

ACTIVIDAD FÍSICA ADAPTADA PARA JÓVENES CON DISCAPACIDAD
COGNITIVA DEL AULA MULTIGRADUAL SEDE EDUCATIVA SIMÓN BOLÍVAR
DEL MUNICIPIO DE ANDALUCÍA (VALLE)

DIANA CAROLINA GALLEGO RUIZ
LINA MARIA HERNÁNDEZ MARTÍNEZ

UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
LIC. EN EDUCACIÓN BÁSICA CON ÉNFASIS EN EDUCACIÓN FÍSICA
RECREACIÓN Y DEPORTE
TULUÁ VALLE
2012

ACTIVIDAD FÍSICA ADAPTADA PARA JOVENES CON DISCAPACIDAD
COGNITIVA DEL AULA MULTIGRADUAL SEDE EDUCATIVA SIMÓN BOLÍVAR
DEL MUNICIPIO DE ANDALUCÍA (VALLE)

DIANA CAROLINA GALLEGO RUIZ
LINA MARIA HERNÁNDEZ MARTÍNEZ

Trabajo realizado para optar al título de
Licenciado en educación básica con énfasis en educación física, recreación y
deporte

DIRECTOR:
Lic. Luis Fernando Reyes

UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
LIC. EN EDUCACIÓN BÁSICA CON ÉNFASIS EN EDUCACIÓN FÍSICA
RECREACIÓN Y DEPORTE
TULUÁ VALLE
2012

TABLA DE CONTENIDO

TITULO.....	6
RESUMEN.....	7
ABSTRACT	8
1. INTRODUCCIÓN	9
2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	11
3. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	12
4. JUSTIFICACIÓN.....	13
5. OBJETIVOS	15
5.1. OBJETIVO GENERAL.....	15
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
6. MARCO REFERENCIAL	16
7. MARCO CONCEPTUAL	18
7.1.1. El Espacio.	20
7.1.2. El Material	20
7.1.3. La Normativa.....	20
7.1.4. La Táctica.....	21
7.1.5. Las Habilidades.....	21
7.1.6. Presencia del alumno colaborador o monitor.....	21
7.1.7. Otras orientaciones didácticas.....	21
7.2. DISCAPACIDAD INTELECTUAL.....	22
7.4. AUTISMO	23
7.4.1. Cómo es un niño autista.....	23
7.4.2. Cuáles son las causas del autismo.....	23
7.4.3. Rehabilitación.....	23
7.5. EL AUTISMO Y LAS VACUNAS.....	24
7.6. ¿CUÁNTOS NIÑOS TIENEN AUTISMO?.....	24
7.7. RETRASO MENTAL.....	25

7.7.1. Características típicas de los niños con Retraso Mental	25
7.7.2. Tipos de Retraso Mental:	26
7.7.2.1. Retraso Mental leve	26
7.7.2.2. Retraso Mental Moderado	27
7.7.2.3. Retraso Mental Grave	27
7.7.2.4. Retraso Mental Profundo	28
7.8. SÍNDROME DE DOWN	28
7.8.1. ¿Qué causa el síndrome de Down?	28
7.9. SÍNDROME DE ASPERGER.....	29
7.9.1. Perfil del niño con Asperger.....	29
7.9.2. Las causas del Asperger	30
7.10. INCLUSIÓN ESCOLAR	30
7.11. MÚSICA Y DISCAPACIDAD.....	32
7.11.1. Los efectos de la música en la conducta	34
8. MARCO LEGAL.....	36
9. ANTECEDENTE HISTÓRICO	40
10. METODOLOGÍA.....	43
11. DISEÑO METODOLOGICO.....	44
12. RESULTADOS	45
12.1. DISTANCIA CORPORAL	46
12.2. CONTACTO OCULAR.....	49
12.3. CONTACTO FÍSICO.....	52
12.4. APARIENCIA PERSONAL.....	55
12.5. POSTURA	58
12.6. EXPRESIÓN FACIAL	61
12.7. CLASE DE INCLUSIÓN.	63
13. DISCUSIÓN.....	64
14. CONCLUSIÓN.....	67
15. RECOMENDACIONES.....	68
16. BIBLIOGRAFÍA.....	69
17. GLOSARIO	71

18. ANEXOS.....	74
18.1. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN	74
18.2. EVALUACIÓN FINAL: Noviembre 22 -2011	87
18.3. EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS	99
18.4. CLASE DE INCLUSIÓN	100

TITULO

ACTIVIDAD FÍSICA ADAPTADA PARA JÓVENES CON DISCAPACIDAD
COGNITIVA DEL AULA MULTIGRADUAL SEDE EDUCATIVA SIMÓN BOLÍVAR
DEL MUNICIPIO DE ANDALUCÍA (VALLE)

RESUMEN

Este trabajo fue una investigación cualitativa, participativa. 22 jóvenes con discapacidad cognitiva, entre ellos 17 con retardo mental, 4 síndrome de Down y 1 autista, pertenecientes al aula multigradual de la sede Simón Bolívar del municipio de Andalucía valle.

El objetivo principal de este proyecto fue promover la actividad física adaptada en jóvenes con discapacidad cognitiva para fortalecer el desarrollo de sus capacidades psicosociales y afectivas, para el cual se realizaron actividades que permitieron observar sus comportamientos.

La investigación que se realizó con estos jóvenes sobre la actividad física adaptada arrojó unos resultados positivos, como: integración, participación, mejoramiento en relaciones interpersonales, disminución de los niveles de agresividad e incremento de autoestima. Esto nos da a entender que esta población es susceptible a cambios relevantes a nivel psicosocial y afectivo. Y que por su puesto mejoran su calidad de vida tanto para su propio bienestar como el rol que deben asumir ante la sociedad.

ABSTRACT

This work was qualitative researching twenty two young people participated with cognitive disable, seventeen of them with mental retard, four with Down syndrome and one autism, belonging to the gradual room of Simon Bolivar center of Andalucía, Valle.

The main purpose of this project was to promote the physical activity adopted to young people with cognitive disability in order to foster the development of their psico-social and affective capacities for which activities were realized that permitted to watch their behavior.

The researching realized with this yours people on the adapted physical activity gave positive results like integration, participation, and improment in internal personal, relationships decreasing of aggressively labels and increasing of autosteen this permits to understand that this population is susceptible to relevant changes to physic-social an affective level. And that of course they can improve their life quality as their own wellbeing of the roll that they must assume before the society.

1. INTRODUCCIÓN

El término discapacidad hace referencia a deficiencias o alteraciones en las funciones y estructuras corporales, limitaciones en las actividades que puede realizar una persona de su edad y contexto, así como restricciones en la participación en los espacios de la vida cotidiana.

Este término indica los aspectos negativos de la interrelación entre un individuo (con una condición de salud) y su contexto. No es algo que se tiene (por ejemplo, ojos azules) ni algo que se es (por ejemplo, bajo o delgado), sino un estado de funcionamiento que describe el "ajuste" entre las capacidades del individuo y la estructura y expectativas de su entorno personal y social.

La discapacidad cognitiva es una disminución en las habilidades cognitivas e intelectuales del individuo. Entre las más conocidas discapacidades cognitivas están: El Autismo, El síndrome Down, Síndrome de Asperger y el Retraso Mental. Cuando estudiamos la discapacidad cognitiva de acuerdo con la teoría de Howard Gardner, las personas con discapacidad cognitiva tendrían dificultades principalmente en el desarrollo de la inteligencia verbal y matemática, mientras que en la mayoría de casos conservan intactas sus demás inteligencias tales como artística, musical.

Las áreas principalmente afectadas en este tipo de discapacidad son la memoria, resolución de problemas, atención, lectura, lingüística y comprensión verbal, comprensión matemática y comprensión visual.

La discapacidad cognitiva puede ser causada por distintos factores como por ejemplo factores genéticos, en el caso de síndrome de Down trisomía del cromosoma 21, errores congénitos del metabolismo, como la fenilcetonuria, alteraciones del desarrollo embrionario en las que incluyen las lesiones prenatales, problemas perinatales relacionados con el momento del parto, enfermedades infantiles que pueden ir desde una infección grave a un traumatismo, graves déficits ambientales en los que no existen condiciones adecuadas para el desarrollo cognitivo personal y social, accidentes de tráfico, accidentes laborales y enfermedades profesionales.

El retraso mental abarca una serie bastante amplia de síntomas y manifestaciones de tipo comportamental, adaptativo y de desempeño, que lo complejizan, tanto en

el proceso de identificación como de intervención. Por ello, la neurología, la psicología, las ciencias del desarrollo y el comportamiento, han tratado durante años de identificar componentes básicos que permitan caracterizar el cuadro clínico y establecer con claridad patrones de evaluación y atención oportuna; pero todos los esfuerzos han resultado parcialmente admisibles, pues se trata de un ejercicio en el que juegan un sinnúmero de variables, concepciones, actitudes y prácticas, sin mencionar los aspectos éticos y de procesos de intervención, que impiden tomar decisiones que perduren y tengan trascendencia en la calidad de vida de estas personas.

En este tipo de discapacidad surge como necesidad las adaptaciones basadas en objetivos de enseñanza funcionales, dejando de lado contenidos que no tienen impacto en su vida.

Es importante masificar el aprovechamiento del tiempo libre de las personas con discapacidad, además de consolidar la integración y participación en las clases de educación física adaptada este debe ser un compromiso de los profesionales del área de la actividad física.

Teniendo en cuenta que el grupo de jóvenes con discapacidad cognitiva de la sede educativa Simón Bolívar presentó dificultad al momento de relacionarse en su entorno social y al no contar con el área de educación física se decidió realizar un trabajo en el que se involucrara la actividad física adaptada con el fin de mejorar los aspectos negativos de estos jóvenes.

Para llevar a cabo este proyecto se tuvieron en cuenta unos objetivos fundamentales que ayudaron a desarrollar de forma exitosa el trabajo propuesto, entre ellos esta como objetivo principal promover la actividad física adaptada en jóvenes con discapacidad cognitiva para fortalecer el desarrollo de sus capacidades psicosociales y afectivas, además de motivar a los jóvenes del aula multigradual a que se integraran en actividades sanas las cuales sirvieron para mejorar la calidad de vida de cada uno de ellos.

2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

¿Es posible mejorar las capacidades psicosociales y afectivas en jóvenes con discapacidad cognitiva mediante actividad física adaptada?

3. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La sede Simón Bolívar de la Institución Educativa Eleazar Libreros Salamanca, cuenta con un aula multigradual en la que se realiza un trabajo educativo con un grupo de jóvenes entre 12 y 25 años de edad con discapacidad cognitiva, este grupo cuenta con el apoyo de dos personas capacitadas en el área de discapacidad que realizan trabajo artístico, musical, cultural y manualidades. A pesar que la labor prestada a estos jóvenes es de buena calidad se encuentra que no existe un área donde se les apoye en la actividad física, teniendo en cuenta que el problema cognitivo de estos jóvenes les dificulta para desenvolverse con mayor facilidad en la sociedad, se considera que a través de la actividad física se pueden lograr aspectos positivos para tener mejor adaptación en el medio.

4. JUSTIFICACIÓN

En muchas ocasiones las personas con Necesidades Educativas Especiales (N.E.E) se han visto como seres diferentes al resto de la población. Debido a la falta de conocimiento que existe, incluso de parte de sus familiares y de ellos mismos sobre las necesidades y las capacidades que poseen, sus limitaciones y puntos débiles pero también sus ventajas, virtudes y talentos.

Cuando no se conoce la importancia de estos factores se da origen a conflictos de tipo psicológico y social en el ser humano que dificultan el proceso de crecimiento personal al que todos tenemos el derecho de llegar. Por este motivo esta investigación se centra hacia los adolescentes con Necesidades Educativas Especiales como la cognitiva por ser la adolescencia una etapa de transición en la vida de todo ser humano.

En este ciclo se empiezan a generar conflictos emocionales y en ocasiones problemas de adaptación y de conducta, cuando dichos problemas se ven acompañados de discapacidades de cualquier tipo y de factores externos como pueden ser un mal funcionamiento del entorno familiar y social todo esto va generando una situación que puede resultar estresante tanto para el adolescente como para las personas que le rodean.

Existen pocos estudios e investigaciones sobre el tema ya que esta temática generalmente es abordada con adolescentes en condiciones físicas y psíquicas normales, la poca información sobre la discapacidad cognitiva conlleva al trato inadecuado para estos jóvenes por lo tanto se puede desencadenar en ellos sentimientos de inutilidad, inseguridad, depresión y aislamiento. Al realizar un buen trabajo se mejorará en un gran porcentaje la actitud de estos adolescentes frente a la vida.

Es importante adaptar la enseñanza de la educación física para que los jóvenes con discapacidad cognitiva de la sede educativa Simón Bolívar puedan participar de un proceso planificado que tendrá muchos beneficios a nivel social y afectivo.

Según Roselli (2000; 38):

“la interacción social es factor determinante de "progreso cognitivo" por la multiplicidad de perspectivas que convergen y el consiguiente efecto de descentración cognitiva individual que esto supone”.

La descentración de la que habla Roselli hace referencia a que el alumno pueda modificar sus esquemas de pensamiento egocéntricos hacia niveles más cooperativos a partir de la confrontación e intercambio con otros.

Como educadores físicos, nace la preocupación de intervenir con este proyecto para mejorar la calidad de vida de estos jóvenes cuya edad va desde los 12 a 22 años, de estrato 1 y 2 del municipio de Andalucía Valle, la discapacidad más relevante es el retardo mental leve, síndrome de Down y autismo.

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

Promover la actividad física adaptada en jóvenes con discapacidad cognitiva para fortalecer el desarrollo de sus capacidades psicosociales y afectivas.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Lograr cambiar la actitud egocéntrica, principal característica de la discapacidad cognitiva.
- Mejorar su autoestima resolviendo de manera eficaz situaciones cotidianas.
- Favorecer la sociabilidad, la autoconfianza y el control de la ansiedad.
- Fomentar la actividad física adaptada para el mejoramiento de la calidad de vida de los niños con discapacidad cognitiva.
- Contribuir a través de una guía de estrategias metodológicas a la promoción de la actividad física adaptada para personas con discapacidad.
- Motivar a los jóvenes discapacitados del aula multigradual de la sede Simón Bolívar a que se integren en actividades sanas.

6. MARCO REFERENCIAL

La Asociación Americana de la Salud, educación Física y Recreación (AAHPER) en 1952 y que transcribe Arnhein en 1977, dice que la educación física adaptada es:

“Un programa diversificado de actividades de desarrollo, lúdicos, deportivos y rítmicos, adecuados a los intereses, capacidades y limitaciones de los alumnos con dificultades, por las que no pueden participar sin restricciones y con seguridad y continuidad en las actividades de un programa regular de educación física”.¹

Dependiendo del tipo de discapacidad, se podría decir que casi cualquier niño, adolescente o adulto puede practicar deportes o realizar algún tipo de actividad física adaptada, solo es cuestión de buscar aquellos que correspondan o que sean pertinentes, según la patología y el grado de la misma, así como del gusto y las particularidades de cada uno de los sujetos.

La actividad física adaptada es un proceso integral flexible y dinámico con orientaciones para individualizar y adaptar un programa de ejercicios o actividades a las necesidades, posibilidades e intereses de cada persona. Su objetivo principal, es brindar a las personas con discapacidad, la oportunidad de aprender y practicar actividades y técnicas específicas que le permitan mejorar su nivel de salud, movilidad, independencia, integración, socialización, educación, habilitación y por ende mejorar la calidad de vida. Se busca es la obtención de experiencias agradables, significativas y positivas que aumentan su autoestima y promueven su interacción social.²

Si nos centramos en el contexto escolar, creemos necesario distinguir el término de educación física adaptada. Para ello aportaremos diversas contribuciones al respecto. Desde aquellas concepciones que lo asocian al colectivo de alumnos con discapacidad, hasta las que lo vinculan con aquel alumnado que presenta, en

¹ Tomado de <http://www.futbolcarrasco.com/apartados/inef/4curso/7.pdf> (Miércoles, 7 de septiembre 2011, 03:15 pm)

² Tesis Estrategias metodológicas para la promoción de factores protectores de la salud a través de la actividad física adaptada en personas con discapacidad cognitiva. Navis Sepúlveda Rueda. Universidad de Antioquia.

su sentido más amplio, y siguiendo el paradigma competencial, necesidades educativas especiales.

Entre las primeras podemos destacar, entre otras, la definición que realiza Rodríguez Jaubert (1993):

“La educación física adaptada incluye una serie de actividades físicas:

- Planeadas para personas con problemas de aprendizaje, resultante de deficiencias motóricas, mentales o sensoriales.
- Planeadas con el propósito de rehabilitar, capacitar, poner remedio, prevenir y desarrollar físicamente.
- Modificadas con la finalidad de posibilitar la participación del discapacitado.³

³ Manual de educación física adaptada al alumnado con discapacidad. Merche Ríos Hernández. Pg. 326

7. MARCO CONCEPTUAL

Uno de los libros referentes en dicho trabajo...“En 1975, en Quebec (Canadá), se reunió un relevante grupo de expertos, entre ellos Simard y de Potter. De aquella reunión surge el término actividad física adaptada y se funda la IFAPA (federación Internacional de Actividad Física Adaptada), organización centrada en la investigación y en el desarrollo académico de la actividad física adaptada. Con el objetivo de poner en común los avances en este ámbito, se decide organizar un simposium bianual de carácter internacional denominado ISAPA (Simposium Internacional Sobre Actividad Física Adaptada), que viene desarrollando sus actividades hasta la fecha.

Según las conclusiones del Congreso Mundial de Actividad Física Adaptada (1998), La actividad física adaptada se define como un cuerpo de conocimiento multidisciplinar dirigido a la identificación y solución de las diferencias individuales en la actividad física. Es una profesión de prestación de servicio y un cuerpo académico de estudio que apoya una actitud de aceptación de las diferencias individuales, aboga por mejorar el acceso a estilos de vida y al deporte, y promueve la innovación y la cooperación en la prestación de servicios y la adaptación de las normativas. La Actividad Física Adaptada Incluye, además de otros aspectos, la educación física, el deporte, la recreación, la danza y las artes creativas, la nutrición, la medicina y la rehabilitación” (Sherrill en Drouin, 1998).⁴

Sherrill en Drouin 1998 nos habla de que a través de la actividad física adaptada se puede mejorar los estilos de vida y promueven a la realización de algún deporte pues este abarca muchos más aspectos donde la persona con discapacidad puede ser partícipe de ellas.

La segunda concepción de educación física Adaptada, es aquella que parte del concepto actual de educación especial. Podemos afirmar que es la que más aceptación tiene por parte de nuestra área de conocimiento y que se muestra más acorde con el modelo de escuela comprensiva, abierta a la diversidad y compensadora de las desigualdades. Así, entre otras destacamos la aportación de *Toro y Zarco (1998)*:

⁴ Manual de educación física adaptada al alumnado con discapacidad. Merche Ríos Hernández Pg. 325

“Al hablar de Educación Física Adaptada nos estamos refiriendo, por tanto, a un proceso de actuación docente en el que este ha de planificar y actuar de tal modo que consiga dar respuesta a esas necesidades de aprendizaje de sus alumnos. Será en función de dichas necesidades que el profesor deberá llevar a cabo una programación de trabajo en la que contemple el tipo de adaptación requerido, el cual podrá ir dirigido, bien a los objetivos, contenidos, metodología y evaluación (Elementos de acceso al curriculum), bien a aspectos tales como el tipo de relaciones personales, organización de espacios y tiempo, mobiliario y recursos, etc. (elementos personales y materiales). Se trata, por consiguiente, de un nivel de individualización de la enseñanza que contemple la necesidad del alumnado de cara a su progreso” (Toro y Zarco, 1998, p.73).

El docente debe ejecutar un plan de trabajo propiamente para el tipo de discapacidad que esté manejando, un trabajo que se adapte a la necesidad de la persona por lo tanto entre más individualizado mejor será su progreso.

Consecuentemente con esta última tendencia, consideramos que las respuestas a las necesidades educativas especiales en el área de educación física deben entenderse como un continuo de las adaptaciones progresivas del currículo ordinario hasta llegar, si es necesario, a las adaptaciones curriculares individualizadas, en sintonía con lo que defiende el marco curricular del sistema educativo vigente.

Según A. Batalla (1999 Postgrado Actividad Física Adaptada): “Si al alumno con discapacidades, con motivación por aprender y con una cierta confianza en sí mismo, le ofrecemos la información necesaria de qué hacer, cómo y los recursos necesarios adaptados, llegará a desarrollar sus habilidades motrices como cualquier otro escolar. Para ello propone que el profesorado”:

- Fije objetivos concretos y realizables a corto plazo.
- Gradúe las dificultades.
- Valore las diferencias individuales.
- Potencie la práctica con éxito
- No potencie excesivamente la competición.
- Evite seleccionar y eliminar.
- Realice actividades conocidas, sin mucha complejidad.
- Realice actividades variadas con un objetivo y contenido común.
- De consignas muy claras.
- Valore sus esfuerzos y progresos en la medida correcta.

El profesor debe de ser muy minucioso y cuidadoso con el trabajo a realizar pues se puede dar el caso que antes que motivarlos a la práctica del deporte los desmotive por una mala planificación del trabajo.

La integración a actividades físicas y recreativas de las personas con discapacidad cognitiva debe ser trabajada de forma gradual y respetando algunos criterios de adaptación importantes para que dichas actividades se conviertan en procesos de calidad apropiada para estos jóvenes y así obtener resultados favorables que proporcionen avances satisfactorios.

Estos criterios de adaptación son nombrados por un autor que se destaca con temas de discapacidad en su libro sobre actividad física adaptada, a continuación los puntos a tener en cuenta:

7.1. CRITERIOS DE ADAPTACIÓN EN LA DISCAPACIDAD PSÍQUICA

Estos criterios tienen como finalidad facilitar la participación, por consiguiente la integración en el juego, de las personas con discapacidad psíquica.

7.1.1. El Espacio.

Espacios indefinidos o con delimitaciones muy flexibles.

7.1.2. El Material

- Utilizar pocos objetos a la vez con la finalidad de no crear dispersión.
- Que los objetos sean grandes, lentos y que posibiliten cualquier tipo de manipulación.
- El tamaño de los objetos podrá reducirse a medida que los vayan dominando, aumentando así paralelamente la velocidad de ejecución.
- Dejar manipular y experimentar con los objetos y las propuestas presentadas.

7.1.3. La Normativa

Los juegos deberán ser cortos, con una necesidad de concentración muy poco duradera. Si el juego es muy complejo, al DP se le dará la explicación del juego de manera muy general y a lo largo del juego tendrá un soporte constante, con

orientación de las normativas más básicas. En caso de utilizar sistemas de puntuación, estos tendrán que ser muy sencillos. (Para que puedan entenderlo).

7.1.4. La Táctica

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

7.1.5. Las Habilidades

Presentaremos siempre de entrada, habilidades muy sencillas que, poco a poco, irán aumentando en dificultad según el nivel y el

7.1.6. Presencia del alumno colaborador o monitor

Dependiendo del nivel o grado de afectación del alumno con discapacidad psíquica, se propondría otro alumno colaborador que iría cambiando en cada sesión y que facilitaría la participación del alumno con DP. En su efecto y en las primeras edades, se recomienda la participación de un monitor de soporte.

7.1.7. Otras orientaciones didácticas

Para lograr una buena comunicación de las personas con discapacidad psíquica será fundamental el saber transmitir la información, debiendo utilizar para ello un lenguaje claro, sencillo y comprensible.

Tendremos que saber esperar a que respondan o al menos intenten responder a la situación planeada, teniendo presente su alto nivel de latencia.

La paciencia es primordial cuando trabajemos con alumnos con discapacidad psíquica.

Frente a DP severas o graves y DP profundas, nuestra actuación deberá ser mucho más directa e individualizada ya que sus limitaciones son mucho más evidentes y sus dificultades mucho mayores.⁵

La actividad física para discapacitados mentales deben ser adaptadas en todos los aspectos hasta para realizar juegos con ellos se tiene que tener precaución como en los espacios, los materiales, duración de los juegos, realizar actividades con poca dificultad. Como en la clase de educación física para alumnos del aula regular se puede escoger el alumno modelo que servirá de guía para los demás. La verdad es que con estas personas se debe tener mucha paciencia pues no se puede esperar que actúen tan rápidamente como se hace en una clase normal pues ellos necesitan más tiempo para asimilar las ideas que se les trasmite. La comunicación con estos jóvenes también debe ser clara y sencilla así habrá un mejor entendimiento del mensaje que se quiere transmitir.

7.2. DISCAPACIDAD INTELECTUAL

La asociación americana para el retraso mental (AAMR) definió la discapacidad intelectual de la siguiente manera:

La discapacidad intelectual se refiere a limitaciones sustanciales en el funcionamiento intelectual. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual inferior a la media, que coexiste junto a limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, cuidado propio, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo. La discapacidad intelectual se ha de manifestar antes de los 18 años de edad.⁶

7.3. DISCAPACIDAD COGNITIVA

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 posibles: comunicación, cuidado personal, vida

⁵ Actividad física adaptada EL JUEGO Y LOS ALUMNOS CON DISCAPACIDAD. Mercedes Ríos Hernández. Pg. 41

⁶ Asociación Americana para el retraso mental (AAMR) Miguel Ángel Verdugo

en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo. El retraso mental se manifiesta antes de los dieciocho años.

7.4. AUTISMO

Es la incapacidad para establecer contacto habitual con las personas. Encontramos en ellas dificultades para hablar, no miran a los ojos, no juegan con otros niños, se les hace difícil controlar sus emociones, no soportan los cambios de rutina, son distraídos, tienen movimientos repetitivos con las manos o cabeza, mecen constantemente sus cuerpos, hacen actividades fijas y son rutinarios.

7.4.1. Cómo es un niño autista

Parecen indiferentes, retraídos o ausentes por lo que su relación afectiva y social es limitada. Algunas personas autistas no hablan, otros su lenguaje es reducido o raro, repetitivo, pueden repetir palabras difíciles pero las fáciles.

Entre las características llamativas presentan rutinas obsesivas (jugar con un zapato y el cordón todo el día). Hacen actividades fijas monótonas. Les molesta los cambios y las interrupciones.

7.4.2. Cuáles son las causas del autismo

No se ha establecido una única causa, las investigaciones actualmente se orientan hacia la genética, aunque otros mencionan algunos virus como posibles causas entre ellos la rubéola y el citomegalovirus.

7.4.3. Rehabilitación

Estos niños deben recibir terapia desde la más temprana edad, apenas se haya identificado el problema. En el caso de Costa Rica pueden recibir estimulación temprana en las Escuelas de Educación Especial o en el SILOR, que son los programas del Consejo de Rehabilitación que se encuentran ubicados en Naranjo, San Carlos, Turrialba, Santa Cruz de Guanacaste, Pérez Zeledón y Limón.

Los padres por aparte deben recibir capacitación para entender y comprender las conductas que tienen los niños autistas y en algunos casos muy severos tienen que enfrentar berrinches imprevisibles, alimentarlos, vestirlos y cambiarlos hasta que el niño lo aprenda por el mismo por lo que estos significa tener paciencia,

dedicación, amor y persistencia para poco a poco las cosas más sencillas de una manera sistemática.

En edad escolar los niños dependiendo de su capacidad intelectual, la capacidad de comunicación puede asistir a una escuela regular con apoyo de adecuación curricular, si presenta limitaciones cognitivas importantes debe ubicarse en aula integrada o Escuela de Educación Especial.

7.5. EL AUTISMO Y LAS VACUNAS

A muchos padres les preocupa que algunas vacunas no sean seguras y puedan hacerle daño a su bebé o niño pequeño. Ellos pueden solicitarle al médico o a la enfermera que esperen, o incluso negarse a recibir la vacuna. Sin embargo, también es importante pensar acerca de los riesgos de no hacerse vacunar.

Algunas personas creen que la pequeña cantidad de mercurio (llamada timerosal) que es un conservante común en vacunas multidosis causa autismo o trastorno de hiperactividad con déficit de atención (THDA). Sin embargo, los estudios no han mostrado que este riesgo sea cierto.

La Academia Estadounidense de Pediatría y El Instituto de Medicina (IM) están de acuerdo en que ninguna vacuna o componente de alguna vacuna sea responsables del número de niños que actualmente están siendo diagnosticados con autismo. Ellos concluyen que los beneficios de las vacunas superan a los riesgos.

Todas las vacunas rutinarias de la niñez están disponibles en formas de una sola dosis que no contienen mercurio agregado.

7.6. ¿CUÁNTOS NIÑOS TIENEN AUTISMO?

El número exacto de niños con autismo se desconoce. Un informe emitido por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos sugiere que el autismo y los trastornos conexos son más comunes de lo que anteriormente se pensaba, aunque no está claro si esto se debe a una tasa creciente de la enfermedad o a un aumento de la capacidad para diagnosticarla.

El autismo afecta a los niños con una frecuencia 3 ó 4 veces mayor que a las niñas y factores como el ingreso familiar, la educación y el estilo de vida no parecen afectar el riesgo de padecerlo.

Algunos médicos creen que el aumento de la incidencia de autismo se debe a las nuevas definiciones de la enfermedad. El término "autismo" en la actualidad incluye un espectro más amplio de niños. Por ejemplo, a un niño que se le diagnostica autismo altamente funcional en la actualidad pudo haber sido considerado simplemente raro o extraño hace 30 años.⁷

7.7. RETRASO MENTAL

El término "retraso mental" no se comprende bien y se ve de manera despectiva. Algunos piensan que el retraso mental se diagnostica solo a base de un cociente de inteligencia (C.I.) mucho más bajo de lo normal y que las personas retrasadas no pueden aprender a ocuparse de sí mismos. En realidad, para ser diagnosticado como retrasado mental, la persona tiene que tener ambos, un C.I. significativamente bajo y problemas considerables en su adaptación a la vida diaria.

El retraso mental es un término que se usa cuando una persona tiene ciertas limitaciones en su funcionamiento mental y en destrezas tales como aquellas de la comunicación, cuidado personal, y destrezas sociales. Estas limitaciones causan que el niño aprenda y se desarrolle más lentamente que un niño típico. El retraso mental se manifiesta antes de los dieciocho años de edad.

7.7.1. Características típicas de los niños con Retraso Mental

Entre los individuos con retraso mental, hay una amplia gama de capacidades, deshabilidades, puntos fuertes, y necesidades de apoyo. Es común encontrar una demora de lenguaje y el desarrollo motor significativamente por abajo de las normas de sus semejantes sin retraso mental. Los niños más seriamente afectados experimentan demoras en tales áreas como el desarrollo de las destrezas motoras tales como la movilidad, la imagen corporal, y el control de las funciones corporales. En comparación con sus semejantes normales, los niños con retraso mental en general pueden tener una estatura y el peso por abajo de la norma, experimentar más problemas de habla, y tener una incidencia más alta de deficiencias de vista y oído.

⁷ Tomado de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001526.htm>

Al contrario de sus compañeros de salón, los estudiantes con retraso mental seguido tienen problemas con la atención, la percepción, la memoria, la resolución de problemas y el pensar con lógica. Son más lentos en aprender cómo aprender, y lo encuentran más difícil aplicar lo que aprenden a situaciones o problemas nuevos. Algunos profesionistas explican estos patrones al afirmar que los niños con retraso mental tienen diferentes déficit cualitativo de cognición o memoria. Otros creen que los niños con retraso mental atraviesan los mismos pasos de desarrollo que aquellos sin retraso mental, aunque a un paso más lento, y alcanzan niveles más bajos de funcionamiento global.

Muchas personas con retraso mental son afectadas sólo de una manera mínima, y funcionan sólo un poco más lento que el promedio en aprender nuevas destrezas e información.

7.7.2. Tipos de Retraso Mental:

7.7.2.1. Retraso Mental leve

Los individuos afectados de retraso mental leve adquieren tarde el lenguaje, pero la mayoría alcanzan la capacidad de expresarse en la actividad cotidiana, de mantener una conversación y de ser abordados en una entrevista clínica. La mayoría de los afectados llegan a alcanzar una independencia completa para el cuidado de su persona (comer, lavarse, vestirse, controlar los esfínteres), para actividades prácticas y para las propias de la vida doméstica, aunque el desarrollo tenga lugar de un modo considerablemente más lento de lo normal. Las mayores dificultades se presentan en las actividades escolares y muchos tienen problemas específicos en lectura y escritura. La mayoría de los que se encuentran en los límites superiores del retraso mental leve pueden desempeñar trabajos que requieren aptitudes de tipo práctico, más que académicas, entre ellas los trabajos manuales semicualificados.

En general, las dificultades emocionales, sociales y del comportamiento de los enfermos con retraso mental leve, así como las necesidades terapéuticas y de soporte derivadas de ellos, están más próximas a las que necesitan las personas de inteligencia normal que a los problemas específicos propios de los enfermos con retraso mental moderado o grave.

7.7.2.2. Retraso Mental Moderado

Los individuos incluidos en esta categoría presentan una lentitud en el desarrollo de la comprensión y del uso del lenguaje y alcanzan en esta área un dominio limitado. La adquisición de la capacidad de cuidado personal y de las funciones motrices también está retrasada, de tal manera que algunos de los afectados necesitan una supervisión permanente. Aunque los progresos escolares son limitados, algunos aprenden lo esencial para la lectura, la escritura y el cálculo. De adultos, las personas moderadamente retrasadas suelen ser capaces de realizar trabajos prácticos sencillos, si las tareas están cuidadosamente estructuradas y se les supervisa de un modo adecuado. Rara vez pueden conseguir una vida completamente independiente en la edad adulta. Sin embargo, por lo general, estos enfermos son físicamente activos y tienen una total capacidad de movimientos. La mayoría de ellos alcanza un desarrollo normal de su capacidad social para relacionarse con los demás y para participar en actividades sociales simples.

Pautas para el diagnóstico

El CI está comprendido entre 35-40 y 50-55. En este grupo lo más frecuente es que haya discrepancias entre los perfiles de rendimiento y así hay individuos con niveles más altos para tareas viso-espaciales que para otras dependientes del lenguaje, mientras que otros son marcadamente torpes, pero son capaces de participar en relaciones sociales o conversaciones simples. El nivel de desarrollo del lenguaje es variable. Algunos aprenden a gesticular con las manos para compensar, hasta cierto grado, los problemas del habla. En una proporción pequeña pero significativa están presentes un autismo infantil o trastornos del desarrollo, los cuales tienen una gran repercusión en el cuadro clínico y en el tipo de tratamiento necesario. También son frecuentes la epilepsia, el déficit neurológico y las alteraciones somáticas.

7.7.2.3. Retraso Mental Grave

Tanto el cuadro clínico, como la etiología orgánica y la asociación con otros trastornos son similares a los del retraso mental moderado. Padecen un grado marcado de déficit motor o de la presencia de otro déficit que indica la presencia de un daño o una anomalía del desarrollo del sistema nervioso central, de significación clínica.

Pautas para el diagnóstico

El CI está comprendido entre 20-25 y 35-40.

7.7.2.4. Retraso Mental Profundo

El cociente intelectual en esta categoría es inferior a 20-25, lo que significa en la práctica que los afectados están totalmente incapacitados para comprender instrucciones o requerimientos o para actuar de acuerdo con ellas. La mayoría tienen una movilidad muy restringida o totalmente inexistente, no controlan esfínteres y son capaces en el mejor de los casos sólo de formas muy rudimentarias de comunicación no verbal. Poseen una muy limitada capacidad para cuidar sus necesidades básicas y requieren ayuda y supervisión constantes.⁸

7.8. SÍNDROME DE DOWN

El síndrome de Down (DS por sus siglas en inglés), también se conoce como Trisomía 21, la condición donde un material genético adicional ocasiona retrasos en la forma en la que un niño(a) se desarrolla mentalmente y físicamente. Esta condición afecta a 1 de cada 800 bebés.

Las características físicas y los problemas mentales asociados con el síndrome de Down pueden variar entre los niños(as). Mientras que algunos niños(as) con el síndrome de Down necesitan atención médica, otros llevan una vida muy saludable.

Aunque el síndrome de Down no puede prevenirse, puede ser detectado antes del nacimiento. Los problemas de salud en los casos del síndrome de Down pueden ser tratados y existen recursos comunitarios para ayudar a los niños(as) y a las familias que padecen esta condición.

7.8.1. ¿Qué causa el síndrome de Down?

Normalmente, en el momento de la concepción, un bebé hereda la información genética de sus padres mediante 46 cromosomas: 23 provenientes de la madre y 23 del padre. En la mayoría de los casos del síndrome de Down el niño(a) recibe

⁸ Tomado de <http://www.monografias.com/trabajos907/retraso-mental/retraso-mental.shtml#retra>
(Jueves, septiembre 29 2011- 08:00 pm)

una cromosoma 21 adicional sumando un total de 47 cromosomas en lugar de 46. Este material genético adicional ocasiona las características físicas y los retrasos del desarrollo asociados al síndrome de Down.

Aunque nadie sabe con certeza la razón por la que el Síndrome de Down ocurre y aunque no hay forma de evitar el error de cromosomas que lo ocasiona, los científicos saben que las mujeres que conciben a partir de los 35 años aumentan significativamente su riesgo de tener un bebé con esta condición. A los 30 años, por ejemplo, una mujer tiene una probabilidad de 1 en 900 casos de concebir un niño(a) con síndrome de Down. Esta probabilidad incrementa a 1 en 350 a los 35 años. A los 40 años, el riesgo es de 1 caso entre 100.

7.9. SÍNDROME DE ASPERGER

Afecta de 3 a 7 niños por cada mil diagnosticados, Es un trastorno profundo del desarrollo cerebral caracterizado por deficiencias en la interacción social y coordinación motora, y por los inusuales y restrictivos patrones de interés y conducta.

Este comportamiento fue observado y descrito por Hans Asperger, un médico austriaco, cuyo trabajo solo fue traducido al resto del mundo en los años ochenta.

7.9.1. Perfil del niño con Asperger

El niño que padece de Asperger tiene un aspecto externo normal, suele ser inteligente y no tiene retraso en la adquisición del habla. Sin embargo, presenta problemas para relacionarse con los demás y en ocasiones presentan comportamientos inadecuados. La capacidad intelectual de los niños con Síndrome de Asperger es normal y su lenguaje normalmente solo se ve alterado cuando es utilizada con fines comunicativos. Suelen fijar su atención hacia un tema concreto, de manera obsesiva muchas veces, por lo que no es extraño que aprendan a leer por sí solos a una edad muy precoz, si ese es el área de su atención.

Un niño con este Síndrome también se encontrará afectado, de manera variable, en sus conexiones y habilidades sociales, y en el comportamiento con rasgos repetitivos y una limitada gama de intereses. Tienen una comprensión muy

ingenua de las situaciones sociales y no suelen manipularlas para su propio beneficio.

La mala adaptación que presentan en contextos sociales es fruto de un mal entendimiento y de la confusión que les crea la exigencia de las relaciones interpersonales. A pesar de sus dificultades, los niños que padecen de ese trastorno son nobles, poseen un gran corazón, una bondad sin límites, son fieles, sinceros, y poseen un sinfín de valores que podemos descubrir con tan sólo mirar un poquito en su interior.

Se considera que el Síndrome de Asperger afecta de 3 a 7 por cada 1000 niños, entre 7 y 16 años de edad. Las cifras no son exactas, pero se reconoce que es un trastorno que afecta más frecuentemente a los niños que a las niñas.

7.9.2. Las causas del Asperger

Existe un componente genético con uno de los padres. Con cierta frecuencia es el padre el que presenta un cuadro completo de Síndrome de Asperger. En ocasiones hay una clara historia de autismo en parientes próximos.

El cuadro clínico que se presenta está influenciado por muchos factores, incluido el factor genético, pero en la mayoría de los casos no hay una causa única identificable.

7.10. INCLUSIÓN ESCOLAR

Supone una escuela estructurada sobre la base de la diversidad, pensada y organizada en función de las diferencias entre sus alumnos. Este es el ideal a alcanzar. En nuestro medio aún debemos hablar de una integración escolar como realidad actual, porque son los niños y jóvenes con síndrome de Down quienes deben adaptarse a una escuela y sus demandas.

La integración escolar debe ser realizada desde el punto de vista físico, social y pedagógico. Pues los niños comparten la jornada escolar completa en el aula común.

Significa que también para ellos la escuela es un lugar de aprendizaje, no solo de socialización. Y en esta tarea de apoyo y seguimiento es el equipo interdisciplinario, quien busque mediar entre las posibilidades de cada niño

integrado, las exigencias escolares, el estilo de aprendizaje del niño y el estilo de enseñanza de cada institución.

Para aquello es fundamental que el equipo interdisciplinario tenga en cuenta el conocimiento de las necesidades educativas especiales de cada niño, de sus posibilidades, dificultades, y de cómo superarlas, de los apoyos específicos que requiere, para plantear estrategias de enseñanza-aprendizaje creativas y flexibles según las necesidades del niño y su situación áulica.

Y en este sentido es indispensable la confianza y expectativas alentadoras en el niño hacia el máximo logro posible.

Son partes también de nuestros objetivos la fluida comunicación con el niño y sus padres en la comunidad educativa; El trabajo cooperativo con la familia, con los profesionales particulares.

Hacen a la calidad de servicio del equipo interdisciplinario, que a su vez éste debe realizar un trabajo de seguimiento y evaluación de control cruzado de las observaciones áulicas por parte del tutor y coordinador de la integración de cada niño.

La cuidadosa selección y control del personal; el conocimiento profundo del currículo, la creatividad y la flexibilidad en las acciones.

Los resultados nos muestran que esta integración apoyada sistemáticamente es beneficiosa tanto para los niños con síndrome de Down, como para sus compañeros.

Los niños integrados aprenden más y mejor con el estímulo de sus compañeros y de un docente que no le tema al desafío de enfrentarse sin prejuicios a una tarea enriquecedora; Aprenden desde el currículo común lecto-escritura y cálculo, etc. Las personas con síndrome de Down, dentro de un marco integrado, pueden aprender a ser autónomas e independientes, con autoconciencia de sus posibilidades, de sus dificultades pero también de cómo superarlas.⁹

Teniendo en cuenta que todo lo relacionado con el ritmo también forma parte de la actividad física adaptada se trabajaron aspectos concernientes a este tema y es satisfactorio el resultado de los trabajos, en primer lugar se cambia un poco la

⁹ Tomado de <http://www.educacioninicial.com/El/contenidos/00/0250/265.ASP>

monotonía de los ejercicios evitando una posible deserción, por otro lado a través de esta se pudo observar que los jóvenes pueden manifestar su conducta de otra manera, siendo capaz de integrarse activamente en la sociedad por que la música ayuda a lograr si independencia en las actividades habituales, apropiándose del cuidado del ambiente e incrementando su mundo de relaciones. A continuación se muestran algunos términos que pueden manifestar con más claridad los efectos de la música en personas con discapacidad.

7.11. MÚSICA Y DISCAPACIDAD

Los efectos de la música sobre el comportamiento han sido evidentes desde los comienzos de la humanidad. A lo largo de la historia, la vida del hombre ha estado complementada e influenciada por la música, a la que se le han atribuido una serie de funciones. La música ha sido y es un medio de expresión y comunicación no verbal, que debido a sus efectos emocionales y de motivación se ha utilizado como instrumento para manipular y controlar el comportamiento del grupo y del individuo.

La música facilita el establecimiento y la permanencia de las relaciones humanas, contribuyendo a la adaptación del individuo a su medio. Por otra parte, la música es un estímulo que enriquece el proceso sensorial, cognitivo (pensamiento, lenguaje, aprendizaje y memoria) y también enriquece los procesos motores, además de fomentar la creatividad y la disposición al cambio. Así, diversos tipos de música pueden reproducir diferentes estados de ánimo, que a su vez pueden repercutir en tareas psicomotoras y cognitivas. Todo ello depende de la actividad de nuestro sistema nervioso central.

La audición de estímulos musicales, placenteros o no, producen cambios en algunos de los sistemas de neurotransmisión cerebral. Por ejemplo: los sonidos desagradables producen un incremento en los niveles cerebrales de serotonina, una neurohormona que se relaciona con los fenómenos de agresividad y depresión.

Existen 2 tipos principales de música en relación con sus efectos: la música sedante, que es de naturaleza melódica sostenida, y se caracteriza por tener un ritmo regular, una dinámica predecible, consonancia armónica y un timbre vocal e instrumental reconocido con efectos tranquilizantes. La música estimulante, que aumenta la energía corporal, induce a la acción y estimula las emociones.

La música influye sobre el individuo a 2 niveles primarios diferentes: la movilización y la musicalización: la movilización: la música es energía y por tanto moviliza a los seres humanos a partir de su nacimiento y aún desde la etapa prenatal. A través de la escucha o la creación, la música imprime una energía de carácter global que circula libremente en el interior de la persona para proyectarse después a través de las múltiples vías de expresión disponibles.

La música, al igual que otros estímulos portadores de energía, produce un amplio abanico de respuestas que pueden ser inmediatas, diferidas, voluntarias o involuntarias. Dependiendo de las circunstancias personales (edad, etapa de desarrollo, estado anímico, salud psicológica, apetencia) cada estímulo sonoro o musical puede inducir una variedad de respuestas en las que se integran, tanto los aspectos biofisiológicos como los aspectos efectivos y mentales de la persona. Así, el bebé agita sus miembros cuando reconoce una canción entonada por su madre, los adolescentes se reconfortan física y anímicamente escuchando una música ruidosa e incluso les ayuda a concentrarse mejor en el estudio. Dado que la musicoterapia constituye una aplicación funcional de la música con fines terapéuticos, se preocupa esencialmente de promover a través del sonido y la música, una amplia circulación energética en la persona, a investigar las múltiples transformaciones que induce en el sujeto el impulso inherente al estímulo sonoro y a aplicar la música para solventar problemas de origen psicosomático.

La musicalización: el sonido produce una musicalización de la persona, es decir, la impregna interiormente dejando huella de su paso y de su acción. Así, la música que proviene del entorno o de la experiencia sonora pasa a integrar un fondo o archivo personal, lo que puede denominarse como mundo sonoro interno. Por tanto, nuestra conducta musical es una proyección de la personalidad, utilizando un lenguaje no verbal. Así, escuchando o produciendo música nos manifestamos tal como somos o como nos encontramos en un momento determinado, reaccionando de forma pasiva, activa, hiperactiva, temerosa... Cada individuo suele consumir la música adecuada para sus necesidades, ya sea absorbiéndole de forma pasiva o creándole de forma activa. Toda expresión musical conforma un discurso no verbal que refleja ciertos aspectos del mundo sonoro interno y provoca la movilización y consiguiente proyección del mundo sonoro con fines expresivos y de comunicación.

7.11.1. Los efectos de la música en la conducta

La influencia de cada uno de los elementos de la música en la mayoría de los individuos es la siguiente:

Tiempo: los tiempos lentos, entre 60 y 80 pulsos por minuto, suscita impresiones de dignidad, de calma, de sentimentalismo, serenidad, ternura y tristeza. Los tiempos rápidos de 100 a 150 pulsos por minuto, suscitan impresiones alegres, excitantes y vigorosas.

Ritmo: los ritmos lentos inducen a la paz y a la serenidad, y los rápidos suelen producir la activación motora y la necesidad de exteriorizar sentimientos, aunque también pueden provocar situaciones de estrés.

Armonía: Se da al sonar varios sonidos a la vez. A todo el conjunto se le llama acorde. Los acordes consonantes están asociados al equilibrio, el reposo y la alegría. Los acordes disonantes se asocian a la inquietud, el deseo, la preocupación y la agitación.

Tonalidad: los modos mayores suelen ser alegres, vivos y graciosos, provocando la extroversión de los individuos. Los modos menores presentan unas connotaciones diferentes en su expresión e influencia. Evocan el intimismo, la melancolía y el sentimentalismo, favoreciendo la introversión del individuo.

La altura: las notas agudas actúan frecuentemente sobre el sistema nervioso provocando una actitud de alerta y aumento de los reflejos. También ayudan a despertarnos o sacarnos de un estado de cansancio. El oído es sensible a las notas muy agudas, de forma que si son muy intensas y prolongadas pueden dañarlo e incluso provocar el descontrol del sistema nervioso. Los sonidos graves suelen producir efectos sombríos, una visión pesimista o una tranquilidad extrema.

La intensidad: es uno de los elementos de la música que influyen en el comportamiento. Así, un sonido o música tranquilizante puede irritar si el volumen es mayor que lo que la persona puede soportar.

La instrumentación: los instrumentos de cuerda suelen evocar el sentimiento por su sonoridad expresiva y penetrante. Mientras los instrumentos de viento destacan por su poder alegre y vivo, dando a las composiciones un carácter brillante, solemne, majestuoso. Los instrumentos de percusión se caracterizan por su poder rítmico, liberador y que incita a la acción y el movimiento.

Beneficios de la música en el trabajo con personas con discapacidad: Según Vaillancourt G. el niño además de ser un ser en desarrollo es un ser creativo y musical, ya que posee su propia música que expresa como funciona como vía de acceso de los sentidos que facilita y posibilita el aprendizaje. Además de resultar muy motivador y fomentar la capacidad de creación de la persona. La música, puede utilizarse como material y método educativo, que además de puede implementar dentro de las terapias para mejorar o restablecer las capacidades físicas y psicológicas Centrándonos en las personas con discapacidad, la música como terapia puede resultar realmente beneficiosa, tal y como veremos más adelante.

Siguiendo a Lacarcel Moreno J. (1995) “la aplicación de la musicoterapia constata que muchos niños han mejorado considerablemente las condiciones asociadas a su discapacidad” En términos generales los beneficios pueden considerarse:

- Aumento de la comunicación y expresión, favoreciendo el desarrollo emocional.
- Mejora de la percepción y la motricidad.
- Favorecimiento de la expresión de problemas, inquietudes, miedos, bloqueos, actuando como alivio y disminutivo de la ansiedad.
- Equilibrio psicofísico y emocional.
- Mejora de las respuestas psicofisiológicas registradas en diferentes parámetros: encefalograma, reflejo psicogalvánico, ritmo cardíaco, amplitud respiratoria.
- Mejora del rendimiento corporal. Aumento también del riego sanguíneo cerebral.
- Acercamiento a niños que por su problemática resulta más complejo: autismo, psicosis, etc.¹⁰

¹⁰ Tomado de http://es.wikipedia.org/wiki/Musicoterapia#La_m.C3.BAsica_como_conducta_humana (Octubre 22 de 2011- 11:30 am)

8. MARCO LEGAL

El artículo 24 de la Ley 181 de 1995 expresa:

Que Los organismos que integran el sistema nacional del deporte fomentarán la participación de las personas con limitaciones físicas, sensoriales y síquicas en sus programas de deporte, recreación, aprovechamiento del tiempo libre y educación física orientándolas a su rehabilitación e integración social, para lo cual trabajarán conjuntamente con las organizaciones respectivas. Además, promoverán la regionalización y especialización deportivas, considerando los perfiles morfológicos, la idiosincrasia y las tendencias culturales de las comunidades.

En Colombia, con anterioridad a la Constitución Política de 1991, se habían dado algunas disposiciones con respecto a la discapacidad²; sin embargo a partir de la expedición de la Carta Magna, se ha venido consolidando un marco jurídico que determina los derechos de la población con discapacidad, y al mismo tiempo las obligaciones del Estado y la sociedad para con ellos.

En la constitución política de 1991, se encuentra una serie de artículos que hacen mención expresa a la protección, atención, apoyo e integración social de las personas con discapacidad como los siguientes:

Artículo 13: “El Estado protegerá especialmente a las personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan”.

Artículo 47: “El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran”.

Artículo 52: Fijar el derecho de todas las personas a la recreación y al deporte.

Artículo 67: determina que la educación es un derecho de la persona

Artículo 68: “La erradicación del analfabetismo y la educación de personas con limitaciones físicas o mentales son obligaciones especiales del Estado”.

En salud, empleo y protección social:

Mediante el decreto 205 de 2003 se fusionan los ministerios de salud y de trabajo en el Ministerio de Protección Social, a quien se le atribuye la competencia, específica de “Proponer y promover la ejecución de políticas de readaptación profesional y generación de empleo para personas con discapacidad, en coordinación con las demás direcciones generales del ministerio, es decir con las direcciones de salud pública, de riesgos profesionales, de empleo, entre otras.

En materia de salud, la Ley 100 de 1993 crea el “Sistema de Seguridad Social Integral”, “...cuyo objeto es garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten” (Art.1).

Contempla disposiciones específicas en relación con la invalidez y la discapacidad, en lo concerniente al “Sistema General de Pensiones” (Arts. 38 y 39), “Sistema General de Seguridad Social en Salud” y “Sistema General de Riesgos Profesionales” (Arts. 249 a 253 y 257). En el caso del Sistema de Salud, se prevé que toda la población será cubierta en lo relacionado con la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la atención y recuperación;

además señala que las personas con discapacidad sin capacidad de pago serán beneficiarios del Régimen Subsidiado (Art.157), y que en el caso del Régimen Contributivo la cobertura familiar incluye a las personas con discapacidad permanentes con mayoría de edad (Art.163).

Dentro de este marco se han desarrollado otras normas para el sector salud, los decretos: el 2226 de 1996 y 1152/99 que asignan al Ministerio de Salud la función relacionada con la dirección, orientación, vigilancia y ejecución de los planes y programas que en el campo de la salud, se relacionen con la tercera edad, indigentes, minusválidos y discapacitados. Las resoluciones: 5261 de 1994 que adopta el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del plan obligatorio de salud en el sistema de seguridad social en salud, en el que se incluyen las actividades y procedimientos de rehabilitación; la resolución 4288 de 1996 define el plan de atención básica que contiene acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para toda la población, la 3165 de 1996, adopta los lineamientos de atención en salud para las personas con deficiencias, discapacidades y minusvalías; la 3374 de 2000 que reglamenta el sistema de información del Ministerio de Salud; 238 de 1999 “Por la cual se establecen las

normas técnicas, científicas y administrativas que contienen los requisitos esenciales para la prestación de servicios de salud...” quedando incluidos los servicios relacionados con psiquiatría, medicina física y rehabilitación, terapia ocupacional, física y del lenguaje, etc.; la 1896 de 2001 adopta la clasificación única de procedimientos en salud, incluyendo los procedimientos relacionados con el desempeño funcional y la rehabilitación; la resolución 412 de 2000 y la 3384 de 2000, establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, adoptan las normas técnicas y guías de atención para eventos de detección temprana, protección específica y enfermedades de interés en salud pública.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud ha expedido los acuerdos: 72 de 1997 “Por medio del cual se define el plan de beneficios del régimen Subsidiado”; 74 de 1997, que adiciona al plan de beneficios del régimen subsidiado la atención necesaria para la Rehabilitación Funcional de las personas con deficiencia, discapacidad o minusvalía; 77 de 1997, que define la forma y condiciones de operación del régimen subsidiado, incluyendo como priorizarles para la afiliación a la población con limitaciones físicas, síquicas o sensoriales; el 117 de 1998 “Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública”.

En relación con el financiamiento en el sector salud, se expidió la Ley 643 de 2001 “Por la cual se fija el régimen propio del monopolio rentístico de juegos de suerte y azar” en su Artículo 42 prevé dentro de la destinación de las rentas del monopolio al sector salud, que el 4% debe destinarse a la vinculación al Régimen Subsidiado de los discapacitados, limitados visuales y salud mental.

El Ministerio de Trabajo expidió los decretos: 970 de 1994 que promulga el convenio sobre readaptación profesional y el empleo de personas inválidas; 1295 de 1994; que establece las prestaciones económicas y asistenciales para los trabajadores que sufren accidentes de trabajo y/o se les diagnostica enfermedad profesional, 917 de 1999 sobre el “Manual Único de calificación de pérdida de capacidad laboral”; 1128 de 1999 reestructura el ministerio y se incluye la asignación de funciones con respecto al tema de discapacidad; 1530 de 1996, en el artículo 6, numeral 3, se estipula que: “Las entidades administradoras de riesgos profesionales deberán acreditar semestralmente ante la dirección general de riesgos profesionales, infraestructura propia o contratada, que garantice el cubrimiento para sus afiliados de los servicios de rehabilitación, de prevención y de asesoría que les compete”

Además, artículo 23 del decreto 2463/01, establece la obligatoriedad de la rehabilitación previa para acceder al trámite de calificación de invalidez, Ley 776 de 2002 establece la obligatoriedad del cubrimiento de las prestaciones económicas y asistenciales para los trabajadores que han sufrido accidentes de trabajo y enfermedad profesional, en sus artículos 4° y 8° obliga a la reincorporación y a la reubicación de los trabajadores con discapacidad de origen ocupacional y varias Circulares que tratan sobre pérdida de capacidad laboral, y rehabilitación integral para el Sistema General de Riesgos Profesionales.

En materia de empleo, además de los estímulos establecidos en la ley 361 de 1997, se encuentra la ley 789 de 2002, que en su artículo 13 señala la exención en el pago de aportes al ICBF, SENA y cajas de compensación familiar a las empresas que vinculen trabajadores adicionales a los que tenía en promedio en el año 2002, y cuando entre estos trabajadores se encuentran personas con discapacidad comprobada no inferior al 25%, y cuando estos trabajadores no devenguen más de 3 salarios mínimos legales mensuales vigentes.

9. ANTECEDENTE HISTÓRICO

En la prehistoria, a medida que las distintas tribus y agrupaciones humanas se movilizaban buscando mejores cotos de caza o después mejores tierras para realizar sus cultivos, decidían abandonar a su suerte a las personas discapacitadas, para no entorpecer los desplazamientos del resto de la tribu. Durante la época florecimiento las primeras civilizaciones, los espartanos de la antigua Grecia, arrojaban desde el Monte Taigeto a las personas con discapacidad, pues no querían que "en su bella y floreciente civilización" existieran personas diferentes.

La historia de los discapacitados no ha sido nunca estable ni segura, lo cierto es que las desviaciones de cualquier tipo siempre nos han parecido una amenaza, lo diferente nos molesta, pero al mismo tiempo tenemos una fuerte curiosidad por aquello que nos parece sobrenatural, desde considerarlos demonios hasta dioses, de lo mítico a lo vulgar. En esa eterna búsqueda nos hemos encontrado con contrastes muy notables; así como entre los animales hay quienes destruyen a sus cachorros imperfectos o simplemente los dejan morir, existen animales que los protegen amorosamente.

Los hombres también a lo largo de la historia les han dado diferentes tratamientos a las personas con algún tipo de discapacidad.

- En la Grecia del siglo IV a.C. El eminente filósofo Aristóteles trató de interpretar algunas desviaciones, existen registros de estudios de las diferencias físicas y mentales realizados por Diógenes, Hipócrates y Galeno quienes estudiaron la epilepsia, la demencia, entre otras formas atípicas.
- Los Indios Masai asesinaban a sus niños discapacitados.
- Los Chagga de África Oriental utilizaban a sus discapacitados para ahuyentar al demonio.
- Los antiguos Hebreos creían que los defectos físicos eran una marca del pecado.
- Los Jukun de Sudan consideraban que eran obra de los malos espíritus y los abandonaban para que murieran.
- Los Semang de Malasia empleaban a sus lisiados como hombres sabios.
- Para los Nórdicos los discapacitados eran verdaderos Dioses.

Durante la Edad Media, principalmente en Francia, se construyeron verdaderas fortalezas y ciudades amuralladas en donde se guardaban y escondían a centenares de personas con algún tipo de discapacidad.

En el siglo XIV, los nacidos con alguna deficiencia ya sea física, sensorial o mental, como la sordera, la ceguera, la parálisis, la cuadriplejía, entre otros, eran confinados a grandes encierros, en los que eran exhibidos los fines de semana a manera de espectáculo circense o de gran zoológico, para que las familias se divirtieran un poco o bien, manejando la consciencia social, rectificaran los actos cometidos en el pasado, por considerar a estos "monstruos" o "fenómenos" como la más grande señal de un castigo enviado por Dios.

Posteriormente, los "anormales", constituyeron un pretexto también de Dios para despertar la caridad, el fin: la promesa de salvación y vida eterna. Por lo menos, ya no eran considerados "fenómenos", ahora eran llamados "miserables"; su función ya no era la de divertir, ni la de solamente despertar el arrepentimiento, sino que su función sufrió un cambio aparentemente más "digno": el de ser los portadores del objetivo de Dios, liberar a los "normales" del pecado, por la caridad. Esto fue lo que en términos generales la sociedad obligó a creer durante mucho tiempo a las personas con alguna deficiencia: personas minusválidas, sin valor, incapaces de desarrollar una consciencia crítica, un sentimiento; seres por tanto, sin voz ni voto.

Como puede observarse, muchos han sido los papeles sociales y los conceptos que se han manejado alrededor de las personas discapacitadas en las diferentes sociedades y culturas, sin embargo en la gran mayoría de los casos, no han sido justas ni favorables e incluso la exclusión social se ha exacerbado durante algunas épocas.

Por ejemplo, durante el siglo XX se cometieron grandes crímenes en Alemania, por el ejército Nazi, durante la segunda guerra mundial, diversas atrocidades se realizaron, "en busca de la raza perfecta" en la cámara de gases o con la ingestión de sustancias letales que se proporcionaron en forma selectiva, antes que a nadie, a las personas con discapacidad mental para aniquilarlas tratando de construir un supuesto mundo de "seres perfectos".

El racismo, intolerancia y complejos de superioridad, imperaron en esa época no solo para exterminar a los judíos, mujeres y ancianos; sino también a las personas con discapacidad. En este mismo siglo, las personas con discapacidad dieron origen a una industria floreciente en los países ricos, en donde se construyeron

enormes edificios, llenos de pseudo especialistas, algunas veces en condiciones precarias, otras veces con todo el lujo posible.¹¹

¹¹ http://www.medspain.com/ant/n14_ju100/DISCAPACIDAD.htm

10. METODOLOGÍA

La investigación corresponde a un estudio cualitativo, la observación se hizo en el periodo Agosto- noviembre del 2011. La actividad física adaptada mejora notablemente la capacidad psicosocial y afectiva.

El presente trabajo se realiza en la sede Simón Bolívar de la Institución Educativa Eleazar Libreros Salamanca, el desarrollo del mismo consiste en reforzar actitudes positivas en el ámbito psicosocial de jóvenes con discapacidad cognitiva, factor que influye en el desempeño de ellos. Dicha práctica se realiza con un grupo de jóvenes con necesidades educativas especiales, el total de estudiantes es de 22. Inicialmente se realiza una consulta minuciosa de diversas fuentes tales como libros, enciclopedias, tesis, revistas y artículos de internet referentes a necesidades educativas especiales lo cual servirá para el reconocimiento y manejo del tema. Luego se recopilaron datos concernientes a los jóvenes implicados en dicha labor tomándose en cuenta lo siguiente:

- Edad
- Tipo de discapacidad
- Características
- Apoyo que reciben en la sede

Estos datos se recopilan gracias a la información de las personas implicadas en la evolución de los jóvenes discapacitados, estudiando cada caso de forma individual. Seguidamente se iniciaron las visitas 2 veces a la semana los días martes de 7:00 a 10:00 AM y jueves toda la jornada escolar del centro educativo. Luego de realizar una observación del grupo se procedió a la realización del protocolo de evaluación de conducta el cual cuenta con varios interrogantes que dieron la pauta para el desarrollo del trabajo.

11. DISEÑO METODOLOGICO

ÁREA DE ESTUDIO:

País: Colombia

Departamento: Valle del Cauca

Municipio: Andalucía.

Este trabajo se realizó con 22 alumnos con discapacidad cognitiva entre ellas retardo mental, síndrome de Down, autismo. Pertenecientes al aula multigrada de la sede Simón Bolívar del municipio de Andalucía.

El aula multigradual está ubicada en la sede educativa Simón Bolívar en la dirección cra 7 del barrio la floresta I

El aula fue creada el 24 de marzo de 2006, con el apoyo de la docente Liliana Córdoba y el docente Octavio Vergara.

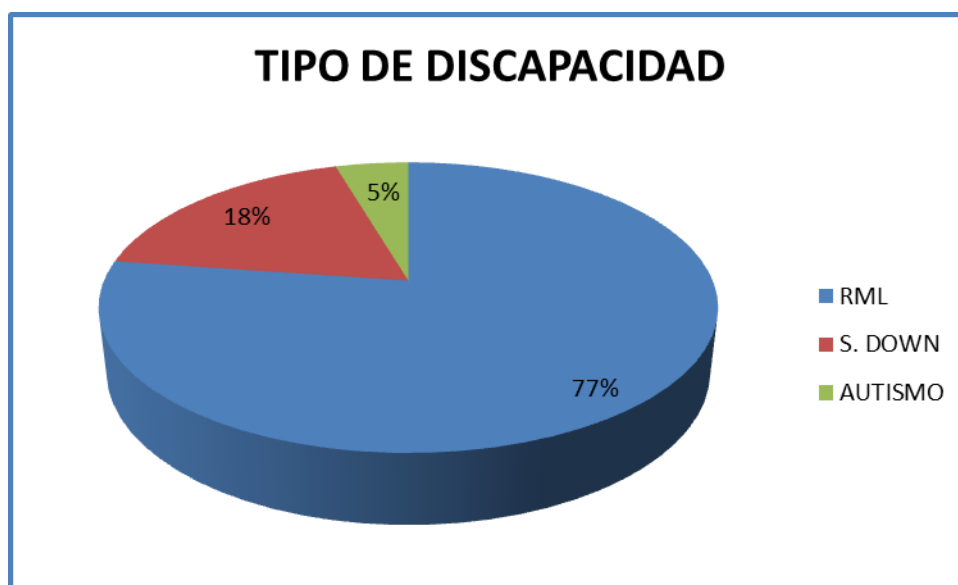
Para llevar a cabo el desarrollo del trabajo físico se tiene en cuenta algunas estrategias utilizadas por profesionales de la educación especial; entre ellas están:

- **Apoyo físico:** consiste en la máxima proporción de ayuda que necesita una persona para completar una tarea. Esto puede implicar tomar al niño/a de la mano y acompañarle físicamente en la realización de la tarea.
- **Apoyo gestual:** son las indicaciones para apoyar la explicación.
- **Apoyo verbal:** Los apoyos verbales consisten en instrucciones sencillas dadas de palabra. Pueden utilizarse en combinación con los gestuales y físicos.
- **Modelado:** Consiste en hacer una demostración previa de la actividad, de modo que el niño pueda imitar al adulto o a un compañero.
- **Moldeado:** Procedimiento que se aplica para enseñar habilidades nuevas. Es necesario definir la tarea a realizar y subdividirla en pequeños pasos sucesivos.

12. RESULTADOS

En esta parte del trabajo se muestra los resultados finales del protocolo de evaluación de conducta, que fue realizado durante el periodo agosto – noviembre de 2011.

En las gráficas se muestra la primer y última evaluación en porcentaje haciendo diferencia entre cada una de ellas para notar los cambios logrados con el grupo de trabajo.



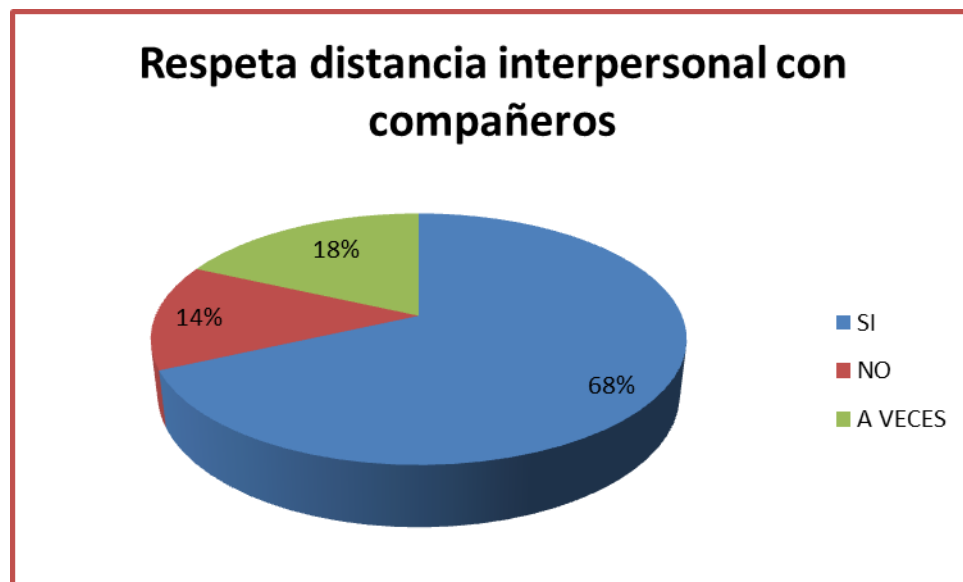
Grafica para diferenciar el tipo de discapacidad.

12.1. DISTANCIA CORPORAL

No 1



No 2



En las siguientes figuras se muestra una comparación de la evaluación de conducta inicial y la final, en la figura No 1 se observó que un 59% de los jóvenes respeta la distancia interpersonal con compañeros mientras que en la No 2 hay una evolución en este aspecto ya con un 68%.

No 1

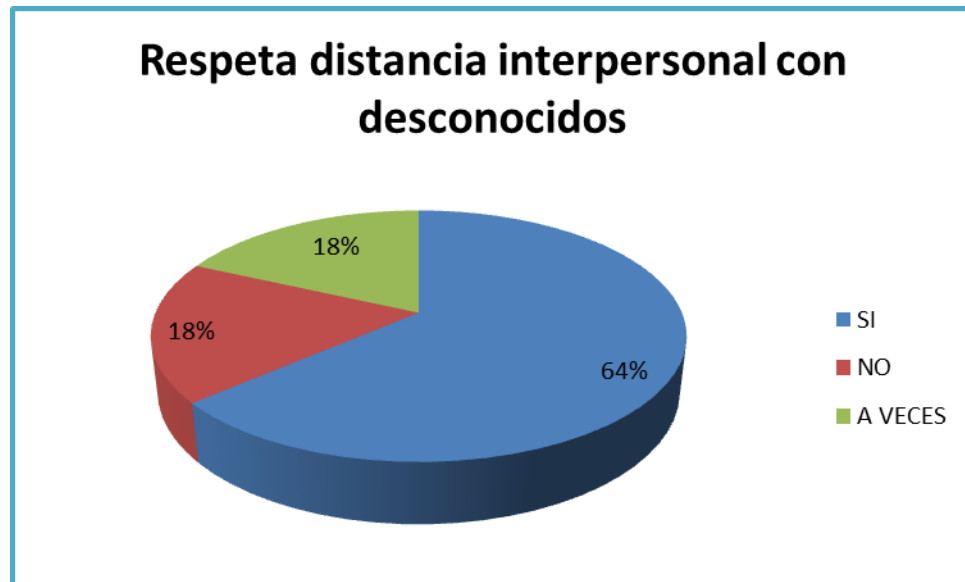


No 2

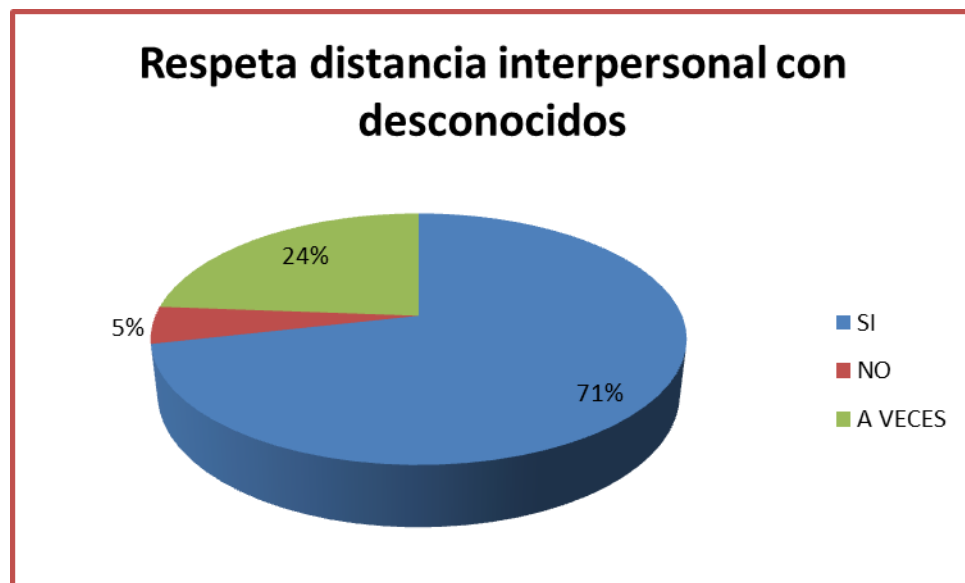


En esta figura se observó el respeto de la distancia interpersonal con profesionales, la No 1 arrojó un 59%, mientras que en la segunda evaluación paso a mejorar con un porcentaje de 68%.

No 1



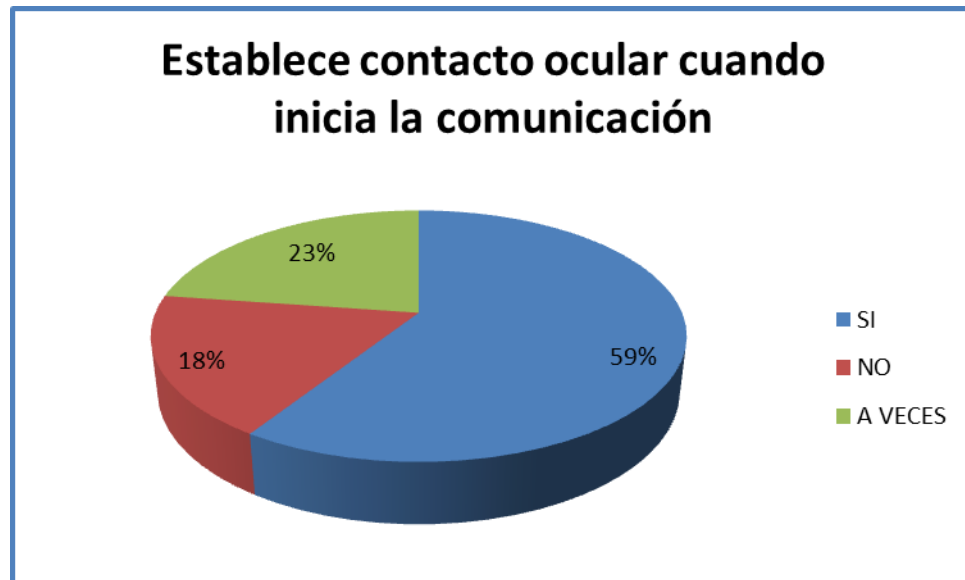
No 2



Inicialmente notamos en la figura No 1 que en un 64% los jóvenes respetaban la distancia interpersonal con desconocidos mejorando en la evaluación No 2 con un 71%.

12.2. CONTACTO OCULAR

No 1



No 2



En las siguientes figuras se evaluó el contacto ocular, la No 1 muestra que el 59% de los jóvenes con discapacidad establece contacto ocular cuando inicia la comunicación, en la figura No 2 se incrementó este contacto a un 73%.

No 1



No 2



Al continuar con la evaluación en la figura No 1 se notó que un 59% de los jóvenes respondían con contacto ocular durante la comunicación, a través de las actividades se mejoró este aspecto con un porcentaje del 64%.

No 1



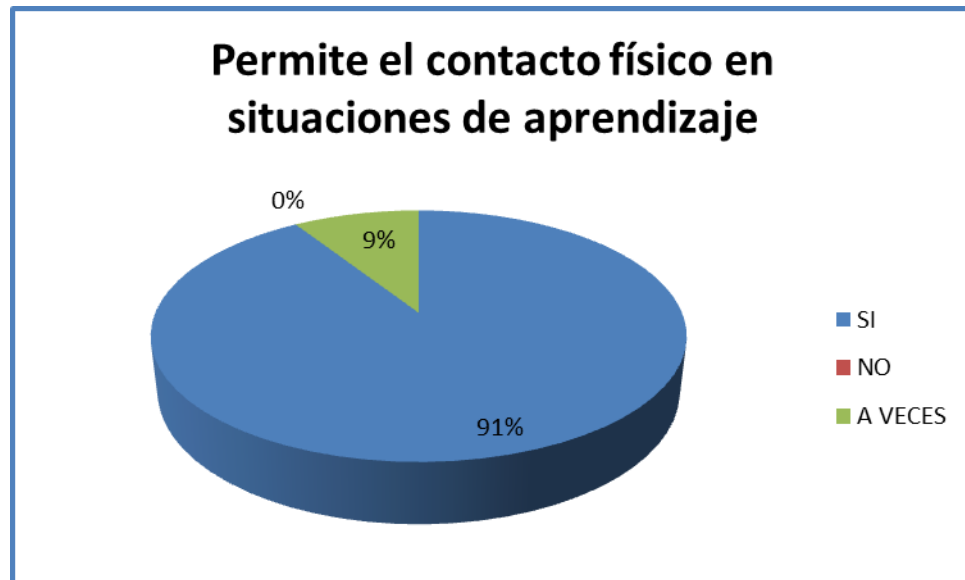
No 2



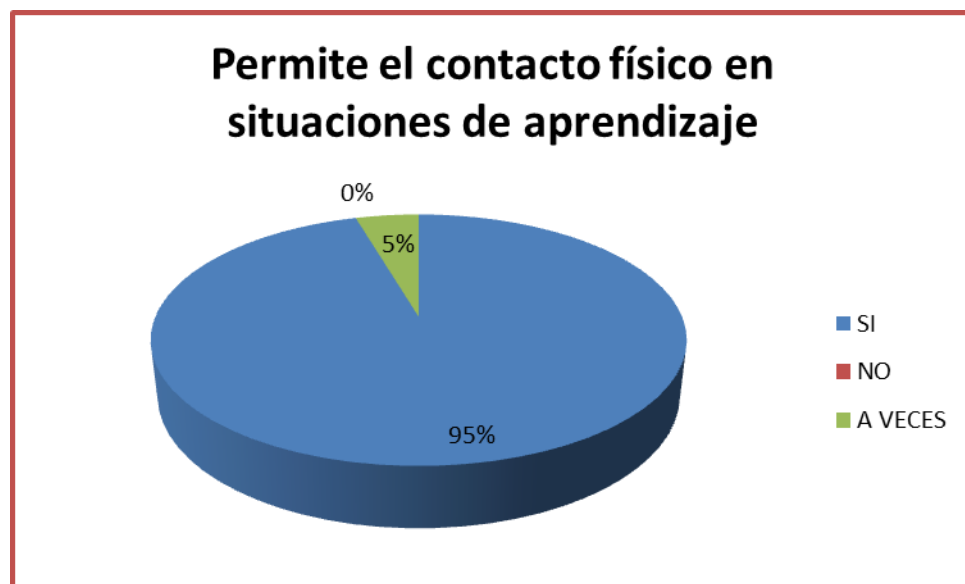
En la figura No 1 se mostró que en un 32% existía una dificultad en la comunicación al no haber contacto ocular, al realizar la última evaluación Figura No 2 se mejoró esa dificultad disminuyendo a un 14%.

12.3. CONTACTO FÍSICO

No 1



No 2



Al realizar las actividades figura No 1 el 91% de los jóvenes permitía contacto físico en las situaciones de aprendizaje, al finalizar figura No 2 se pudo mejorar en un 95% ese contacto físico.

No 1

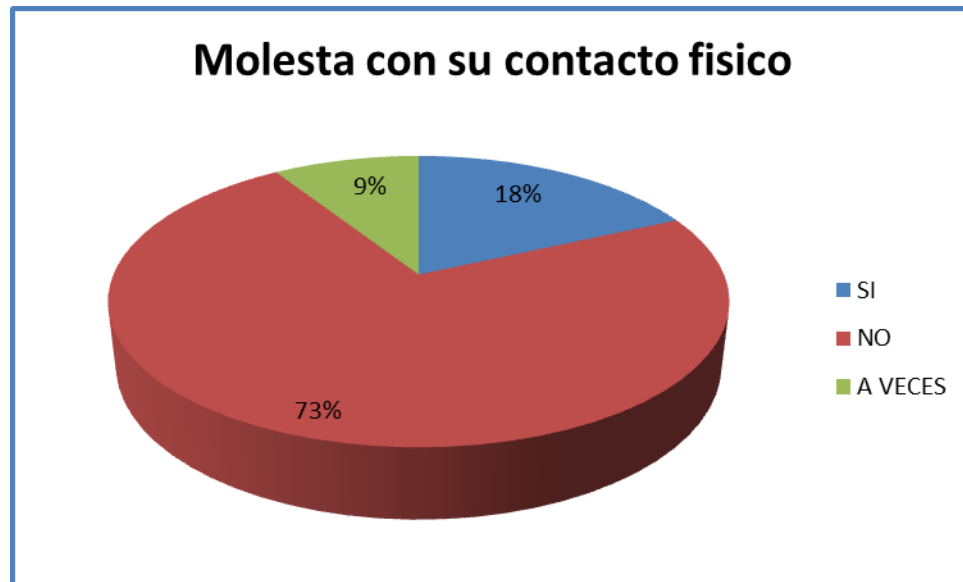


No 2

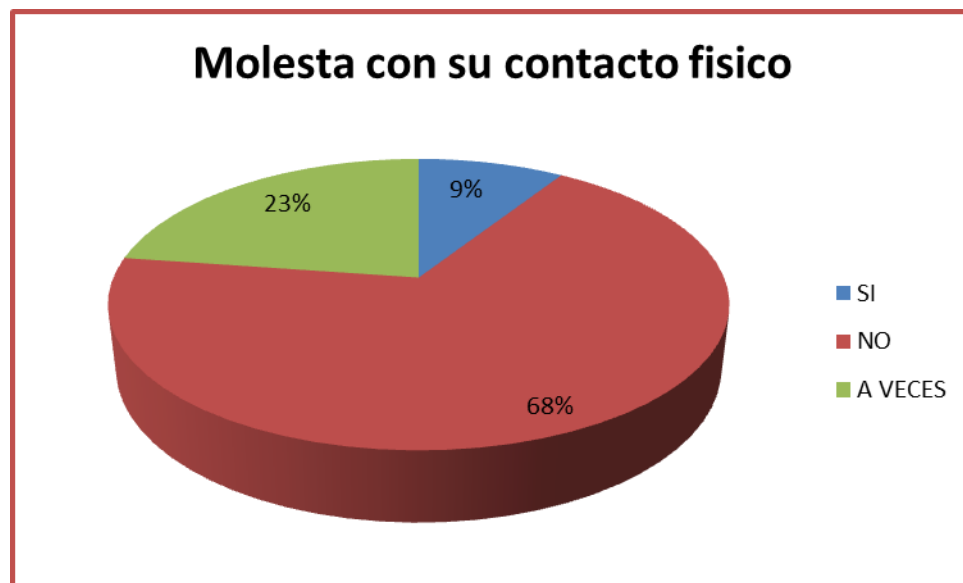


Al inicio del trabajo figura No 1 el 59% de los jóvenes se ayudaban en la comunicación con contacto físico, al observar la última evaluación ese porcentaje mejoró con un 95%.

No 1



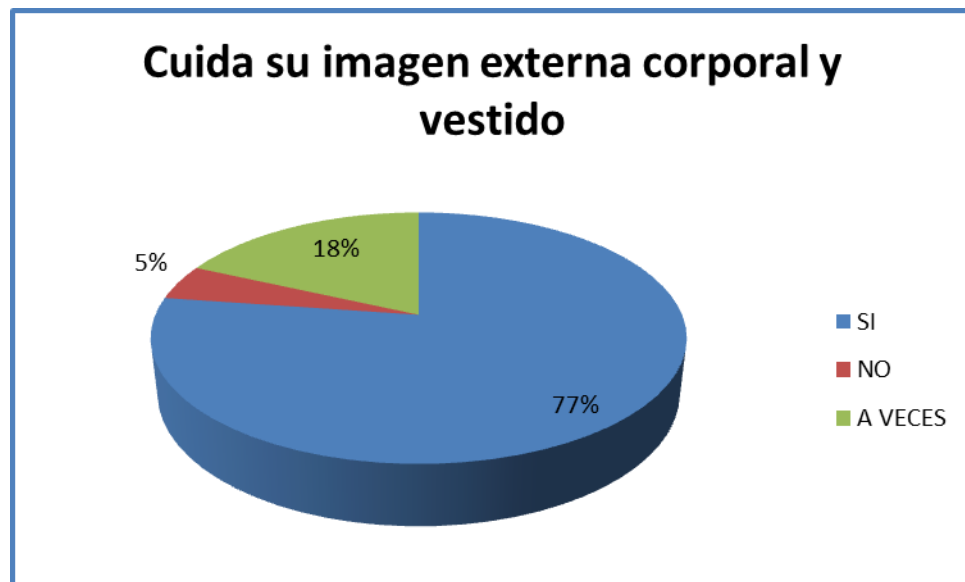
No 2



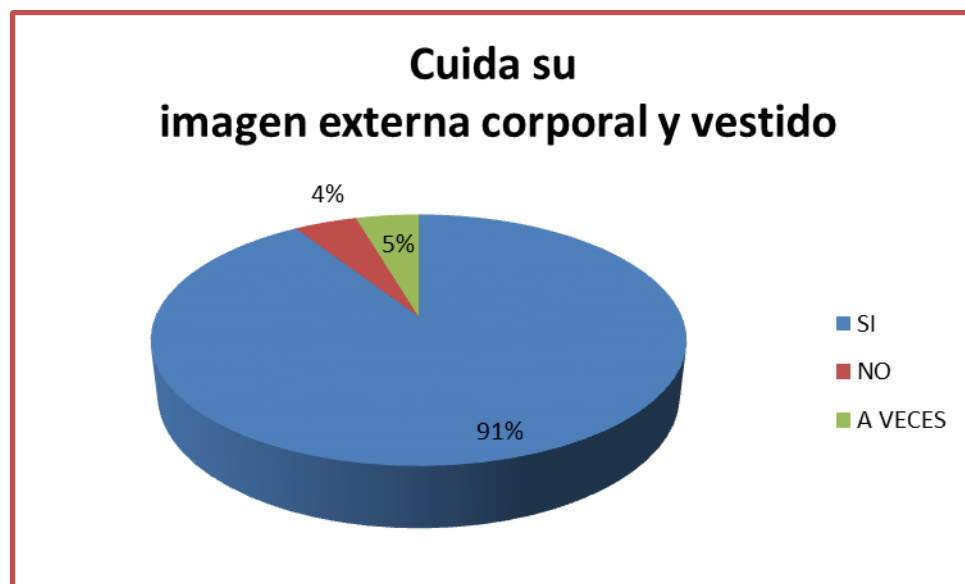
Al inicio del trabajo se noto que existian algunos jovenes que molestaban con su contacto fisico (besos, abrazos etc) en un 73%, pero con el trabajo que se realizo se pudo disminuir este tipo de contacto en un 68%.

12.4. APARIENCIA PERSONAL

No 1

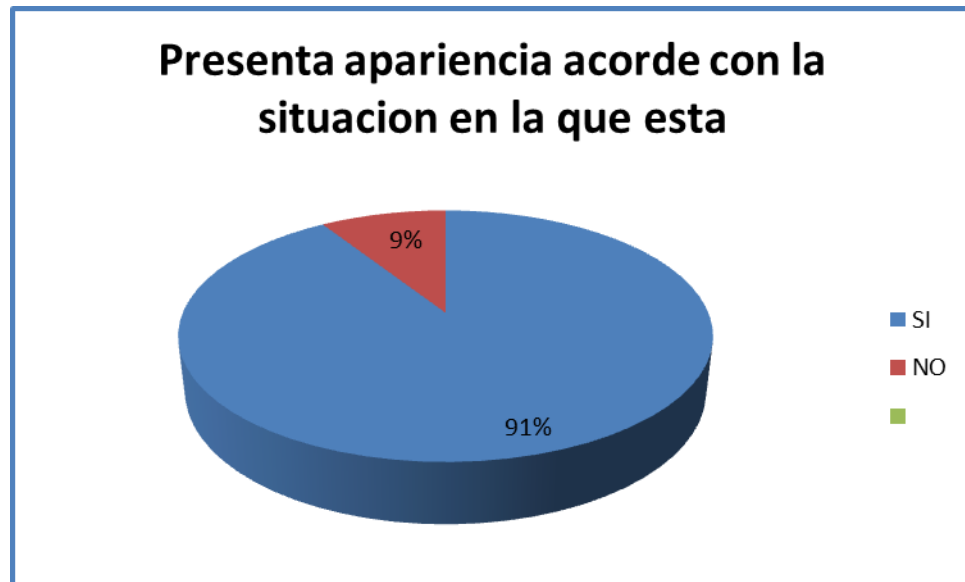


No 2

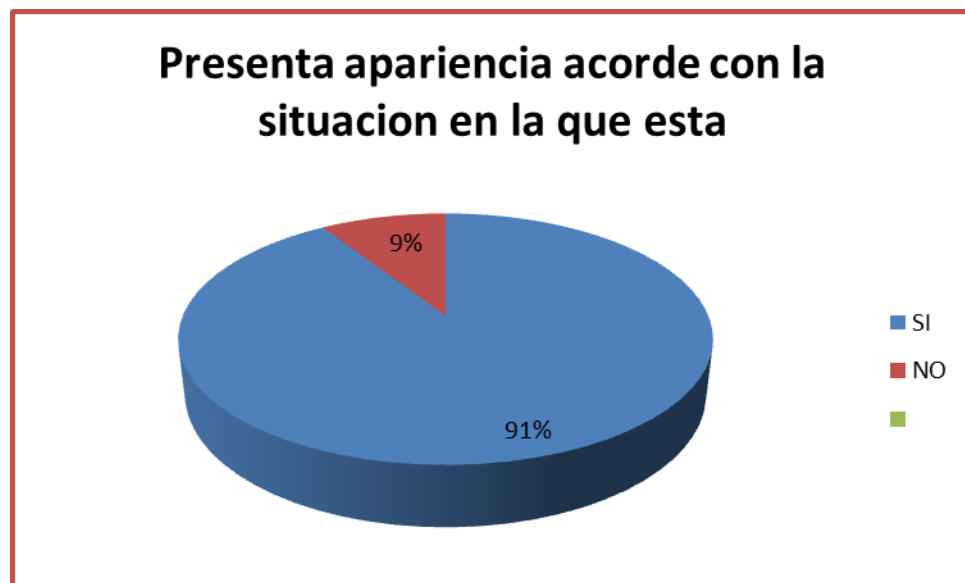


Inicialmente se observa que un 77% de los jóvenes cuidaban su imagen corporal, mejorando al final este porcentaje a un 91%.

No 1

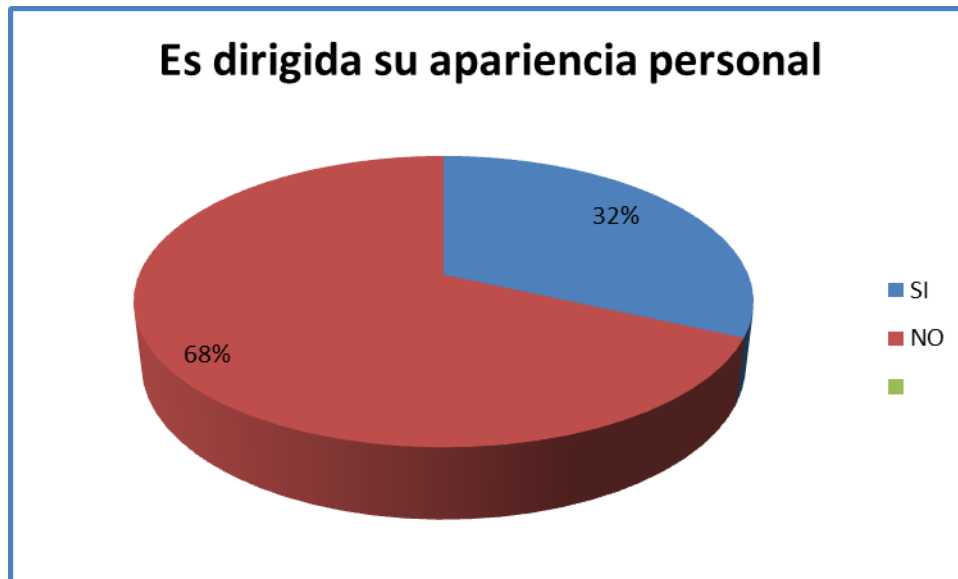


No 2

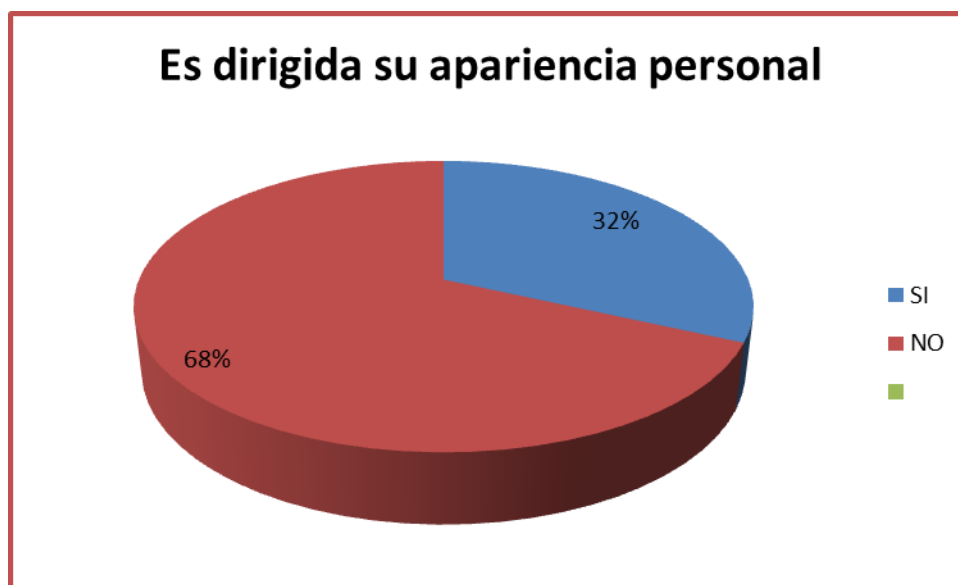


En cuanto a la apariencia que presentaban los jóvenes acorde con la situación en la que se encontraban se mantuvo en un 91%.

No 1



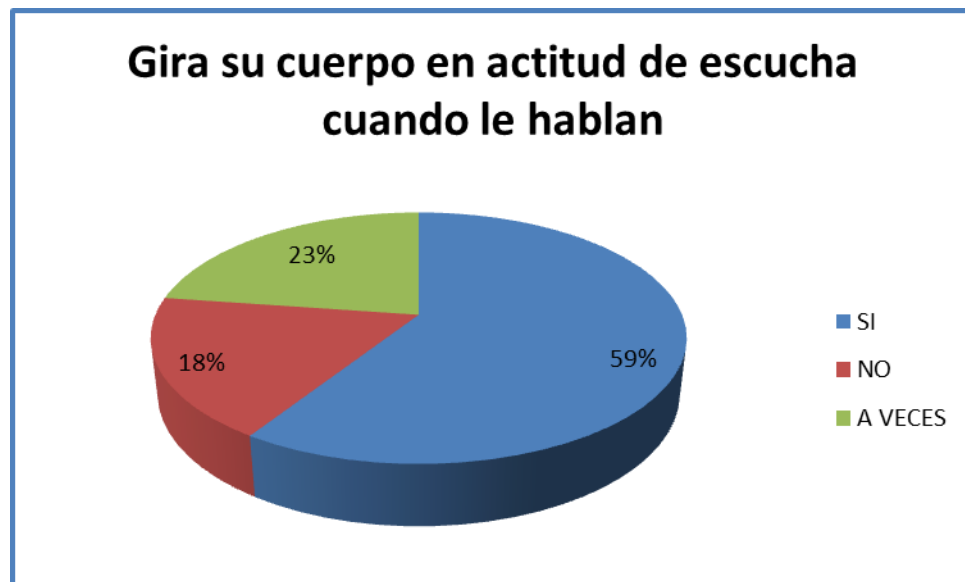
No 2



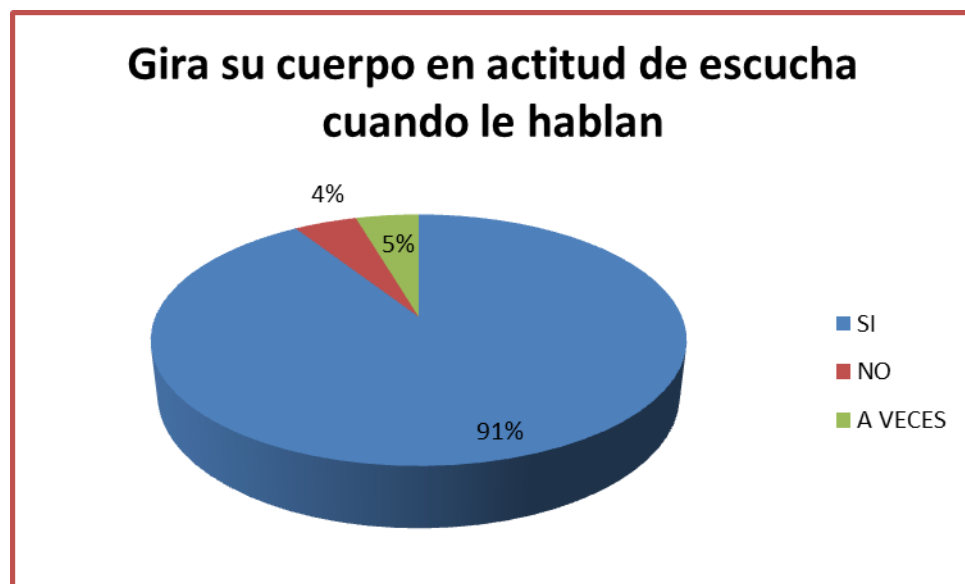
El 32% de los jóvenes discapacitados dependen de otra persona para poder mantener su apariencia personal, este resultado se mantuvo hasta el final.

12.5. POSTURA

No 1



No 2



Inicialmente cuando una persona se dirigía a estos jóvenes figura No 1 el 59% de ellos giraba su cuerpo en actitud de escucha, en la figura No 2 se nota el avance que se obtuvo ya que esta actitud mejoro en un 91%.

No 1

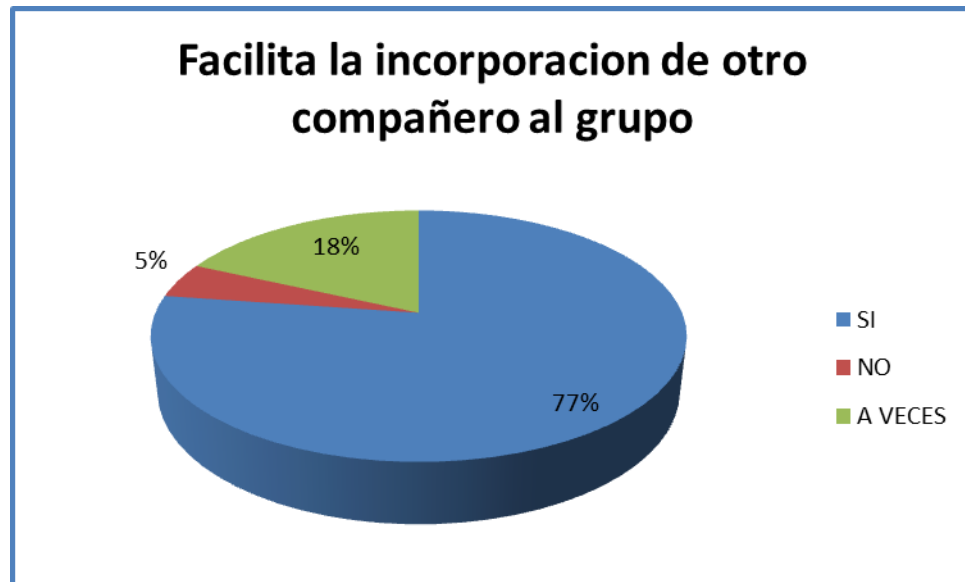


No 2

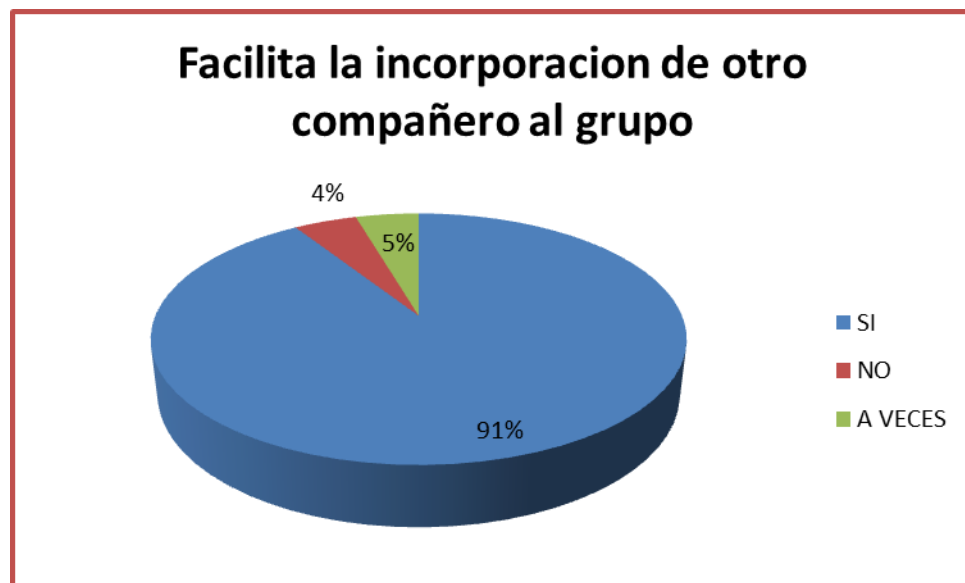


Inicialmente el 68% de los jóvenes figura No 1 giraba su cuerpo para dirigirse a otra persona, en la figura No 2 me mejoro hasta el 91% esta actitud.

No 1



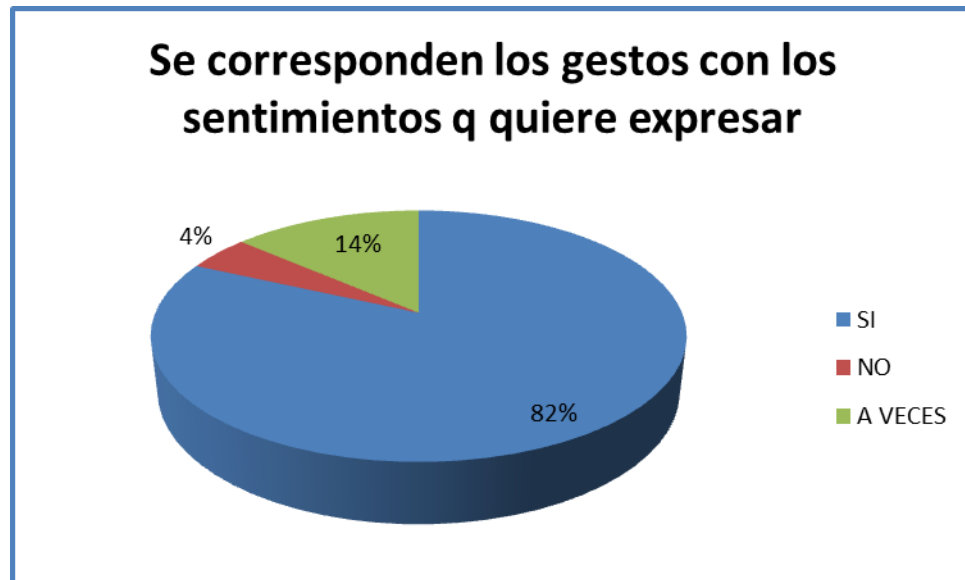
No 2



Cuando se presentó la situación de incorporación de un compañero en el grupo de trabajo figura No 1 el 77% de los jóvenes aceptaban con agrado este momento, finalmente terminó por mejorarse este aspecto en 91%.

12.6. EXPRESIÓN FACIAL

No 1

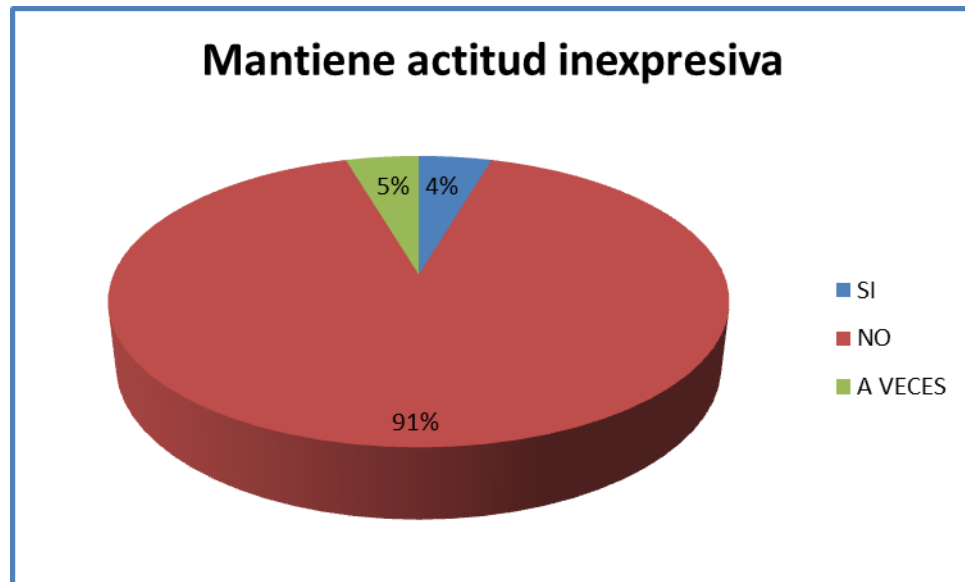


No 2

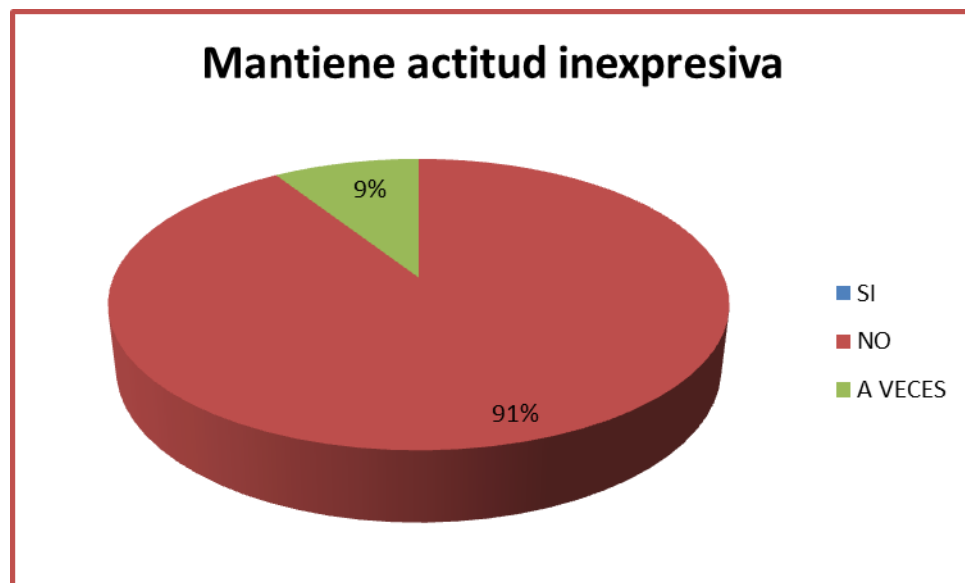


En las discapacidades más difíciles se notó que no era fácil comprender el estado de ánimo de los jóvenes, al finalizar cuando ya se había logrado interactuar mejor con ellos esta actitud se reflejó de manera más clara en un 91%.

No 1



No 2



Inicialmente el 4% de los jóvenes mantenían un actitud inexpresiva este porcentaje se pudo reducir al final del trabajo a un 0%.

12.7. CLASE DE INCLUSIÓN.

AULA ESPECIAL	AULA REGULAR
No tienen preferencia al buscar grupo de trabajo	Tienen referencia
Ni iniciaron dialogo con otros compañeros fácilmente	No iniciaron dialogo con otros compañeros
No todos participaron voluntariamente de las actividades	Algunos participaron voluntariamente
No valoran los logros de los demás	Algunos valoran los logros de los demás

13. DISCUSIÓN

En las actividades realizadas con los jóvenes se hizo un trabajo de ritmo a través de la música el cual se puede decir que respondieron bien ante la actividad.

El día 27 de octubre del 2011 a las 10:15 de la mañana Duban Alexis Perea un joven autista. Reacciona de una manera inesperada, con saltos, movimientos y expresiones de angustia. Esto sucede cuando en las horas de descanso su profesor de apoyo colocaba música a alto volumen. Tal comportamiento llama la atención y nace la inquietud de ¿por qué la reacción?

Al investigar las posibles causas se encuentra que:

Según Lacarcel Moreno Josefa:

La audición de estímulos musicales placenteros o no producen cambios en algunos de los sistemas de neuro trasmisión cerebral. Por ejemplo los sonidos desagradables producen un incremento en los niveles cerebrales de serotonina, una neurohormona que se relaciona con los fenómenos de agresividad y depresión.

Con esta explicación se da una posible respuesta a esta reacción

Por otro lado se presenta un lamentable hecho, donde en un accidente de tránsito el día 6 de noviembre del presente año muere el docente de apoyo del aula multigradual Octavio Vergara. Profesor al que los alumnos querían y respetaban, fue un momento muy duro para ellos por los lazos afectivos que los unían. En algún momento se llegó a pensar que el trabajo realizado con ellos hasta esa fecha iba a involucionar pues por coincidencia el propósito fue trabajar en parte lo emocional, pero al iniciar las clases se pudo observar que se recuperaron satisfactoriamente y se continuo trabajando sin ningún retraso en la investigación que se estaba haciendo.

Inclusión Escolar:

Supone una escuela estructurada sobre la base de la diversidad, pensada y organizada en función de las diferencias entre sus alumnos. Este es el ideal a alcanzar. En nuestro medio aún debemos hablar de una integración escolar como

realidad actual, porque son los niños y jóvenes con síndrome de Down quienes deben adaptarse a una escuela y sus demandas.

La integración escolar debe ser realizada desde el punto de vista físico, social y pedagógico. Pues los niños comparten la jornada escolar completa en el aula común.

Significa que también para ellos la escuela es un lugar de aprendizaje, no solo de socialización. Y en esta tarea de apoyo y seguimiento es el equipo interdisciplinario, quien busque mediar entre las posibilidades de cada niño integrado, las exigencias escolares, el estilo de aprendizaje del niño y el estilo de enseñanza de cada institución.

Para aquello es fundamental que el equipo interdisciplinario tenga en cuenta el conocimiento de las necesidades educativas especiales de cada niño, de sus posibilidades, dificultades, y de cómo superarlas, de los apoyos específicos que requiere, para plantear estrategias de enseñanza-aprendizaje creativas y flexibles según las necesidades del niño y su situación áulica.

Y en este sentido es indispensable la confianza y expectativas alentadoras en el niño hacia el máximo logro posible.

Son partes también de nuestros objetivos la fluida comunicación con el niño y sus padres en la comunidad educativa; El trabajo cooperativo con la familia, con los profesionales particulares.

Hacen a la calidad de servicio del equipo interdisciplinario, que a su vez éste debe realizar un trabajo de seguimiento y evaluación de control cruzado de las observaciones áulicas por parte del tutor y coordinador de la integración de cada niño.

La cuidadosa selección y control del personal; el conocimiento profundo del currículo, la creatividad y la flexibilidad en las acciones.

Los resultados nos muestran que esta integración apoyada sistemáticamente es beneficiosa tanto para los niños con síndrome de Down, como para sus compañeros.

Los niños integrados aprenden más y mejor con el estímulo de sus compañeros y de un docente que no le tema al desafío de enfrentarse sin prejuicios a una tarea enriquecedora; Aprenden desde el currículo común lecto-escritura y cálculo, etc.

Las personas con síndrome de Down, dentro de un marco integrado, pueden aprender a ser autónomas e independientes, con autoconciencia de sus posibilidades, de sus dificultades pero también de cómo superarlas.

Está bien que el tema de la inclusión sea un tema muy importante para la persona con discapacidad los favorece bastante. Pero qué hay del maestro del aula regular está preparado para recibir un alumno que necesita de mucha más atención que los otros. Si es bastante difícil trabajar con un alumno “normal” porque la realidad es esa algunos alumnos son muy difíciles de manejar ahora con alumnos que presentan alguna discapacidad y que tiene que manejar comportamientos que vienen acompañados de la patología que presentan. Desde el punto de vista personal un poco complicado este trabajo pues el docente que adquiera esta responsabilidad debe de diseñar unas estrategias para que no se presente algún tipo de alteración en el aprendizaje de los alumnos tanto normales como especiales.¹²

¹² Tomado de <http://www.educacioninicial.com/El/contenidos/00/0250/265.ASP> (Octubre 2 -2011 - 02:25)

14. CONCLUSIÓN

Fue un trabajo retador puesto que en esta aula multigradual se manejan distintas discapacidades, como el retardo mental, síndrome de Down y autismo pero estos no fue impedimento para que se lograra realizar una serie de actividades donde se pudo observar y concluir que la actividad física adaptada a nivel psicosocial y afectivo sirve para :

- Mejorar las relaciones con profesores y compañeros
- Participar e integrarse a las actividades planteadas
- Reducir los niveles de estrés y ansiedad
- Cambiar actitudes egocéntricas
- Prestar atención, obedecer normas y reglas de juego
- Notablemente mejora su estado de ánimo
- Predisponen positivamente a otras actividades
- Permiten la integración de otros compañeros del aula regular
- Mejora su autoestima

Lamentablemente lo que se puede seguir observando es el tema de la exclusión con las dos clases realizadas para integrar alumnos del aula regular a la especial y viceversa a primera vista se pudo ver la discriminación que todavía existe con las personas en situación de discapacidad, La preferencia que tiene el niño normal para trabajar con el niño de su misma condición y aislar el niño especial como si ellos no tuvieran ninguna importancia. Pues esto lleva a concluir que:

El niño en parte es lo que aprenda de sus padres y profesores de ellos depende su formación como persona pero si en esta no se inculca valores tan importantes como el respeto la tolerancia y el derecho a la igualdad es probable que sigan sucediendo este tipo de situaciones.

15. RECOMENDACIONES

Que la unidad central del valle de cauca a través de su faculta de educación física participe activamente mediante sus estudiantes en las prácticas de discapacidad. Es una población que necesita del trabajo que realiza el educador físico.

Que a través de la alcaldía municipal, de Andalucía el joven con discapacidad en su mayoría de edad pueda recibir un apoyo para el estudio que los integre al campo laboral. Y los vuelva productivos para la sociedad.

Que el gobierno municipal en sus procesos de gestión, realice lo concerniente al apoyo constante a la población discapacitada, con asistencia médica, psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo y nutricionista. Pues el trabajo de estos profesionales cambiara positivamente el estilo de vida de cada una de estas personas discapacitadas.

A la secretaria de educación del municipio de Andalucía que cumpla con las políticas establecidas por la ley de incluir los alumnos con algún tipo de discapacidad al aula regular.

A la alcaldía municipal que realice capacitaciones a los profesores del aula regular para asumir profesionalmente el reto de trabajar con alumnos con necesidades educativas especiales.

Que el gobierno municipal capacite y actúe sobre las barreras que existen para la población discapacitada. Como las barreras actitudinales, barreas arquitectónicas, barreras de comunicación y barreras de transporte. Que limitan aún más el desenvolvimiento de estas personas en la sociedad.

16. BIBLIOGRAFÍA

Tomado de

<http://www.futbolcarrasco.com/apartados/inef/4curso/7.pdf> (Miércoles, 7 de septiembre 2011, 03:15 pm)

Tesis Estrategias metodológicas para la promoción de factores protectores de la salud a través de la actividad física adaptada en personas con discapacidad cognitiva. Navis Sepúlveda Rueda. Universidad de Antioquia.

Manual de educación física adaptada al alumnado con discapacidad. Merche Ríos Hernández. Pg. 326

Manual de educación física adaptada al alumnado con discapacidad. Merche Ríos Hernández Pg. 325

Actividad física adaptada EL JUEGO Y LOS ALUMNOS CON DISCAPACIDAD. Mercedes Ríos Hernández. Pg. 41

Asociación Americana para el retraso mental (AAMR) Miguel Ángel Verdugo.

Tomado de

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001526.htm>.

Tomado de

<http://www.monografias.com/trabajos907/retraso-mental/retraso-mental.shtml#retra> (Jueves, septiembre 29 2011- 08:00 pm)

Tomado de

<http://www.educacioninicial.com/EI/contenidos/00/0250/265.ASP>

Tomado de

http://es.wikipedia.org/wiki/Musicoterapia#La_m.C3.BAsica_como_conducta_humana (Octubre 22 de 2011- 11:30 am)

http://www.medspain.com/ant/n14_ju100/DISCAPACIDAD.htm

Tomado de
<http://www.educacioninicial.com/EI/contenidos/00/0250/265.ASP> (Octubre 2 -2011
- 02:25)

17. GLOSARIO

CALIDAD DE VIDA

Es un concepto utilizado para evaluar el bienestar social al de individuos y sociedades. El término se utiliza en una generalidad de contextos, tales como sociología, ciencia política, estudios médicos, estudios del desarrollo, etc. No debe ser confundido con el concepto de estándar o nivel de vida que se basa primariamente en ingresos. Indicadores de calidad de vida incluyen no solo elementos de riqueza y empleo sino también de ambiente físico y arquitectónico, salud física y mental, educación, recreación y pertenencia

COGNITIVO

La palabra cognitivo es un adjetivo que se utiliza para referir al conocimiento o todo aquello relativo a él. Será a través de la cognición entonces que los seres humanos pueden procesar cualquier tipo de información partiendo de la percepción, el conocimiento ya adquirido y de las características subjetivas que permitirán valorar y considerar determinados aspectos en detrimento de otros.

CONDUCTA ADAPTATIVA

Grupo de habilidades conceptuales, sociales y prácticas, que las personas han aprendido, para funcionar en su vida diaria y que permiten responder a las circunstancias cambiantes de la vida y a las exigencias contextuales.

DEFICIENCIA

Una es un defecto una imperfección o una carencia de alguna cualidad propia de algo. Se trata de un término que proviene del término latino deficiencia.

EGOCÉNTRICO

Persona que supone ser el centro de todo y asume por tanto actitudes de exigencia y egoísmo. En muchos casos los pacientes de SIDA asumen esta actitud.

INTELLECTUAL

Intelectual es un término que procede del vocablo latino intellectuālis y que permite hacer referencia a lo perteneciente o relativo al entendimiento. Por ejemplo: “Este problema es intelectual, no se soluciona con la fuerza”, “No tengo ganas de hacer un esfuerzo intelectual cuando voy al cine”, “Los alumnos muestran graves falencias intelectuales cuando no leen desde pequeños”.

LIMITACIÓN

Del latín limitatĭo, limitación es la acción y efecto de limitar o limitarse. El verbo limitar refiere a poner límites a algo, mientras que la noción de límite está vinculada a una línea que separa dos territorios, al extremo a que llega un determinado tiempo, al extremo que puede alcanzar lo anímico y lo físico o a una restricción.

NEE

Un alumno tiene necesidades educativas especiales cuando presenta dificultades mayores que el resto de sus compañeros para acceder a los aprendizajes que se determinan en el currículo que le corresponde por su edad y necesita, para compensar dichas dificultades, adaptaciones de acceso y/ o adaptaciones curriculares significativas en varias áreas de ese currículo.

MINUSVALÍA

Una minusvalía es la situación de desventaja de un individuo determinado a consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que le limita o impide el desempeño del rol que sería normal en su caso (en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales). Esta es la definición de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la OMS.

MULTIGRADUAL

El aula multigradual y multiedad es una alternativa para favorecer la cobertura, permanencia y promoción de estudiantes con discapacidad sensorial, intelectual, física y psíquica, con edades comprendidas entre los 13 y 27 años y diferentes grados de escolaridad en los niveles de básica primaria y secundaria (razón por la cual se dificultaba el proceso de integración de esta población a la educación regular). Los estudiantes atendidos pertenecen a los estratos 1, 2 y 3 básicamente

y proceden de centros de rehabilitación, de educación especial y de aulas especiales

PARADIGMA

Un paradigma es un conjunto de reglas que "rigen" una determinada disciplina. Están "reglas" se asumen normalmente como "verdades incuestionables", porque son "tan evidentes" que se tornan transparentes para los que están inmersos en ellas. Como el aire para las personas o el agua para el pez.

PSICOSOCIAL

La psicología social es una rama de la psicología que se ocupa especialmente y preferentemente del funcionamiento de los individuos en sus respectivos entornos sociales, es decir como partes integrantes de una sociedad o comunidad y como, tanto ser humano, como entorno en el cual se desarrolla este, contribuyen a determinarse entre sí.

TRISOMÍA

Anomalía genética que consiste en la presencia de un cromosoma adicional en uno de los pares normales. Esta anomalía presenta problemas en la expresión y regulación de la información genética, como es el caso de la trisomía 21 o denominada también síndrome de Down.

18. ANEXOS

18.1. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

FECHA DE EVALUACION:

Septiembre 8 – 2011

EVALUADOR

Diana Carolina Gallego

Lina María Hernández

No	ALUMNO	DISTANCIA CORPORAL															
		Respeto la distancia interpersonal (+/- 1 metro) con sus compañeros	SI	NO	A VECES	NO OBSERVABLE	Respeto la distancia interpersonal con profesionales	SI	NO	A VECES	NO OBSERVABLE	Respeto la distancia interpersonal con desconocidos	SI	NO	A VECES	NO OBSERVABLE	
1	D. Mauricio M		x					x					x				
2	Duban A. Perea		x					x					x				
3	Jhonier		x					x					x				
4	Julián A. Berrio			x					x					x			
5	Lineth A Rojas			x				x					x				
6	Maira A Lasso		x					x					x				
7	Silvia Lozano		x					x					x				
8	Uldarico Díaz		x							x					x		
9	J. Luis Quintero		x							x					x		
10	Víctor Bohórquez			x						x					x		
11	Katherine Correa				x					x			x				
12	Darío Díaz				x				x						x		
13	Jessica I.		x						x					x			

14	Juan German Mejía		x					x						x			
15	Juan Gabriel Peña			x				x						x			
16	Sebastián Rojas		x					x						x			
17	Diego Fernando Varela		x					x						x			
18	Indrí Gutiérrez		x					x						x			
19	Juan Camilo Tenorio			x					x						x		
20	Jhonatan Castañeda			x					x						x		
21	Jhonatan Giraldo			x					x						x		
22	Carlos Daniel		x					x						x			

No	ALUMNO	CONTACTO OCULAR															
		Establece contacto ocular cuando inicia la comunicación	SI	NO	A VECES	NO OBSERVABLE	Responde con contacto ocular durante la comunicación	SI	NO	A VECES	NO OBSERVABLE	Este contacto supone una dificultad en la comunicación	SI	NO	A VECES	NO OBSERVABLE	
1	D. Mauricio M		X					X							X		
2	Duban A. Perea			X					X					X			
3	Jhonier				X					X				X			
4	Julián A. Berrio				X					X				X			
5	Lineth A Rojas				X					X				X			
6	Maira A Lasso		X					X							X		
7	Silvia Lozano		X					X							X		
8	Uldarico Díaz		X					X							X		
9	J. Luis Quintero		X					X							X		
10	Víctor Bohórquez			x					x					X			
11	Katherine Correa		X					X							X		
12	Darío Díaz		X					X							X		
13	Jessica I.		X					X							X		

14	Juan German M.		X					X						X		
15	Juan Gabriel Peña				X					X						X
16	Sebastián Rojas			X					X					X		
17	Diego Fernando Varela		X					X							X	
18	IndrÍ Gutiérrez				X					X						X
19	Juan Camilo Tenorio		X					X							X	
20	Jhonatan Castañeda		X					X							X	
21	Jhonatan Giraldo			X					X					X		
22	Carlos Daniel		X					X							X	

No	ALUMNO	CONTACTO FISICO															
		Permite el contacto físico en situaciones de aprendizaje	SI	NO	A VECES	NO OBSERVABLE	Se ayuda en la comunicación con contactos físicos	SI	NO	A VECES	NO OBSERVABLE	Molesta con su contacto físico (abrazos, besos, etc.	SI	NO	A VECES	NO OBSERVABLE	
1	D. Mauricio M		X							X				X			
2	Duban A. Perea				X				X					X			
3	Jhonier		X							X				X			
4	Julián A. Berrio		X					X						X			
5	Lineth A Rojas		X							X				X			
6	Maira A Lasso		X							X				X			
7	Silvia Lozano		X							X				X			
8	Uldarico Díaz		X							X				X			
9	J. Luis Quintero		X					X						X			
10	Víctor Bohórquez		X							X					X		
11	Katherine Correa		X					X							X		
12	Darío Díaz		X					X						X			
13	Jessica I.		X					X						X			

14	Juan German M.
15	Juan Gabriel Peña
16	Sebastián Rojas
17	Diego Fernando Varela
18	IndrÍ Gutiérrez
19	Juan Camilo Tenorio
20	Jhonatan Castañeda
21	Jhonatan Giraldo
22	Carlos Daniel

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		

No	ALUMNO	APARIENCIA PERSONAL															
		Cuida su imagen externa corporal y vestido	SI	NO	A VECES	NO OBSERVABLE	Presenta una apariencia externa acorde con la situación en la que esta	SI	NO	A VECES	NO OBSERVABLE	Es dirigida su apariencia personal	SI	NO	A VECES	NO OBSERVABLE	
1	D. Mauricio M				X			X							X		
2	Duban A. Perea		X					X						X			
3	Jhonier		X					X							X		
4	Julián A. Berrio		X					X						X			
5	Lineth A Rojas		X					X							x		
6	Maira A Lasso		X					X							X		
7	Silvia Lozano		X						X						X		
8	Uldarico Díaz		X					X							X		
9	J. Luis Quintero		X					X							X		
10	Víctor Bohórquez		X					X						X			
11	Katherine Correa		X					X							X		
12	Darío Díaz				X			X							X		

13	Jessica I.		X					X						X			
14	Juan German M.		X						X					X			
15	Juan Gabriel Peña		X					X						X			
16	Sebastián Rojas			X				X						X			
17	Diego Fernando Varela		X					X						X			
18	Indrí Gutiérrez		X					X						X			
19	Juan Camilo Tenorio		X					X						X			
20	Jhonatan Castañeda				X			X						X			
21	Jhonatan Giraldo				X			X						X			
22	Carlos Daniel		X					X						X			

No	ALUMNO	POSTURA															
		Gira su cuerpo en actitud de escucha cuando alguien se dirige a el	SI	NO	A VECES	NO OBSERVABLE	Gira su cuerpo para dirigirse a otra persona	SI	NO	A VECES	NO OBSERVABLE	Facilita la incorporación de otro compañero al grupo	SI	NO	A VECES	NO OBSERVABLE	
1	D. Mauricio M		X					X					X				
2	Duban A. Perea			X					X					X			
3	Jhonier		X					X					X				
4	Julián A. Berrio				X					X					X		
5	Lineth A Rojas		X					X					X				
6	Maira A Lasso		X					X					X				
7	Silvia Lozano		X					X					X				
8	Uldarico Díaz				X					X					X		
9	J. Luis Quintero		X					X					X				
10	Víctor Bohórquez		X					X							X		
11	Katherine Correa			X				X					X				
12	Darío Díaz			X				X					X				
13	Jessica I.		X					X					X				

14	Juan German M.		X					X					X			
15	Juan Gabriel Peña		X					X					X			
16	Sebastián Rojas			X						X			X			
17	Diego Fernando Varela				X					X			X			
18	IndrÍ Gutiérrez				X					X			X			
19	Juan Camilo Tenorio		X					X					X			
20	Jhonatan Castañeda		X					X							X	
21	Jhonatan Giraldo				X					X			X			
22	Carlos Daniel		X					X					X			

No	ALUMNO	EXPRESION FACIAL									
		Se corresponden los gestos con los sentimientos que quiere expresar	SI	NO	A VECES	NO OBSERVABLE	Mantiene actitud inexpresiva	SI	NO	A VECES	NO OBSERVABLE
1	D. Mauricio M		X						X		
2	Duban A. Perea			X				X			
3	Jhonier		X						X		
4	Julián A. Berrio				X				X		
5	Lineth A Rojas		X						X		
6	Maira A Lasso		X						X		
7	Silvia Lozano		X						X		
8	Uldarico Díaz		X						X		
9	J. Luis Quintero		X						X		
10	Víctor Bohórquez				X				X		
11	Katherine Correa		X						X		
12	Darío Díaz		X						X		
13	Jessica I.		X						X		
14	Juan German M.	X					X				

15	Juan Gabriel Peña		X					X		
16	Sebastián Rojas			X					X	
17	Diego Fernando Varela		X					X		
18	Indrí Gutiérrez		X					X		
19	Juan Camilo Tenorio		X					X		
20	Jhonatan Castañeda		X					X		
21	Jhonatan Giraldo		X					X		
22	Carlos Daniel		X					X		

18.2. EVALUACIÓN FINAL: Noviembre 22 -2011

No	ALUMNO	DISTANCIA CORPORAL															
		Respeto la distancia interpersonal (+/- 1 metro) con sus compañeros	SI	NO	A VECES	NO OBSERVABLE	Respeto la distancia interpersonal con profesionales	SI	NO	A VECES	NO OBSERVABLE	Respeto la distancia interpersonal con desconocidos	SI	NO	A VECES	NO OBSERVABLE	
1	D. Mauricio M		x					x					x				
2	Duban A. Perea		x					x					x				
3	Jhonier		x					x					x				
4	Julián A. Berrio				x					x					x		
5	Lineth A Rojas		x					x					x				
6	Maira A Lasso		x					x					x				
7	Silvia Lozano		x					x					x				
8	Uldarico Díaz		x					x					x				
9	J. Luis Quintero		x					x					x				
10	Víctor Bohórquez				x					x					x		
11	Katherine Correa		x							x				x			
12	Darío Díaz			x					x					x		x	

13	Jessica I.		x													
14	Juan German Mejía		x													
15	Juan Gabriel Peña				x					x					x	
16	Sebastián Rojas		x							x					x	
17	Diego Fernando Varela		x							x					x	
18	Indrí Gutiérrez		x							x					x	
19	Juan Camilo Tenorio			x						x						x
20	Jhonatan Castañeda				x							x				x
21	Jhonatan Giraldo			x								x				x
22	Carlos Daniel		x							x					x	

No	ALUMNO	CONTACTO OCULAR																
		Establece contacto ocular cuando inicia la comunicación	SI	NO	A VECES	NO OBSERVABLE	Responde con contacto ocular durante la comunicación	SI	NO	A VECES	NO OBSERVABLE	Este contacto supone una dificultad en la comunicación	SI	NO	A VECES	NO OBSERVABLE		
1	D. Mauricio M		X					X							X			
2	Duban A. Perea				X				X					X				
3	Jhonier				X					X				X				
4	Julián A. Berrio		X							X						X		
5	Lineth A Rojas				X					X						X		
6	Maira A Lasso		X					X							X			
7	Silvia Lozano		X					X							X			
8	Uldarico Díaz		X					X							X			
9	J. Luis Quintero		X					X							X			
10	Víctor Bohórquez				X					X							X	
11	Katherine Correa		X					X							X			
12	Darío Díaz		X					X							X			

13	Jessica I.		x					x						x			
14	Juan German M.		x					x						x			
15	Juan Gabriel Peña		x					x						x			
16	Sebastián Rojas				x				x					x			
17	Diego Fernando Varela		x					x						x			
18	Indrí Gutiérrez		x							x					x		
19	Juan Camilo Tenorio		x					x						x			
20	Jhonatan Castañeda		x					x						x			
21	Jhonatan Giraldo				x					x					x		
22	Carlos Daniel		x					x						x			

No	ALUMNO	CONTACTO FISICO															
		Permite el contacto físico en situaciones de aprendizaje	SI	NO	A VECES	NO OBSERVABLE	Se ayuda en la comunicación con contactos físicos	SI	NO	A VECES	NO OBSERVABLE	Molesta con su contacto físico (abrazos, besos, etc.	SI	NO	A VECES	NO OBSERVABLE	
1	D. Mauricio M		X					X							X		
2	Duban A. Perea				X				X							X	
3	Jhonier		X					X							X		
4	Julián A. Berrio		X					X						X			
5	Lineth A Rojas		X					X							X		
6	Maira A Lasso		X					X							X		
7	Silvia Lozano		X					X							X		
8	Uldarico Díaz		X					X							X		
9	J. Luis Quintero		X					X							X		
10	Víctor Bohórquez		X					X								X	
11	Katherine Correa		X					X								X	
12	Darío Díaz		X					X							X		
13	Jessica I.		X					X							X		

14	Juan German M.
15	Juan Gabriel Peña
16	Sebastián Rojas
17	Diego Fernando Varela
18	IndrÍ Gutiérrez
19	Juan Camilo Tenorio
20	Jhonatan Castañeda
21	Jhonatan Giraldo
22	Carlos Daniel

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		

No	ALUMNO	APARIENCIA PERSONAL																
		Cuida su imagen externa corporal y vestido	SI	NO	A VECES	NO OBSERVABLE	Presenta una apariencia externa acorde con la situación en la que esta	SI	NO	A VECES	NO OBSERVABLE	Es dirigida su apariencia personal	SI	NO	A VECES	NO OBSERVABLE		
1	D. Mauricio M		X					X							X			
2	Duban A. Perea		X					X						X				
3	Jhonier		X					X							X			
4	Julián A. Berrio		X					X						X				
5	Lineth A Rojas		X					X							X			
6	Maira A Lasso		X					X							X			
7	Silvia Lozano		X						X						X			
8	Uldarico Díaz		X					X							X			
9	J. Luis Quintero		X					X							X			
10	Víctor Bohórquez		X					X						X				
11	Katherine C.		X					X							X			
12	Darío Díaz		X					X							X			

13	Jessica I.		x					x						x			
14	Juan German M.		x						x					x			
15	Juan Gabriel Peña		x					x						x			
16	Sebastián Rojas			x				x						x			
17	Diego Fernando Varela		x					x						x			
18	Indrí Gutiérrez		x					x						x			
19	Juan Camilo Tenorio		x					x						x			
20	Jhonatan Castañeda		x					x						x			
21	Jhonatan Giraldo				x			x						x			
22	Carlos Daniel		x					x						x			

No	ALUMNO	POSTURA															
		Gira su cuerpo en actitud de escucha cuando alguien se dirige a el	SI	NO	A VECES	NO OBSERVABLE	Gira su cuerpo para dirigirse a otra persona	SI	NO	A VECES	NO OBSERVABLE	Facilita la incorporación de otro compañero al grupo	SI	NO	A VECES	NO OBSERVABLE	
1	D. Mauricio M		X					X					X				
2	Duban A. Perea				X				X					X			
3	Jhonier		X					X					X				
4	Julián A. Berrio		X					X							X		
5	Lineth A Rojas		X					X					X				
6	Maira A Lasso		X					X					X				
7	Silvia Lozano		X					X					X				
8	Uldarico Díaz		X					X					X				
9	J. Luis Quintero		X					X					X				
10	Víctor Bohórquez		X					X					X				
11	Katherine Correa			X				X					X				
12	Darío Díaz			X				X					X				
13	Jessica I.		X					X					X				

14	Juan German M.		x					x						x			
15	Juan Gabriel Peña		x					x						x			
16	Sebastián Rojas		x							x				x			
17	Diego Fernando Varela		x					x						x			
18	IndrÍ Gutiérrez		x					x						x			
19	Juan Camilo Tenorio		x					x						x			
20	Jhonatan Castañeda		x					x						x			
21	Jhonatan Giraldo		x					x						x			
22	Carlos Daniel		x					x						x			

No	ALUMNO	EXPRESION FACIAL									
		Se corresponden los gestos con los sentimientos que quiere expresar	SI	NO	A VECES	NO OBSERVABLE	Mantiene actitud inexpresiva	SI	NO	A VECES	NO OBSERVABLE
1	D. Mauricio M		X						X		
2	Duban A. Perea				X					X	
3	Jhonier		X						X		
4	Julián A. Berrio				X				X		
5	Lineth A Rojas		X						X		
6	Maira A Lasso		X						X		
7	Silvia Lozano		X						X		
8	Uldarico Díaz		X						X		
9	J. Luis Quintero		X						X		
10	Víctor Bohórquez		X						X		
11	Katherine Correa		X						X		
12	Darío Díaz		X						X		
13	Jessica I.		X						X		
14	Juan German M.	X					X				

15	Juan Gabriel Peña		x						x		
16	Sebastián Rojas		x							x	
17	Diego Fernando Varela		x						x		
18	Indrí Gutiérrez		x						x		
19	Juan Camilo Tenorio		x						x		
20	Jhonatan Castañeda		x						x		
21	Jhonatan Giraldo		x						x		
22	Carlos Daniel		x						x		

18.3. EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS





18.4. CLASE DE INCLUSIÓN



