



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA



**“TALLER DE DANZA TERAPIA PARA NIÑOS PREESCOLARES
CON DISCAPACIDAD AUDITIVA”**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:
ALICIA MIRANDA JUÁREZ**

**NÚMERO DE CUENTA:
9255173**

**ASESOR:
MTRO. SAÚL URCID VELARDE**

TOLUCA, MÉXICO, OCTUBRE DE 2015.

ÍNDICE

	Página
I. RESUMEN	8
II. PRESENTACIÓN	9
III. INTRODUCCIÓN	11
IV. MARCO TEÓRICO	13
CAPÍTULO 1. EDUCACIÓN ESPECIAL	13
1.1 Definición de educación especial	13
1.2 Antecedentes de la educación especial	14
1.3 Educación especial en México	16
1.4 Marco jurídico y normativo de la educación especial	20
1.5 Necesidades educativas especiales	22
1.6 Definición de discapacidad	24
1.7 Tipos de discapacidad	25
1.7.1 Discapacidad Intelectual	25
1.7.2 Discapacidad motora	28
1.7.3 Discapacidad visual	29
1.7.4 Discapacidad auditiva	30
1.7.4.1 Diagnóstico y evaluación audiológica	32
1.7.4.2 Clasificación de la pérdida auditiva	32
1.7.4.3 Tratamiento de la discapacidad auditiva	35
CAPÍTULO 2. DESARROLLO DEL NIÑO Y DANZA TERAPIA	38
2.1 Teoría del desarrollo de Gesell	38
2.2 Teoría del desarrollo de Piaget	40
2.3 El desarrollo del niño normal	47
2.4 Características del niño en edad preescolar	48
2.4.1 Características del niño de 4 años	49

2.4.2 Características del niño de 5 años	51
2.4.3 Características del niño de 6 años	53
2.5 El desarrollo del niño sordo	54
2.6 Definición de danza terapia	55
2.6.1 Principios de la danza terapia	58
2.6.2 Beneficios de la danza terapia	60
V. METODOLOGÍA	63
1 Objetivo general	63
2 Objetivos específicos	63
3 Planteamiento del problema y pregunta de investigación	63
4 Planteamiento de hipótesis	64
5 Tipo de estudio o investigación	64
6 Definición de variables	65
7 Definición de universo de estudio	66
8 Definición de muestra de estudio	66
9 Selección de instrumento	67
10 Diseño de la investigación	68
11 Especificación de la captura de información	69
12 Procesamiento de información	70
VI. RESULTADOS	71
VII. ANÁLISIS DE RESULTADOS	95
VIII. CONCLUSIONES	98
IX. SUGERENCIAS	100
X. REFERENCIAS	101

I. RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue desarrollar un taller de danza terapia para niños y niñas con discapacidad auditiva en edad preescolar y mejorar sus habilidades cognitivas, de la vida diaria, sociales y psicomotoras, para lo cual se diseñó programa acorde a las necesidades educativas del grupo.

Los niños y niñas que participaron tenían una edad cronológica de 4 a 7 años, y una escolaridad de segundo y tercero de preescolar, y presentaban cierto retraso en la mayoría de las áreas de desarrollo.

Se utilizó la guía de evaluación Nieto (1995), ya que fue elaborada para evaluar a niños mexicanos con alguna necesidad educativa especial, la evaluación determina la edad cognitiva de los niños, así como habilidades cognitivas y desarrollo psicosocial con su entorno, desarrollo psicomotor y aspectos de la vida diaria.

Se concluye que al diseñar y aplicar un taller de danza terapia a niños y niñas con discapacidad auditiva que asisten al CAM N° 5, nivel preescolar, si se lograron mejorar sus habilidades cognitivas, de la vida diaria, sociales y psicomotoras.

II. PRESENTACIÓN

La educación especial es un término acuñado para referirse a las modalidades educativas establecidas para dar servicio o atención a aquellos niños y niñas que por razones diversas requieren algún tipo de adecuaciones y/o apoyos para facilitar sus aprendizajes más allá respecto del resto de quienes asisten a las escuelas regulares. De acuerdo con el glosario de la Educación Especial del Programa de Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa, se considera que la educación especial es el “servicio educativo destinado para los alumnos y alumnas que presenten necesidades educativas especiales, con mayor prioridad a los que presentan, discapacidad o a aquellos con aptitudes sobresalientes. Atiende a los educandos de manera adecuada a sus propias condiciones con equidad social” (SEP, 2013).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), (2011), la discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

El desarrollo humano es un proceso continuo desde la concepción hasta la madurez y sigue la misma secuencia en todos los niños pero su ritmo varía de un niño a otro. Ciertos reflejos primarios, tales como el reflejo de prensión y el de marcha deben desaparecer antes de la adquisición de los movimientos correspondientes. Durante los últimos meses del embarazo y los primeros años de vida se va a ir dando el proceso de mielinización, fundamental y responsable del ajuste, la adecuación y, la rapidez de los movimientos. A medida que se va perfeccionando el sistema nervioso alcanza las zonas del córtex, el niño puede llevar a cabo actos conscientes y voluntarios, es decir,

ejercer un control de sus propios movimientos. El desarrollo progresa, en general, desde una respuesta débil, global y relativamente desorganizada a una respuesta fuerte, específica localizada y organizada (Pérez, 2004).

Toca al jardín de niños participar en este periodo de singular trascendencia, asumiendo que el niño es una persona con características propias en su modo de pensar y de sentir, que necesita ser respetado por todos, y para quien debe crearse un medio que favorezca sus relaciones con otros niños, un medio que respete su ritmo de desarrollo intelectual, y le proporcione una organización didáctica que facilite su incorporación gradual a la vida social, a través de actividades que contribuyan a la construcción de su pensamiento (SEP, 2004).

El trabajo se divide en tres capítulos, el capítulo 1 trata sobre la educación especial, su definición, la educación especial en México, marco jurídico y normativo bajo el que se rige, las necesidades educativas especiales y tipos de discapacidades.

En el capítulo 2 se describen las teorías del desarrollo del niño desde distintas perspectivas como la Gesell y Piaget, así como las características del niño en edad preescolar, y el desarrollo del niño sordo por ser la población con la que se trabajó, también se aborda la danza terapia, los principios y beneficios que ofrece.

Se presenta el método de investigación, en el cual se describe el objetivo de la tesis, planteamiento del problema, la hipótesis, tipo de investigación, la muestra e instrumento empleado.

Posteriormente se presentan los resultados obtenidos. Se sigue con el apartado de análisis de resultados, conclusiones, sugerencias, también se presentan las referencias consultadas.

III. INTRODUCCIÓN

Las barreras para el aprendizaje y la participación de los alumnos evidencian las necesidades educativas especiales al mismo tiempo que determinan los apoyos y los recursos necesarios para favorecer el logro de los aprendizajes, de tal manera que se afirma que un alumno o alumna presenta necesidades educativas especiales cuando se enfrenta con barreras en el contexto escolar, familiar y/o social que limitan su aprendizaje y el acceso a los propósitos generales de la educación (SEP, 2006).

El niño(a) sordo(a) requiere ser atendido desde el enfoque de la educación especial, dicho enfoque debe ser dinámico, integral y multifacético, por ello la incorporación de técnicas innovadoras es una primicia fundamental que debería ser implementada a la niñez con cualquier tipo de discapacidad (Barbaranne, 2007).

Para el caso concreto de la infancia con discapacidad auditiva, el desarrollo psicomotor favorece las habilidades cognitivas y comunicativas, lo que a su vez beneficia al aprendizaje y puesta en práctica de la comunicación gesticular puede tener resultados positivos alternos en sus habilidades emocionales y socioadaptativas (Barbaranne, 2007).

La educación es la base para el desarrollo del individuo por consiguiente toda educación debe ser especial, pues si bien esta atiende a las características comunes de los niños y niñas, deben atender en forma integral sus diferencias individuales. Quizá algunos alumnos necesiten adaptaciones, modificaciones en sus experiencias educativas y, en consecuencia demanden del maestro y de sus padres una atención cuidadosa a esas diferencias, a la vez permita que el menor participe sin temor a ser segregado o etiquetado (García, Escalante y Escandón, 2000).

En la investigación se trabajó con niños y niñas que asistían al centro de atención múltiple No. 5, con una edad cronológica de 4 a 7 años, cursaban segundo o tercero de preescolar, y presentaban cierto retraso en la mayoría de las áreas de desarrollo.

El taller se desarrolló en 18 sesiones, en algunas se contó con la participación de las madres de los alumnos para poder desarrollar las actividades, al inicio del taller los alumnos se mostraron interesados aunque hubo dos alumnos que abandonaron la sesión y posteriormente la retomaron, las actividades fueron guiadas por la docente del grupo, de acuerdo a Sheykholiya (2013), el objetivo de la danza terapia es mejorar, mantener, recuperar o favorecer procesos de integración emocional, cognitiva, física y social, debido a que las cualidades inherentes al movimiento impactan favorablemente en aspectos motores y gracias a su aplicación pueden mejorar la planificación, iniciación y coordinación del movimiento.

Los niños y niñas en edad preescolar se encuentran en una etapa de desarrollo ideal para el aprovechamiento de estímulos múltiples y diversos, por lo que aplicar un taller de danza terapia, podría impactar favorablemente en todas sus áreas de desarrollo, principalmente en la psicomotora.

El programa de danza terapia diseñado e implementado para los alumnos de preescolar, con discapacidad auditiva cumplió con su objetivo, ya que se vieron avances de las áreas cognitiva, de la vida diaria, social y psicomotora. El programa fue aceptado de manera positiva, durante el desarrollo del mismo no se presentaron muestras de rechazo o desaprobación de los alumnos y madres de familia.

IV. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. EDUCACIÓN ESPECIAL

En este capítulo se presenta la definición de educación especial, que surge para atender e integrar a menores que presentan alguna discapacidad, se pone especial énfasis en la discapacidad auditiva, ya que fue la población con la que se trabajó en la investigación.

1.1 Definición de educación especial

La necesidad de crear un sistema alternativo de educación regular, surge de una realidad específica, la existencia de personas con diversidad funcional, esto es, personas que a partir de un déficit físico, psicológico o sensorial, presentan un nivel de desempeño y de integración social y educativa, por debajo de la mayoría de los miembros de su grupo de referencia. La educación especial busca su inserción social, su incorporación a dichos contextos sociales, y estaba entonces “supeditada a la rehabilitación o normalización, para que la persona logre asimilarse a los demás –válidos y capaces- en la mayor medida posible” (Palacios, 2008).

La educación especial es un término acuñado para referirse a las modalidades educativas establecidas para dar servicio o atención a aquellos niños y niñas que por razones diversas requieren algún tipo de adecuaciones y/o apoyos para facilitar sus aprendizajes más allá respecto del resto de quienes asisten a las escuelas regulares. De acuerdo con el glosario de la Educación Especial del Programa de Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa, se considera que la educación especial es el “servicio educativo destinado para los alumnos y alumnas que presenten necesidades educativas especiales, con mayor prioridad a los que presentan, discapacidad o a aquellos con aptitudes sobresalientes. Atiende a los

educandos de manera adecuada a sus propias condiciones con equidad social” (SEP, 2013).

González (2002), menciona que la educación especial es una herramienta ineludible en el camino de la recuperación o rehabilitación, para generar una normalización.

1.2 Antecedentes de la educación especial

Es importante conocer los cambios que ha experimentado la concepción de la educación especial, por lo que es necesario comenzar a desarrollar una breve descripción entre los diferentes momentos en que la educación especial surgió hasta la actualidad.

De acuerdo a García (2000), la evolución histórica de la educación especial ha pasado por varios estadios los cuales son:

-En la Antigüedad clásica, se observa que las minusvalías físicas, psíquicas sociales se presentan con dos planteamientos diferentes:

1. Una primera será fruto de la concepción demonológica, maléfica o mítica que presidió buena parte de las culturas ancestrales. En ellas, el mal, la miseria, la enfermedad y todo aquello que escapaba a la libertad humana tenía un origen profético, diabólico, mítico. Frente a ello, la terapia de sortilegios, conjuros, magia, encantamiento, hechicería.
2. Un segundo enfoque más científico y natural, entenderá las deficiencias como patologías internas del organismo, médicos-filósofos como Hipócrates, Galeno, Sorano, Celso, padres de lo que más tarde se ha llamado naturalismo psiquiátrico, hicieron eco de esta visión e intentaron arrancar las deficiencias y enfermedades de las culpas, los hados y voluntad de los dioses, marcaron la ciencia de una época y señalaron el camino a seguir.

-En la Edad Media, aunque se hicieron avances importantes, se repitieron conductas que reproducían viejas costumbres y disminuían la mejora atención de muchas minusvalías y deficiencias. Los sentimientos de culpa, pecado castigo divino siguieron estando en la base de muchos problemas. El mal era inherente al hombre, formaba parte de su naturaleza caída, había que aceptarlo; erradicarlo era imposible. Ante él sólo cabía una actitud: la caridad. Ayudar al minusválido acercaba a Dios, constituía un deber religioso y dignificaba a quienes lo ejercitaban. Los hospitales, las cofradías y los socorros sociales y asistenciales fueron la respuesta a un problema que para muchos sólo la divinidad podía erradicar y la caridad mitigar.

-En el renacentismo y tiempos modernos, abonados por las reformas de la escolástica tardía y al abrigo de los nuevos descubrimientos científicos culturales, se empezarán a poner en tela de juicio los paradigmas antropológicos y pedagógicos sostenidos hasta entonces.

Esto hizo posible que la educación de sordomudos tomara carta de naturaleza estable y se abriera paso en las emergentes políticas sociales y educativas de esa época. Iniciativas parecidas pueden citarse para el caso de los ciegos; destacan especialmente los casos de George Philip Harsdorffer que, en 1651, creó una tablilla de cera para que escribiesen los invidentes, Valentín Haüy (1745-1822), quien en 1748 fundó la Institution des Jeunes Aveubles en París y fue uno de los primeros en adoptar la escritura en relieve proclamando que los ciegos eran educables, principio que continuaría pocos años después su discípulo Louis Braille (1806-1852) (Sánchez, 2002).

Una legitimación que derivó a favor de los deficientes mentales gracias al impulso de los descubrimientos médicos y al interés que en ello pusieron personalidades médico-pedagógicas de la talla de Philippe Pinel (1745-1826), Gaspard Itard (1774-1836), Etienne Dominique Esquirol (1772-1840), Edouard Seguin (1812-1880), William Ireland (1832-1909), Jhon Down (1812-1896), Johann Guggenbühl (1816-1863), con ellos, el tratamiento médico-pedagógico de la deficiencia mental dará un giro considerable:

saldrá definitivamente del aura mítica, pecaminosa, mágica y asistencial que tradicionalmente lo había envuelto y se incorporará a categorías científicas, terapéuticas y pedagógicas. Las escuelas especiales, ya existían desde el siglo XVIII y XIX, pero en general eran instituciones consagradas a la atención de niños con limitaciones sensoriales y motoras.

Para los deficientes mentales sólo había el recurso de hospitales psiquiátricos o centros de medicación. Para principios del siglo XX comenzaron a proliferar las escuelas especiales, ya no sólo para los sordos, ciegos, paralíticos cerebrales, sino también para niños con retraso mental, con síndrome Down o con problemas de aprendizaje. La educación especial en la primera mitad del siglo XX, en 1959 se inicia en Dinamarca un movimiento que incorpora el concepto de que el deficiente mental debe desarrollar su vida tan normalmente como sea posible. El concepto de normalización se extiende y en pocos años se va popularizando en países desarrollados del primer mundo, como los países nórdicos europeos, Canadá y Estados Unidos (Sánchez, 2002).

1.3 Educación especial en México

Los antecedentes de la educación especial en México se remontan a la segunda mitad del siglo XIX cuando se crearon escuelas para sordos y ciegos. En 1915 se fundó en Guanajuato la primera escuela para atender a niños con deficiencia mental y posteriormente se diversificó la atención a niños y jóvenes con diferentes discapacidades, sobre todo por medio de instituciones como la Universidad Nacional Autónoma de México, la Escuela de Orientación para Varones y Niñas, y la Oficina de Coordinación de Educación Especial. En estas escuelas se daba atención a niños en edad de cursar la educación preescolar y primaria en cuatro áreas: deficiencia mental, trastornos neuromotores, audición y visión (SEP, 2006).

A fines de 1970, por decreto presidencial, se creó la Dirección General de Educación Especial con la finalidad de organizar, dirigir, desarrollar, administrar y vigilar el sistema federal de educación especial y la formación de maestros especialistas. A partir de entonces, este servicio prestó atención a personas con deficiencia mental, trastornos de

audición y lenguaje, impedimentos motores y trastornos visuales. Durante la década de los ochenta, los servicios de educación especial se clasificaron en dos modalidades: indispensables y complementarios. Los de carácter indispensable -Centros de Intervención Temprana, Escuelas de Educación Especial y Centros de Capacitación de Educación Especial- funcionaban en espacios específicos, separados de la educación regular, y estaban dirigidos a los niños, niñas y jóvenes con discapacidad. En esta modalidad también estaban comprendidos los Grupos Integrados B para niños con deficiencia mental leve, así como los grupos integrados para hipoacúsicos, que funcionaban en las escuelas primarias regulares. Los servicios complementarios - Centros Psicopedagógicos y los Grupos Integrados- atendían a alumnas y alumnos inscritos en la educación básica general, que presentaban dificultades de aprendizaje, aprovechamiento escolar, lenguaje y conducta; esta modalidad también incluía las Unidades de Atención a Niños con Capacidades y Aptitudes Sobresalientes (CAS). Existían, además, centros que prestaban servicios de evaluación y canalización de los niños, como los Centros de Orientación, Evaluación y Canalización (COEC). A fines de los años ochenta y principios de los noventa surgieron los Centros de Orientación para la Integración Educativa (COIE). Por su parte, los Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar (CAPEP) comenzaron a operar en 1965, iniciándose como un proyecto de atención de la Dirección General de Educación Preescolar para los niños de este nivel que, por diversas razones, presentaban dificultades en su desarrollo y aprendizaje (SEP, 2006).

A partir de 1993 como consecuencia del Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica, la reforma al Artículo 3o constitucional y la promulgación de la Ley General de Educación, específicamente en lo referente a los Artículos 39 y 41, se impulsó un importante proceso de reorientación y reorganización de los servicios de educación especial que transformó las concepciones a acerca de su función, reestructuró los servicios existentes y promovió la integración educativa. La reorientación y reorganización de los servicios de educación especial tuvo dos propósitos principales: por un lado, combatir la discriminación, la segregación y el etiquetaje derivado de la atención a las niñas y los niños con discapacidad, que se

encontraban separados del resto de la población infantil y de la educación básica general; la atención especializada era principalmente de carácter clínico-terapéutico y, en ocasiones, atendía con deficiencia otras áreas del desarrollo, como el aprendizaje de la lectura, la escritura y las matemáticas.

La reorganización de los servicios de educación especial se realizó del modo siguiente:

- a) Los servicios indispensables de educación especial se transformaron en Centros de Atención Múltiple (CAM). El CAM ofrecería atención en los distintos niveles de educación básica utilizando, con las adaptaciones pertinentes, los planes y programas de estudio generales, y formación para el trabajo. Asimismo, se organizaron grupos/grados en función de la edad de la población, lo cual congregó alumnos con distintas discapacidades en un mismo centro y/o grupo.
- b) Los servicios complementarios se transformaron en Unidades de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER) con el propósito de promover la integración de las niñas y los niños con necesidades educativas especiales a las aulas y escuelas de educación inicial y básica regular.
- c) Los Centros de Orientación, Evaluación y Canalización (COEC) y los Centros de Orientación para la Integración Educativa (COIE) se transformaron en Unidades de Orientación al Público (UOP), destinadas a brindar información y orientación a las familias y a los maestros sobre el proceso de integración educativa.
- d) Se promovió la transformación de los Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar (CAPEP) en servicios de apoyo a la integración educativa en los jardines de niños (SEP, 2006).

El primer paso para crear mayores opciones de desarrollo para los niños, niñas y jóvenes que presentan necesidades educativas especiales fue promover su integración en las aulas de educación regular; sin embargo, en un primer momento esta integración se vivió solamente como una inserción del alumno. Por ello, el personal directivo y

docente de la escuela de educación regular empezó a solicitar apoyo para atender adecuadamente a los alumnos. Simultáneamente, el personal de educación especial tuvo que reorientar sus funciones y, en lugar de concentrarse en el diagnóstico y categorización de los alumnos se concentró en el diseño de estrategias para contribuir a que los alumnos que presentan necesidades educativas especiales logaran aprender dentro del aula regular. La tarea principal ya no sería atender a los alumnos por separado, en grupos integrados o en un centro específico, en turno alterno, sino brindar asesoría al profesor o profesora de la escuela regular para atenderlos al mismo tiempo que al resto del grupo (SEP, 2006).

A partir de 1995 y hasta el 2001, las acciones impulsadas para promover la integración educativa en el país se realizaban desde tres instancias de la Secretaría de Educación Pública: la Oficina del C. Secretario de Educación Pública, a través de la Coordinación de Asesores; la Subsecretaría de Educación Básica y Normal, específicamente a través del proyecto de investigación e innovación: *Integración Educativa* que se desarrolló en la Dirección General de Investigación Educativa; y la Subsecretaría de Servicios Educativos para el Distrito Federal, a través de la Dirección de Educación Especial (SEP, 2006).

El Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa se elaboró conjuntamente entre la Secretaría de Educación Pública, a través de la Subsecretaría de Educación Básica y Normal, y la Oficina de Representación para la Promoción e Integración Social para Personas con Discapacidad, de la Presidencia de la República; para su elaboración se contó con la participación de los responsables de educación especial y personal de educación básica de todas las entidades federativas, y con representantes de distintas instancias de la Secretaría de Educación Pública como las áreas responsables de la formación inicial y de la actualización de los maestros de educación especial y regular, del diseño de programas de estudio, del diseño y elaboración de materiales educativos, de la acreditación y certificación en educación básica y de planeación y estadística. Asimismo, se contó con la participación de representantes de organizaciones de la sociedad civil que trabajan para y con

personas con discapacidad. El Programa tiene como objetivo: «Garantizar una atención educativa de calidad a los niños, niñas y jóvenes con necesidades educativas especiales, otorgando prioridad a los que presentan discapacidad, mediante el fortalecimiento del proceso de integración educativa y de los servicios de educación especial». En este Programa se estableció la misión de los servicios de educación especial: “Favorecer el acceso y permanencia -y el egreso- en el sistema educativo de niños, niñas y jóvenes que presentan necesidades educativas especiales, otorgando prioridad a aquellos con discapacidad, proporcionando los apoyos indispensables dentro de un marco de equidad, pertinencia y calidad, que les permita desarrollar sus capacidades al máximo e integrarse educativa, social y laboralmente” (SEP, 2006).

1.4 Marco jurídico y normativo de la educación especial

México ha suscrito diversos convenios internacionales para promover la atención educativa de las personas que presentan necesidades educativas especiales, tales como:

- ✓ 1990. Conferencia Mundial sobre Educación para Todos «Satisfacción de las Necesidades Básicas de Aprendizaje», realizada en Jomtiem, Tailandia.
- ✓ 1994. Declaración de Salamanca de Principios, Política y Práctica para las Necesidades Educativas Especiales.
- ✓ Otros instrumentos internacionales en materia de discapacidad que tienen repercusión en la definición de políticas en México son las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad de la ONU, 1993; la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad OEA, 1999 y el Convenio Internacional del Trabajo sobre Readaptación Profesional y el Empleo de Personas Inválidas OIT, 1983. Además de la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU, 2006.
- ✓ Nuestro país se cuenta con un marco legal pertinente, en el Artículo 3° de la Constitución Política Mexicana señala, en su primer párrafo, que «todo individuo tiene derecho a recibir educación. El Estado - Federación, Estados, Distrito

Federal y Municipios impartirá educación preescolar, primaria y secundaria. La educación preescolar, primaria y la secundaria conforman la educación básica obligatoria. La educación que imparta el Estado tenderá a desarrollar armónicamente todas las facultades del ser humano y fomentará en él, a la vez, el amor a la Patria y la conciencia de la solidaridad internacional, en la independencia y en la justicia [...]».

- ✓ La Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, promulgada el 11 de junio de 2003, señala que se entenderá por discriminación toda distinción, exclusión o restricción que tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas, basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica y condiciones de salud, entre otras.
- ✓ Por su parte, la Ley General de las Personas con Discapacidad, publicada el 10 de junio de 2005 en el Diario Oficial de la Federación, constituye, sin lugar a dudas, un paso decidido y fundamental en el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad en nuestro país. Tiene como objeto establecer las bases que permitan la plena inclusión de las personas con discapacidad en un marco de igualdad, equidad, justicia social, reconocimiento a las diferencias, dignidad, integración, respeto, accesibilidad y equiparación de oportunidades, en los diversos ámbitos de la vida. En el caso de educación, la Ley señala que «la educación que imparta y regule el Estado deberá contribuir a su desarrollo integral de las personas con discapacidad para participar y ejercer plenamente sus capacidades, habilidades y aptitudes». Igualmente, es importante señalar que existen 32 leyes estatales en materia de discapacidad, una por cada entidad federativa del país, y en todas se hacen señalamientos referentes al tema de la educación.
- ✓ A partir de la reestructuración de la Secretaría de Educación Pública en 2005 se establece que a través de las direcciones generales de la Subsecretaría de Educación Básica se realizarán acciones específicas para apoyar la atención educativa de la población que presenta necesidades educativas especiales, como el diseño y producción de materiales para maestros y alumnos; el

desarrollo de programas específicos; el establecimiento de lineamientos para desarrollar modelos de gestión institucional en las escuelas de educación inicial, básica y especial, entre otros.

- ✓ Por otro lado, la Dirección General de Acreditación, Incorporación y Revalidación (DG AIR) establece en las *Normas de inscripción, reinscripción, acreditación y certificación para las escuelas oficiales y particulares incorporadas al sistema educativo nacional* los criterios para asegurar la atención educativa en los planteles de educación preescolar, primaria y secundaria de los alumnos que presentan necesidades educativas especiales, a través de promover la elaboración de la evaluación psicopedagógica y su informe, así como de la propuesta curricular adaptada y el seguimiento de la misma.
- ✓ Por su parte, la Dirección General de Planeación y Programación (DGPP) incorporo a los cuestionarios estadísticos de la serie 911, como anexo, el «Cuestionario de Integración Educativa», con la finalidad de recabar información precisa sobre la atención a alumnos que presentan necesidades educativas especiales en niveles de educación inicial, preescolar, primaria, secundaria, media superior y normal, que permita realizar acciones para elevar la calidad de la respuesta educativa que se ofrece. El mismo fin se persigue al utilizar los formatos *Inscripción y acreditación* para las escuelas de educación primaria y secundaria, elaborados conjuntamente por la DG AIR y la DGPP.
- ✓ En los últimos años, algunas entidades federativas, tomando en cuenta lo establecido en el Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa, y en las leyes y programas educativos de cada entidad han elaborado programas estatales para el fortalecimiento de la integración educativa (SEP, 2006).

1.5 Necesidades educativas especiales

La reorganización de los servicios de educación especial impulsó la adopción del concepto de *necesidades educativas especiales*. El concepto de necesidades educativas especiales se difundió en todo el mundo a partir de la proclamación de la Declaración de Salamanca de Principios, Política y Práctica para las Necesidades

Educativas Especiales y del Marco de Acción, en 1994. Desde entonces, en México se definió que un niño o una niña que presenta necesidades educativas especiales era quien:

“En relación con sus compañeros de grupo, enfrentaba dificultades para desarrollar el aprendizaje de los contenidos consignados en el currículum escolar, requiriendo que a su proceso educativo se incorporen mayores recursos o recursos diferentes a fin de que logre los fines y objetivos curriculares” (SEP, 2004).

Para Sánchez (2002), cualquier persona que presente alguna deficiencia física, sensorial o intelectual se convierte automáticamente en una persona diferente o anormal, en el ámbito educativo dichos alumnos van a necesitar más ayuda y una ayuda distinta de la del resto de compañeros de su edad.

La evolución de la terminología pudo llegar a detectar algún trastorno y con ello la necesidad de tener escuelas separadas para los alumnos quienes no coinciden con el desarrollo “normal” en los test, ya que los padres y los profesores pensaban que los alumnos con necesidades educativas especiales deberían ser separados. Sin embargo, con el paso del tiempo se fue desfasando esa idea. 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 un currículo o en su contexto y que corresponde a su edad, pues debido a ello necesita, adaptaciones comunicativas significativas en varias áreas de su desarrollo.

Para detectar si un alumno presenta necesidades educativas especiales es necesario realizar una evaluación psicopedagógica que se define como el «proceso que implica conocer las características del alumno en interacción con el contexto social, escolar y familiar al que pertenece para identificar las barreras que impiden su participación y aprendizaje y así definir los recursos profesionales, materiales, arquitectónicos y/o curriculares que se necesitan para que logre los propósitos educativos. Los principales aspectos que se consideran al realizar la evaluación psicopedagógica son:

- El contexto del aula y de la escuela,
- El contexto social y familiar;
- El estilo de aprendizaje del alumno,
- Sus intereses y motivación para aprender y
- Su nivel de competencia curricular (SEP, 2004).

En este sentido, las necesidades educativas especiales son relativas, porque surgen de la dinámica que se establece entre las características personales del alumno y las barreras u obstáculos que se presentan o no en el entorno educativo en el que se desenvuelve. Asimismo, las necesidades educativas especiales pueden ser temporales o permanentes; esto es, que los recursos específicos que requiere un alumno para asegurar su participación y aprendizaje pueden brindarse sólo durante un tiempo o a lo largo de todo su proceso escolar, dependiendo de las condiciones en que se ofrece la educación (SEP, 2006).

Los tipos de necesidades educativas especiales pueden ser:

- ✓ Asociadas al ambiente: se refieren a las características del grupo social, familiar o escolar en que vive y se desarrolla el niño y que pueden repercutir seriamente en su aprendizaje.
- ✓ Asociadas a la discapacidad: se refieren a las condiciones individuales, propias de la persona, que pueden influir en sus aprendizajes, de tal forma que requiera de recursos adicionales o diferentes para acceder al currículo educativo (García, 2000).

1.6 Definición de discapacidad

Discapacidad indica la presencia de una condición limitante por problemas esencialmente de tipo físico, mental, o ambos, generalmente por enfermedad adquirida o congénita, traumatismo u otro factor ambiental (Sánchez, 1997).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), (2011), la discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

De acuerdo a Molina (2003), una discapacidad es una ausencia de algunas habilidades debido a algunas deficiencias, o la falta de capacidad para realizar una actividad, o responder de acuerdo a las exigencias de su ambiente.

Más de mil millones de personas viven en todo el mundo con alguna forma de discapacidad; de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento, en los años futuros, la discapacidad será un motivo de preocupación aún mayor, pues su prevalencia está aumentando. Ello se debe a que la población está envejeciendo y el riesgo de discapacidad es superior entre los adultos mayores, y también al aumento mundial de enfermedades crónicas tales como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los trastornos de la salud mental (OMS, 2011).

1.7 Tipos de discapacidad

La discapacidad puede subdividirse en cuatro modalidades: intelectual, motora, visual y auditiva. Dentro de estos tipos las discapacidades se pueden manifestar en diferentes grados, y a su vez, se pueden coincidir varios trastornos en una misma persona. Por otro lado existen enfermedades que producen discapacidades y que, en muchas ocasiones, no están tipificadas como tal. Cuando en un mismo niño existen dos o más discapacidades. Esto es algo que se ha dado en llamar múltidiscapacidad y que es relativamente reciente y bastante desconocido (Taylor, 2005).

1.7.1 Discapacidad Intelectual

Se emplean términos como: discapacidad intelectual, discapacidades cognitivas o deficiencia mental y a través de la historia fue nombrada de diferentes formas: idiocia, imbecilidad, subnormalidad, debilidad mental, oligofrenia, etc., términos que han ido en desuso, tal vez por la significación negativa que de ellos se han hecho (Sánchez, 2001).

La Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo (FEAPS) (2015), se basan en tres criterios comunes para diagnosticar deficiencia intelectual:

1. Nivel intelectual significativamente inferior a la media (inferior a 69-75 según los criterios).
2. Capacidad de adquirir habilidades básicas para el funcionamiento y la supervivencia: comunicación, autocuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo.
3. Inicio anterior a los 18 años (FEAPS, 2015).

Sánchez (2001), propone la siguiente clasificación de la discapacidad intelectual:

- Discapacidad intelectual profunda CI 25: gran retraso, mínima capacidad funcional en las áreas sensoria motoras. Necesita atención personalizada completa. Algunas veces requiere de sillas de rueda pues su desarrollo motor es limitado. Pueden presentar movimientos constantes de cabeza y emitir sonidos o gritos sin sentido. No existe lenguaje oral, tiene un nivel intelectual que no supera los 2 o 3 años de edad. Las relaciones personales son deficitarias: retraimiento y agresividad.
- Discapacidad intelectual severa CI 40: representa un desarrollo motor muy pobre. Muestra poco control de su cuerpo, torpeza en sus movimientos y para caminar. Los niños pueden aprender algo de lenguaje oral (pueden llegar a balbucear, o a emitir sílabas o palabras sueltas), pueden ser entrenados en

hábitos de sanitarios elementales. Difícilmente aprenden habilidades académicas.

- Discapacidad intelectual media CI 55: mantiene un buen desarrollo motor. Estos niños pueden aprender a comunicarse aunque tienen dificultades de comprensión. Aprenden con dificultad ciertas habilidades académicas. Disposición social pobre, pero puede beneficiarse de enseñanzas sociales y ocupacionales, así como puede lograr su autocuidado personal. Puede llegar a viajar sólo en sitios familiares. Puede lograr su auto mantenimiento en trabajo no calificado o semicalificado, en condiciones de trabajo protegido. Necesita supervisión y guía. Su aspecto puede ser normal, sin embargo, su lenguaje es pobre.
- Discapacidad intelectual Ligera CI 70: en un principio, a estos niños no se les identifica con facilidad, siendo en la escuela cuando se observan las dificultades para poder seguir el proceso escolar. Con asistencia apropiada pueden llegar a alcanzar el ciclo medio de la educación primaria. Con educación pueden llegar a desarrollar la comunicación y adaptación sociales adecuadas. Es raro encontrar anomalías somáticas asociadas. Presentan un retraso mínimo en áreas sensorio-motoras. Existen perturbaciones afectivas frecuentes: inestabilidad, alteraciones del comportamiento, organizaciones muy rígidas, inhibición, pasividad y sumisión.
- Discapacidad intelectual Límite CI 85: presentan un C.I entre 70 y 85 necesita de los apoyos psicopedagógicos adecuados. Son niños con dificultades académicas generalizadas, pero que pueden superarse si se les presta la atención oportuna y si se desarrollan ayudas específicas y las adaptaciones curriculares pertinentes (Sánchez, 2001).

El CI es obtenido mediante los test estandarizados, escalas de observación y cuestionarios se deberá hacer un diagnóstico diferencial del grado de discapacidad intelectual para constatar el nivel en las diferentes aptitudes cognitivas, el lenguaje, las conductas adaptativas, la relación interpersonal y la psicomotricidad (Sánchez, 2001).

Las causas de la discapacidad intelectual son múltiples, entre las que se encuentran:

- Factores que actúan antes de la concepción, como la genética, (síndromes debidos a una alteración cromosómica).
- Factores prenatales, como infecciones, factores químicos o drogas, factores físicos y factores inmunológicos, falta de oxigenación intrauterina. La infección por la rubéola durante los tres primeros meses de embarazo, produce con cierta frecuencia, retraso mental grave del niño.
- Factores perinatales, como asfixias, lesión por uso de fórceps, pre madurez, etc.
- Factores posnatales, el niño puede adquirir alguna infección del sistema nervioso provocado por virus o bacterias. Estas son las denominadas meningitis. La encefalitis puede ser provocada por enfermedades infantiles no atendidas (escarlatina y tosferina) lo cual ocasiona daño cerebral, alteraciones de lenguaje, caídas y privaciones sensoriales, afectivas y sociales (Sánchez, 1997).

1.7.2 Discapacidad motora

La discapacidad motriz no implica afectación en el funcionamiento cerebral de la persona, por lo que no es una consideración que afecte el rendimiento intelectual, las dificultades que presenta una persona con esta discapacidad variar dependiendo del momento de aparición, los grupos musculares afectados (topografía), el origen y el grado de afectación (ligera, moderada o grave).

Es una condición de vida que afecta el control y movimiento del cuerpo, generando alteraciones en el desplazamiento, equilibrio, manipulación, habla y respiración de las personas que la padecen, limitando su desarrollo personal y social. Esta discapacidad se presenta cuando existen alteraciones en los músculos, huesos, articulaciones o medula espinal, así como por alguna afectación del cerebro en el área motriz impactando en la movilidad de la persona (Secretaría de Educación Veracruz, 2015).

Según la etiología se puede clasificar por transmisión genética, por infecciones microbianas, por traumatismos y otras de origen desconocido y de acuerdo al momento de la aparición se clasifica:

- Antes del nacimiento o prenatal: Tal es el caso de malformaciones congénitas, mielo meningocele, luxación congénita de cadera, etc.
- Perinatales: Cuando existe afectación (alteración o pérdida) del control motriz por Enfermedad Motriz Cerebral (EMOC).
- Después del nacimiento: Miopatías, como la distrofia muscular progresiva de Duchenne o la distrofia escapular, afecciones cráneo-cefálicas, traumatismos cráneo-encefálicos-vertebrales, tumores, etc.

Grupos musculares afectados (topografía):

Parálisis	Paresias: Parálisis leve o incompleta
<p>Monoplejía: Afecta un solo miembro ya sea brazo o pierna.</p> <p>Hemiplejía: Afecta a un lado del cuerpo, izquierdo o derecho.</p> <p>Paraplejía: Parálisis de los dos miembros inferiores.</p> <p>Cuadriplejía: Parálisis de los cuatro miembros.</p>	<p>Monoparesia: De un solo miembro.</p> <p>Hemiparesia: De un lado del cuerpo (derecho o izquierdo).</p> <p>Paraparesia: De los dos miembros inferiores.</p> <p>Cuadriparesia: Parálisis leve de los cuatro miembros.</p>

Fuente: SEV, (2015).

1.7.3 Discapacidad visual

La Discapacidad visual está relacionada con una deficiencia del sistema de la visión que afecta la agudeza visual, campo visual, motilidad ocular, visión de los colores o profundidad, afectando la capacidad de una persona para ver. Al hablar de esta

discapacidad se hace referencia a la persona que presenta ceguera o baja visión (SEV, 2015).

Ceguera (agudeza visual menor a 20/200)

Es una condición de vida que afecta la percepción de imágenes en forma total reduciéndose en ocasiones a una mínima percepción de luz, impidiendo que la persona ciega reciba información visual del mundo que le rodea.

Baja visión (hasta agudeza visual de 6/18)

Es una condición de vida que disminuye la agudeza o el campo visual de la persona; es decir, que quienes presentan una baja visión ven significativamente menos que aquéllas que tienen una visión normal. No es una condición que limite a quien la padece en su capacidad para desplazarse y conducirse de la forma que lo hace una persona con una visión óptima, impidiendo que las personas que le rodean comprendan las dificultades que esta condición representa para realizar todas aquellas actividades que exigen una agudeza visual mayor, considerándolos apáticos, lentos, descuidados, incómodos o lentos (SEV, 2015).

Las principales causas de la discapacidad visual son:

- Anomalías congénitas y heredadas
- Traumatismo en los ojos
- Diferentes afecciones oculares (glaucoma, catarata, trombosis, etc.)
- Enfermedades generales (diabetes, hipertensión, apoplejía, tumor cerebral, etc.)

El diagnóstico oftalmológico es primordial para valorar la visión, desde el inicio de cualquier programa educativo y poder brindar tratamiento al niño ciego, ya que necesita un sistema alternativo de comunicación lecto escritora y para el cálculo matemático. Entre todos los sistemas, el más famoso es el sistema braille. La unidad básica del braille es la celdilla que ocupan seis puntos distribuidos en dos columnas simétricas. Cada letra ocupa una celdilla. La lectura se realiza con las yemas de los dedos (de izquierda a derecha) en cada línea impresa del texto (Sánchez, 2001).

El apoyo educativo de las personas ciegas requiere del uso de algunas ayudas técnicas como son: libros en sistema Braille, regleta y punzón o máquina Perkins para escribir en Braille, caja aritmética y ábaco, sistemas portátiles de almacenamiento, procesamiento y edición de la información (anotadores parlantes, calculadoras parlantes, computadoras y software como el explorador Jaws), dibujos, esquemas o mapas con relieves o contornos bien definidos, entre otros apoyos (SEV, 2015).

1.7.4 Discapacidad auditiva

La audición es uno de los canales de recepción sensorial con que cuenta el ser humano desde el momento del nacimiento y debido a sus características funcionales se conforma como el más amplio de todos los sentidos, constituyéndose en la vía natural de conexión con el medio, manifestada en funciones de exploración, contacto e interacción. (Gómez, 2002).

La audición informa lo que está sucediendo más allá del campo visual y permanece abierta sin interrupciones. Oímos siempre, aun cuando se duerme, constituyéndose en el sistema de alerta del organismo ante posibles cambios que se produzcan alrededor. Sólo un sentido así podría cubrir las necesidades de las funciones de alerta y exploración que el ser humano necesita para mantener su equilibrio con el medio e interactuar con ese entorno en el plano físico (con los objetos) y en el social (con las personas), consiguiendo a través de estas interacciones su propio desarrollo cognitivo y afectivo (Sánchez, 2002).

Es la dificultad o imposibilidad de utilizar el sentido del oído. En términos de la capacidad auditiva, se habla de hipoacusia y de sordera (SEV, 2015).

Hipoacusia: Pérdida auditiva de leve (ligera) a moderada (media); no obstante, resulta funcional para la vida diaria; siendo necesario el uso de auxiliares auditivos, entre otros elementos para optimizar los restos auditivos (SEV, 2015).

Esta pérdida es menor de 70 decibeles, o bien, es la pérdida de audición en uno de los oídos. Los alumnos hipoacúsicos habitualmente utilizan el canal auditivo y el lenguaje oral para comunicarse, puede oír incluso el llanto de un bebé o el ladrido de un perro; se benefician del uso de auxiliares auditivos. Esta condición no afecta el rendimiento intelectual de la persona (Ramírez, 2001).

Sordera: Pérdida auditiva de severa a profunda, donde la audición no es funcional para la vida diaria aun con auxiliares auditivos; la adquisición del lenguaje oral no se da de manera natural. Los alumnos y alumnas con este tipo de pérdida utilizan principalmente el canal visual para recibir la información, para aprender y para comunicarse, por lo que la Lengua de Señas es la lengua natural de las personas con esta condición (SEV, 2015).

Esta pérdida de la audición altera la capacidad para la recepción, discriminación, asociación y comprensión de los sonidos tanto del medio ambiente como de la lengua oral, es mayor de 70 decibeles (Ramírez, 2001).

Los efectos de la sordera son múltiples y las diferencias individuales son grandes, pudiendo producir alteraciones de distinto grado en el desarrollo del lenguaje, el habla y la voz; así como en el desarrollo cognitivo y de las habilidades sociales. (García, 2000).

1.7.4.1 Diagnóstico y evaluación audiológica

El diagnóstico ha de ser médico en primer lugar, empleando técnicas de potenciales evocados en los primeros años y, posteriormente, test audiométricos (FEAPS, 2015).

De acuerdo a Gómez (2002), el diagnóstico auditivo permite conocer el grado de pérdida auditiva del sujeto (umbral de la audición), el tipo de pérdida o topología de la lesión (conducción o percepción) y los restos auditivos existentes (zonas frecuenciales conservadas), es clave para determinar las ayudas técnicas que requiere el sujeto, así como las estrategias educativas a planificar.

Las pruebas de diagnóstico auditivo se dividen en dos bloques:

Pruebas subjetivas: requieren de la colaboración del sujeto, que presentará una respuesta voluntaria o automática ante la percepción de un estímulo auditivo.

Pruebas objetivas: no requieren de la colaboración del sujeto y sus resultados están determinados por alteraciones fisiológicas que se producen como consecuencia de la estimulación auditiva.

1.7.4.2 Clasificación de la pérdida auditiva

De acuerdo a Sánchez (2002), la clasificación será distinta en función de los fines, criterios y puntos de vista de los autores que abordan el tema, por lo que él propone algunas de estas clasificaciones:

- a) Clasificación audiológica: toma como referencia la pérdida auditiva o umbral de nivel de audición (HTL) medida en decibelios (dB).

Audición normal: Umbral de audición (0-20 dB): El sujeto no tiene dificultades en la percepción de la palabra.

Hipoacusia leve o ligera (20-40 dB): La voz débil o lejana no es percibida. En general el niño o la niña es considerado como poco atento y su detección es importantísima antes y durante la edad escolar.

Hipoacusia media o moderada (40-70dB): El umbral de audición se encuentra en el nivel conversacional medio. El retraso en el lenguaje y las alteraciones articulatorias son muy frecuentes.

Hipoacusia severa (70-90 dB): Es necesario elevar la intensidad de la voz para que ésta pueda ser percibida. El niño presentará un lenguaje muy pobre o carecerá de él.

Hipoacusia profunda o sordera (más de 90 dB.): Sin la rehabilitación apropiada, estos niños no hablarán, sólo percibirán los ruidos muy intensos y será, casi siempre, más por la vía vibro táctil que por la auditiva.

Cofosis o anacusia: Pérdida total de la audición. Se puede decir que son pérdidas excepcionales. Esta clasificación no puede ser valorada por sí sola, hay que tener en cuenta que la calidad de la percepción auditiva del alumnado con

sordera depende de la combinación de múltiples aspectos (tipo de pérdida auditiva, grado de pérdida, morfología de la curva, dinámica residual, rendimiento protésico tonal y rendimiento protésico verbal) y no únicamente del grado de pérdida.

b) Clasificación otológica: esta clasificación se realiza en función del lugar de la lesión:

Hipoacusia de conducción o transmisión: Es una sordera producida por una alteración en el oído externo o medio, por lo que está afectada la parte mecánica del oído, lo que impide que el sonido llegue a estimular adecuadamente las células del órgano de Corti. Corresponden a patologías del oído externo y medio. Las más frecuentes son otitis serosas, perforación, tímpano esclerótico, otoesclerosis, colesteotoma.

Sordera neurosensorial o perceptiva: Es cuando está dañada la cóclea «órgano de Corti». Sus causas más frecuentes pueden ser clasificadas en función a su momento de presentación en prenatales (genéticas o adquiridas), perinatales (problemas en el momento del parto) y postnatales (meningitis, otitis media).

Sordera central: Es la pérdida de reconocimiento del estímulo auditivo por lesión en las vías auditivas centrales. Algunos autores la denominan agnosia auditiva.

Sordera mixta: Es aquella que la patología está tanto en la vía de conducción del sonido, como en la de percepción.

Otra clasificación que propone Gómez (2002), Las pérdidas de audición se clasifican en función del momento en que ocurren:

- *Congénita* (desde el nacimiento): Puede ser de cualquier tipo o grado, en un solo oído o en ambos (unilateral o bilateral). Se asocia a problemas renales en las madres embarazadas, infecciones del sistema nervioso, deformaciones en la cabeza o cara (cráneo faciales), bajo peso al nacer (menos de 1500 gramos) o enfermedades virales contraídas por la madre durante el embarazo, como sífilis, herpes e influenza.

- *Adquirida* (después del nacimiento): Puede ser ocasionada por enfermedades virales como rubéola o meningitis, uso de medicamentos muy fuertes o administrados durante mucho tiempo, manejo de desinfectantes e infecciones frecuentes de oído, en especial acompañadas de fluido por el conducto auditivo.

De acuerdo con el lugar de la lesión, las pérdidas auditivas se clasifican del siguiente modo:

- *Conductiva*: Se caracteriza por un problema en la oreja, en el conducto auditivo o en el oído medio (martillo, yunque, estribo y membrana timpánica), lo que ocasiona que no sea posible escuchar sonidos de baja intensidad. Puede derivar de infecciones frecuentes del oído que no se atienden correctamente.
- *Neurosensorial*: Sucede cuando en el oído interno (sensorial) o en el nervio auditivo hay una lesión que va del oído hacia el cerebro (neural), la cual le impide realizar su función adecuadamente, es decir, traducir la información mecánica en información eléctrica. Así, no se discriminan diferentes frecuencias, de modo que no se puede diferenciar un sonido de otro y es posible confundir palabras como sopa-copa o no escuchar sonidos como una conversación suave o el canto de los pájaros. Algunos niños nacen con este tipo de pérdida y otros la adquieren por la exposición continua a ruidos fuertes o bien a un sonido muy fuerte.
- *Mixta*: Se presenta cuando están afectadas la parte conductiva y la neurosensorial o bien, según otra clasificación, si se presenta antes o después de la adquisición del lenguaje.
- *Prelingüística*: Es la que sobreviene desde el nacimiento o antes de que el niño desarrolle la comunicación oral o el lenguaje, por lo regular antes de los dos años. En este caso, al niño se le dificulta mucho desarrollar el lenguaje oral, dado que no escucha las palabras y no sabe cómo articularlas, por lo que requerirá servicios especiales.
- *Poslingüística*: Se presenta después de que el niño o adulto ha desarrollado la comunicación oral o el lenguaje.

1.7.4.3 Tratamiento de la discapacidad auditiva

La causa de la sordera es genética o adquirida. Las patologías adquiridas pueden tener su comienzo en el desarrollo fetal o en cualquier edad, debido a un traumatismo o enfermedad, como infecciones, encefalitis, meningitis, medicamentos ototóxicos.

El niño con discapacidad auditiva requiere un apoyo especializado, específico y sistemático para desarrollar el lenguaje, tanto en la comprensión como en la expresión. Si el desarrollo del lenguaje es pobre o deficiente no podrá tener acceso a la lectura, pues aunque sepa cómo suenan las letras, no podrá captar plenamente su significado. Estas limitaciones en los procesos cognitivos pueden limitar el desarrollo y la expresión de su inteligencia (García, 2000)

Los principales tratamientos que se dan para esta discapacidad de acuerdo a García (2000), son:

- *Cirugía*: Algunos casos de hipoacusia pueden tratarse quirúrgicamente, cuando es necesaria la reconstrucción del tímpano o reconstrucción del huesecillo el implante de tubos de ventilación.
- *Auxiliares Auditivos*: Cuando la pérdida es congénita o adquirida antes de los tres años, es especialmente importante que su hijo use auxiliares auditivos tan pronto como se le diagnostique (puede usarlos desde los seis meses de edad).
- *Técnicas de habilitación y rehabilitación*: son los principales medios para la habilitación lingüística, con la oralización y el sistema manual gestual. En ambos casos, la intervención temprana y comprometida de la familia es absolutamente necesaria.

Los aparatos proveen un vínculo vital entre el niño y los sonidos, que son básicos para el desarrollo del lenguaje; si se deja pasar el tiempo sin adaptarle el o los auxiliares, el desarrollo y comprensión del lenguaje pueden verse severamente afectados. El niño debe pasar por un periodo de adaptación al amplificador, y por un proceso de

aprendizaje auditivo que le permita aprender a localizar, identificar, discriminar e interpretar los sonidos; esto es, debe aprender a oír (Sánchez, 2002).

La oralización de los niños requiere de un apoyo pedagógico especializado para diseñar e implantar el programa más acorde con la pérdida auditiva de su hijo. En algunos casos se dará más énfasis al adiestramiento auditivo, y en otros se necesitará el apoyo de la lectura labio- facial (Molina, 1997).

El éxito en la rehabilitación del niño depende de muchos factores grado de pérdida auditiva; edad en que se diagnostique ésta; adaptación temprana de auxiliares y el uso constante de los mismos, inteligencia del niño, el apoyo familiar y la calidad del programa de rehabilitación (García, 2000).

El lenguaje de señas es un medio visual. Como cualquier otro lenguaje, tiene su propio vocabulario, expresiones idiomáticas, gramática, sintaxis. Los elementos de este lenguaje (las señas individuales) son la configuración de las manos, la posición y la orientación de las manos en relación con el cuerpo y con el individuo. También utiliza el espacio, dirección y velocidad de movimientos así como la expresión facial para ayudar a transmitir el significado del mensaje. Cuando se deletrea con los dedos, en realidad se está escribiendo en el aire. En lugar de usar el alfabeto escrito en un papel, se utiliza el alfabeto manual, esto es, el alfabeto a base de configuraciones de la mano y posiciones correspondientes a cada una de las letras del alfabeto escrito. Muchas conversaciones pueden ser totalmente deletreadas, sin embargo entre las personas sordas el deletreo manual se utiliza para ampliar el lenguaje de señas a los nombres propios y palabras que no tienen una seña específica (Gómez, 2002).

La tarea de asesorar, aconsejar, orientar a la persona sorda a tomar una decisión es distinta a la función del intérprete, que debe limitarse a traducir de la lengua oral a la lengua de señas y viceversa los mensajes textuales de cada parte. Se deben dejar de lado actitudes paternalistas y de sustitución de la personalidad.

Sin caer en una participación propia en la comunicación, el intérprete debe conocer muy bien el contenido de los mensajes, los conceptos y saber transmitirlos de la forma más adecuada en cada lengua y en función de cada interlocutor. En el ámbito educativo, el intérprete debe conocer de antemano el tema a tratar, por lo que es necesario que exista una estrecha interrelación entre el docente y el intérprete (Sánchez, 2002).

CAPÍTULO 2. DESARROLLO DEL NIÑO Y DANZA TERAPIA

En este capítulo se presenta una descripción del desarrollo del niño desde la perspectiva de Gesell y Piaget, así como la definición y uso de la danza terapia.

2.1 Teoría del desarrollo de Gesell

Para Gesell (1994), el comportamiento tiene su raíz en el cerebro y en los sistemas sensorial y motor. La sincronización, uniformidad e integración en una edad predicen la conducta en otra posterior. El bebé cuya corteza cerebral está intacta seguirá teniendo un desarrollo sano a menos que agentes orgánicos, experiencias psicológicas o acontecimientos sociales nocivos intervengan en el proceso. Comportamiento o conducta son términos adecuados para todas las reacciones del niño, sean ellas, reflejas, voluntarias, espontáneas o aprendidas.

Así como el cuerpo del niño crece, su conducta evoluciona. Adquiere su pensamiento por el mismo camino que adquiere su cuerpo: a través del proceso de desarrollo. A medida que el sistema nervioso se modifica bajo la acción del crecimiento, la conducta se diferencia y cambia. El desarrollo es por tanto, un proceso de moldeamiento. Un modo de conducta es una definida respuesta del sistema neuromotor ante una situación específica, que son indicativos de una etapa de madurez. Los modos de conducta no son arbitrarios, ni secundarias manifestaciones accidentales, son una ordenada secuencia que representa la dotación genética humana. Los productos

conductuales finales de la totalidad del proceso de desarrollo son la consecuencia de la continua interacción entre la dotación genética y el ambiente (Gesell, 1994).

Tanto en el período prenatal como en el postnatal todos los modos de conducta se configuran de manera análoga. A lo largo de toda la infancia la morfogénesis está en acción, creando nuevas formas de conducta, modos nuevos y más avanzados. Estas formas constituyen síntomas que indican la madurez e integración del sistema nervioso (Gesell, 1994).

Gesell (1994), divide los aspectos más destacados del desarrollo del niño en cinco campos de la conducta:

1. *Conducta adaptativa*: trata de la organización de los estímulos, la percepción de relaciones, la descomposición de totalidades en sus partes componentes y la reintegración de estas de un modo coherente. Se incluyen las más delicadas adaptaciones sensorias motrices ante objetos y situaciones: la coordinación de movimientos oculares y manuales para alcanzar y manipular objetos; la habilidad para utilizar con propiedad la dotación motriz en la solución de problemas prácticos, y la capacidad de realizar nuevas adaptaciones ante la presencia de problemas simples. La conducta adaptativa es precursora de la futura “inteligencia” que utiliza la experiencia previa para la solución de nuevos problemas.

2. *Conducta motriz gruesa*: comprende las reacciones posturales, el equilibrio de la cabeza, sentarse, pararse, gatear y caminar.

3. *Conducta motriz fina*: consiste en el uso de manos y dedos para la aproximación, prensión y manipulación de un objeto. Cada uno de los campos del comportamiento motor interesa en especial al médico a causa de sus muchas correlaciones neurológicas. Las capacidades motrices en el niño, constituyen un punto de partida natural para estimar su madurez. El comportamiento motor y el adaptativo, todas las formas conductuales se interrelacionan estrechamente, pero pueden y deben ser separados en el uso diagnóstico

4. *Conducta del lenguaje*: Adquiere asimismo formas características que dan la clave de la organización del sistema nervioso central del niño. Se usa el término lenguaje en el sentido más amplio, abarcando toda forma de comunicación visible y audible, sean gestos, movimientos posturales, vocalizaciones, palabras, frases u oraciones. La conducta del lenguaje incluye además la imitación y comprensión de lo que expresan otras personas. El lenguaje articulado es una función socializada que requiere la existencia de un medio social, pero que también depende de la existencia y del estado de las estructuras corticales y sensorio motrices. La faz preverbal prepara la verbal. Las vocalizaciones inarticuladas y los signos vocales preceden a las palabras. Las etapas subyacentes son tan ordenadas e inevitables como las que se observan en los campos conductuales adaptativo y motor.

5. *Conducta personal-social*: Comprende las reacciones personales del niño ante la cultura social en que vive. Estas reacciones son múltiples y variadas, tan contingentes respecto del ambiente que parecerían escapar del alcance del diagnóstico evolutivo. Encontrando que el moldeamiento de la conducta está determinado fundamentalmente por los factores intrínsecos del crecimiento. Aun cuando la conducta personal-social está particularmente sujeta a los objetivos propuestos por la sociedad y a diferencias individuales, las variaciones tienen límites normales y consecuencias.

Estas cinco esferas del comportamiento forman el tejido básico del repertorio conductual, es importante cómo demuestra el niño su madurez evolutiva, la tarea de observar el comportamiento entraña una evaluación tanto cuantitativa como cualitativa; además, el examen debe contar siempre con el suplemento de antecedentes socio clínicos adecuados y de las pertinentes investigaciones de laboratorio (Gesell, 1994).

2.2 Teoría del desarrollo de Piaget

Piaget dividió su estudio del proceso de desarrollo en diferentes etapas de acuerdo a las características prevalecientes en ciertas edades, y guiado por sus cuidadosas observaciones, quedando divididos en los siguientes periodos:

Periodo Sensomotriz

- Uso de los reflejos (0 a 1 mes aproximadamente).
- Reacciones circulares primarias (1 a 4 meses aproximadamente).
- Reacciones circulares secundarias (4 a 10 meses aproximadamente).
- Coordinación de esquemas secundarios (10 a 1 año aproximadamente).
- Reacciones circulares terciarias (1 año a 1½ aproximadamente).
- Invención de nuevos medios mediante combinaciones mentales (1½ a 2 años aproximadamente).

Periodo preoperatorio

- Preconceptual (2 a 4 años aproximadamente).
- Pensamiento intuitivo (4 a 7 años aproximadamente).

Periodo de operaciones concretas

- Pensamiento reversible (7 a 11 años aproximadamente).

Período de operaciones formales

- Pensamiento hipotético – deductivo (11 años en adelante) (Papalía, 1998).

A partir de estos conceptos importantes por medio de los cuales el individuo aprende y desarrolla su intelecto, Piaget desarrollo su teoría del desarrollo intelectual, la cual consta de cuatro periodos principales: el periodo Sensoriomotor, el preoperacional, el de las operaciones concretas y el de las operaciones formales.

A continuación se describen los aspectos más importantes de estos periodos del desarrollo cognoscitivo en la síntesis realizada por Pérez (2004):

El desarrollo Sensomotriz puede explicarse con estos seis subperíodos sucesivos de organización:

- *0 a 1 mes aproximadamente. Uso de los reflejos.*

Prevalecen las fases sensomotrices. En el primer mes de vida predomina la ejercitación de los reflejos que son continuación de las actividades prenatales de desarrollo. En esta

edad la individualidad del niño se expresa por medio del llanto, la succión y las variaciones del ritmo respiratorio. De esta forma se configura la iniciación del desarrollo de la personalidad. La repetición espontánea mediante estímulos externos o internos va formando experiencias para su maduración. También proporciona los primeros indicios de uso secuencial y un sentido de orden.

El niño desde que nace se encuentra en un periodo de marcado egocentrismo. Adopta (asimila) su medio de acuerdo a sus propias demandas orgánicas. Experimenta con todos los objetos de conocimiento a su alcance para su satisfacción. Inicia pautas generales de organización de la conducta que son fundamentales para su proceso de desenvolvimiento en la vida.

- *De 1 a 4 meses (aproximadamente). Reacciones Circulares Primarias.*

Cuando los movimientos voluntarios reemplazan paulatinamente a la conducta refleja por un proceso de maduración, se inicia el segundo subperíodo. Antes de que el niño pueda comprender sus sensaciones, debe alcanzar una madurez neurológica y es aproximadamente a los dos meses cuando el niño adquiere las primeras habilidades por medio de la repetición habitual de acciones desencadenadas casualmente.

Los modos de conducta típicos (llamados esquemas de conducta) como la succión y la prensión son aplicados a elementos del mundo exterior en una forma progresivamente más amplia, y pueden ser interpretadas como actos psicológicos de asimilación. La repetición de la conducta es ahora una respuesta deliberada al estímulo reconocido de una experiencia previa o de respuestas adquiridas accidentalmente, como aferrar o empujar algo. Estas conductas se convertirán en nuevos hábitos sensomotrices.

Por sencilla que sea la reacción circular primaria, implica una organización, un esquema, que es la pauta establecida de una unidad psicológica significativa y repetible de conducta intelectual. El pequeño en proceso de crecimiento puede utilizar ahora nuevas funciones sensomotrices. La visión será experiencia continua, la succión, la

prensión y la audición le aportan experiencias con pautas de reacción circular, recientemente desarrolladas.

- *De 4 a 10 meses. Reacciones circulares secundarias.*

Existe una combinación de las acciones circulares primarias con una reacción secundaria que lo lleva más allá de su actividad básicamente orgánica, continúa desarrollando formas familiares de experiencia. Su aparato sensorio - motor es capaz de incorporar (conocer) solo hechos a los cuales se ha acostumbrado, siendo objetivo fundamental de su conducta la retención y no la repetición, esforzándose por lograr que duren los hechos, por crear un estado de permanencia. Este esfuerzo determina un ulterior conocimiento del ambiente y la acomodación al mismo.

Las nuevas reacciones circulares secundarias, repiten y prolongan las reacciones circulares primarias. El niño combinará en una sola experiencia las visuales, táctiles u otras que antes se presentaron en su mente con carácter aislado. Basándose este proceso intelectual de combinación, en la visión como coordinadora fundamental.

La mayoría de los fundamentos de la futura comprensión cognoscitiva, se adquieren a partir de este momento de desarrollo, que puede resumirse así:

- El niño reacciona ante objetos distintos, aunque todavía cree que los fines y los medios son uno, comienza a diferenciar entre causa y efecto.
- La evaluación cualitativa y cuantitativa se basa en experiencias simples de “más o menos” sonidos de una sonaja.
- Las reacciones diversas, así como la pauta de las respuestas, se reúnen por último en una secuencia de acción unificada.
- La coordinación de experiencias distintas en un esquema hace que el niño inicie la toma de conciencia de que él, forma parte de la acción.
- La noción espacio – tiempo se inicia superficialmente, en la medida de que adquiere somera idea de un “antes” y un “después” de cada secuencia de acción.

- El reconocimiento de cierto estímulo como la presencia de la madre, forma parte de una secuencia de acción global (satisfacción de necesidades) provoca el empleo de símbolos, y es también la iniciación de un sentido de futuro.
- La iniciación en el reconocimiento de símbolos, la rudimentaria noción del tiempo y el aumento de acomodación acentúan los aspectos intencionales de la conducta infantil que empieza a delimitarse.
- Una vez iniciado el desarrollo intelectual estimula tres nuevos procesos de la conducta humana; la imitación, el juego y el afecto.
- La imitación comienza con la repetición de acciones circulares primarias y secundarias adquiridas. La integración aparece después de la integración de esquemas, como la visión, audición, prensión, etc. No será posible que imite nada si no ha asimilado como hacerlo.
- El juego, es difícil descubrirlo en su comienzo, pero una vez que ha aparecido se revelan sus antecedentes en la repetición de las actividades circulares y la adquisición de nuevas habilidades. El juego se inicia cuando un individuo repite una acción como el gozoso desempeño de una conducta comprendida. Hay que observar que el juego forma parte de las actividades del niño a partir del tercer estado sensorio motor.
- El afecto es una función que se desarrolla paralelamente de la inteligencia. En los primeros meses tiene un significado relacionado con las sensaciones placenteras o displacenteras en función de la satisfacción de sus necesidades. Piaget atribuye la preferencia y la dependencia inicial del niño respecto de la persona que le otorgue los cuidados maternos al simple deseo de permanencia afectiva, sin localización. La relación afectiva dirigida a determinadas personas, al inicio no se da en la mente del niño, debido a que carece del principio de pertenencia, ya que cree en un objeto mientras esté presente y deja de tener conciencia del mismo una vez que ha salido de su ámbito de percepción.
- *De 10 meses a un año aproximadamente. Coordinación de esquemas secundarios.*

Durante este subperíodo, el infante utiliza logros de conducta anteriores como bases para incorporar otras, haciendo cada vez más amplio su repertorio, debido a la movilidad del niño que le permite orientar sus intereses hacia un ambiente que hasta entonces estaba muy limitado.

En este momento del desarrollo, la conducta se basa en el ensayo y el error, el niño utiliza anteriores formas de conducta de modos diferentes y selecciona los resultados más útiles para la consecución de los objetivos deseados. Este período de adaptación es el resultado de la experiencia casual.

- *De un año a un año y medio aproximadamente. Reacciones circulares terciarias producto del descubrimiento de nuevos medios de experimentación activa.*

El niño continúa experimentando gran parte de sus actividades cotidianas, incluidas la progresión de las reacciones primarias, secundarias y terciarias, como repetición cíclica de procesos anteriores, más las cualidades adquiridas recientemente. Como si el niño se dijera a sí mismo “ensayaré” ahora de “otro modo”. Piaget localiza en esta repetición cíclica las raíces del juicio racional, y en definitiva del razonamiento intelectual.

Es un avance intelectual el mérito de esta repetición cíclica. El niño puede ingresar ahora en una secuencia de acción en un punto cualquiera, sin reproducir la secuencia en su totalidad. Cuando el niño sabe que los objetos son independientes de su secuencia de acciones, se interesa más por el medio ambiente.

- *De un año y medio a dos años. Invención de nuevos medios mediante combinaciones mentales.*

Las expresiones sensomotrices reales pasan a un nivel más elaborado, el expresar mediante “combinaciones mentales” nos da un avance de conducta intelectual, teniéndose un puente hacia la siguiente fase de desarrollo.

El niño ahora inicia sus acciones en forma definida y formula normas que consolidan sus respuestas y que dan lugar a una nueva forma de conducta. Estos primeros indicios

de operaciones mentales aparecen como frutos de la intuición. El niño basa su conducta nuevamente en experiencias previas.

Empieza a relacionarse con el nuevo objeto con nuevos actos, pero sin percibir en realidad todas sus propiedades (color, forma y uso) teniendo una imagen del objeto por una sola propiedad, debido a que requiere de un nivel distinto de madurez intelectual para recordar cada cualidad del objeto. Ya ha comenzado a prever la acción, gracias a su capacidad de responder a los estímulos y con la adquisición de las imágenes retenidas y la de relacionarlas con experiencias anteriores, comienza a formar imágenes propias, es decir, piensa. Ahora también puede comprender otros objetos sin previa experiencia de los mismos.

- *De los dos a los cuatro años aproximadamente. Subperíodo preconceptual.*

En este momento el niño parece un investigador permanente, investiga su ambiente de tal manera que todos los días recrea símbolos que utiliza en la comunicación consigo mismo y con otros. Estos símbolos tienen todavía una interpretación personal para el niño, debido a que los significados para él son diferentes que para el adulto, a pesar de utilizar el mismo lenguaje no siempre tienen el mismo marco referencial para comunicarse, porque el pensamiento del niño es preconceptual y el del adulto está estructurado.

El lenguaje es también un medio para su desarrollo, el niño repite palabras y las relaciona con objetos visibles o acciones vivenciadas y experimenta su mundo exclusivamente desde su punto de vista egocéntrico. Es el lenguaje quien reemplaza al desarrollo sensorio motor, ahora su pensamiento se convierte en palabras, en la comunicación establece un vínculo mediante el lenguaje verbal o no verbal, entre el pensamiento y la palabra. El lenguaje llega a ser posible en el momento en que el niño avanza en su respuesta circular primaria de auto imitación, pasa de un momento espontáneo a la imitación que le ofrece un cúmulo de nuevos símbolos de objetos representados por signos, que enriquecen su repertorio de conductas. El niño pasa a una nueva dimensión de juego simbólico, requiere para realizarlo un objeto que

represente al personaje de su imitación (un delantal para la mamá, una onomatopeya para el avión, etc.). Por lo tanto, aquel juego que implique uso del lenguaje e imitación, lo llevará a la comunicación con el mundo exterior, para su propia socialización.

El niño de dos a cuatro años utiliza preconceptos, dadas las características descritas en este capítulo y que están en la antesala de la abstracción propiamente dicha. El pensamiento del niño es diferente de la lógica adulta, pero finalmente tiene su propia lógica para explicarse las cosas en forma coincidente a sus incipientes estructuras.

- *De los 4 a los 7 años aproximadamente. Subperíodo del pensamiento intuitivo.*

Tiene como característica una mayor integración social, por la repetida convivencia con otras personas, lo que le permite ir reduciendo poco a poco su egocentrismo (incapacidad de aceptar que existen puntos de vista ajenos y que pueden ser tan veraces como el propio).

Piaget describe este subperíodo como la prolongación del anterior, porque ahora abarca el pensamiento preconceptual y los dos forman un puente entre la aceptación pasiva del medio ambiente tal y como el niño lo percibe y su capacidad de interacción con él en forma realista.

En este momento el lenguaje es su principal arma, que utiliza para expresar sus deseos, aunque su pensamiento tiene que coordinar perspectivas de diferentes individuos, incluido el mismo y su comportamiento es similar al de los mayores, continúa con características irreversibles pero ya exhibe los primeros indicios reales de razonamiento.

Las obligaciones morales, impuestas por los adultos, van ligadas a las personas o cosas: “los cerillos no se tocan”, “obedece a los mayores”, “no digas mala palabras”. Cuando el niño sigue estas consignas se le dice que es “bueno” y si hace lo contrario es “malo”. Así cuando los adultos no mantienen un patrón de conducta lógico e invariable,

el niño tiene un conflicto porque no comprende la esencia de las normas morales (Pérez, 2004).

2.3 El desarrollo del niño normal

El desarrollo es un proceso continuo desde la concepción hasta la madurez y sigue la misma secuencia en todos los niños pero su ritmo varía de un niño a otro.

Ciertos reflejos primarios, tales como el reflejo de prensión y el de marcha, deben desaparecer antes de la adquisición de los movimientos correspondientes. Durante los últimos meses del embarazo y los primeros años de vida se va dando el proceso de mielinización, fundamental y responsable del ajuste, la adecuación y, la rapidez de los movimientos. A medida que se va perfeccionando el sistema nervioso y el proceso de mielinización alcanza las zonas del córtex, el niño puede llevar a cabo actos conscientes y voluntarios, es decir, ejercer un control de sus propios movimientos. El desarrollo progresa, en general, desde una respuesta débil, global y relativamente desorganizada a una respuesta fuerte, específica localizada y organizada (Pérez, 2004).

A lo largo del proceso de desarrollo influyen una serie de factores que se dan durante la etapa prenatal, en el momento del parto y después éste. Las posibles complicaciones en el momento del nacimiento, que pueden dar como resultado anoxia o lesión cerebral, serán también determinantes del desarrollo. A partir del nacimiento, los factores que van a influir directamente sobre el desarrollo motor del niño serán:

- El promedio de maduración física y neurológica.
- La calidad y variedad de sus experiencias
- Las condiciones, tanto genéticas como ambientales; así, una buena calidad de vida, dieta de alimentación equilibrada, higiene, y un clima afectivo sano que proporcione seguridad y favorezca las exploraciones del niño como base de su autonomía (Pérez, 2004).

Las primeras conductas motrices están determinadas por la maduración del sistema nervioso y éstas se perfeccionarán a través de la práctica y la exploración continuas. Existe una gran relación entre el desarrollo físico, mental y emocional, como ya es sabido, y las investigaciones señalan que los niños con disminución intelectual presentan un porcentaje mayor de retraso motor respecto a los niños que no la presentan.

2.4 Características del niño en edad preescolar

A partir de la posibilidad de valerse de representaciones, de símbolos y signos; de poder hacer abstracciones del mundo exterior el niño empieza también un periodo de operaciones, es decir, un periodo en el que es capaz de interiorizar las acciones, esa interiorización no adquiere todavía la característica de un pensamiento formal, y las operaciones deben ir acompañadas de las acciones directas sobre los objetos para poder realizarse (Gesell, 1995).

Es un momento en que el niño se vale de una forma muy primitiva de silogismos, en que utiliza dos premisas elementales que incluyen su conocimiento empírico y concreto del mundo circundante, y a partir de estos elementos logra establecer una conclusión, lo que implica en sí mismo una forma de pensamiento operatorio, aunque todavía determinado por la relación directa con los objetos. Sin embargo, la oportunidad que se le brinde al niño de ejercitar esta forma de pensamiento, será determinante para lograr mayor solidez en su proceso de desarrollo; de tal suerte, que en la medida en que se cuestione constantemente al niño, cada vez que emita un razonamiento, estaremos favoreciendo notablemente su desarrollo (Nieto, 1994).

Toca al jardín de niños participar en este periodo de singular trascendencia, asumiendo que el niño es una persona con características propias en su modo de pensar y de sentir, que necesita ser respetado por todos, y para quien debe crearse un medio que favorezca sus relaciones con otros niños, un medio que respete su ritmo de desarrollo intelectual, y le proporcione una organización didáctica que facilite su incorporación

gradual a la vida social, a través de actividades que contribuyan a la construcción de su pensamiento (SEP, 2004).

2.4.1 Características del niño de 4 años

De acuerdo a Nieto (1994), las características del niño de 4 años son las siguientes:

- **Cognoscitivas:**

1. Emplea sustantivos, adverbios, adjetivos, verbos en futuro, pronombres (principalmente “yo” y “su”).
2. Emplea “como” y “por qué”.
3. Usa oraciones completas, cortas y simples.
4. Reconoce objetos por su función.
5. Es capaz de seguir dos órdenes simples, en lenguaje más elaborado. Ej. “ponte tus zapatos y saca el juego de armar”.
6. Repite pequeñas canciones y versos.
7. Discrimina sonidos por la intensidad.
8. Dice su nombre completo.
9. Responde a preguntas que necesitan comprensión, exigiendo conclusiones lógicas.
10. Comprende tres órdenes simples.
11. Comprende órdenes complejas.
12. Comprende conversaciones.
13. Discrimina sonidos no verbales.
14. Puede contar hasta 4, pero su concepto numérico no va más allá de 1, 2 y muchos.
15. Tiene un vocabulario de 1500 palabras.
16. Junta objetos por la forma y textura a través del tacto.
17. Selecciona objetos pequeños con movimiento de pinza.
18. Separa objetos cuadrados, redondos, etc. (inicio de clasificación).

- **Sociales:**

1. Juegos constructivos.
2. Estima el juego con otros niños.
3. Inicia su contacto activo con un grupo de niños.

- **De la vida diaria:**

1. Pone la mesa correctamente.
2. Usa tenedor y servilleta apropiadamente.
3. Sirve agua de una jarra derramando líquido.
4. Necesita ayuda para bañarse y secarse.
5. Se peina con ayuda.
6. Cepilla sus dientes con ayuda.
7. Lava sus manos y cara.
8. Distingue frente y espalda de la ropa.
9. Abotona y desabotona ropa.

- **Psicomotores:**

1. Domina la carrera.
2. Corre y salta sobre un pie.
3. Salta hacia delante, parado o en la carrera.
4. Salta sobre uno y otro pie.
5. Baja escaleras alternando los pies.
6. Se equilibra sobre un pie durante más de 8 segundos.
7. Ya posee mano preferida.
8. Camina sobre una línea.
9. Recibe la pelota con los brazos flexionados.
10. Coloca objetos con rapidez dentro de un frasco.

2.4.2 Características del niño de 5 años

De acuerdo a Nieto (1994), las características **del niño de 5 años** son las siguientes:

- **Cognoscitivas:**

1. Emplea sujeto, verbo, predicado, adverbios y conjunciones; aplica reglas gramaticales.
2. Usa correctamente el género.
3. Usa oraciones de 6 palabras.
4. Aprecia historias más realistas.
5. Hace preguntas más escasas y más serias, con objeto de informarse.
6. Reconoce 10 colores.
7. El lenguaje oral es completamente inteligible.
8. Comprende 3 órdenes.
9. Discrimina palabras que comienzan con el mismo sonido.
10. Visualiza palabras.
11. Desarrollo del razonamiento, de la asociación de ideas y de las generalizaciones.
12. Desarrollo de la atención para estímulos más distantes.
13. Posee lenguaje completo en estructura y forma.
14. Arma rompecabezas de 8 a 12 piezas.
15. Traza una línea recta entre 2 puntos.
16. Copia un triángulo y un cuadrado.
17. Es capaz de copiar letras.
18. Demuestra poseer concepto de tamaño.
19. Cuenta hasta 10.
20. Usa vocabulario abstracto para expresar sus sentimientos.

- **Sociales:**

1. Le gusta proteger niños menores o más delgados.
2. Juega en pequeños grupos.

- **De la vida diaria:**

1. Le gusta ayudar en tareas domésticas.
2. Come rápido sin derramar.
3. Usa cuchillo para cortar.
4. No necesita de ayuda en el sanitario.

5. Lava y seca las manos y la cara sin ayuda.
6. Coloca pasta de dientes en el cepillo, cepilla sus dientes y lava la boca sin ayuda.
7. Escoge su ropa.
8. Hace lazos en las agujetas.

- **Psicomotores:**

1. Pasa de posición supino a de pie, sin rodar el cuerpo.
2. Pasa de una posición a otra sin perder el equilibrio.
3. Salta alternando los pies.
4. Da pequeños saltos en un pie y en otro.
5. Camina para atrás sobre los talones o la punta de los pies.
6. Se sostiene en equilibrio sobre la punta de los pies por varios segundos.
7. Equilibrio parcialmente perfecto.
8. Se equilibra sobre una barra durante 5 a 10 minutos.
9. Baja la escalera alternando los pies.
10. Desarrollo del esquema corporal.
 - Domina los grandes músculos.
 - Desarrollo de los pequeños músculos.
 - Utiliza la mano dominante.
11. Reproduce una construcción de 8 bloques sin intervención de color.
12. Relaciona y superpone objetos y formas geométricas dibujadas.
13. Hace una pelota con papel de china.
14. Enrolla hilo en un carrete.
15. Sostiene el lápiz con facilidad.
16. Usa herramientas sencillas.
17. Coordinación visual motora en desarrollo.
18. Desarrollo de orientación espacio temporal.

2.4.3 Características del niño de 6 años

De acuerdo a Nieto (1994), las características del niño de 6 años son las siguientes:

- **Cognoscitivas:**

1. Usa frases de 7 palabras.
2. Repite frases de 16 sílabas.
3. Cuenta pequeñas historias de literatura infantil.
4. Discrimina palabras que terminan con el mismo sonido (consigue hacer rimas).
5. Inicia el aprendizaje de la escritura.

- **Sociales:**

1. No presenta inhibiciones al estar desnudo.

- **De la vida diaria:**

1. Usa tenedor y cuchillo correctamente.
2. Prepara sólo alimentos sencillos.
3. Lava sus manos antes de tomar alimentos.
4. Se viste sólo requiriendo de mínima ayuda.

- **Psicomotores:**

1. Le gusta ejercitarse en una barra, se cuelga y balancea en ella.
2. Puede mantenerse sobre la punta de los pies con los ojos cerrados.
3. Se equilibra en un pie manteniendo los brazos abiertos durante 5 a 10 minutos.
4. Salta de una altura en la punta de los pies.
5. Camina sobre una barra de equilibrio.
6. Corta con tijeras una línea recta.
7. Posee ritmo normal y preciso en los movimientos.
8. Posee control voluntario en los movimientos.
9. Colorea elementos dentro de un área limitada.
10. Recibe la pelota chutándola.
11. Corre y pateo para golpear la pelota.
12. Salta la reata

2.5 El desarrollo del niño sordo

Los niños sordos que no están afectados de otro tipo de déficit, probablemente llegaran a los primeros hitos motores, por ejemplo sentarse, estar de pie sin ayuda y andar, al mismo tiempo que los niños oyentes. Sin embargo algunos estudios señalan que los niños sordos tienen algunas dificultades en las pruebas de equilibrio y coordinación general. Que los niños sordos de 3 a 5 años fueron menos competentes que los niños oyentes que implicaban coordinación dinámica, por ejemplo, caminar hacia adelante y hacia atrás a lo largo de una línea estrecha, dar varios saltos seguidos y saltar con un pie de un lado a otro de una línea. Los niños sordos también fueron menos competentes que los niños oyentes en algunas tareas en los test de coordinación viso-motor, por ejemplo, al intentar introducir el cordón de un zapato por los agujeros de una tabla. Sin embargo, existen diferencias entre los resultados obtenidos por ambos grupos en otras tareas de tipo viso- motor (Luterman, 1995).

Hacia los ocho o nueve meses los niños comienzan a establecer intercambios comunicativos intencionales (emplean medios para lograr fines comunicativos); estos intercambios se sostienen mediante recursos comunicativos prelingüísticos tales como vocalizaciones y gestos. Los primeros gestos que emplean los niños son de carácter presimbólico, es decir no representan la realidad, no tienen significado en sí mismos, su significado se extrae del contexto; entre ellos se encuentran los gestos deícticos, "dar", "mostrar" y "pedir", los gestos de indicación, señalar con el índice. Hacia los 12 meses se inicia la producción de recursos simbólicos orales y gestuales, los niños comienzan a simbolizar la realidad a través de gestos Como "adiós", "espera". Estos recursos, a diferencia de los anteriores, implican ya un cierto grado de representación, pero en sus inicios se mantienen demasiado vinculados al contexto concreto en el que se producen; cuando se produzca realmente el despegue del contexto, es decir, cuando los gestos y palabras se empleen sin vincularlas a un contexto que suele tener lugar en torno a los 18 meses de edad, se dice que los niños han accedido a la función simbólica del lenguaje y, por consiguiente, que se ha producido el paso del prelenguaje al lenguaje, aunque es la primera de las etapas del desarrollo lingüístico (Molina, 1997).

A partir de entonces, la adquisición del lenguaje oral se produce con mayor rapidez y progresivamente va desplazando a los recursos gestuales. En lo que se refiere al niño sordo, las investigaciones realizadas reflejan que los recursos gestuales desplegados para comunicarse en la etapa prelingüística son sustancialmente los mismos que los que desarrollan los niños oyentes. Los niños sordos proporcionan ideal para comprobar la denominada hipótesis sensorio-compensatoria, la idea de que una pérdida de un sentido puede ser compensado por un incremento en la sensibilidad de los restantes sentidos (Luterman, 1995).

Esto no descarta la posibilidad de que las personas sordas no demuestre una sensibilidad elevada en esta u otra modalidad sensorial en comparación con otros niños oyentes de su edad, aunque existen varios estudios que indican que las habilidades visuales de los niños sordos son mejores e incluso posiblemente sean mejores que los niños oyentes (Molina, 1997).

2.6 Definición de danza terapia

La danza propicia el encuentro con la espontaneidad y la autenticidad de la expresión y la consciencia del cuerpo. La psicología explora conceptos como la percepción, la atención, la motivación y la emoción; y resuelve conflictos personales atendiendo al funcionamiento del cerebro y al comportamiento humano (Moreno, 2015).

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define la “danza” como el “movimiento o trajín de quien va continuamente de un lado a otro/ acción de bailar/ manera de bailar”. Es la acción de ejecutar movimientos a través del cuerpo como medio de comunicación; a través de los movimientos se pueden expresar sentimientos o emociones. Generalmente la danza va acompañada de música; y los movimientos, van ejecutados armónicamente al ritmo de la música, en un espacio determinado. Pueden expresar cosas, sentimientos y emociones que las palabras no pueden decir o porque no se conocen las palabras para expresarlo.

Garaudy (citado en Sheykholya, 2013), dice que “la danza es una forma de existir. No simplemente juego sino celebración, participación y no espectáculo; está entrelazada con la magia y la religión, el trabajo y la fiesta, el amor y la muerte. Los hombres han bailado todos los momentos solemnes de su existencia: la guerra y la paz, el matrimonio y los funerales, la siembra y la cosecha”.

Para que la danza sea danza, necesita de una persona capaz de expresarse corporalmente a través de movimientos: un bailarín o danzante. También necesita de un espacio en donde hacerse, un ritmo que danzar, un cuerpo que mover y movimientos que realizar (Sheykholya, 2013).

La definición que da la American Dance Therapy Association (ADTA), de danza terapia es: el empleo psicoterapéutico del movimiento en un proceso que posibilita la integración física, emocional cognitiva y social del individuo (Moreno, 2015).

Diferencia entre baile y danza, cuando se habla de “baile” se hace referencia a aquellos eventos que se realizan en algún evento social (fiestas, en bodas, en salones). Generalmente se baila se echa mano del acervo de movimientos aprendidos en clases de baile, o bien, guiados por la imitación de instituciones como la familia, la escuela, e incluso la televisión, se utiliza el cuerpo como forma recreativa, lo que se hace al bailar es divertirse al ritmo de la música.

Sin embargo con la danza terapia, mientras las personas danzan, en sus cuerpos suceden muchas cosas que verdaderamente la vuelven psicoterapéutica, (si se aborda adecuadamente y se desea hacer proceso; porque si no hay proceso, solamente se queda en “terapéutico”) (Sheykholya, 2013).

En la danza sólo existe el cuerpo, el yo, la plena conciencia de cada uno de los movimientos en comunión con la música, cuando las personas danzan improvisan creativamente sus movimientos; es lo que los terapeutas llaman “movimiento auténtico”: ese movimiento que surge espontáneamente de algún rincón del alma, pero que

sabemos que nadie lo enseñó, y que es tan efímero que no puede volver a repetirse de la misma manera. La danza se vale de este tipo de movimientos innatos, no de los aprendidos en clases o por imitación. La forma en la que se danza refleja la manera de ver el mundo, y esa manera de ver al mundo es tan única como la manera de ser. Cuando las personas danzan no cometen errores, porque cada movimiento refleja la forma de estar, de sentir, de pensar y de ser; no existen los “me equivoqué”, ni los “se vio mal”, que comúnmente se pronuncian cuando se baila (Sheykholya, 2013).

La danza terapia o terapia del movimiento/danza es utilizada como intervención médica en 1940 y surge como profesión diferenciada en la década de 1940 a 1950 en Estados Unidos. Se propone presentar una relación de equilibrio entre el arte y la ciencia y es en ese equilibrio donde se sustenta su validez.

Su origen se debe a la labor pionera de Marian Chace en la costa este, quien trabajo en el Saint Elizabeth Hospital de Washington, usando la danza como terapia con pacientes psicóticos, propuso el empleo del movimiento para sostener y demostrar que la comunicación con ellos era posible, también mostro que a través de la comunicación se podía llegar a desarrollar algún nivel de realidad en los pacientes (Moreno, 2015).

La danza terapia es un tratamiento efectivo para las personas que han presentado algún discapacidad médica, sociales, física o psicológica. Se practica la actividad en salud mental, rehabilitación, medicina, educación, prevención de enfermedades, con geriátricos y en programas de promoción de la salud (Sheykholya, 2013). Se utiliza en personas de todas las edades, razas y orígenes étnicos con dispositivos terapéuticos individuales de pareja o familiares.

La danza terapia ha sido pionera por más de 50 años en la comprensión profunda de la interacción cuerpo-mente, tanto en la salud como en la enfermedad, se trata de una enfermedad de la mente que se somatiza o de una enfermedad del cuerpo que impacta en el funcionamiento mental y espiritual.

La creadora de la danza terapia María Fux, desarrolló su trabajo haciendo un abordaje magnífico con personas sordas, y después empezó a hacerlo con personas con capacidades diferentes. Otras pioneras siguieron su mismo ejemplo pero trabajando con personas invidentes así como con Síndrome de Down. Otra línea de trabajo se orientó al trabajo con niños y niñas de todas las edades y con adultos mayores. Hoy en día la danza terapia se practica un campo muy amplio que abarca poblaciones de “neuróticos normales” hasta hospitales de oncología.

La American Dance Therapy Association (ADTA), establece que la danza terapia se focaliza en las conductas de movimiento, y propicia la relación terapéutica, las conductas expresivas, comunicativas y de adaptación son consideradas tanto en los tratamientos individuales como los grupales. El movimiento corporal provee simultáneamente las imposiciones de sentido y el modo de intervención (Reca, 2005).

2.6.1 Principios de la danza terapia

En las sesiones de danza terapia, los terapeutas son testigos amorosos de la existencia del otro, buscan ponerse en los zapatos del otro y de espejar sus actitudes corporales para tratar de entender, aunque sea un poco, qué es lo que el otro está sintiendo. El terapeuta trata de ayudar a que él encuentre sus propias respuestas a sus propias preguntas (Sheykholya, 2013).

Los principios que se plantean en la danza terapia son los siguientes:

- La danza es la más fundamental de las artes, ya que envuelven la expresión directa de uno mismo a través del principio del cuerpo.
- Se trata de un medio especialmente poderoso para la terapia ya que se focaliza:
 - En el desarrollo evolutivo.
 - Trata temáticas relativas a la identidad.
 - Permite relaciones intra e interpersonales.
 - Desarrolla las capacidades innatas de la persona para curar/curarse (Reca, 2005).

Cuando se trata de encontrar y comprender al paciente en su cuerpo y movimiento, se da la empatía kinestésica, el terapeuta se vuelve un espejo, un testigo y refleja la expresión de lo no verbal del otro (Chaiklin, Lohn y Sandel, 1993).

El terapeuta sigue lo propuesto por el paciente elaborando o “espejando” sentimientos, en lugar de imponer estructuras. Las estructuras que se plantean surgen del mismo movimiento del paciente y a ellas responderá el/la terapeuta. Esto permite que proceso de curación vuelva a manos del paciente, ayudando de esta manera a desarrollar una actitud de autorresponsabilidad y autodependencia. El tiempo del tratamiento dependerá de la gravedad del problema y del grado de motivación a cambiar.

La danza terapia no es una disciplina muda. Aunque que importa más cómo se expresa el cuerpo en movimiento, que en el discurso. Es importante hablar verbalmente, cuando el terapeuta lo considere prudente y necesario, lo que está viendo en el paciente para tratar de hacerlo consciente, porque probablemente el paciente o cliente ni siquiera se haya dado cuenta de la forma de mover sus dedos, colocar su cabeza o sentarse. Los danza terapeutas no juzgan, no critican, no califican el movimiento, no corrigen, no interpretan el material. Sólo son testigos de la existencia del otro y con su ayuda tratan de darle sentido al material que él está regalando. De esta manera, se logra que el paciente o cliente se sienta en libertad de ser quien es en ese instante de su vida, sin pretender ser algo que no es (Sheykholya, 2013).

Los elementos de los que dispone la danza terapia para la aplicación terapéutica son:

- Pulso.
- Espacio-tiempo-ritmo.
- Forma-esfuerzo.
- Respiración.
- Conexión muscular.
- Dinámicas.
- Sincronicidad.

- Metáforas corporizadas.
- Empatía kinestésica (Reca, 2005).

2.6.2 Beneficios de la danza terapia

El objetivo de la danza terapia es mejorar, mantener, recuperar o favorecer procesos de integración emocional, cognitiva, física y social. Las cualidades inherentes al movimiento impactan favorablemente en aspectos motores. Gracias a su aplicación pueden mejorar la planificación, iniciación y coordinación del movimiento personas con enfermedad de Parkinson o que han padecido accidente cerebro vascular o traumatismo de cráneo.

El movimiento, además:

- Promueve la motivación.
- Brinda estrategias cognitivas para la resolución de problemas.
- Facilita la expresión, abre canales de comunicación.
- Permite regular estados de ánimo.
- Mejora el humor.
- Crea la posibilidad de desarrollar mecanismos de adaptación a situaciones nuevas y/o traumáticas (Reca, 2005).

La danza terapia es altamente efectiva y promueve mejoras en áreas como:

- Atención
- Concentración
- Control de impulso
- Relaciones interpersonales

De acuerdo a Sheykholya (2013), los logros psicológicos y físicos que se obtienen con la danza terapia son:

Psicológicos

- Reducción de la ansiedad
- Disminución significativa de la depresión
- Cambios en el autoestima e imagen corporal
- Encontrar el equilibrio psíquico del practicante
- Progresos en las relaciones con otros
- Capacidad de elevar los niveles de atención
- Fortalecer la comunicación y la expresión

Físicos

- Fortalecimiento de las habilidades motrices y artísticas de quien la practica
- Desarrolla disciplina y autocontrol
- Suaviza el dolor crónico y la tensión muscular
- Mejora el bienestar general a través de las endorfinas
- Mejora el sistema respiratorio, circulatorio, músculo esquelético e inmune.
- Hacer uso de movimientos distintos a los habituales para descargar posibles contracturas y posturas incorrectas.
- En personas con discapacidades físicas mejora el equilibrio y la coordinación motora, incrementando su autonomía.

Las artes visuales permiten una nueva percepción de la imagen corporal y de las sensaciones que de esta deriva y que viene producida por el movimiento, la conciencia y el conocimiento del cuerpo. El silencio es un elemento imprescindible, permite a las personas que desarrollen nuevas capacidades, en relación al espacio y el tiempo, en el caso de trabajar con sordos, serán las imágenes a despertar la idea del movimiento, la persona no oyente frente a la carencia de estímulos sonoros y musicales, puede trabajar con motivaciones basadas en otros distintos estímulos como los visuales y kinestésicos que le permiten asociar imágenes, situaciones, objetos y estados anímicos. Se intenta descubrir las posibilidades que ofrecen los objetos para el desarrollo del juego corporal, objetos que aportan estímulos táctiles, visuales, sonoros que permiten la introspección sensorial. La incentivación de la creatividad a través de

las vivencias corporales de la persona permite liberar sus potencialidades en un proceso de activación de la percepción.

Resumiendo la danza terapia se basa en la idea de que las representaciones de las emociones objetivadas a través de la danza contribuyen a la construcción de un significado de los conflictos psíquicos, favoreciendo su resolución. La representación danzada es un proceso de construcción del pensamiento.

A través de la danza y el movimiento, el mundo interior de una persona se hace más tangible, se comparte el simbolismo personal, se muestran los modelos de relaciones personales que uno tiene con los demás y se encuentran significados en gestos, posturas y cualidades del movimiento. En el contexto de una relación terapéutica, el paciente puede conseguir conocimiento de cómo él/ella establece y mantiene sus relaciones. Importan los cambios que la persona pueda explorar personalmente, y cuando se habla de “cambios” se refiere a una modificación de los patrones habituales de movimiento que se traducirán en cambios en los patrones habituales de estar, de pensar, de hacer, de sentir (Sheykholya, 2013).

V. METODOLOGÍA

1. Objetivo general

De acuerdo con Rojas, (2001) los objetivos son la guía de estudio y durante todo el desarrollo deben tenerse presentes.

El objetivo del trabajo fue:

- Describir las habilidades cognitivas, de la vida diaria, sociales y psicomotoras antes y después de la aplicación de un taller de danza terapia a niños y niñas con discapacidad auditiva, que asisten a preescolar en el CAM No. 5 de Toluca, Estado de México.

2. Objetivos específicos

- Identificar la edad de desarrollo y la edad cronológica que tienen los niños con discapacidad auditiva, que asisten a preescolar en el CAM No. 5 de Toluca, Estado de México.

3. Planteamiento del problema y pregunta de investigación

El niño(a) sordo(a) requiere ser atendido desde el enfoque de la educación especial, dicho enfoque debe ser dinámico, integral y multifacético, por ello la incorporación de técnicas innovadoras es una primicia fundamental que debería ser implementada a la niñez con cualquier tipo de discapacidad (Barbaranne, 2007).

Para el caso concreto de la infancia con discapacidad auditiva, el desarrollo psicomotor favorece las habilidades cognitivas y comunicativas, lo que a su vez beneficia al aprendizaje y puesta en práctica de la comunicación gesticular puede tener resultados positivos alternos en sus habilidades emocionales y socioadaptativas (Barbaranne, 2007).

Los niños y niñas que participan en la investigación tenían una edad cronológica de 4 a 7 años, y una escolaridad de segundo y tercero de preescolar, y presentan cierto desfase en la mayoría de las áreas de desarrollo.

Los niños y niñas en edad preescolar se encuentran en una etapa de desarrollo ideal para el aprovechamiento de estímulos múltiples y diversos, por lo que aplicar un taller de danza terapia, podría impactar favorablemente en todas sus áreas de desarrollo, principalmente en la psicomotora.

Por ello, se ha planteado la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo impacta la aplicación de un programa de danza terapia en las habilidades de los niños y las niñas con discapacidad auditiva?

4. Planteamiento de hipótesis

Kerlinger y Lee (2002), definen a la hipótesis como una afirmación en forma de conjetura de las relaciones entre dos o más variables. Es un intento de explicación o una respuesta provisional a un fenómeno.

La hipótesis de trabajo fue:

“Al aplicar un taller de danza terapia a niños y niñas con discapacidad auditiva que asisten al CAM N° 5, nivel preescolar, no mejoraran sus habilidades cognitivas, de la vida diaria, sociales y psicomotoras”

5. Tipo de estudio o investigación

Dadas las características de la investigación y el objetivo general el estudio fue de tipo descriptivo, y según Pick (2002), establece que a través de este estudio se obtiene un mayor conocimiento del fenómeno en cuestión, ya que sólo se pretende describir las características más importantes del mismo en lo que respecta a su aparición, frecuencia y desarrollo; en este caso el investigador únicamente describe el fenómeno tal y como se presentó en la realidad.

6. Definición de variables

Las variables se definen como una propiedad que puede variar (adquirir diversos valores) y cuya variación son susceptible de medirse (Pick y López, 2002)

Las variables que se emplearon en esta investigación son de tipo atributivas, son todas aquellas que se miden y no pueden ser manipuladas, que son atributos humanos y donde el experimentador no tiene control de ellas (Kerlinger, 2002). Estas variables preexisten en los sujetos estudiados, ya están dadas.

Definición conceptual

Áreas del desarrollo: son las áreas donde se dan los cambios que no tienen detenciones, siempre existen funciones que están cursando hacia una mayor complejidad. Incluso en niños con alteraciones del desarrollo, se esperan cambios día a

día en una área o en otra, y al estimularlas en conjunto favorecerán al niño de manera integral.

Definición operacional

Para definir las áreas de desarrollo en las que se encuentran los niños y niñas con discapacidad auditiva se empleó las propuestas en la guía de evaluación de Nieto (1995), (así mismo se utilizó esta guía para medirlas), pues ha mostrado amplia utilidad para medir la edad de desarrollo real de individuos en edades tempranas.

Cognitiva: conjunto de procesos, donde se organiza mentalmente información que se recibe para resolver situaciones nuevas, con base a experiencias pasadas.

De la vida diaria: comprende las habilidades relacionadas dentro del hogar, que incluye el cuidado de la ropa, tareas del hogar (son actividades adecuadas a sus posibilidades y que se realizan bajo la supervisión de un adulto).

Social: comprende principalmente el juego, así como iniciar, mantener y finalizar una interacción con otros, comprender y responder a los indicios situacionales pertinentes, ser conscientes de sus iguales y de la aceptación de éstos, no violar las normas y las leyes.

Psicomotora: abarca desde la concepción hasta la madurez, con secuencia similar en todos los niños pero con un ritmo variable, se divide en gruesa que son las habilidades para mover en armonía, los músculos del cuerpo, agilidad, fuerza y velocidad. Y la fina, que son las habilidades precisas, por ejemplo con las manos (tomar objetos, sostenerlos, manipular con destreza).

7. Definición de universo de estudio

El universo de estudio está conformado los niños y niñas que asistieron al Centro de Atención Múltiple N° 5 de la Ciudad de Toluca, siendo un total de: 278 alumnos con diversas discapacidades como visual, auditiva, motora, intelectual o múltiple.

8. Definición de muestra de estudio

Según Hernández, Fernández y Baptista (2003), la muestra es un subgrupo de la población.

La muestra quedo integrada por 8 niños, de los cuales tres son niñas y cinco niños, con edades cronológicas de entre cuatro y siete años.

Todos diagnosticados medicamente hipoacusia bilateral profunda, es decir con discapacidad auditiva, con necesidad educativa de comunicación, con apoyo requerido es el de lenguaje de señas mexicano (LMS).

Edad cronológica	Niñas	Niños
5 años	2	2
6 años	1	2
7 años	-	1
Total	3	5

Pertenecen a una muestra no probabilística intencional, es decir un subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de las características de la investigación (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

Los criterios de inclusión para seleccionar la muestra fueron: incluir a todos los alumnos que asistían regularmente al grupo de preescolar, sin distinción de edad o sexo, y que presentaban discapacidad auditiva.

9. Selección de instrumento

Se utilizó la guía de evaluación Nieto (1995), ya que fue elaborada para evaluar a niños mexicanos con alguna necesidad educativa especial, la evaluación determina la edad cognitiva de los niños, así como habilidades cognitivas y desarrollo psicosocial con su entorno, desarrollo psicomotor y aspectos de la vida diaria.

El instrumento surge como medio de evaluación a una guía para estimular los primeros años del desarrollo del niño, elaborada por Guadalupe Nieto, la primera edición fue editada por la Dirección General de Educación Especial, fue el resultado de dos años de investigación sobre el proceso de desarrollo del niño, a partir de los estudios realizados por Piaget, así como el análisis de diferentes trabajos propuestos para la estimulación de niños, solo contemplaba hasta los 4 años ampliándola actualmente hasta los seis años., ya que no todos los niños tienen acceso a la educación preescolar a esa edad.

Cuenta con elementos para evaluar a niños recién nacidos aplicados en el área médica, permite tener mayor claridad de las necesidades de estimulación que tienen los niños y las expectativas posibles a desarrollar.

El objetivo del instrumento es auxiliar la evaluación de del niño desde recién nacido, hasta los seis años, proporcionando elementos posibles a fin de mejorar sus oportunidades e identificar el proceso de desarrollo, partiendo que los primeros años de desarrollo serán los determinantes para el desempeño futuro, evalúa cuatro áreas del desarrollo: cognitiva, de la vida diaria, social y psicomotora.

El instrumento proporciona una descripción de las características cognoscitivas sociales, de la vida diaria y psicomotrices correspondientes a la edad cronológica en la que se encuentra el niño, hasta encontrar la edad en que realmente el niño cubra todas las características señaladas, indicando el punto de partida para iniciar una intervención, reflejándose la edad base en cada una de las áreas, el desfase existente entre ellas. Para poder revisar y verificar la solidez teórica y práctica, así como la validez en la evaluación se llevó a cabo un seguimiento y control de algunos casos, donde se aplicó estimulación y se verificaron los avances.

Las áreas del desarrollo van cambiando con la edad y madurez alcanzada, se clasifican en:

Lactantes: de tres meses a 18 meses

Maternales: de 19 meses a 47 meses

Preescolar: 4 años a 6 años

10. Diseño de la investigación

Hernández, Fernández y Baptista (2003), señalan que el término “diseño” se refiere al plan o estrategia concebida para obtener la información que desea. Por lo tanto, el diseño de investigación se concibe como estrategias en las cuales se pretende obtener respuestas a las interrogantes y comprobar las hipótesis de investigación, con el fin de alcanzar los objetivos del estudio.

El diseño utilizado para esta investigación es de un solo grupo con pretest y postest, los pasos para la aplicación de este diseño son: aplicación de un pretest (Guía de evaluación Nieto, 1995) para la medida de la variable dependiente, aplicación del tratamiento o variable independiente (Danza terapia) y, por último, aplicación, de nuevo, de un postest para la medida de la variable dependiente (Guía de evaluación Nieto, 1995).

Los pasos para la aplicación de este diseño son: aplicación de la guía de evaluación Nieto (1995), para la medida de la variable dependiente, posteriormente la aplicación de la variable independiente (danza terapia) y, por último, aplicación, de la guía de evaluación Nieto (1995) para volver a medir la variable dependiente.

Para lograr esto se siguieron los siguientes pasos:

1. Se diseñó el programa del taller de danza terapia.
2. Se realizó la aplicación de la guía de evaluación Nieto (1995), a cada uno de los ocho niños participantes en la investigación.
3. Se calificaron e interpretaron los resultados.
4. Se impartió el taller de danza terapia, invitando a las madres de familia a las sesiones que se diseñaron para que participaran con sus hijos.

5. Al finalizar el taller, se volvió a hacer la aplicación de la guía de evaluación Nieto (1995), a cada uno de los ocho niños participantes en la investigación.
6. Se procesaron los datos para obtener los resultados.
7. Se analizaron y describieron los resultados

11. Especificación de la captura de información

- Se inició con la aplicación de la guía de evaluación Nieto (1995), para evaluar la edad de desarrollo de los alumnos que participaron en la investigación, se utilizaron las hojas de evaluación que presenta la guía.
- Para el registro de las actividades a realizar en el taller de danza terapia, se utilizaron cartas descriptivas, donde se especificó el objetivo de la sesión, actividades desarrolladas, material y tiempo requerido, así como una sección de observaciones, donde el instructor realizó un registro anecdótico, con las observaciones recabadas en cada una de las sesiones.
- Se volvió a aplicar la guía Nieto (1995), a través de las hojas de evaluación y comparar si existen modificaciones en las áreas de desarrollo después de haber asistido al taller de danza terapia.

12. Procesamiento de información

De acuerdo a las características de la información y la naturaleza e intención del presente estudio, se presentaron los resultados (de la guía de evaluación Nieto, 1995), primera y segunda medición, en un mismo grupo, se hizo una descripción de los resultados de la edad cronología y la edad de desarrollo de los niños, a través de estadística descriptiva, por medio de frecuencias y gráficas.

VI. RESULTADOS

A continuación se presenta la descripción de los resultados obtenidos que de acuerdo al diseño de esta investigación realizada en un solo grupo, se aplicó la guía de evaluación Nieto (1995), previamente a la aplicación del taller de danza terapia y se volvió a aplicar después del taller, quedando integrada la muestra por los siguientes alumnos pertenecientes al grupo de preescolar con discapacidad auditiva que asisten al CAM, No 5.

No. de alumno	Edad Años/meses	Sexo	Diagnóstico
1	5.2	F	Hipoacusia bilateral profunda
2	5.9	M	Hipoacusia bilateral profunda
3	6.2	F	Hipoacusia bilateral profunda
4	5.11	M	Hipoacusia bilateral profunda
5	5.1	F	Hipoacusia bilateral profunda
6	6.4	M	Hipoacusia bilateral profunda
7	4.5	M	Hipoacusia bilateral profunda
8	6.11	M	Hipoacusia bilateral profunda

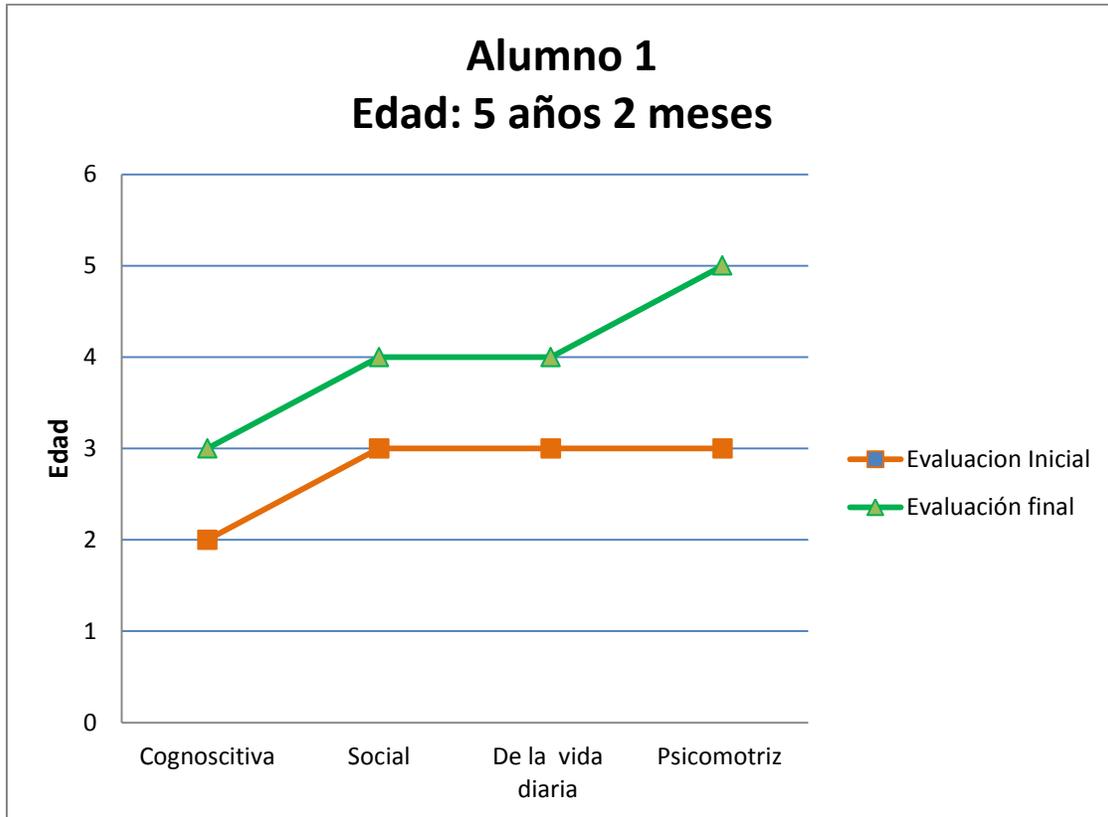
Después de la aplicación del taller de danza terapia se volvió a aplicar la guía de evaluación Nieto (1995), y se encontró que en general los alumnos mejoraron su atención, concentración y manejo de impulsos favoreciendo notablemente su desempeño psicopedagógico.

También se favoreció la coordinación, la motricidad gruesa y fina, a través del movimiento corporal y el libre desenvolvimiento, los alumnos se observaron más seguros y con mayor autoestima reflejada en sus actividades diarias y en el desenvolvimiento con sus compañeros.

El mayor de los avances observados fueron los que se ubicaron en la edad de preescolar, es decir lograron desarrollar sus habilidades acorde al nivel escolar que

cursaban, el área de desarrollo psicomotor fue la que tuvo mayor avance, lograron desarrollar con mayor presión, coordinación y desplazamiento.

Se presentan graficas donde se muestran los resultados de la evaluación inicial y la evaluación posterior al taller.

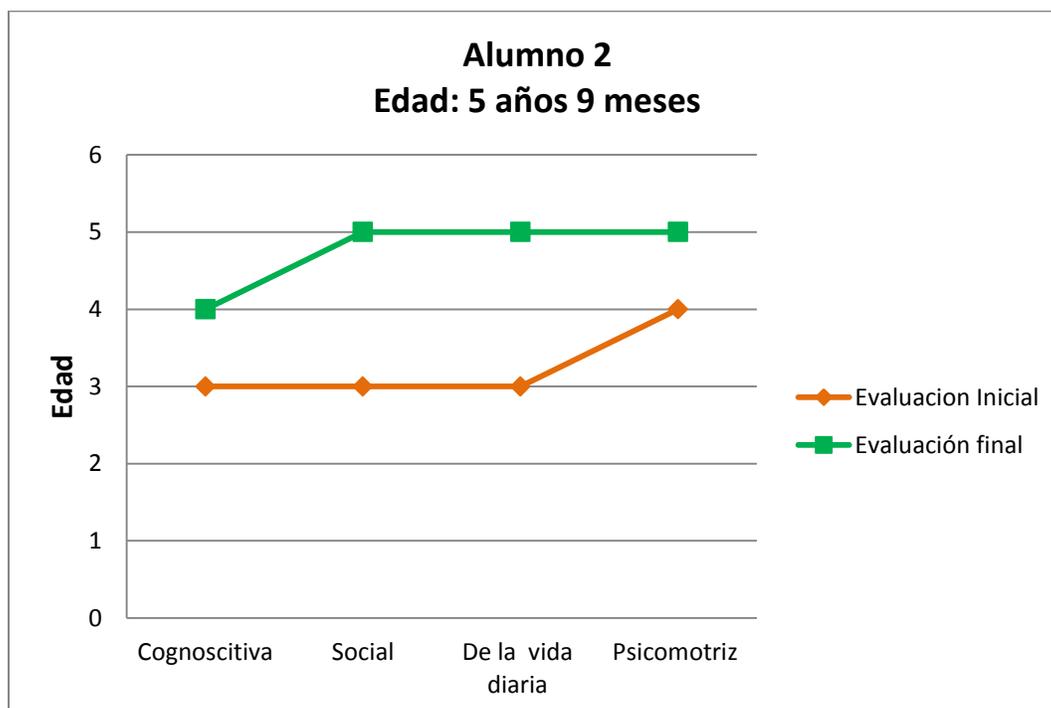


Se observó que el alumno en el área cognitiva, responde con más facilidad algunas preguntas como: ¿dónde?, ¿quién?, ¿cuándo?, identifica objetos por su uso, nombra figuras, explica acciones, obedece ordenes, posee conceptos de tamaño, mantiene la atención por periodos más largos, posee capacidad de representación, identifica sus trabajos, reconoce su esquema corporal, ya que la danza terapia es un auxiliar importante en la mejora de la atención, concentración, auto reconocimiento, y expresión corporal, mejorando de esta manera la comunicación y las estrategias cognitivas del alumno para la resolución de problemas.

En cuanto al área social, el alumno logro tener lazos amistosos con sus compañeros, con ya que se propiciaron las relaciones interpersonales.

En el área de la vida diaria el alumno se muestra cooperativo en las labores de la casa, va solo al sanitario usándolo correctamente, se lava los dientes solo y la cara también, se viste y desviste solo, esto es porque se favoreció la independencia y las conductas adaptativas.

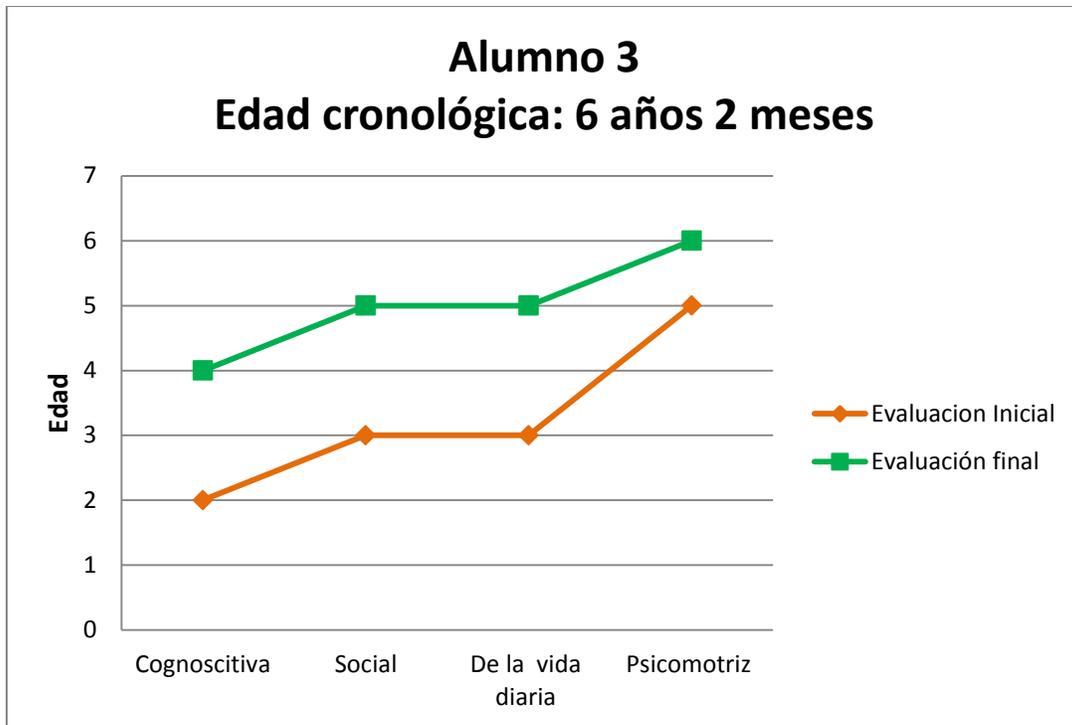
En el área psicomotora el alumno logro pasar de una posición a otra sin perder el equilibrio, salta alternando los pies, da pequeños saltos en un pie y en otro, se sostiene en equilibrio sobre la punta de los pies por varios segundos de igual manera lo hace sobre la barra de equilibrio durante 5 o 10 minutos, baja las escaleras alternando los pies, logro un buen desarrollo de esquema corporal, utiliza la mano dominante, hace una pelota con papel china, sostiene el lápiz con facilidad, y desarrollo su orientación espacio-temporal, dado que la danza terapia favorece el fortalecimiento de habilidades motrices gruesa y fina, mejora el equilibrio y la coordinación motora, la disciplina y el auto control así como el auto reconocimiento y crea conciencia de su propio cuerpo.



El alumno en el área cognoscitiva , inicia el empleo del cómo y por qué, reconoce objetos por su función, es capaz de seguir dos órdenes simples en Lenguaje de Señas Mexicano (LSM), repite pequeñas canciones en LSM, dice su seña personal LSM, comprende conversaciones, inicia la clasificación juntando y separando objetos cuadrados, redondos, con texturas diferentes, ya que se estimularon y propiciaron conductas comunicativas, proporciona estrategias cognitivas para la resolución de problemas, abre canales de comunicación, mejora las áreas de atención, concentración y expresión.

Dentro del taller se incitó el control de impulsos, las relaciones interpersonales, el fortalecimiento de la comunicación, la expresión y la independencia personal por lo que favoreció en las áreas de sociales y vida diaria, observando que el alumno le agrada proteger niños más pequeños o en condiciones desfavorables, juega en pequeños grupos, inicia en la colaboración de tareas domésticas, es más independiente en el uso de utensilios para la alimentación y el uso del sanitario, lava y seca las manos y la cara sin ayuda y escoge su ropa.

En cuanto al área psicomotora el alumno logro pasar de una posición a otra sin perder el equilibrio, salta alternando los pies, da pequeños saltos en un pie y en otro, se sostiene en equilibrio sobre la punta de los pies por varios segundos de igual manera lo hace sobre la barra de equilibrio durante 5 o 10 minutos, baja las escaleras alternando los pies, logro un buen desarrollo de esquema corporal, utiliza la mano dominante, hace una pelota con papel china, sostiene el lápiz con facilidad, y desarrollo su orientación espacio-temporal, dado que la danza terapia favorece el fortalecimiento de habilidades motrices gruesa y fina, mejora el equilibrio y la coordinación motora, la disciplina y el auto control así como el autor reconocimiento y crea conciencia de su propio cuerpo.



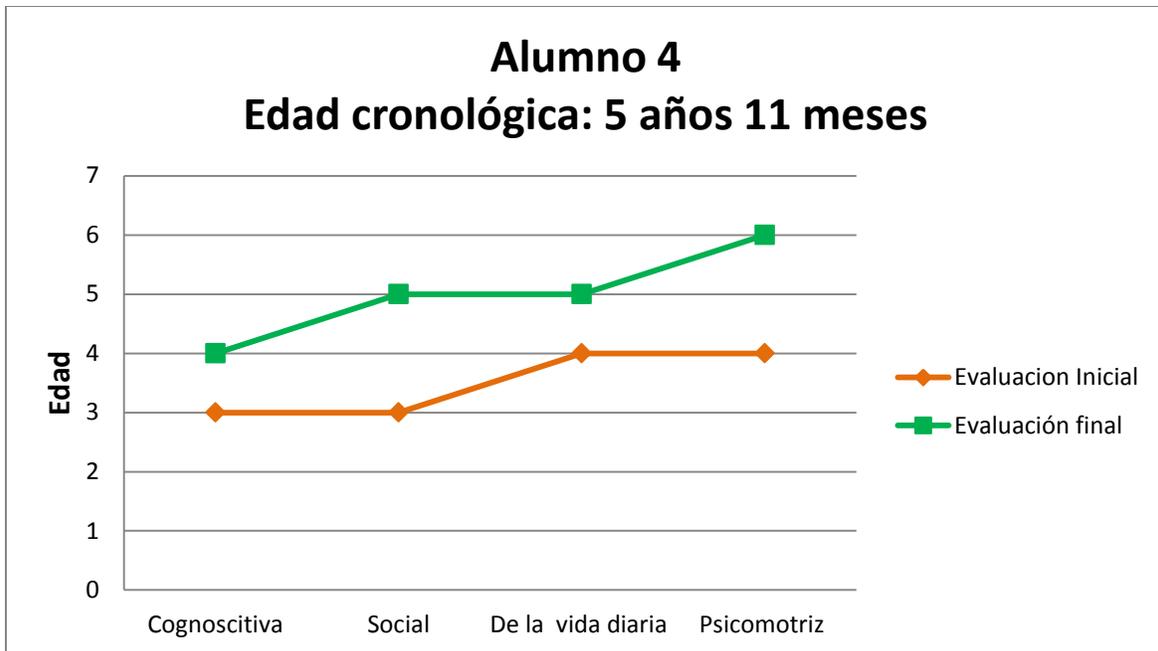
Este alumno al ser evaluado inicialmente mostraba una edad correspondiente a la etapa maternal, y posteriormente en la evaluación final realizó actividades correspondientes a la edad preescolar.

En el área cognitiva, el alumno es capaz de identificar sus pertenencias, reconoce la función de algunos objetos, sigue ordenes simples, discrimina señas en LSM, sabe contar del uno al cuatro asociando cantidades e inicia con la clasificación de objetos.

En el área social busca a sus compañeros que se aíslan para estar con ellos, es capaz de jugar en grupos pequeños.

En el área de la vida diaria, le agrada ayudar en actividades doméstica, trata de comer solo, toma líquidos sin derramar, va al sanitario solo, trata de lavarse los dientes solo, muestra preferencia por algunas prendas de vestir.

En el área psicomotriz, puede mantener el equilibrio en un solo pie, camina de puntitas, camina sobre una línea recta trazada en el piso, corta con tijeras sobre una línea recta, corre y pateo para golpear la pelota.



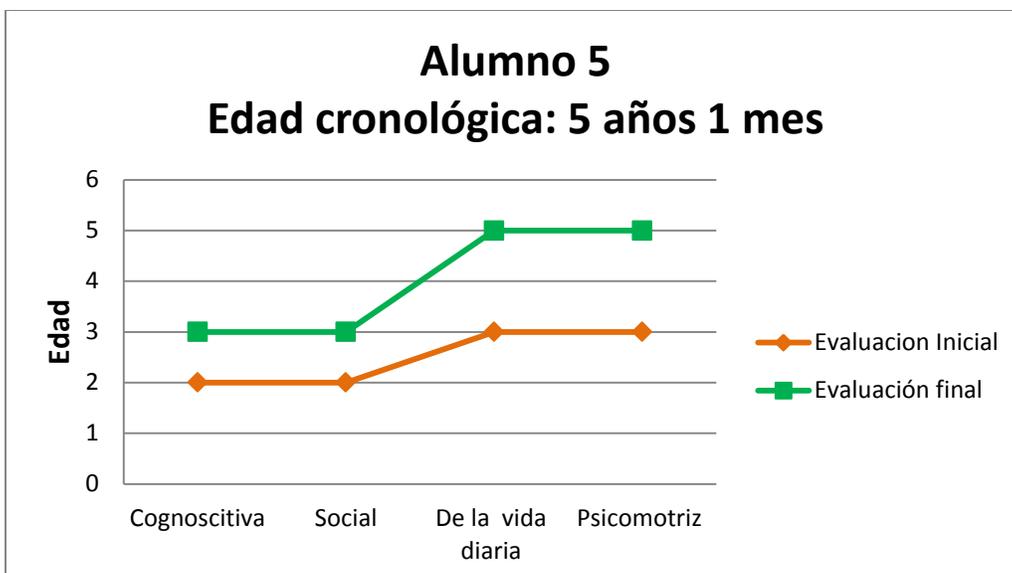
Inicialmente este alumno en las áreas cognoscitiva y social se encontraba en la etapa maternal, con la estimulación logro llegar a la etapa de preescolar y desarrollo más actividades acordes a su edad de desarrollo.

En el área cognoscitiva, realiza preguntas de cómo y el porqué de las cosas, usa oraciones cortas y simples, sigue órdenes simples, dice su nombre completo, realiza clasificación de objetos de acuerdo a su textura a través del tacto y selecciona objetos por medio de pinza.

En el área social, le agrada convivir con sus compañeros y proteger a los niños que son vulnerables.

En el área de la vida diaria, come solo, masticando correctamente ya sean fríos o calientes, come sin derramar, va solo al sanitario, lava y seca sus manos correctamente.

En el área psicomotriz, se cuelga de la barra de ejercicios balanceando su cuerpo, salta desde un escalón con ambos pies, posee ritmo en los movimientos que realiza.

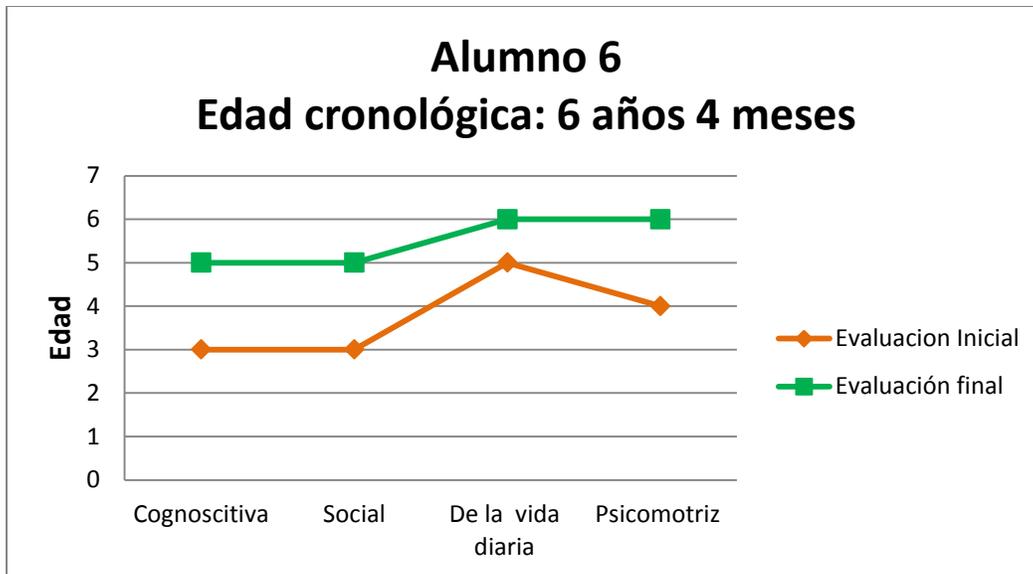


En el área cognoscitiva emplea pronombres como: mío, tuyo, obedece órdenes simples, identifica objetos por su uso, nombra figuras, explica acciones, obedece ordenes, posee conceptos de tamaño, mantiene la atención por periodos más largos, posee capacidad de representación, identifica sus trabajos, reconoce su esquema corporal, ya que la danza terapia es un auxiliar importante en la mejora de la atención, concentración, auto reconocimiento, y expresión corporal, mejorando de esta manera la comunicación.

En el área social el alumno trata de integrarse al grupo haciendo amigos, come sin hablar y muestra preferencia por algunas prendas de vestir.

En el área de la vida diaria, come solo, mastica correctamente, come alimentos fríos o calientes, toma líquidos sin derramar, va solo al sanitario, lava y seca sus manos y cara correctamente.

En el área psicomotora el alumno logra pasar de una posición a otra sin perder el equilibrio, salta alternando los pies, da pequeños saltos en un pie y en otro, se sostiene en equilibrio sobre la punta de los pies por varios segundos, baja las escaleras alternando los pies, utiliza la mano dominante, sostiene el lápiz con facilidad, y desarrollo su orientación espacio-temporal.



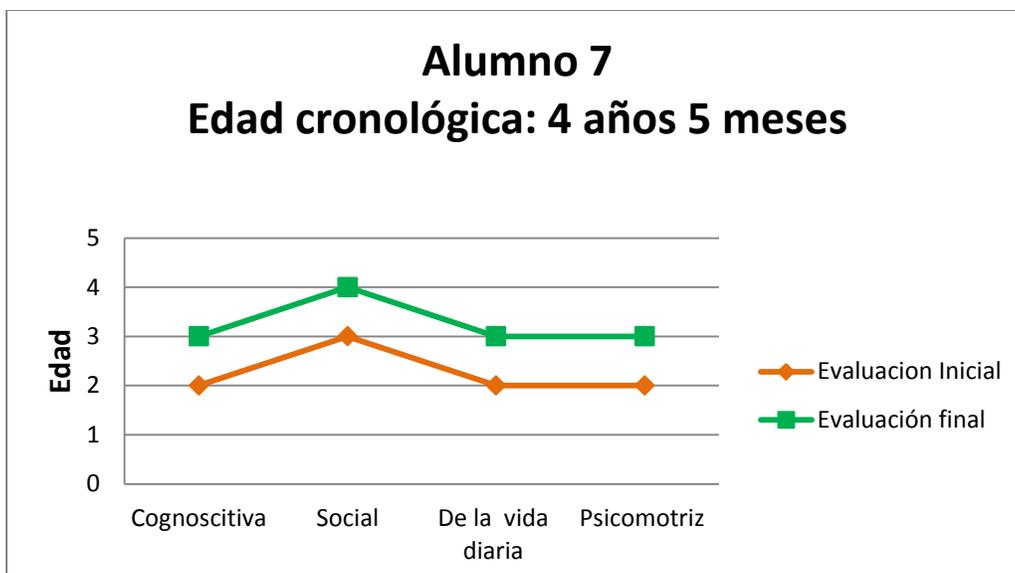
Este alumno tuvo un avance en todas las áreas, en las áreas cognoscitivas y social paso de estar en una etapa maternal a la etapa preescolar, es un alumno que realiza muchas actividades sin dificultad.

En el área cognoscitiva, usa oraciones de hasta seis palabras, usa correctamente el género, identifica diez colores, le interesan las historias más reales, posee concepto de tamaño, copia letras y números, logra expresar sus sentimientos.

En el área social se integra al grupo, trata de cuidar e integrar a los más pequeños.

En el área de la vida diaria, usa correctamente la cuchara y tenedor para comer, lava sus manos antes de cada alimento, se viste solo sin amarrar aun sus agujetas.

En el área psicomotriz, puede mantener el equilibrio en un solo pie, camina de puntitas, camina sobre una línea recta trazada en el piso, corta con tijeras sobre una línea recta, corre y pateo para golpear la pelota.



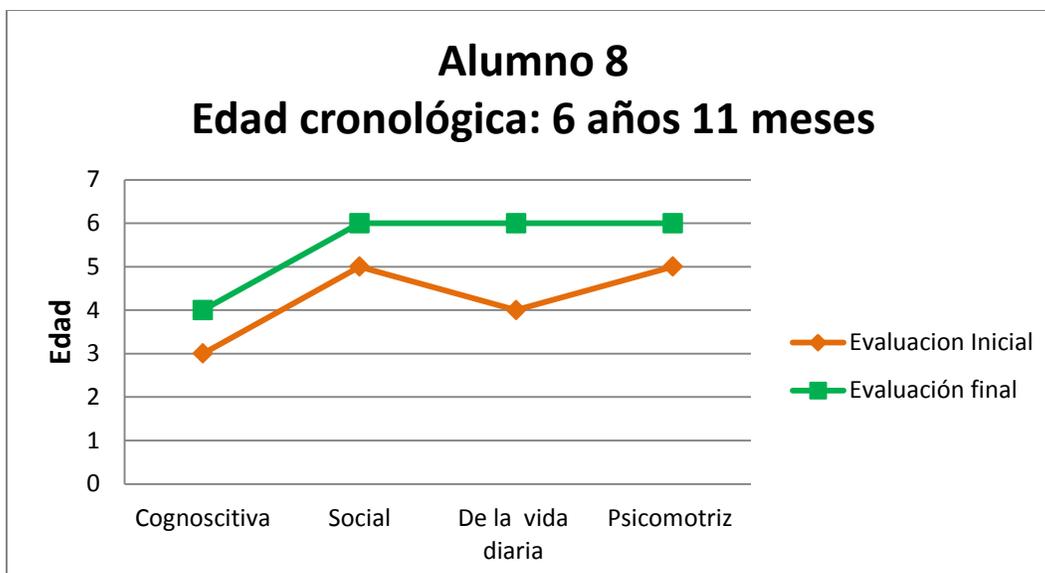
Inicialmente el alumno presentaba dificultad en las áreas cognoscitiva y de la vida diaria, se logró que el área social pasara a la etapa de preescolar, es decir que realice actividades de mayor complejidad, falta trabajar con todas las áreas de este alumno.

En el área cognitiva, responde algunas preguntas como: ¿dónde?, ¿quién?, ¿cuándo?, identifica objetos por su uso, nombra figuras, obedece ordenes simples, posee conceptos de tamaño, mantiene la atención por periodos más largos, identifica sus trabajos, reconoce su esquema corporal.

En cuanto al área social, el alumno logro tener lazos amistosos con sus compañeros, con ya que se propiciaron las relaciones interpersonales.

En el área de la vida diaria el alumno ayuda a disponer de la mesa para comer, sostiene la cuchara para comer, se sirve agua de un recipiente a un vaso, va solo al sanitario, sabe abotonarse la ropa, se pone solo calcetines y zapatos.

En el área psicomotriz, es capaz de alternar los pies al subir escaleras, camina con las puntas de los pies, enrosca la tapa de los frascos, recibe la pelota con los brazos extendidos, camina sobre un círculo trazado en el piso.



Este alumno tuvo un avance en el área de la vida diaria, hace falta trabajar con el área cognitiva para que la desarrolle y realice actividades de mayor complejidad acordes a su edad.

El alumno en el área cognoscitiva, inicia el empleo del cómo y por qué, reconoce objetos por su función, es capaz de seguir dos órdenes simples en LSM, repite pequeñas canciones en LSM, dice su seña personal LSM, comprende conversaciones, inicia la clasificación juntando y separando objetos cuadrados, redondos, con texturas diferentes, ya que se estimularon y propiciaron conductas comunicativas, proporciona estrategias cognitivas para la resolución de problemas, abre canales de comunicación, mejora las áreas de atención, concentración y expresión.

En el área social, se preocupa por sus compañeros y muestra empatía con ellos y las situaciones que les pasan.

En el área de la vida diaria, usa tenedor para comer correctamente, lava y seca sus manos y cara para tomar alimentos y se viste solo.

En el área psicomotriz, puede mantener el equilibrio en un solo pie, camina de puntitas, camina sobre una línea recta trazada en el piso, corta con tijeras sobre una línea recta, corre y pateo para golpear la pelota.

PROGRAMA DEL TALLER DE DANZA TERAPIA

A continuación se presentan las cartas descriptivas del programa del taller de danza terapia, cuyo objetivo fue desarrollar y mejorar las habilidades cognitivas, de la vida diaria, sociales y psicomotoras de niños y niñas con discapacidad auditiva, en edad preescolar, a través de la danza terapia.

Objetivo: A través de la danza terapia desarrollar y mejorar las habilidades cognitivas, de la vida diaria, sociales y psicomotoras de niños y niñas con discapacidad auditiva, que asisten a segundo y tercero de preescolar.

Sesión I

Nombre: Rompiendo barreras.

Objetivo: Propiciar que los alumnos por medio de la danza terapia, mejoren su motricidad gruesa.

Descripción de la actividad	Recursos	Tiempo	Observaciones
Iniciar con calentamiento con algunos ejercicios rítmicos en círculo,	Tela para cada alumno	10 minutos	Los alumnos participan activamente siguiendo instrucciones.
Proporcionar material (una tela) a cada niño.		5 minutos	Después de proponer los movimientos los alumnos tardan varios minutos en realizarlos.
El instructor los formara en círculo y propondrá movimientos, para que los alumnos los realicen.		20min	3 alumnos salieron del círculo y corrieron por todo el salón con la tela sobre la cabeza, sin dejar de corretearse sin control, se trata de poner orden pero fue inútil pues los alumnos continuaron jugando por todo el salón.
Se concluye la sesión pidiendo guardar sus telas.		10 minutos	Después de llamarlos se integraron al círculo y participaron en la actividad.

Sesión II

Nombre: Conectando con uno mismo.

Objetivo: Propiciar que los alumnos por medio de la danza terapia, mejoren su motricidad gruesa

Descripción de la actividad	Recursos	Tiempo	Observaciones
Se inicia la sesión con calentamiento con algunos ejercicios rítmicos.	Tela para cada alumno	10 minutos	Los alumnos realizaron los movimientos sin dificultad, imitando movimientos los movimientos propuestos por el instructor.
Se le entrega material (tela) a cada alumno para realizar ejercicios rítmicos.		5 minutos	
Algunos de los movimientos propuestos son arriba y abajo, dos alumnos se cubrieron con su tela todo el cuerpo, interrumpiendo el orden previsto, ya que corrían sin control por todos lados, en ese instante se corrió junto con ellos, haciendo los mismos movimientos que hacían.		20 minutos	Se modificó la estructura de la sesión, aprovechando la intervención de dos alumnos que se cubrieron todo el cuerpo con la tela y se les imito en sus movimientos.
Los pequeños terminaron deslizándose con sus telas en el suelo, jugando muy divertidos.		10 minutos	Las emociones presentadas fueron de molestia con los pacientes totalmente fuera de control y se aprovechó para incluir al resto del grupo, logrando que también disfrutaran la actividad de danza.
Cierre de la sesión.			

Sesión III y IV

Nombre: El ritmo entre mamá e hijo.

Objetivo: promover el control de impulsos, la coordinación motora gruesa a través de la danza terapia

Descripción de la actividad	Recursos	Tiempo	Observaciones
Se inicia la sesión con un saludo.	Telas de colores para cada alumno	5 minutos	Las madres apoyaron a sus hijos para realizar los ejercicios y poco a poco los pequeños por si solos fueron realizando los movimientos, se trabajó en un ambiente de alegría y disposición.
Se da la instrucción de caminar alrededor del salón a los niños y a las mamás, para realizar calentamiento		10 minutos	El involucrar a madres de familia cambiaron las cualidades del movimiento pues el flujo fue más controlado, el todo el espacio, con combinaciones en el tiempo siendo en ocasiones lento y continuo.
Se proponen diversos movimientos rítmicos, se emplea la técnica del espejo.		10 minutos	Contestaron que se sintieron felices, divertidas y más unidos con sus hijos.
Se proporcionaron telas de colores, (una tela para mamá e hijo), primero se proponen movimientos diferentes, se les da la indicación de realizar pasos libres.		10 minutos	Se observó a dos alumnos más participativos, contentos y controlados
Los alumnos y sus mamás se dispersaron por el salón realizando cada uno ejercicios rítmicos con sus telas de forma armónica.		10 minutos	En la sesión IV se continuo la actividad
Finalmente se realizó una retroalimentación entre las mamás pidiéndoles su opinión respecto a la sesión una a una.		10 minutos	
Se dio un espacio para jugar con sus hijos, se relajaron. Se deja como tarea pensar en algunos pasos específicos para la próxima sesión.			

Sesión V y VI

Nombre: Ejercitando la fuerza

Objetivo: Transformar la energía del berrinche en creatividad, fortaleciendo la autoestima del alumno a través de la danza terapia

Descripción de la actividad	Recursos	Tiempo	Observaciones
<p>Se inicia la sesión saludando a los niños y sus mamás, platicando y preguntando cómo se encuentran recordando los ejercicios que tenían de tarea.</p>	Diversas telas de colores	5 minutos	Al principio las mamás tenían que apoyar a sus hijos con los movimientos llevándolos de la mano y dirigiendo cuerpo.
<p>Se realizó un calentamiento en círculo llevando a cabo la técnica del espejo, algunas mamás reían y comentaban que ellas no sabían bailar y que les daba pena, se les invito a iniciar la terapia</p>		5 minutos	En algunos minutos los pequeños iniciaron de forma independiente el movimiento, solo un niño que es inquieto se distraía realizando movimientos libres saliendo del círculo, por lo que su abuelita tenía que regresarlo a la actividad y el aceptaba continuar.
<p>Se solicitó a mamá por mamá realizaran diferentes movimientos, los que ya les había pedido de tarea, y que el resto los reprodujera, y así cada una los fue haciendo en par con su hijo.</p>		5 minutos	Los alumnos estaban contentos realizando esas actividades al igual que sus mamás.
<p>Se retomó la dirección para los ejercicios proponiendo algunos en donde se involucraba la fuerza.</p>		5 minutos	
<p>Se les colocan las telas de diferentes colores sobre el piso dando pequeñas pataditas con ritmo a la tela, cada una eligió la tela que más le gustara y se colocaron en pares, se enredaron primero los niños en la tela hasta quedar enredados y los soltaron de repente sus</p>	Diversas telas de	5 minutos	Uno de los alumnos más berrinchudo muestra desagrado e inconformidad,

<p>mamás, repitiendo varias veces el mismo ejercicio.</p> <p>Se les pidió que pusiera cada una a su hijo sobre la tela en el piso y los pasearan por todo el salón.</p> <p>Se les pidió a los niños arrastraran a su mamá sobre la tela por todo el suelo, pero ellas tenían que ayudarles un poco en el arrastre sin descuidar la fuerza que tenían que hacer ellos.</p> <p>El siguiente ejercicio fue que niños se pararan con la tela hecha rollito en la cintura, y trataran de correr y las mamás los trataban de jalar.</p> <p>Después se les pidió que fueran las mamás quien se colocara la tela en la cintura y sus pequeños las jalaban.</p> <p>El último ejercicio que se realizó fue cubrir a sus pequeños con la tela, simulando enredados como cuando eran bebés balanceándose al ritmo de la música sobre el piso.</p> <p>Para concluir las sesiones se les pide a las mamás que doblen la tela con ayuda de sus hijos.</p>	<p>colores</p>	<p>5 minutos</p> <p>10 minutos</p> <p>5 minutos</p> <p>5 minutos</p> <p>5 minutos</p>	<p>pues entiende que la terapia ha terminado cuando me acerque y le pedí que entregarla para guardarla, se mostró tolerante y me la da la tela de forma amable.</p> <p>Las mamás comentan entre ellas que les agrada la actividad, ya que pueden observar como sus hijos participaron activamente y les agrado tener un espacio de juego y recreación porque regularmente no se dan el tiempo y oportunidad de compartir con sus hijos.</p>
--	----------------	---	---

Sesión VII y VIII

Nombre: Listones de colores.

Objetivo: Favorecer la coordinación motora fina, a través de la danza terapia

Descripción de la actividad	Recursos	Tiempo	Observaciones
Se inician las sesiones con un saludo cordial entre los niños y las madres se le invita a formar un círculo	Listones de colores de papel crepe	5 minutos	El trabajo en círculo mejora la comunicación de forma importante pues el objetivo de estas sesiones es favorecer la comunicación entre madre e hijo
Se realiza un calentamiento iniciando con movimientos lentos de cabeza, cuello, hombros, brazos, manos, dedos, cintura, tronco, rodillas, aumentando progresivamente la rapidez.		10 minutos	Los alumnos realizan los ejercicios primero con apoyo de sus madres, continuando ellos solos, haciendo espejo con su mamá
Se retoma la técnica de espejo, donde tienen que imitar los movimientos que se les proponen para estimular el plano sagital ya que generalmente los pequeños manejan más su plano vertical		5 minutos	La primera parte de la sesión fue dirigida proporcionando instrucciones, poco a poco mientras pasaba el tiempo los niños fueron proponiendo los movimientos de forma independiente en un círculo
Se les proporcionan los listones a los niños y se les sugiere realizar movimientos de arriba-abajo, delante-atrás, de forma rítmica, ya que el ritmo se actúa como gran organización en nuestro cuerpo		10 minutos	Cada madre con su hijo lograron abrir canales de comunicación pues se observó como el vínculo madre e hijo se retroalimentaba con diferentes movimientos más libre siendo también ambos muy creativos. Uno de los alumnos (Brian)

<p>Se realizaron diversos movimientos se enredan con el listón hasta abrazarse y soltarse de repente, las madres corrían con el listón en las manos desplazándose de forma libre por el salón.</p> <p>Para finalizar la sesión se les da la instrucción a las madres, pidiendo que los listones los pasen primero recorriendo cada parte de su cuerpo, las mamás a los niños y después los niños a las mamás retomando el conocimiento de esquema corporal y de comunicación.</p> <p>Se realizó una retroalimentación de las sesiones y se despidió al grupo.</p>		<p>5 minutos</p> <p>5 minutos</p> <p>10 minutos</p>	<p>no quiso realizar algunos ejercicios, por lo que se le invito a que continuara, y se acostó en el suelo por un rato, al ver que los demás niños continuaban participando se levantó y siguió con los ejercicios</p> <p>Todos en el piso y pregunte a cada mamá como se habían sentido, ellas contestaron que a gusto, felices y contentas. Después se le pregunto que mientras bailaban que imaginaban.</p> <p>Una de ellas contesto que imaginaba a su hija (Adriana) como una bailarina muy bonita las demás pensaban en sus hijos como personas independientes y capaces de realizar cualquier actividad sin ninguna limitación.</p>
---	--	---	--

Sesión IX

Nombre: Aros de colores.

Objetivo: Proporcionar actividades para mejorar reflejos, coordinación motora fina y gruesa en los niños, por medio de la danza terapia

Descripción de la actividad	Recursos	Tiempo	Observaciones
Se inicia con un saludo	Aros de colores para cada alumno	5 minutos	Los niños saludan a sus compañeros y a las madres de familia de forma espontánea y contentos
Se les pide a los alumnos que pasen de forma individual a saludar a sus compañeros y a sus mamás.			
De pie y formando un círculo se realiza calentamiento con movimiento rítmico		5 minutos	
Se da la instrucción a los alumnos que inicien y sigan los ejercicios conectando bien el ritmo.		10 minutos	
se coloca en el centro un aro para cada uno de los alumnos y sus mamás			
Se da la instrucción de que con movimientos suaves se lleve el aro y llevándolo de arriba hacia abajo, adelante atrás, de izquierda a derecha, con una mano y después con la otra, con la interacción se manipula el plano sagital, vertical y horizontal siendo esta la primera actividad dirigida.	10 minutos		
En este segundo momento, tratan de rotar los círculos con movimientos cadenciosos lo cual fue un total fracaso, ya que los alumnos se encuentran en una etapa egocéntrica y no quisieron soltar su aro.	5 minutos		

Sesión X y XI

Nombre: Pinceles.

Objetivo: Propiciar que los alumnos relacionen su cuerpo y la música por medio de la danza terapia

Descripción de la actividad	Recursos	Tiempo	Observaciones
Se da la bienvenida, saludándose todos con todos de manera ordenada y con una sonrisa.	Un metro de papel craf por alumno	5 minutos	Durante la realización de las actividades se observara los trabajos de la motricidad fina, como son los trazos, los dibujos y pinturas. También permitió observar como utilizan las herramientas de apoyo disponibles en el aula.
Se hace entrega del material para la sesión. Se les indica que el papel va sobre el piso y su bote de pintura igual.	Un bote de pintura de diferente color por alumno Música.	5 minutos	Los alumnos tienen un uso adecuado de los materiales, de acuerdo a sus habilidades y destrezas en la ejecución de los ejercicios
Con las manos empapadas de pintura hacer diferentes movimientos sobre el papel tratando de seguir el ritmo de la música generando creativos trazos en el papel.		10 minutos	Existe buena comunicación e interlocución con los demás, las expresiones utilizadas en el dialogo con los compañeros, y el buen uso de los recursos del entorno van acordes a su edad.
Se les pide que se laven sus manos y pongan al sol sus pinturas.		5 minutos	
Sentados en círculo, se les pregunta ¿si les gusto o no?, ¿Qué dibujo habían realizado?		10 minutos	
Despedida.		5 minutos	

Sesión XII y XIII

Nombre: Enroscados.

Objetivo: Perfeccionar el control de la motricidad fina, la coordinación de las dos manos, la fuerza manual y la rotación de las muñecas por medio de la danza terapia

Descripción de la actividad	Recursos	Tiempo	Observaciones
<p>Se inicia la sesión saludando a los participantes.</p> <p>Se colocan tres sobre la mesa delante del niño</p> <p>Se agita una golosina que le guste a través de su campo de visión, cuando se capte su atención, se desenrosca la tapadera de alguno de los botes y coloca la recompensa dentro, lentamente enróscala de nuevo. Se sujeta el tarro y gesticula para el niño que lo abra haciendo exageradamente la mímica de las manos, luego coloca sus manos sobre el bote de la manera correcta y ayúdale a desenroscar la tapa para conseguir su premio. Se repite el procedimiento con los otros recipientes. Se reduce la ayuda hasta que pueda abrir los tres por sí mismos.</p> <p>Al finalizar la sesión se permite a los niños consumir sus dulces. Y despedida.</p>	<p>Tres botes por cada niño</p> <p>Dulce o golosina favorita de cada niño.</p> <p>Música</p>	<p>10 minutos</p> <p>25 minutos</p> <p>5 minutos</p>	<p>Los alumnos muestran mucho interés ya que el estímulo les resulta muy atractivo.</p> <p>Todos los alumnos lograron la actividad sin apoyo y siguieron las instrucciones de manera adecuada.</p> <p>Al finalizar se realizan preguntas sobre el dulce que les toco como: de qué color es, de que sabor es, si es chico o grande.</p> <p>Se les da las gracias y se da por terminada la sesión.</p>

Sesión XIV

Nombre: Deditos juguetones.

Objetivo: Mejorar la motricidad fina y coordinación de ambas manos, a través danza terapia

Descripción de la actividad	Recursos	Tiempo	Observaciones
<p>Se inicia la sesión con un saludo a los asistentes.</p> <p>Se muestran a los niños cómo realizar movimientos simples con los dedos y luego hacer que los imite (por ejemplo, tocar cada uno de los dedos de la mano derecha con el pulgar izquierdo y los demás sucesivamente).</p> <p>Indicarles cómo debería imitar los movimientos. Si realizan algún movimiento para copiarte, utilizar la mano para mover sus dedos del modo adecuado.</p> <p>Premiar inmediatamente los movimientos realizados correctamente.</p> <p>Movimientos: Mover el pulgar con el puño cerrado, Mover todos los dedos con las palmas hacia arriba, Mover cada dedo individualmente con las palmas hacia arriba.</p> <p>Repetir la actividad usando algún otro movimiento sencillo de dedos de manera que llegue a controlar sus dedos juntos e individualmente.</p> <p>Se les pide que poco a poco dejen de mover sus dedos, se les reparten pequeños dulces y se les indica que la sesión se ha terminado.</p>	<p>Música, Dulces</p>	<p>5 minutos</p> <p>30 minutos</p> <p>5 minutos</p> <p>10 min</p>	<p>Se inicia con una pequeña explicación en donde los alumnos muestran mucha atención</p> <p>Después de algunos momentos de iniciar la actividad, tres alumnos se distraen jugueteando con sus dedos sin atender a los ritmos marcados por la docente, se decide continuar con los demás alumnos hasta lograr captar nuevamente la atención de dichos alumno lográndolo, y así se continuo trabajando de manera armónica de acuerdo al ritmo marcado concluyendo la actividad.</p>

Sesión XV y XVI

Nombre: Circulitos.

Objetivo: Propiciar que los niños mejoren la psicomotricidad fina y gruesa, a través danza terapia

Descripción de la actividad	Recursos	Tiempo	Observaciones
<p>Se inicia la sesión con un saludo</p> <p>Se les propone a los niños a desplazarse por el espacio en forma libre con un fondo musical que tendrá variantes en el ritmo con el fin de propiciar diferentes movimientos corporales, y el cambio en las velocidades en la ejecución.</p> <p>Se proporciona a los niños aros, y se les pregunta ¿qué podemos hacer con el aro? propiciando que ejecuten diferentes movimientos en forma libre, podría ser que lo pasen por su cuerpo, lo ruedan, lo mueven con sus piernas, luego sus brazos, cuello, le podemos preguntar ¿de qué otra forma podemos jugar con el aro? De forma tal que propiciemos que encuentren todas las posibilidades de interactuar con él; podría darse arriba, abajo, delante, detrás, que se coloquen dentro, fuera, a la derecha a la izquierda.</p> <p>Se finaliza la sesión recogiendo el material y dándoles las gracias por el bonito trabajo que elaboraron.</p>	Aros para cada niño	5 minutos 15 minutos 20 minutos 5 minutos	<p>Al inicio realizan las instrucciones marcadas por la docente, cuando se decide dejarlos solos para que las actividades se realicen de manera libre, dos alumnos salen jugando con los aros corriendo por todo el espacio uniéndoseles dos compañeros más al juego, la docente continua con la actividad tratando de contagiar el rito que se está utilizando en ese momento uniéndose al juego de los cinco alumnos, transformando ese juego en parte de la actividad y no so fuese una situación aislada, haciéndose nuevamente un gran grupo. Finalizando la actividad de manera pacífica.</p> <p>Se debe tener en cuenta que la actividad no debe ser dirigida, que debemos dejarlos que actúen con el objeto en forma libre logrando su disfrute.</p>

Sesión XVII y XVIII

Nombre: Conciencia corporal.

Objetivo: Propiciar que el alumno por medio de las emociones pueda tener mayor conciencia corporal, a través de la danza terapia

Descripción de la actividad	Recursos	Tiempo	Observaciones
<p>Se inicia la sesión saludando a los asistentes</p> <p>Se les propone a los niños a explorar su cuerpo con sus manos libremente y a realizar movimientos corporales libres, con un marco musical suave; luego se les pregunta ¿Qué animales conocen? ¿Los han visto?, ¿Dónde? ¿Cómo son? ¿Cómo caminan? Se les invita a jugar que son animalitos y a caminar como ellos, utilizando todo el espacio.</p> <p>Luego se les pregunta ¿Cómo que animalito caminaron? y se les invita a organizarse en grupo de acuerdo a las características de los animales.</p> <p>La docente establece puntos equidistantes en el espacio en el cual se desplazan, luego les formula a los grupos la siguiente interrogante ¿Imaginemos que siendo el animalito que elegiste (se mencionan diferentes animales), necesitan buscar su alimento que está al otro extremo, ¿cómo lo haría? Se les invita a realizar el reto, de esta forma los niños se desplazarán de formas distintas saltando, reptando, caminando, hasta llegar a su alimento.</p> <p>Se concluye la actividad, preguntando qué es lo que come cada animalito, y si les gusto o no la actividad.</p>	<p>Música</p> <p>Dibujos en cartulinas de diferentes tipos de alimentos</p>	<p>5 minutos</p> <p>10 minutos</p> <p>10 minutos</p> <p>10 min</p>	<p>Los alumnos llevaron a cabo las instrucciones adecuadamente y atendiendo el ritmo marcado por la docente.</p> <p>La búsqueda del alimento los estimuló para lograr y competir entre ellos para llegar al otro extremo del espacio por su alimento.</p> <p>De manera alegre finalizaron la actividad y todos lograron llegar a su alimento.</p> <p>En esta actividad mostraron una buena competencia comunicativa, pues indicaban de manera correcta que alimento comía cada animalito, de igual manera realizaban corporalmente los movimientos imitando a cada animal que les tocó interpretar.</p>

VII. ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este apartado se presenta el análisis de los resultados obtenidos al desarrollar el taller de danza terapia a los alumnos de nivel preescolar, con discapacidad auditiva, que asistieron al CAM N°5, de Toluca, siendo un total de ocho alumnos, de los cuales tres fueron niñas y cinco niños, con edades cronológicas de entre cuatro y siete años.

Se invitó a las madres de familia para participar en el taller, mostrando entusiasmo y alegría al desarrollar las actividades, les permitió compartir actividades con sus hijos y ver su desenvolvimiento dentro del salón de clases y la vez se logró mejorar la comunicación entre madre e hijo, al respecto Sheykholya (2013), menciona que a través de la danza y el movimiento, el mundo interior de una persona se hace más tangible, se comparte el simbolismo personal, se muestran los modelos de relaciones personales que uno tiene con los demás y se encuentran significados en gestos, posturas y cualidades del movimiento. En el contexto de una relación terapéutica, el paciente puede conseguir conocimiento de cómo él/ella establece y mantiene sus relaciones. Importan los cambios que la persona pueda explorar personalmente, y cuando se habla de “cambios” se refiere a una modificación de los patrones habituales de movimiento que se traducirán en cambios en los patrones habituales de estar, de pensar, de hacer, de sentir.

El taller se desarrolló en 18 sesiones, en algunas se contó con la participación de las madres de los alumnos para poder desarrollar las actividades, al inicio del taller los alumnos se mostraron interesados aunque hubo dos alumnos que abandonaron la sesión y posteriormente la retomaron, las actividades fueron guiadas por la docente del grupo, de acuerdo a Sheykholya (2013), el objetivo de la danza terapia es mejorar, mantener, recuperar o favorecer procesos de integración emocional, cognitiva, física y social. Las cualidades inherentes al movimiento impactan favorablemente en aspectos motores, gracias a su aplicación pueden mejorar la planificación, iniciación y coordinación del movimiento.

Con el taller de danza terapia se favorecieron las diversas áreas del desarrollo logrando una madurez de preescolar, es decir lograron desarrollar sus habilidades acorde al nivel escolar que cursaban, el área psicomotora fue la que tuvo mayor avance, lograron desarrollar con mayor presión, coordinación y desplazamiento, Reza (2005), menciona que los logros psicológicos y físicos que se obtienen con la danza terapia son: reducción de la ansiedad, disminución significativa de la depresión, cambios en el autoestima e imagen corporal, encontrar el equilibrio psíquico del practicante, progresos en las relaciones con otros, capacidad de elevar los niveles de atención y fortalecer la comunicación y la expresión. En los físicos son: el fortalecimiento de las habilidades motrices y artísticas de quien la práctica, desarrolla disciplina y autocontrol, suaviza el dolor crónico y la tensión muscular, mejora el bienestar general a través de las endorfinas, mejora el sistema respiratorio, circulatorio, músculo esquelético e inmune, hacer uso de movimientos distintos a los habituales para descargar posibles contracturas y posturas incorrectas, en personas con discapacidades físicas mejora el equilibrio y la coordinación motora, incrementando su autonomía.

En el área cognitiva se observaron avances, ya que al inicio del ciclo escolar todos los alumnos se encontraban en una edad cronológica de cuatro a siete años, y una edad de desarrollo de 19 a 47 meses, se logró que un 75% de los alumnos desarrollaran sus habilidades cognitivas ubicándolos en una edad de desarrollo de 4 a 6 años. Falta seguir trabajando con dos alumnos para que sigan desarrollando esta área, que es en la que todos los alumnos van atrasados.

En el área de la vida diaria antes del taller de danza terapia un 75% de los alumnos se encontraban en una edad de desarrollo de 19 a 47 meses, que los ubicaba en “maternal”, un 25% de los alumnos se encontraban en una edad de desarrollo de 4 a 6 años, que los ubicaba en “preescolar” y después de su participación en el taller 87% de los alumnos se encontraron en una edad de desarrollo de 4 a 6 años, que los ubica en “preescolar” y un 13% de los alumnos se encontraban en una edad de desarrollo de 19 a 47 meses, que los ubico en “maternal”, por lo que se observó una mejoría en esta área de desarrollo.

En el área social se encontró que el 87% de los alumnos se encontraban en una edad de desarrollo de 19 a 47 meses, que los ubicaba en “maternal”, y un 13% de los alumnos se encontraban en una edad de desarrollo de 4 a 6 años, que los ubicaba en “preescolar”, después de su participación en el taller de danza terapia un 75% de los alumnos se encontraron en una edad de desarrollo de 4 a 6 años, que los ubica en “preescolar” y un 25% de los alumnos se encontraban en una edad de desarrollo de 19 a 47 meses, que los ubicaba en “maternal”, se logró un avance en el área.

En el área psicomotora inicialmente se encontró que un 37% de los alumnos se encontraban en una edad de desarrollo de 19 a 47 meses, que los ubicaba en “maternal” y un 63% de los alumnos se encontraban en una edad de desarrollo de 4 a 6 años, que los ubicaba en “prescolar”, posterior al taller de danza terapia se observó que un 87% de los alumnos se encontraron en una edad de desarrollo de 4 a 6 años, que los ubica en “preescolar” y un 13% de los alumnos se encontraban en una edad de desarrollo de 2 a 3 años, que los ubicaba en “maternal”.

El que los alumnos compartan actividades con sus madres permite que interactúen juntos que se muevan y diviertan, al respecto Reca (2005), menciona que el movimiento, promueve la motivación, brinda estrategias cognitivas para la resolución de problemas, facilita la expresión, abre canales de comunicación., permite regular estados de ánimo, mejora el humor, crea la posibilidad de desarrollar mecanismos de adaptación a situaciones nuevas y/o traumáticas. Todas esto se vio reflejado en las sesiones de danza terapia, cuando las mamás participaban activamente y libremente proponiendo movimientos e imaginando diversos escenarios que compartían al final de la sesiones.

VIII. CONCLUSIONES

El programa de danza terapia diseñado para los alumnos de preescolar, con discapacidad auditiva cumplió con su objetivo, ya que se vieron avances de las áreas cognitiva, de la vida diaria, social y psicomotora, fue aceptado de manera positiva, durante el desarrollo del mismo no se presentaron muestras de rechazo o desaprobación de los alumnos y madres de familia.

El taller de danza terapia fue elaborado para favorecer las áreas de desarrollo de los alumnos así como tratar de entender y respetar las diferencias individuales de cada uno y de acuerdo a las necesidades especiales del grupo, Sheykholya (2013), menciona que en las sesiones de danza terapia, los terapeutas son testigos amorosos de la existencia del otro, buscan ponerse en los zapatos del otro y de espejar sus actitudes corporales para tratar de entender, aunque sea un poco, qué es lo que el otro está sintiendo. El terapeuta trata de ayudar a que él encuentre sus propias respuestas a sus propias preguntas.

La danza terapia es un recurso para enriquecer y ampliar el desarrollo de los alumnos, vinculando los procesos formativos de las escuelas, es una alternativa que proporciona los estímulos necesarios para desarrollar capacidades motrices, expresivas, cognitivas, psíquicas y sociales; además posibilita el aprendizaje de valores como la cooperación, la solidaridad, la tolerancia y el respeto, en el caso de la investigación la mayoría de alumnos se integraron más al grupo, se preocupaban en integrar o proteger a los más pequeños.

Por tanto la danza terapia ofrece un medio ideal para mejorar el área social permitiendo la integración social del niño, se mejoró la comunicación y la relación con los compañeros de grupo. El entorno les permitió crear y conocer habilidades que poseen, explorar el espacio físico y social, vivir la relación de sus cuerpos con el de los demás en un ambiente benéfico para su proceso formativo. El control y dominio de sus cuerpos, propicio una regulación de sus energías e impulsos.

Los alumnos en el área cognitiva, se interesaron más en el lenguaje de señas, lograron seguir ordenes sencillas, centran la atención por periodos más largos, cada uno identifica sus trabajos, reconoce su esquema corporal, por tanto la danza terapia cumple su función como auxiliar importante en la mejora de la atención, concentración, auto reconocimiento, y expresión corporal, mejorando de esta manera la comunicación y las estrategias cognitivas del alumno para la resolución de problemas. En cuanto al área de la vida diaria en los alumnos se favoreció la independencia y las conductas adaptativas.

Sin embargo fue en el área psicomotora que los alumnos lograron avances más significativos, se fortalecieron las habilidades motrices gruesa y fina, mejoraron el equilibrio, la coordinación motora, la disciplina, el auto control, el auto reconocimiento y crearon conciencia de su propio cuerpo.

IX. SUGERENCIAS

- Dar continuidad al taller de danza terapia para seguir desarrollando las diferentes áreas del desarrollo.
- Compartir el programa de danza terapia para ser implementado y adecuado a otros alumnos con otras discapacidades y así poder realizar una comparación con los resultados obtenidos.
- Invitar a los padres de familia a trabajar con los alumnos, para propiciar un acercamiento y comunicación entre padres e hijos, ya que en este taller solo se contó con la asistencia de mamás.
- Diseñar e implementar otro programa de danza terapia entre todos los alumnos con diversas discapacidades, del centro de atención múltiple, para mejorar la psicomotricidad, las relaciones interpersonales y familiares

X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Barbaranne, B. (2007). El niño especial en la familia; Guía para padres. México: Trillas.

García, G. (1989) Piaget. Enciclopedia 5 grandes educadores. México: Trillas.

Gesell, A. (1994). Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño. México: Paidós.

Gesell, A. (1995). El niño de 5 y 6 años. España: Paidós.

Gómez, M. (2002). La educación especial, integración de los niños excepcionales en la familia, en la sociedad y en la escuela. México: Fondo de Cultura Económica.

Hernández, R., Fernández, y Baptista, P. (2003). Metodología de la investigación. México: McGraw Hill.

Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en Ciencias Sociales. México: Interamericana.

Luterman, D. (1995). El niño sordo, guía del padre. México: Prensa médica mexicana.

Miranda, J. (1998). Lenguaje de señas de México. México: AMS.

Molina, A. (1997). Audición en menores con discapacidad y necesidades educativas especiales. México: Ararú.

Moreno, V. (2015). Biodanza. Disponible en:
<http://www.saludterapia.com/articulos/glosario/d/9-biodanza.html#axzz3dkMeF9BV>

Nieto, M. (1995). Evolución del Lenguaje en el Niño. México: Porrúa.

- Nieto, G., (1994). Guía para Estimular los Primeros Años de Desarrollo del Niño. México: FCE
- Palacios, J. y Coll C. (2004) Desarrollo psicológico y educación. Madrid: Alianza.
- Panhofer, H. (2005). El cuerpo y la psicoterapia; teoría y práctica de la danza terapia. Barcelona: Gedisa.
- Paniagua, G. (2001). Las familias de niños con necesidades educativas especiales. Desarrollo psicológico y educación. Madrid: Alianza.
- Papalia, D. (1998). Psicología del desarrollo. México: McGraw Hill.
- Pérez, C. (2004) La psicología del desarrollo. España. McGraw Hill.
- Reca, M. (2005). ¿Qué es danza/ movimiento terapia?; el cuerpo en danza. Argentina: Lumen.
- Rojas, S. (2001) Métodos para la investigación social. México: Plaza y Valdés.
- Sánchez, P. (2002). Las necesidades educativas especiales, como alternativa de categorización. Madrid: Pirámide.
- Sheykholya, A. (2013). El corazón danzado: La Psicoterapia de la Danza: EE.UU: Palibrio.
- Torres, S. (1995). Aspectos clínicos de la sordera y el desarrollo del lenguaje y la comunicación en el niño sordo, aspectos psicoevolutivos y educativos. Málaga: ALJIBE.
- Wengrower, H. (2008). La vida es danza; el arte y la ciencia de la danza movimiento, terapia. Barcelona: Gedisa.