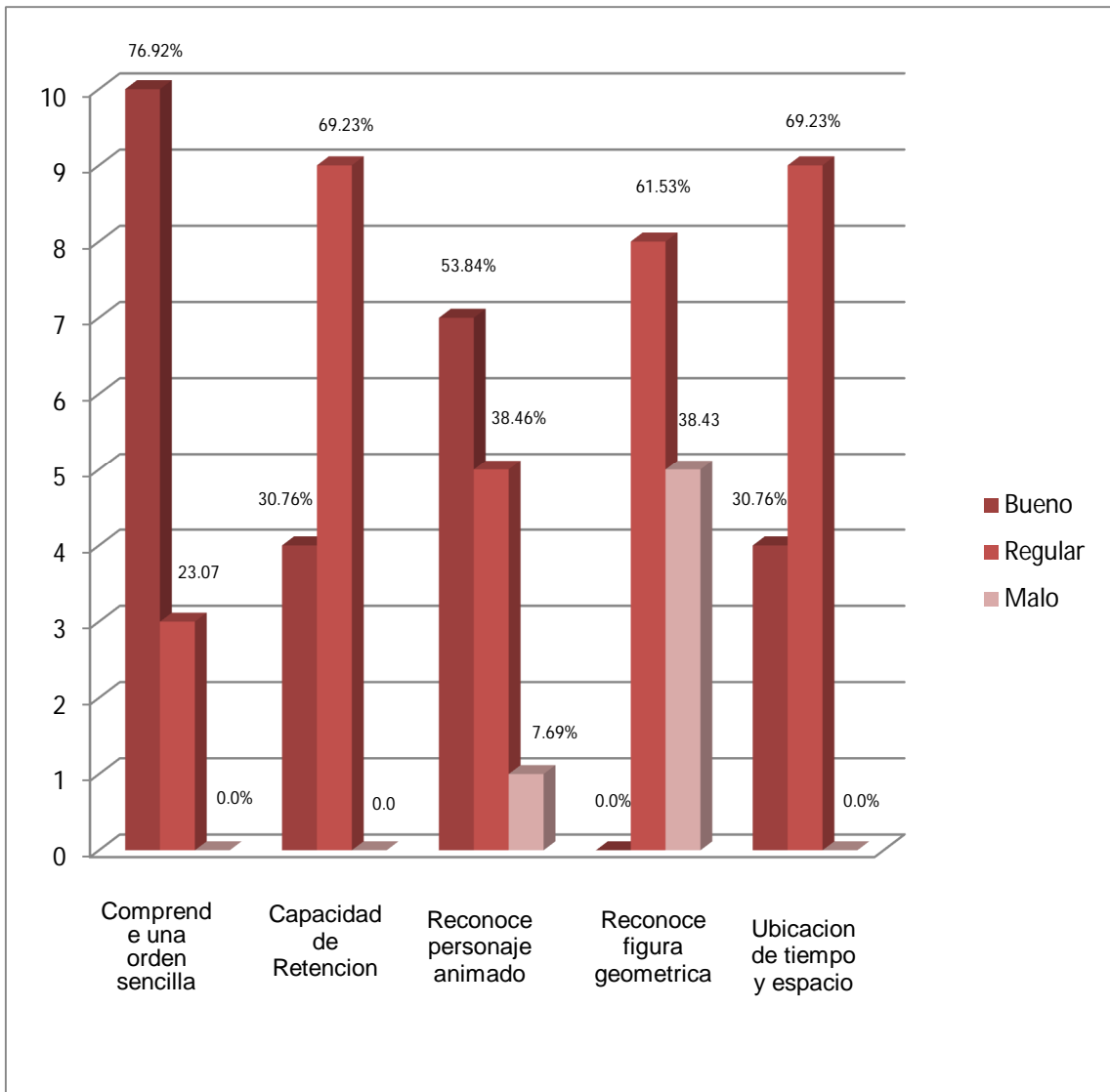
En comparación a la evaluación final el mayor porcentaje es en los rangos de regular y bueno debido al uso de las siguientes actividades: terapia ocupacional, pintura de dedos y acuarelas, realización de trazos con lápiz y bolígrafos, uso de crayolas, juegos de ensamble, legos y juegos de construcción.

GRAFICA DE BARRAS N°3 A
PARÁMETRO DE LA INTELIGENCIA EN LA EVALUACION INICIAL



Fuente: Cuadro N° 3

GRAFICA DE BARRAS N°3 B
PARÁMETRO DE LA INTELIGENCIA EN LA EVALUACION FINAL



Fuente: Cuadro N° 3

CUADRO N° 4

5.1.4 RESULTADOS DE LA EVALUACION DE LA CREATIVIDAD DE LA POBLACION EN ESTUDIO.

CREATIVIDAD	EVALUACION INICIAL						EVALUACION FINAL					
	B	%	R	%	M	%	B	%	R	%	M	%
Soluciona problemas	2	15.38	10	76.92	1	7.69	7	53.84	6	46.15	0	0
al facilitarle lapiz y papel realiza trazos	5	38.46	5	38.46	3	23.07	11	84.61	2	15.38	0	0
Imita un animal	2	15.38	5	38.46	6	46.15	6	46.15	7	53.84	0	0
Le gusta la danza	8	61.53	2	15.38	3	23.07	12	92.30	1	7.69	0	0
Le gusta que le lean cuentos e historias	2	15.38	4	30.76	7	53.84	6	46.15	7	53.84	0	0

FUENTE: evaluación inicial y final

B= Bueno **R=** Regular **M=** Malo

ANÁLISIS:

En este cuadro se puede observar que el 100% es decir de 13 niños en la evaluación inicial en el parámetro de creatividad en la dimensión de “soluciona problemas” fue 15.38% bueno, 76.92% regular y el 7.69 % malo; en la dimensión de “al facilitarle lápiz y papel realiza trazos” el 38.46% bueno, 38.46% regular y 23.07% malo; en la dimensión de “imita a un animal” el 15.38% bueno, 38.46% regular y 46.15% malo; en la dimensión de “le gusta la danza” 61.53% bueno, 15.38% regular y 23.07% malo; en la dimensión de “le gusta que le lean cuentos o historias” 15.38% bueno, 30.76% regular y 53.84% malo.

En la evaluación final en el parámetro de creatividad en la dimensión de “soluciona problemas” bueno 53.89% regular 46.15% malo 0%; en la dimensión

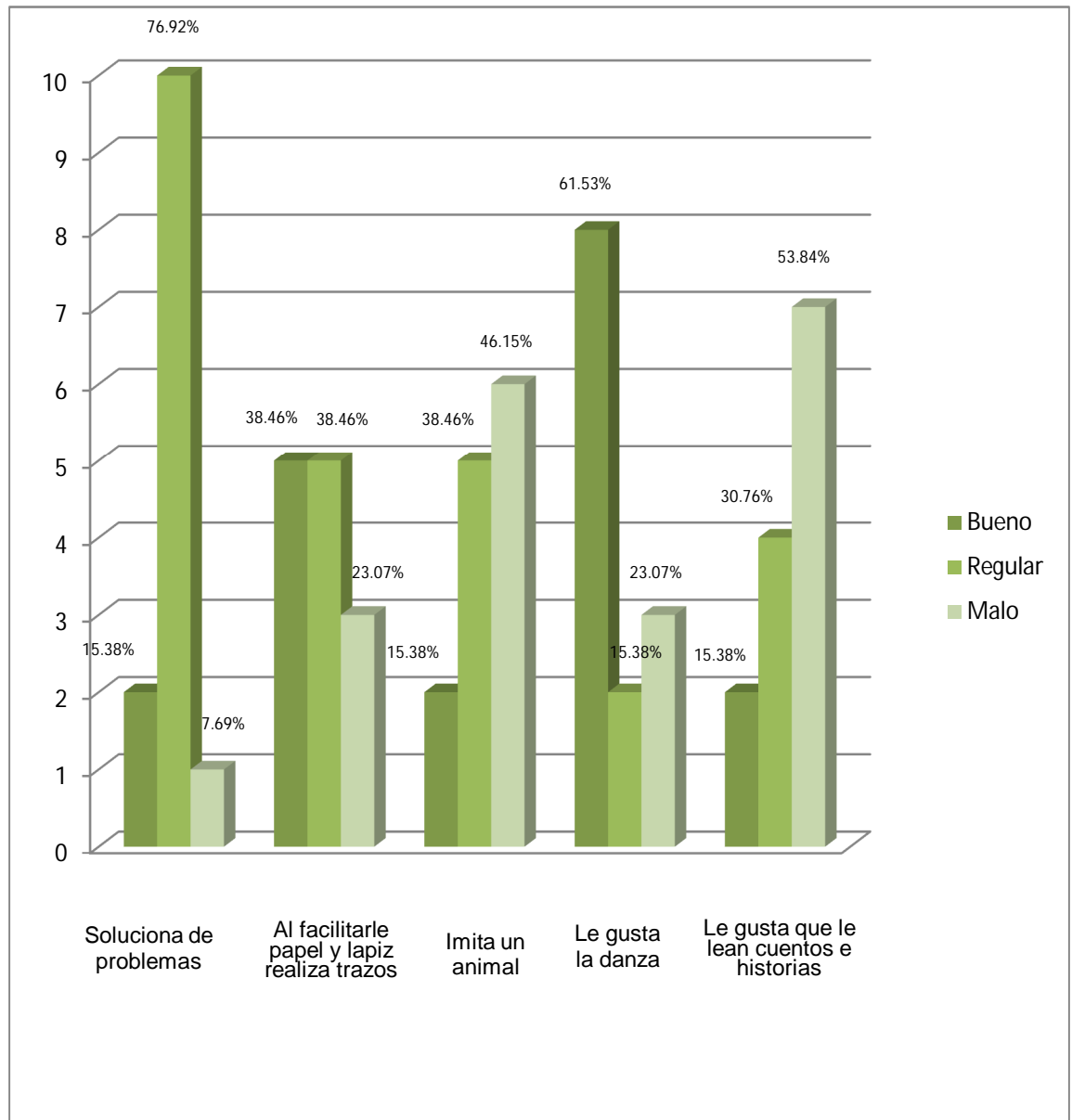
de “facíltale lápiz y papel realiza trazos” bueno 84.61%, regular el 15.38% y malo el 0%, en la dimensión de “imita a un animal” bueno el 46.15% regular 53.84% malo 0% ; en la dimensión de “ le gusta la danza” bueno el 92.30%, regular 7.69% y malo el 0% ; en la dimensión de “ le gusta que le lean cuentos e historias” bueno el 46.15% regular 53.84% y malo 0%.

INTERPRETACIÓN:

En el parámetro de la creatividad se abarcaron las dimensiones de soluciona problemas, al facilitar lápiz y papel realiza trazos, imita un animal, le gusta la danza y le gusta que le lean cuentos e historias. Notando un mayor porcentaje en los rangos de regular y malo.

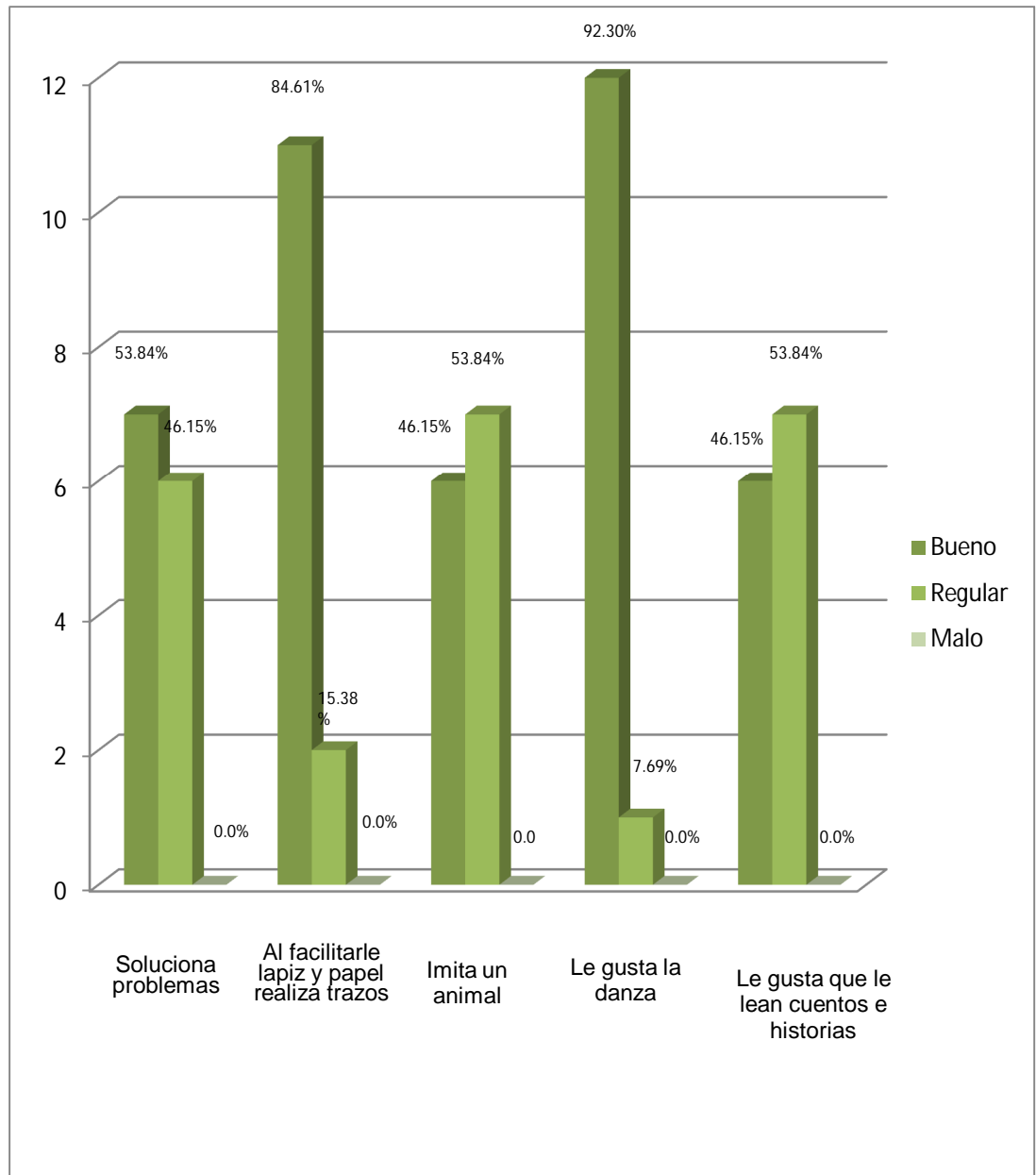
A diferencia de la evaluación final se demuestra un mayor resultado en los rangos de regular y bueno por el uso de la terapia ocupacional y lúdica, migaron, decoración de fotografías de los niños, pintura de dedos y acuarelas, decoración en pliegos de cartulina con papel corrugado, decoración en pliegos de cartoncillo con diferentes granos básicos, elaboración de canastas con paletas de madera logrando el objetivo de mejorar el parámetro de la creatividad.

GRAFICA DE BARRAS N° 4 A
PARÁMETRO DE LA CREATIVIDAD EN LA EVALUACION INICIAL



Fuente: Cuadro N° 4

GRAFICA DE BARRAS N° 4 B
PARÁMETRO DE LA CREATIVIDAD EN LA EVALUACION FINAL



Fuente: Cuadro N° 4

CUADRO Nº 5

5.1.5 RESULTADO DE LA EVALUACION DE LA MOTRICIDAD DE LA POBLACION EN ESTUDIO.

MOTRICIDAD	EVALUACION INICIAL						EVALUACION FINAL					
	B	%	R	%	M	%	B	%	R	%	M	%
Realiza motricidad dinámica	2	15.38	7	53.84	4	30.76	6	46.15	6	46.15	1	7.69
Realiza motricidad gruesa	7	53.84	6	46.15	0	0	9	69.23	4	30.76	0	0
Realiza motricidad media	8	61.53	5	38.46	0	0	13	100	0	0	0	0
Realiza motricidad fina	3	23.07	8	61.53	2	15.38	10	76.92	3	23.07	0	0
Realiza una actividad motriz con facilidad	1	7.69	7	53.84	5	38.46	5	38.46	8	61.53	0	0

Fuente: evaluación inicial y final

B= Bueno **R=** Regular **M=** Malo

ANÁLISIS:

En este cuadro se puede observar que de el 100% es decir de 13 niños en la evaluación inicial en el parámetro de motricidad en la dimensión de “realiza motricidad dinámica” 15.38% bueno, 53.84% regular y el 30.76% malo; en la dimensión de “realiza motricidad gruesa” 53.84% bueno, 46.15% regular y el 0% malo; en la dimensión de “realiza motricidad media” 61.53% bueno, 38.46% regular y el 0 % malo; en la dimensión de “realiza motricidad fina” 23.07% bueno, 61.53% regular y el 15.38% malo; en la dimensión de “realiza

una actividad motriz con facilidad” 7.69% bueno, 53.84% regular y el 38.46% malo.

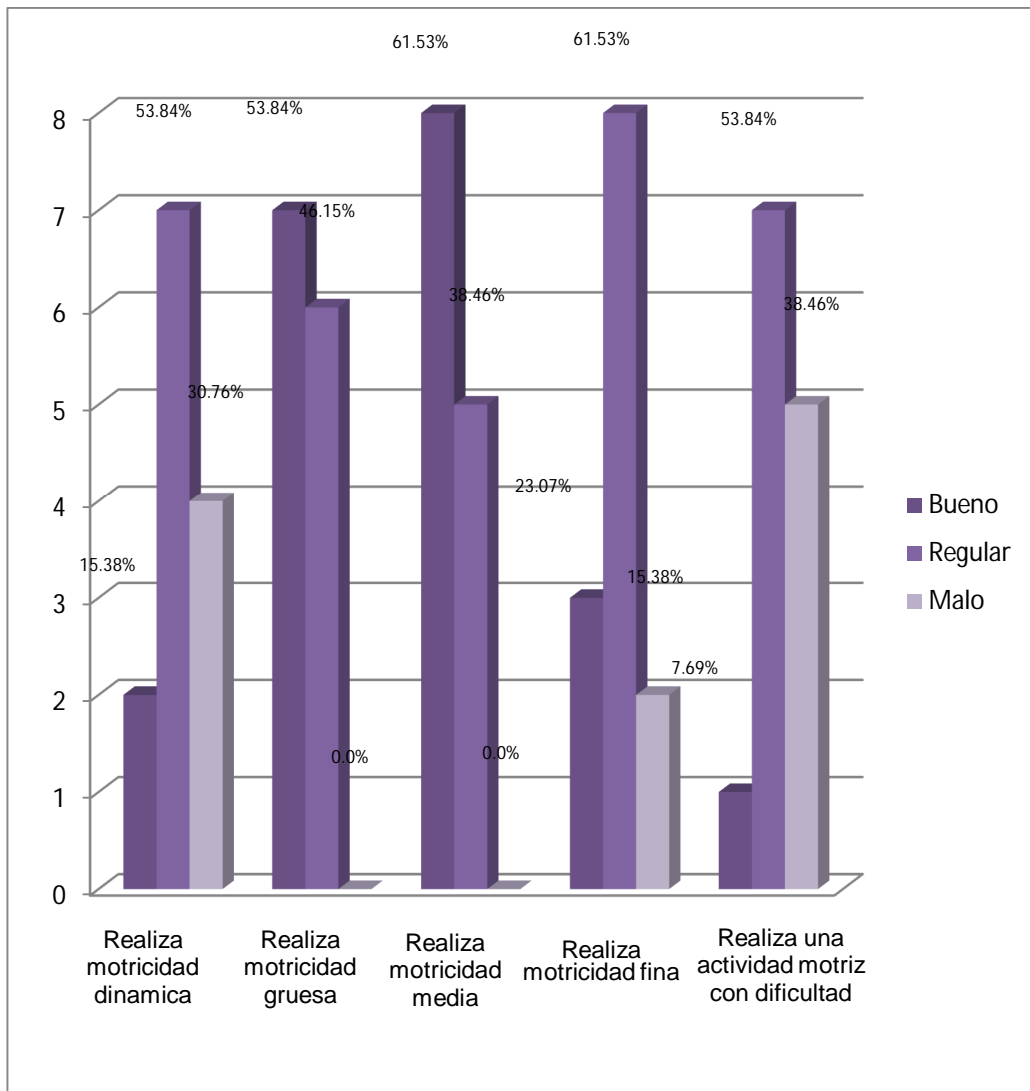
En la evaluación final en el parámetro de motricidad en la dimensión de” realiza motricidad dinámica” bueno el 46.15% regular el 46.15% malo 7.69%; en la dimensión de” realiza motricidad gruesa” bueno el 69.23%, regular el 30.76% y malo el 0% ; en la dimensión de “ realiza motricidad media bueno el 100% regular y malo el 0%; en la dimensión” de realiza motricidad fina” bueno 76.92% regular 23.07% malo el 0 %; en la dimensión de “ realiza una actividad motriz con facilidad” bueno el 38.46% regular 61.53% y el malo 0%.

INTERPRETACIÓN:

En lo anterior se puede observar que el parámetro de la motricidad contiene las dimensiones de realiza motricidad dinámica, realiza motricidad gruesa, realiza motricidad media, realiza motricidad fina y realiza una actividad motriz con facilidad. Donde se demuestra que el porcentaje mayor lo contiene los rangos de regular y bueno esto en la evaluación inicial.

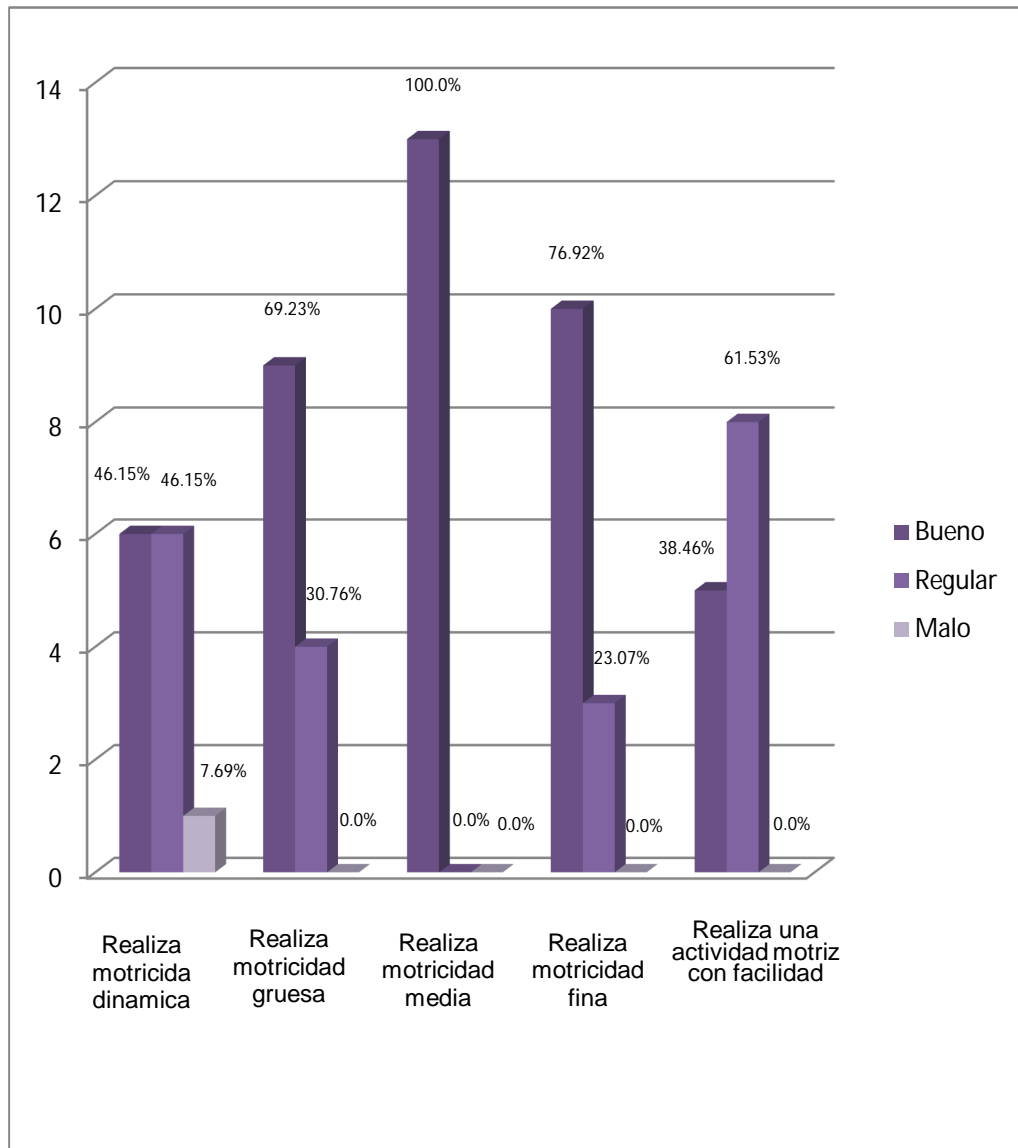
En la evaluación final se puede ver q el mayor porcentaje se obtiene del rango bueno gracias a las actividades realizadas como: la terapia ocupacional lúdica y recreativa, paseos al aire libre, actividades en piscinas, caminatas, juegos recreativos, migaron, danza (música infantil) quiebra de piñatas, juegos con pelota, juegos de ensamble de esta manera se cumplió el objetivo de mejorar la motricidad.

GRAFICA DE BARRAS N° 5 A
PARÁMETRO DE LA MOTRICIDAD EN LA EVALUACION INICIAL



Fuente: Cuadro N° 5

GRAFICA DE BARRAS N° 5 B
PARÁMETRO DE LA MOTRICIDAD EN LA EVALUACION FINAL



Fuente: Cuadro N° 5

CUADRO N° 6

5.1.6 RESULTADO DE LA EVALUACION DE LA SOCIALIZACION DE LA POBLACION EN ESTUDIO.

SOCIALIZACION	EVALUACION INICIAL						EVALUACION FINAL					
	B	%	R	%	M	%	B	%	R	%	M	%
Se relaciona con sus padres	12	92.30	1	7.69	0	0	13	100	0	0	0	0
Se relaciona con las demás personas	6	46.15	4	30.76	3	23.07	12	92.30	1	7.69	0	0
Tiene participación en grupo	1	7.69	10	76.96	2	15.38	8	61.53	5	38.46	0	0
Presta sus juguetes	6	46.15	1	7.69	6	46.15	8	61.53	5	38.46	0	0
Se comunica con sus demás compañeros	0	0	4	30.76	9	69.23	4	30.76	9	69.23	0	0

Fuente: evaluación inicial y final

B= Bueno R= Regular M= Malo

ANÁLISIS:

En este cuadro se puede observar que el 100% es decir de 13 niños en la evaluación inicial en el parámetro de socialización en la dimensión de “se relaciona con sus padres” 92.30% bueno, 7.69% regular y 0% malo; en la dimensión de “se relaciona con las demás personas” 46.15% bueno, 30.76% regular y 23.07% malo; en la dimensión de “tiene participación en grupo” 7.69% bueno, 76.92 regular, 15.38% malo; en la dimensión de “presta sus juguetes” 46.15% bueno, 7.69% regular y 46.15% malo; en la dimensión de “se comunica con los demás compañeros” 0% bueno, 30.76% regular, 69.23% malo.

En la evaluación final en el parámetro de socialización en la dimensión de “se relaciona con sus padres” bueno 100%, regular y malo 0%; en la

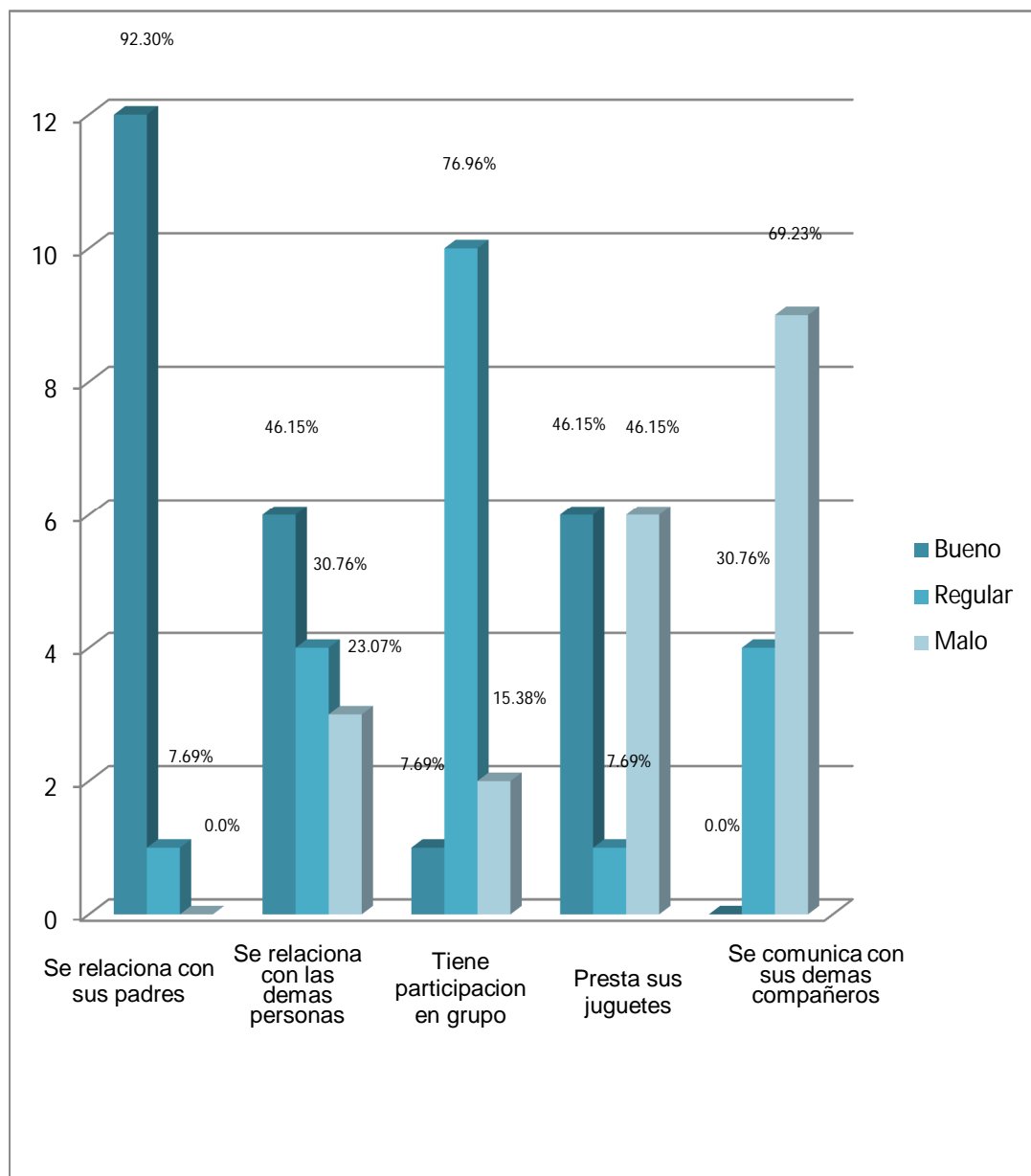
dimensión de “se relaciona con las demás personas” bueno 92.30%, regular 7.69% y malo 0%; en la dimensión de “tiene participación en grupo” bueno 61.53%, regular 38.46% y malo 0%; en la dimensión de “presta sus juguetes” bueno 61.53%, regular 38.46 y malo 0%; en la dimensión de “se comunica con los demás compañeros” bueno 30.76%, regular 69.23% y malo 0%.

INTERPRETACION:

En la evaluación inicial del parámetro de socialización se puede observar que en sus dimensiones se obtiene un mayor resultado en regular y bueno.

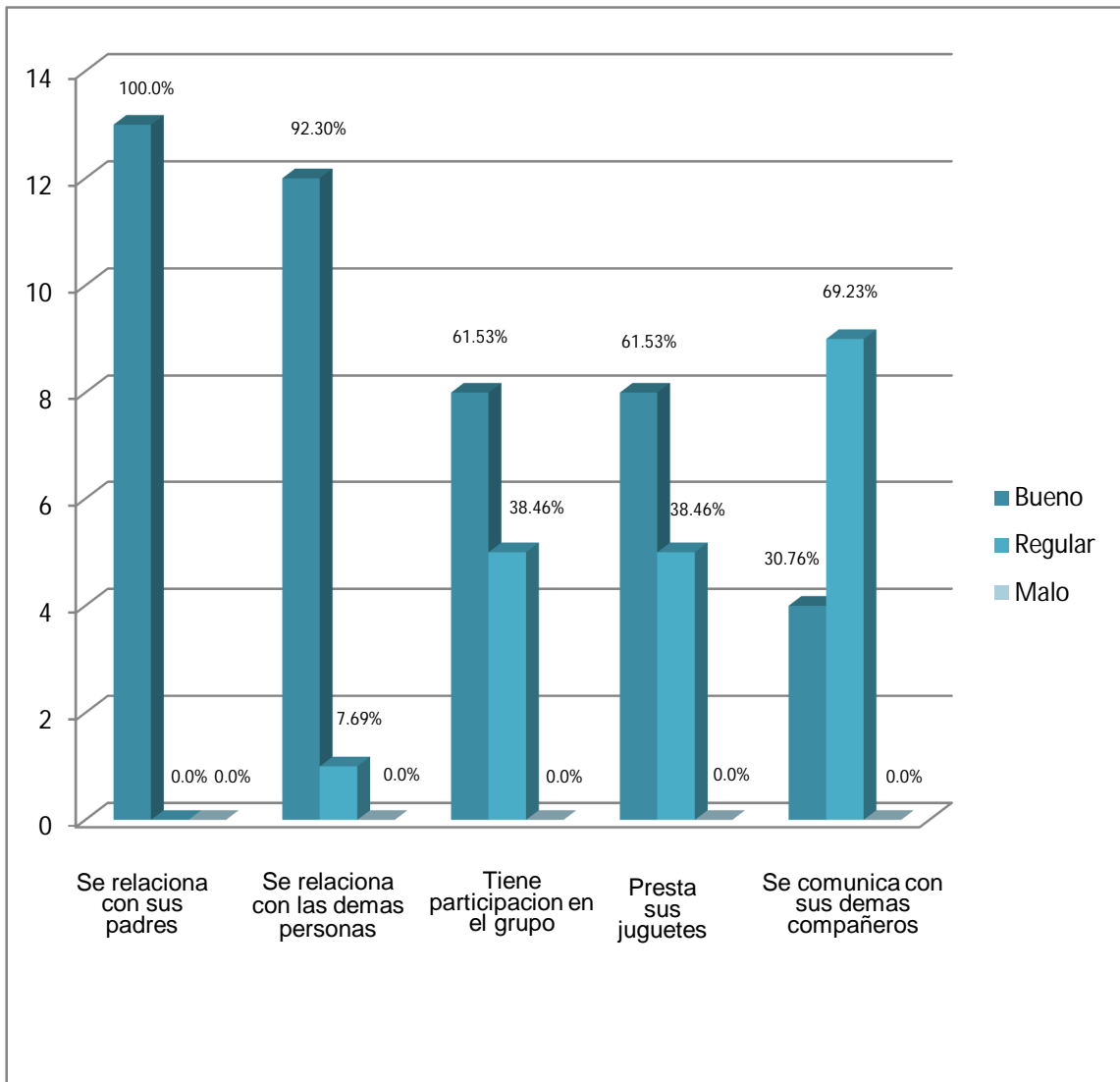
Identificando que en la evaluación final se obtiene un mayor porcentaje en el rango de bueno esto gracias a lo ejecutado en el tratamiento como: La terapia ocupacional lúdica y recreativa, tocar un instrumento musical (piano, tambor, pandereta, maraca), juegos cooperativos con pelota, la danza (música infantil), convivencia grupal, juegos recreativos, juegos de campo, juegos en piscina. Se obtuvo un mejor resultado en la evaluación final en comparación a la inicial, cumpliendo con el objetivo de mejorar la socialización.

GRAFICA DE BARRAS N° 5 A
PARÁMETRO DE LA SOCIALIZACIÓN EN LA
EVALUACION INICAL



Fuente: Cuadro N° 6

GRAFICA DE BARRAS N° 6 B
PARÁMETRO DE LA SOCIALIZACIÓN EN LA EVALUACION FINAL



Fuente: Cuadro N° 6

5.2 PRUEBA DE HIPOTESIS

La hipótesis planteada por el equipo investigador para ser probada es la siguiente:

Hi: La Terapia Ocupacional Lúdica Y Recreativa facilita el desarrollo de la personalidad en niños con síndrome de Down en edad preescolar atendidos en el Centro De Rehabilitación Integral De Oriente (CRIOR) San Miguel.

La cual se acepta durante los siguientes enunciados:

Se comprobó que el cuadro N° 2 (evaluación de la afectividad) que el 100% de los 13 pacientes en estudio presento mejora en la dimensión de “Alegre” al finalizar el programa de tratamiento.

Con el cuadro N° 3 (evaluación de la inteligencia) que el 76.92% de los 13 niños en estudio presento mejora en la dimensión de “Comprende una orden sencilla” al final de la ejecución.

En el cuadro N° 4 (evaluación de la creatividad) en la dimensión de “Le gusta la danza” de los 13 pacientes en estudio el 92.30% presento mejora al finalizar el proceso del tratamiento.

Se comprobó que el cuadro N° 5 (evaluación de motricidad) que el 100% de los niños en estudio presento una mejoría en la dimensión de “Realiza motricidad media” en la evaluación final.

Con el cuadro N°6 (evaluación de socialización) en la dimensión de “Se relaciona con sus padres” que el 100% de los pacientes en estudio presento mejora en la finalización del tratamiento.

Lo que indica que la Terapia Ocupacional Lúdica y recreativa sí facilitó el desarrollo de la personalidad en los niños con este diagnóstico.

CAPITULO VI
CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

Luego de tabular, analizar, interpretar y graficar los resultados del estudio el grupo investigador llego a las siguientes conclusiones:

Como grupo investigador se llegó a la conclusión que la Terapia Ocupacional lúdica y recreativa mejoro la afectividad de niños con Síndrome Down en edad preescolar.

Se llegó a la conclusión que la Terapia Ocupacional lúdica y recreativa proporciono mejora en el parámetro de la inteligencia en los niños de la investigación.

Se comprobó que el tratamiento que se utilizó en la ejecución de la investigación si estimula la creatividad de los niños que participaron en el proyecto.

Se demostró que la Terapia contribuyo a mejorar la motricidad de los niños con Síndrome Down en edad preescolar.

Se determinó que la Terapia Ocupacional lúdica y recreativa ayudo a mejorar la socialización de los niños antes mencionados.

Finalmente se concluyó que el proceso de investigación proporciono resultados satisfactorios, porque se logró beneficiar a la población en estudio de acuerdo a los objetivos planteados como punto de partida a este proyecto. Así mismo se comprobó la hipótesis de trabajo que afirma; que la aplicación de la Terapia Ocupacional Lúdica Y Recreativa beneficia a los niños en edad preescolar con diagnóstico de Síndrome De Down.

6.2 RECOMENDACIONES

Que el gobierno de El Salvador a través del Ministerio De Salud Pública y asistencia social fortalezca los departamentos de Fisioterapia con recurso humano y equipo necesario para abrir la disciplina de Terapia Ocupacional en los diferentes centros hospitalarios del país.

Concientizar a la Facultad Multidisciplinaria Oriental la necesidad de capacitar en las diferentes patologías al profesional de la Terapia Ocupacional en cada módulo de estudio.

A los graduados y estudiados de la carrera de Fisioterapia y Terapia Ocupacional la implementación y aplicación de la Terapia Ocupacional Lúdica Y Recreativa en los diferentes centros hospitalarios

Que el centro de rehabilitación involucrado en la realización de la Tesis tomen en cuenta la Terapia Ocupacional Lúdica Y Recreativa para utilizarla en niños con Síndrome Down.

A los padres, familiares o encargados beneficiados con el programa de Terapia Ocupacional Lúdica Y Recreativa, que proporcionen la importancia de recibir un tratamiento integral de Terapia Ocupacional.

BIBLIOGRAFIA

LIBROS:

PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL. COTRAN, KUMAR, ROBBINS, 5ª edición, editorial MC GRAW HILL, capítulo 5 páginas 172 – 173.

CUILLERET, M. (1985): Los Trisómico entre nosotros. Masson. Barcelona. La estimulación PRECOZ lección 7, consultada el 20 de mayo de 2010.

Asesor científico, Fundación Síndrome de Down de Cantabria, APRENDIZAJE Y SINDROME DE DOWN, III: LA MEMORIA (1ª PARTE). Consultada el 13 de octubre de 2009.

Gardner, Howard (2003) Inteligencias múltiples, Paidós, ISBN 950-12-5012-1, INTELIGENCIA, consultada el 20 de mayo de 2010.

Parra y Gómez (2006) “Creatividad para padres” ESTRATEGIAS PARA FOMENTAR LA CREATIVIDAD EN LOS NIÑOS, consultada el 26 de febrero de 2010.

DIRECCIONES ELECTRONICAS

síndrome de down, disponible en, rinondelvago.com/ninos-con-el-sindrome-de-down. (consultada el 12 de marzo de 2010)

terapia ocupacional, disponible en psicopedagogia.com/definicion/terapiaocupacional (consultada el 14 de marzo de 2010)

Síndrome de Down, disponible en, rinondelvago.com/ninos-con-el-sindrome-de-down. (consultada el 12 de marzo de 2010)

Terapia ocupacional, disponible en psicopedagogia.com/definicion/terapiaocupacional (consultada el 14 de marzo de 2010)

Síndrome de Down, disponible en, rinondelvago.com/ninos-con-el-sindrome-de-down. (consultada el 12 de marzo de 2010)

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Down Syndrome. Creado 11 de marzo de 2009, www.cdc.gov/ncbddd/birthdefects/DownSyndrome.htm., consultado el 30 de mayo de 2010

www.downcantabria.com/psicologia.htm, portal downcantabria, el SÍNDROME DOWN, información general. CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS. Consultada el 15 de febrero de 2010.

blogs.myspace.com/index.cfm?fuseaction=blog.view&friendId=61361255&blogId=399693971 , glosario de TÉRMINOS PSICOLÓGICOS PARTE 1, consultada el 20 de febrero de 2010.

Luckasson R, Borthwick-Duffy S, Buntix WHE, Coulter DL, Craig EM, Reeve A (eds). Mental Retardation: Definition, Classification and Systems of Supports (10th. ed). American Association of Mental Retardation, Washington DC, 2002. DISCAPACIDAD INTELECTUAL, consultada el 16 de octubre de 2009.

Mitchell Beazley. "El Atlas Del Cuerpo Y De La Mente" (The Mitchell Beazley Atlas Of The Body And Mind) CREATIVIDAD, consultada el 22 de mayo de 2010.

es.wikipedia.org/wiki/Motricidad, MOTRICIDAD, consultada el 22 de mayo de 2010.

es.wikipedia.org/wiki/Socializaci%C3%B3n, SOCIALIZACION, consultada el 25 de mayo de 2010.

www.infonegocio.com/downcan/todo/interes/intervencionobj.html, SOCIALIZACION DE NIÑOS CON SINDROME DOWN, consultada el 29 de octubre de 2009.

AREAS DE ATENCION, DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL. Consultada el 12 de octubre de 2009.

Adler-Nevo, G. & Manassis, K. (2005). Depression & anxiety. New York, NY: John Wiley & Sons, Inc.

Ayyash-Abo, H. (2001). Childhood bereavement: What school psychologists need to know. School

Psychology International, 22(4), 417-433. LA TERAPIA LUDICA HACE DIFERENCIA, consultada el 25 de mayo de 2010.
enciclopedia.us.es/index.php/Terapia_recreativa, TERAPIA RECREATIVA, consultada el 25 de mayo de 2010.

www.crisalida.edu.co/down.html, SINDROME DOWN, consultada el 30 de octubre de 2009.

es.wikipedia.org/wiki/Juego, JUEGO, consultada el 30 de mayo de 2010.

ANEXO Nº 1

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PROCESO DE GRADUACIÓN DE LA CARRERA:

LICENCIATURA EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL CICLO I Y II AÑO ACADEMICO 2010.

Nº	Actividades	Marzo/10				Abril/10				Mayo/10				Junio/10				Julio/10				Agosto/10				Sep/10				Oct/10				Nov/10				Dic/10			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
1	Reunión general de la coordinación del proceso.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
2	Inscripción del proceso.				X																																				
3	Elaboración del perfil de INUES.					X	X	X																																	
4	Entrega del perfil de INUES.								23																																
5	Exposición oral del perfil de INUES.								30																																
6	Elaboración del protocolo de INUES.									X	X	X	X	X	X	X	X																								
7	Entrega del protocolo de INUES.																18																								
8	Exposición oral del protocolo de INUES.																20																								
9	Ejecución de la investigación.																	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X												
10	Tabulación, análisis e interpretación de los datos.																											X	X	X											
11	Redacción del informe oral.																													X	X										
12	Entrega del informe oral.																															19									
13	Exposición oral de los resultados.																															22		10							

ANEXO Nº 3
PINTURA DE DEDOS



ANEXO Nº 4

PINTURA CON ACUARELAS



ANEXO Nº 5

DECORACION DE PINTURAS



ANEXO Nº 6

DANZA (MUSICA INFANTIL)

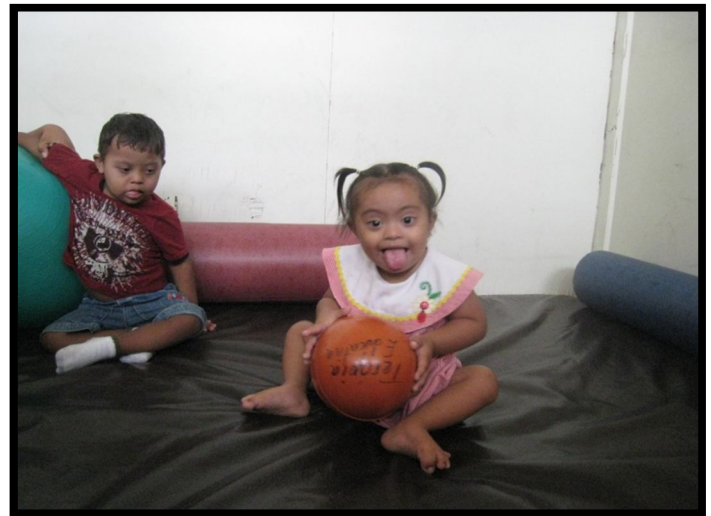


ANEXO Nº 7

TOCAR UN INSTRUMENTO



ANEXO Nº 8
JUEGOS CON PELOTAS



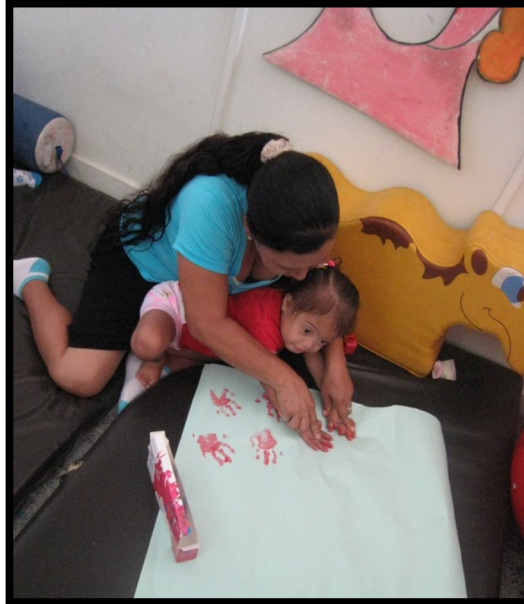
ANEXO Nº 9
ACTIVIDADES CON PLASTILINA



ANEXO Nº 10
ACTIVIDADES CON PALETAS DE MADERA



ANEXO Nº 11
COLOCACION DE HUELLAS DE MANOS Y PIES



ANEXO Nº 12
MIGAJON



ANEXO Nº13
DECORACION DE FIGURAS DE MIGAJO



ANEXO Nº 14
ACTIVIDADES RECREATIVAS



ANEXO Nº 15
JUEGOS EN PISCINA



ANEXO Nº 16
ROMPECABEZAS DE ABECEDARIOS



ANEXO Nº 17
RECORTE DE FIGURAS EN PAPEL CHINA



ANEXO Nº 18
ACTIVIDADES DE CAMPO



ANEXO Nº 19
TERAPIA OCUPACIONAL



ANEXO Nº 20
DECORACION CON GRANOS BASICOS



ANEXO Nº 21
DECORACION DE FOTOGRAFIAS



ANEXO Nº 22
TRAZOS CON CRAYOLAS



ANEXO Nº 23
ELABORACION DE BOLITAS DE PAPEL



ANEXO Nº 24
DECORACION CON BOLITAS DE PAPEL EN CARTULINAS



ANEXO Nº 25
CONVIVIO ENTRE PADRES Y NIÑOS



ANEXO Nº 26

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CARRERA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL



GUIA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A PADRES DE NIÑOS CON
SINDROME DE DOWN

OBJETIVO: Determinar que tanto conoce el padre de la patología como también la relación entre padres e hijos.

Nombre del niño: _____ edad: _____

Sexo: _____ diagnostico: _____

Fecha: _____

1- ¿Cuándo se enteraron que su hijo iba a tener Síndrome de Down? _____

2- ¿En qué se diferencia su comportamiento de otros niños?

3- ¿Ya sabían que existía esa enfermedad?

4-¿Cuál ha sido su evolución?

5-¿En qué considera que lo limita su enfermedad en su vida diaria?

6-¿Actualmente concurre a algún centro de estudios? ¿Tiene problemas de aprendizaje?

7-¿Cómo le afecta su enfermedad en la integración con otros niños?

8-¿Ha sufrido algún tipo de patología relacionada con la enfermedad? Por ejemplo, problemas cardíacos, problemas digestivos, etcétera.

9-La comunicación con el resto de los integrantes de la familia ¿se da de forma normal?

ANEXO Nº 27

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CARRERA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**



EVALUACION DIRIGIDA A NIÑOS CON SINDROME DOWN EN EDAD PREESCOLAR

OBJETIVO: Conocer el estado de los parámetros a evaluar en los niños con síndrome Down.

Nombre del paciente: _____ edad: _____

Sexo: _____

Número de expediente: _____ fecha de evaluación:

PARAMETROS DE LA PERSONALIDAD

- **AFECTIVIDAD**
- **INTELIGENCIA**
- **CREATIVIDAD**
- **MOTRICIDAD**
- **SOCIALIZACIÓN**

ANEXO Nº 28
ACTIVIDAD DE DESPEDIDA

