



Universidad de Valladolid

DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL DE VALLADOLID

Grado en Educación Primaria

Especialidad en Educación Especial

TRABAJO DE FIN DE GRADO

LA INTEGRACIÓN E INCLUSIÓN DE
NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN EN
CENTROS ORDINARIOS: PROPUESTA DE
INTERVENCIÓN

Presentado por María Pinedo Aizpún

Tutelado por María Jesús Pérez Curiel

Valladolid, a 3 de diciembre de 2016

RESUMEN

El presente trabajo trata sobre la integración e inclusión escolar de los alumnos con Síndrome de Down en centros ordinarios.

Así mismo, le he dado gran relevancia a la evolución que se ha producido sobre la discapacidad y, en concreto, la integración e inclusión de los niños con Síndrome de Down en los centros ordinarios, según la legislación que la respalda. Además, para que haya una mejora en el desarrollo educativo de los niños con Síndrome de Down hay que comenzar por un conocimiento previo de este síndrome, analizando lo que es, como se origina y desarrolla y la influencia que, desde los diferentes ámbitos o contextos, pueden favorecer a cubrir sus necesidades.

Igualmente, se ha demostrado que incluir a estos alumnos en las aulas ordinarias, favorece al resto de alumnos a tener una mentalidad más abierta respecto a compartir dicho espacio con personas diferentes, a respetar, a ayudar, a compartir, a empatizar... pero sobre todo a posibilitar que estos alumnos con NEE se sientan acogidos y no discriminados y que puedan ser ellos mismos, pudiendo potenciar la normalización y la igualdad entre todos.

De esta manera, destacaremos lo imprescindible que es crear una propuesta de intervención con un Síndrome de Down diagnosticado escolarizado en un centro ordinario. Por ello, presentamos un proyecto pedagógico con una serie de actividades, que el docente puede utilizar para su posterior puesta en práctica, que puede ser una herramienta de aprendizaje favorecedora con alumnos con NEE, en concreto, con Síndrome de Down. Además, podrá favorecer un trabajo y un ambiente cálido, cooperativo y con respeto que favorezca su aprendizaje social, personal y que pueda dar una respuesta educativa de calidad a sus necesidades educativas especiales.

Palabras claves: Síndrome de Down, SD, integración e inclusión, centros ordinarios.

ABSTRACT

The present paper treats the school integration and inclusion of pupils with Syndrome of Down in ordinary centers.

Likewise, I have given big relevancy to the evolution that has taken place on the disability and, in particular, the integration and inclusion of the children with Syndrome of Down in the ordinary centers, according to the legislation that endorses it. Also, in order to have a progress in the educational development of the children with Syndrome of Down it's necessary to begin for a previous knowledge to this syndrome, analyzing what it is, how it originates and develops and the influence that, from the different ambiences or contexts, it could favor to cover their needs.

In the same way, it has been proved that to include these pupils in the ordinary classrooms, favor the rest pupils to have a more opened mentality with regard of sharing the above mentioned space with different persons, respecting, helping, sharing, putting itself in the same skin... but especially to make possible that these pupils with NEE feel accepted and not discriminated and that they could be themselves, being able to promote the standardization and the equality between them.

This way, we will emphasize how essential it is to create a proposal intervention with a syndrome, diagnosed of Down, educated in an ordinary center. For it, we present a pedagogic project with a series of activities, which the teacher can use for its later putting in practice, since it can be a favor in gleaming tool with pupils with NEE, in specific, with Syndrome of Down. Also, it will be able to favor a work and a warm, cooperative ambience and with respect that favors its social and personal learning and that could give an educational answer of quality to its special educational needs.

Key words: Syndrome of down, integration and inclusion, ordinary centers.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	6
2.	OBJETIVOS	8
3.	JUSTIFICACIÓN.....	9
3.1.	RELEVANCIA DEL TEMA	9
3.2.	MARCO LEGISLATIVO	10
4.	MARCO TEÓRICO.....	17
4.1.	¿QUÉ ES EL SÍNDROME DE DOWN?.....	17
4.2.	ETIOLOGÍA	17
4.3.	CARACTERÍSTICAS	18
4.4.	EPISTEMOLOGÍA.....	22
4.5.	CAUSAS DEL SÍNDROME DE DOWN.....	23
4.5.1.	Explicación Genética.....	24
4.5.2.	Síndrome de Down, alteración genética.....	25
4.6.	PATOLOGÍAS ASOCIADAS MÁS FRECUENTES	26
4.7.	DIAGNOSTICO.....	27
4.8.	TRATAMIENTO	30
4.9.	DE LA INTEGRACIÓN A LA INCLUSIÓN	32
4.9.1.	INTEGRACIÓN E INCLUSIÓN EDUCATIVA EN EL MARCO LEGISLATIVO ESPAÑOL.....	33
4.9.2.	LA INCLUSIÓN ESCOLAR DEL ALUMNO CON SÍNDROME DE DOWN	34
5.	PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA.....	36
5.1.	INTRODUCCIÓN	36
5.2.	DESTINATARIO.....	37
5.3.	OBJETIVOS	38
5.4.	CONTENIDOS	40
5.5.	METODOLOGÍA	40
5.6.	ACTIVIDADES	41
5.7.	EVALUACIÓN.....	44
6.	CONSIDERACIONES Y CONCLUSIONES FINALES	46
6.1.	CONSIDERACIONES FINALES	46
6.2.	CONCLUSIONES FINALES	46

7. BIBLIOGRAFÍA.....	48
8. ANEXOS.....	56
8.1. ANEXO 1 “ACTIVIDADES de la propuesta pedagógica”	56
Chistes	56
¡Tarjeta, preséntame!.....	58
El pañuelo sonriente	60
Adivina como me muevo	61
¡Escucha, escucha que te canto!.....	62
Escucha mi historia divertida	63
¿Cuánto me quieres?	64
Disfrazadito, disfrazadito, adivina quién soy	65
Me parto de la risa.....	66
Álbum de la risa	67

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo fin de grado se propone investigar sobre la integración e inclusión del alumnado con NEE en la educación ordinaria, que favorece el proceso de enseñanza-aprendizaje de cada uno de ellos, en concreto, con Síndrome de Down en un centro ordinario.

Además, hemos elaborado una propuesta de intervención educativa utilizando todas las herramientas, recursos materiales y profesionales y la motivación como instrumento fundamental, que permita facilitar al alumnado con Síndrome de Down su mejora en su proceso de enseñanza-aprendizaje dentro de la educación ordinaria. Igualmente, que sea de ayuda para dichos centros y, sobre todo, para el profesorado quienes serán los encargados de llevarlo a la práctica y observar la efectividad o no de dicha propuesta de intervención.

Este es un tema que atrajo mi interés y atención, ya que, principalmente, el centro de atención en los centros educativos es el alumnado, y sobre todo el alumnado con NEE. Pero también hay que tener en cuenta que para trabajar y ayudar a dichos alumnos se necesita la colaboración de la comunidad educativa, es decir, profesorado, alumnado y familiares, además, de distintas instituciones especializadas en este tema. Por esta razón, hemos llegado a la conclusión que para que estos alumnos con discapacidad progresen adecuadamente se necesita de la colaboración integra de todos, permitiendo así, la motivación, cooperación y estimulación de estos alumnos para que tengan la posibilidad de una mejora en la calidad de aprendizaje y en la relación educativa.

Sabemos que existe un interés generalizado a nivel social acerca de este constructo y que cada vez más su estudio está abriéndose camino en el ámbito didáctico, educativo y psicológico, multiplicándose las investigaciones, los trabajos, congresos y talleres así como su aplicación en el aula ordinaria, tal y como se reflejan en las Normativa Estatal y autonómica referentes a la Educación.

Por esta razón, consideramos que la elaboración de este proyecto docente permitirá que los educadores tengan a su alcance una propuesta innovadora que les ayude a cubrir las necesidades personales y académicas de estos alumnos, además, de las ventajas que ofrece para mejorar el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Se ha estructurado el trabajo en tres partes bien diferenciadas:

En la primera parte, se exponen los objetivos generales y específicos a conseguir de este proyecto.

En la segunda parte, se analiza la fundamentación teórica donde se plantea el estudio del alumnado diagnosticados como Síndrome de Down y su aplicación al aula ordinaria, para que, tanto el profesorado como el alumnado logren alcanzar una enseñanza-aprendizaje plena y eficaz a través de un aprendizaje constructivo, flexible y significativo, con sus respectivas adaptaciones curriculares.

En la tercera, hemos elaborado una propuesta pedagógica para trabajar con los alumnos con Síndrome de Down que les permita mostrar interés, motivarse y aprender más fácilmente y rápidamente, pero sobretodo con la colaboración del resto de sus compañeros en el aula ordinaria.

Como conclusión, decir que queremos que estos alumnos con Síndrome de Down, al igual que todos aquellos que presenten una discapacidad, se sientan incluidos en cada una de las actividades que se planteen en el centro y en el aula teniendo en cuenta las limitaciones que presenten cada uno de ellos. Igualmente, queremos que el profesorado sea una persona abierta y que transmitiendo su alegría, usando palabras motivadoras e incentivando la ilusión por el aprendizaje, crea un clima positivo donde reine la interacción y comprensión entre los alumnos y entre estos y el profesorado, y que sea fundamentalmente a través del juego. Siendo así, se favorecerá a que el alumno con Síndrome de Down, mejora en su aprendizaje, en sus relaciones interpersonales y sociales, posibilitando un mayor desarrollo íntegro para su futura puesta en práctica en su vida cotidiana.

2. OBJETIVOS

Los objetivos que se pretenden alcanzar con este trabajo fin de grado son:

Generales:

- Investigar y reflexionar sobre la atención y beneficios que requiere la integración e inclusión de niños con Síndrome de Down en centros ordinarios.

- Ofrecer un referente teórico de la integración e inclusión de auto-ayuda para los educadores y su desarrollo personal y laboral; y facilitar una propuesta didáctica lúdica, divertida y educativa para mejorar tanto la normalización como el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Específicos:

- Dar a conocer al alumno con Síndrome de Down en diferentes aspectos: origen, etiología, epistemología, características, tipos y desarrollo y evolución.

- Analizar las relaciones que se establecen entre profesor y alumno y éste con sus compañeros a partir de la inclusión del alumno con Síndrome de Down en el aula ordinaria.

- Hacer uso de este recurso en el futuro como maestra.

- Comprender la relación de la integración e inclusión con el proceso de enseñanza-aprendizaje y los beneficios que aporta.

- Reconocer áreas de mejora del docente y del alumnado.

3. JUSTIFICACIÓN

3.1. RELEVANCIA DEL TEMA

A lo largo de la carrera universitaria he tenido la posibilidad de realizar las prácticas en tres diferentes centros educativos ordinarios. En ellos he podido observar la gran cantidad de niños que presentan diversas NEE, pero sobretodo, la gran mayoría, ha sido niños diagnosticados como Síndrome de Down.

En mi última experiencia, he tenido el placer de trabajar, durante tres meses, en un colegio concertado ordinario con dos niñas Síndrome de Down, que han jugado, han reído y han trabajado y que, poco a poco, han ido progresando con una ayuda más específica, llegando, incluso a evolucionar más rápidamente que niños de su misma edad sin ninguna discapacidad. Además, me han enseñado mucho, pero sobre todo a comprender que todos somos diferentes y que son nuestras aptitudes y habilidades las que nos diferencian a un ser humano de otro y es, por ello, que nos hacen únicos.

Por eso, he elegido este tema, por las experiencias que he vivido con estos niños y por experimentar de primera mano que el sistema educativo está volcado en abrir las puertas a personas con diferentes discapacidades, como con Síndrome de Down, valorarlas, recibirlas y respetarlas haciéndolas parte activa en el proceso de aprendizaje, a través de una corriente más normalizadora y eficaz, favoreciendo que en un futuro participen de forma autónoma en todos los ámbitos de nuestra sociedad.

3.2. MARCO LEGISLATIVO

EVOLUCIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN MATERIA LEGISLATIVA

El término genérico «discapacidad» abarca todas las deficiencias, las limitaciones para realizar actividades y las restricciones de participación, y se refiere a los aspectos negativos de la interacción entre una persona (que tiene una condición de salud) y los factores contextuales de esa persona (factores ambientales y personales). (OMS, 2011).

A nivel mundial, la OMS y del Banco mundial estiman que más de mil millones de personas viven con alguna forma de discapacidad; lo que equivale, aproximadamente, al 15% de la población mundial. Alrededor de 93 millones de niños, es decir, 1 de cada 20 niños menores de 14 años, vive con alguna discapacidad moderada o grave.

En España, el número total de personas que declaran tener alguna discapacidad asciende a 3.847.900, lo que supone un 8,5% de la población. De estas personas, 2,30 millones son mujeres frente a 1,55 millones de hombres, lo que en términos relativos significa que si de cada 100 hombres 7 dicen presentar una discapacidad, en las mujeres esta relación aumenta a 10 de cada 100.

Las comunidades autónomas que presentan un mayor porcentaje de personas con discapacidad son Galicia, Extremadura, Castilla-León y Asturias, todas ellas con más del 10 % de la población con alguna discapacidad. Por delante de ellas se sitúa Melilla y Ceuta.

En cambio, en La Rioja, solo 6 de cada 100 personas dicen tener alguna discapacidad, lo que la convierte en la comunidad con la menor proporción relativa de personas con discapacidad, un 45% inferior a la media nacional. A esta le siguen Cantabria, Baleares y Canarias, las tres con una tasa entorno al 7% de la población

En todas las comunidades se mantiene el mismo perfil por sexo y edad que encontramos a nivel nacional: mayor número de mujeres que de hombres con discapacidad, y con tasas femeninas inferiores a las masculinas para las edades hasta los 44 años y superándolas a partir de los 45 años.

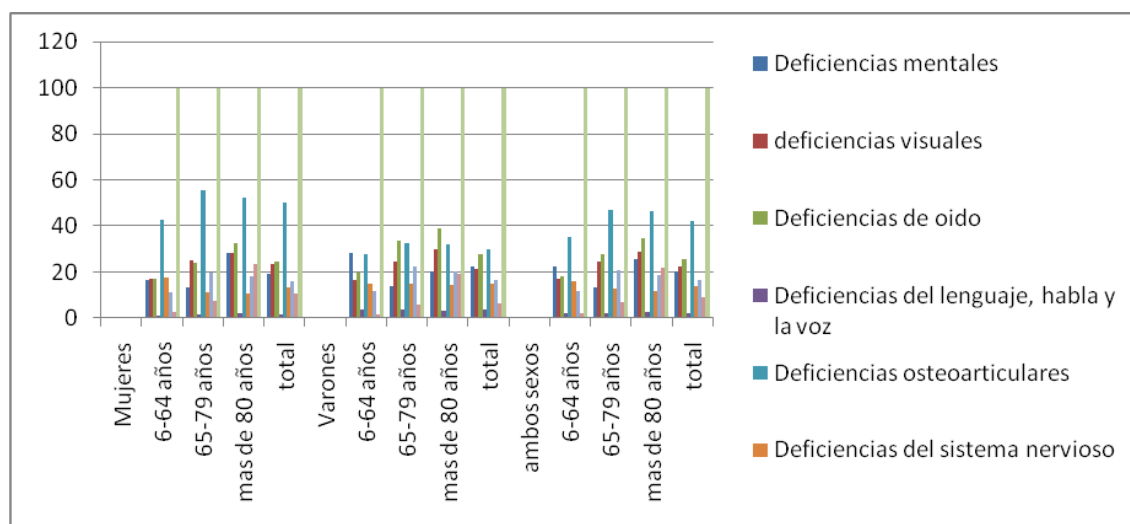
En la siguiente tabla, se presentan datos sobre el porcentaje de personas con discapacidad según el tipo de deficiencia por edad y sexo. Las deficiencias más

frecuentes en las personas a partir de los seis años con discapacidad que residen en hogares familiares son las de tipo osteoarticular, que se dan el 39,2% de las personas con discapacidad de seis y más años. Les siguen en importancia cuantitativa las deficiencias de oído, presentes en el 24,1% de las personas con discapacidad de seis y más años, las deficiencias visuales, presentes en un 21,1%, y las deficiencias mentales (grupo que engloba el retraso madurativo, la deficiencia intelectual, las demencias y las enfermedades y trastornos mentales), que están presentes en un 19,1% de las personas con discapacidad de seis y más años.

Las deficiencias viscerales y las del sistema nervioso, que están presentes respectivamente en el 15,2% y el 13,3% de las personas con discapacidad de seis y más años que viven en hogares familiares, tienen una frecuencia intermedia.

Las deficiencias del lenguaje, habla y voz, que incluyen las deficiencias de comprensión y/o elaboración del lenguaje, la producción y/o emisión del habla y los trastornos de la voz, y otras deficiencias, entre las que se incluyen las de la piel, las deficiencias múltiples y las no clasificadas en otra parte son menos frecuentes, están presentes respectivamente en el 2,6% y 8,5% de las personas con discapacidad de seis y más años que viven en domicilios familiares.

Tabla 1. Porcentaje de personas con discapacidad según tipo de deficiencia por edad y sexo (personas de 6 y más años residentes en domicilios familiares) España 2008.



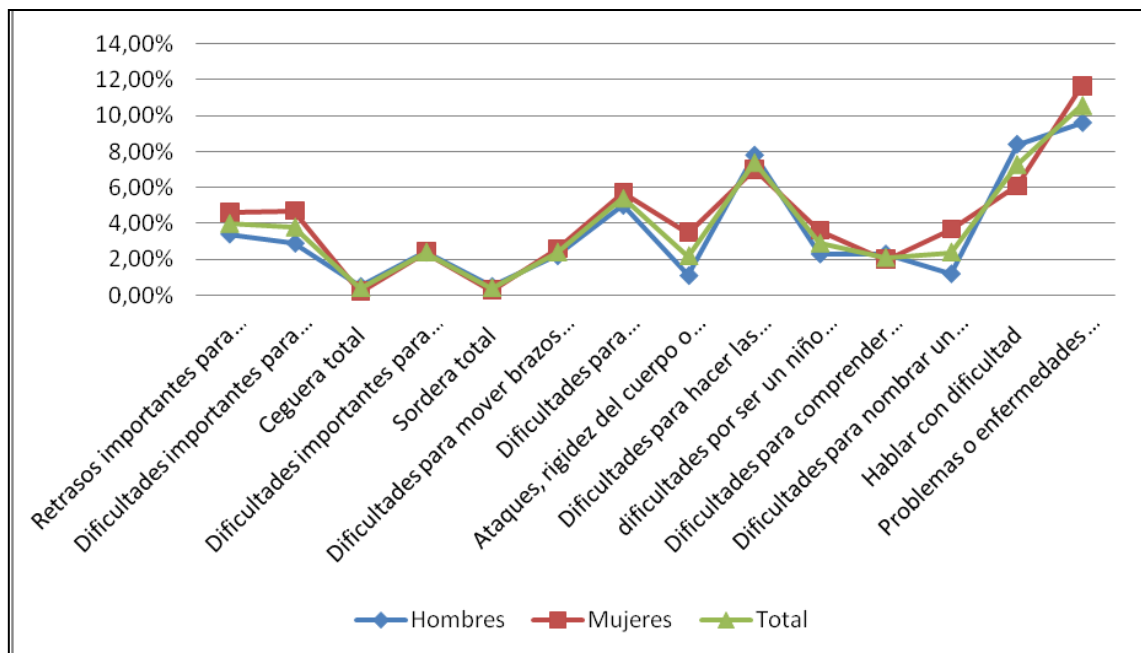
Fuente: INE. Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008.

Según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD 2008), que realizó el INE, nos proporciona una idea sobre la situación de la infancia con discapacidad en España:

Conforme a ella, existen 60.400 niños y niñas con limitaciones, en edades comprendidas entre 0 y 5 años, de los que 36.400 son niños y 24.00 niñas; y 78.300 niños y niñas con algún tipo de discapacidad, entre 6 y 15 años, de los que 50.600 son niños y 27.000 niñas.

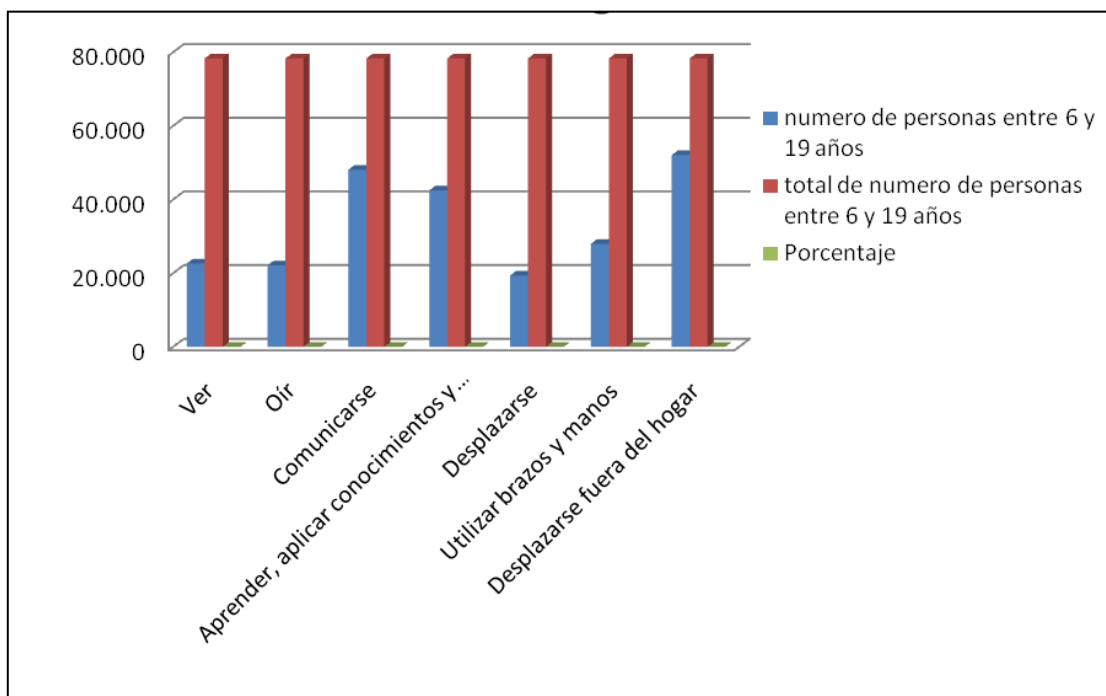
En las siguientes tablas se muestran cuales son tales limitaciones separadas por edades (0-5 años y 6-19 años):

Tabla 2. Limitaciones sufridas por los/as niños/as de 0 a 5 años por género (absoluto y tasa)



Fuente: INE. Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías. 1999

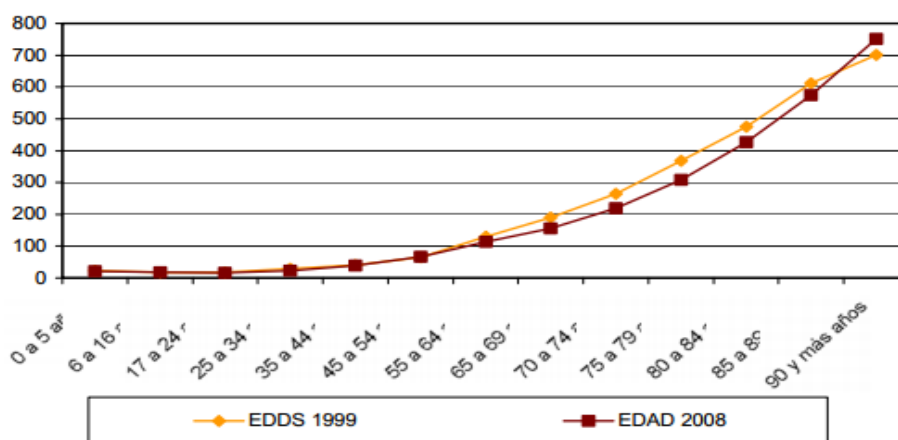
Tabla 3. Tasas por grupos de discapacidad entre la población de 6 a 19 años



Fuente: INE. Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías. 1999 EDDDES.

En el cambio de siglo, el Instituto Nacional de estadística, 2008, recoge nuevos datos y realiza una comparación entre la EDAD-2008 con el último estudio sobre discapacidad realizado por el INE en el año 1999. La encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia (EDAD) realizada, concluye en que el número de personas con discapacidad ha crecido en 320.000. Sin embargo, dado que el crecimiento de las personas con discapacidad ha sido menor que el del total de la población, la tasa de discapacidad ha registrado una disminución desde el 9% del año 1999 hasta el 8,5% en 2008. Esto ha sido debido a un aumento de la población mayor de 64 años (14,4%) que hace crecer el número de personas con discapacidad; pero por otro lado, la mejora de las condiciones sociales y de salud, hace que el numero de estas personas sea menor de lo esperado.

Gráfica 4. Personas con discapacidad por grupos de edad EDDS 1999 y EDAD 2008 (tasas por mil habitantes)



Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD). Año 2008.

No es extraño, entonces, que algunas personas, como por ejemplo Anthony Lake, directivo de Unicef, en un informe sobre el Estado mundial de la infancia (2013), se plantee preguntas como: “¿Existe algún niño que no sueñe con que le tengan en cuenta, o que no aspire a que se reconozcan sus cualidades? No. Todos los niños y las niñas tienen esperanzas y sueños, incluso aquellos con discapacidad. Y todos merecen una oportunidad para hacer realidad sus sueños”.

La historia occidental ha dejado patente la forma de tratar y abordar las diferencias existentes entre unos y otros. Desde la antigüedad, “las personas con discapacidad han sufrido la opresión y la discriminación que recae sobre lo considerado “diferente” de acuerdo al paradigma dominante de la “normalidad”. El destino ha ido variando en las diferentes sociedades (desde su aniquilamiento hasta la incorporación subordinada al sistema de producción), pero siempre manteniendo esta relación de opresión” (Valencia, 2014). Esto ha empezado a ser cuestionado a partir de la segunda mitad del siglo XX, gracias al surgimiento de movimientos sociales de personas con discapacidad que, basándose en el Modelo Social y el Paradigma de los Derechos Humanos, reclaman ser tenidos en cuenta como sujetos de derecho en la elaboración de políticas de inclusión (“nada sobre nosotros sin nosotros”). Tal ha sido el progreso y la mejora, que en un artículo publicado en el informe sobre el Estado Mundial de la Infancia, 2016, hacen

referencia a que todos los niños y niñas nacen con el mismo derecho inalienable a gozar de un comienzo saludable en la vida, de una educación y de una infancia segura y protegida; en suma, de todas las oportunidades básicas que se traducen en una vida adulta productiva y próspera. Pero en todo el mundo hay millones de niños a los que se priva de sus derechos y de todo lo que precisan para crecer sanos y fuertes, debido a su lugar de nacimiento, a su origen familiar, a su raza, a su etnicidad o a su género, o porque viven en la pobreza o padecen una discapacidad.

Esto originó una serie de leyes y normas a nivel internacional y nacional, que han favorecido el tránsito de una acción social basada únicamente en la asistencia a una intervención social, asentada en los derechos sociales de estas personas. Así, en 1924, encontramos la Primera Declaración Internacional de Derechos del Niño, por la Asamblea de la Sociedad de Naciones, que se ha ido ampliando con otras medidas específicas a favor de la infancia, entre ellas, la Convención de 1989 que reconoce el derecho del niño a su propia identidad a la libertad de expresión, pensamiento, conciencia y religión, así como a la intimidad y no discriminación. Establece, además, la obligación de los poderes públicos de asegurar a la infancia un nivel de vida adecuado (art. 27), crear las condiciones para hacer efectivo el derecho a la educación (art. 28) y la salud (art. 24) y generar mecanismos para la protección del menor en las situaciones que supongan riesgo para su integridad o desarrollo. El artículo 23 de la Convención reconoce el derecho de la infancia con discapacidad a disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad; que permitan al niño bastarse a sí mismo y faciliten su participación activa en la comunidad. Más tarde, el 13 de diciembre de 2006, la Asamblea General de Naciones Unidas (ONU), aprueba la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con discapacidad y su protocolo facultativo, ratificada por España el 3 de diciembre de 2007 y que entró en vigor el 3 de mayo de 2008. En ella, se reconoce el derecho a la vida en familia y a la educación (Art. 23 y 24), garantizando la inclusión de personas con discapacidad en el sistema general de educación y que han de disponer de apoyos educativos especiales. Es decir, la Convención supone la consagración del enfoque de derechos de las personas con discapacidad, de modo que considera a las personas con discapacidad como sujetos titulares de derechos y los poderes públicos están obligados a garantizar que el ejercicio de esos derechos sea pleno y efectivo. A partir de aquí, surgirán otras leyes, de accesibilidad, empleo, protección y atención a la Dependencia. Estas últimas medidas

sobre Dependencia, hacen hincapié en la prevención, la rehabilitación y la máxima integración posible, junto con la participación igualitaria de estas personas.

En España se han dictado más de 200 leyes y Reales Decretos relacionados con la protección de Derechos de las personas con discapacidad. La Ley LISMI (Ley de Integración Social de Minusválidos) del 3 de Diciembre de 1982, fue la primera Ley aprobada en España dirigida a garantizar una serie de derechos sociales que permitiese regular las necesidades y beneficios de escolarizar en centros ordinarios a todas aquellas personas a través de apoyos individuales específicos. Posteriormente, la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, supuso un renovado impulso a las políticas de equiparación de las personas con discapacidad, centrándose principalmente, en dos estrategias de intervención: la lucha contra la discriminación y la accesibilidad universal. Esta Ley fue previa hasta la aprobación de la Ley 49/2007, de 26 de diciembre, por la que se establece el régimen de infracciones y sanciones en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.

En la actualidad, la Ley General de Derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, de 3 de diciembre de 2013, deroga todas las leyes anteriores sobre la materia y garantiza el derecho a la igualdad de oportunidades y de trato, así como el ejercicio real y efectivo de derechos por parte de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones respecto del resto de ciudadanos y ciudadanas, a través de la promoción de la autonomía personal, de la accesibilidad universal, del acceso al empleo, de la inclusión en la comunidad y la vida independiente y de la erradicación de toda forma de discriminación, conforme a los artículos 9.2, 10, 14 y 49 de la Constitución Española y a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y los tratados y acuerdos internacionales ratificados por España. Es decir, refleja la unificación de toda la normativa existente en materia de discapacidad, estableciendo que la discapacidad ha de ser contemplada en todas las actuaciones políticas y por todas las administraciones.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. ¿QUÉ ES EL SÍNDROME DE DOWN?

Como el tema principal de nuestra investigación es la inclusión de alumnos con Síndrome de Down, consideramos que es importante al inicio de nuestro marco teórico definir el Síndrome de Down.

Ruiz (2009) define SD como “una anómala genética ocasionada por la presencia de un tercer cromosoma en el par 21 de las células del organismo humano. Constituye la causa genética más frecuente de discapacidad intelectual y malformaciones congénitas”.

Por ello, creo conveniente definir discapacidad intelectual. Según el DSM V:

La discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) es un trastorno que comienza durante el periodo de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico.

Tras definir el concepto de SD, es importante hacer referencia a su etimología, de forma breve, con el fin de situar de donde proviene y cuando empieza a designarse.

4.2. ETIOLOGÍA

Durante siglos, personas con Síndrome de Down han sido aludidas en el arte, la literatura y la ciencia. Pero no fue hasta finales del siglo XIX, que John Langdon Down, médico inglés, identificó y describió por primera vez, en 1866, el síndrome que ahora lleva su nombre. Down describió las características clínicas que mostraban un grupo concreto de personas.

En 1932 fue cuando Davenport sugirió que las irregularidades cromosómicas podrían originar ciertas formas de discapacidad intelectual, entre ellas el síndrome de Down. Sólo en 1956, las técnicas disponibles permitieron establecer con carácter definitivo que el número normal de cromosomas humanos es 46.

Unos años más tarde, en 1957, Jérôme Lejeune descubrió que en el síndrome de Down existía un cromosoma extra perteneciente a la pareja de cromosomas 21

(HSA21). Su hallazgo fue confirmado ese mismo año por Jacobs. Poco después, se describieron los primeros casos de translocación y de mosaicismo.

En 1970 Caspersson postuló que el material genético que, cuando está triplicado, provoca la aparición fenotípica propia del síndrome de Down se encuentra concentrado en la porción distal del brazo largo del cromosoma 21. Este logro abrió la puerta a grandes avances en la investigación del Síndrome de Down.

En mayo de 2000, la revista “Nature” recogió la secuenciación casi completa del cromosoma 21 humano. Posteriormente, en 2006, la “Down Syndrome International” fijó el día 21 de marzo como Día Mundial del Síndrome de Down.

4.3. CARACTERÍSTICAS

Como dice Madrigal (2004), pese a lo que se pueda creer no hay dos personas con Síndrome de Down iguales, cada una tiene sus propias características, capacidades, sentimientos y personalidad. Incluso tienen más semejanzas con sus familiares que con personas que sufren su misma enfermedad. No obstante, debido a la base genética que tienen en común podemos establecer una serie de características o pautas generales que presentan en mayor o menor grado toda la población nacida con este síndrome.

El concepto que se tiene sobre estas personas ha ido evolucionando notablemente conforme se han llevado a cabo descubrimientos en el campo científico, pero sobre todo a través de la concienciación social progresiva (Palacios, 2008). En la actualidad, las personas con discapacidad se conciben como personas con derechos; sin embargo, este cambio ha requerido de muchos años y esfuerzos. La historia de la discapacidad es una historia de marginación y discriminación de los seres humanos, y esta visión ha marcado la forma de considerar y forjar no solo las políticas sociales, sino los modelos de atención médica, de rehabilitación, de educación; las representaciones sociales; y las actitudes hacia la discapacidad que tiene el común de las personas no expertas en este tema (Jiménez, s. f). Un método estadístico que se utiliza para conocer esta evolución de pensamiento social sobre las personas con discapacidad ha sido recogido por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Este organismo autónomo tiene como función principal contribuir al conocimiento científico de la sociedad española. El CIS recoge los datos necesarios para la investigación en ámbitos muy diversos, desde la evolución

de la opinión pública a la investigación aplicada. Este organismo es conocido principalmente por la realización de encuestas que permiten avanzar en el conocimiento de la sociedad española y su evolución a lo largo del tiempo.

Conocer las características propias del síndrome nos proporcionará conocimientos nuevos, una nueva perspectiva de pensamiento y ayuda a la hora de dar respuesta a sus necesidades. Los aspectos a estudiar serán el físico, la personalidad, la cognición, la motricidad y el lenguaje y la comunicación. Diferentes autores han estudiado y analizado las características de las personas con Síndrome de Down, es este caso hemos escogido a Madrigal (2004) para tratar el aspecto físico y la personalidad, a Flórez y Ruiz (2006) para tratar la motricidad, la personalidad y el lenguaje y la comunicación y a Molina (2002) para tratar la cognición.

Características físicas

En cuanto al físico, según expone Madrigal (2004), tienen características que hacen que su aspecto sea distinguible. Tienen la cara plana, la nariz pequeña, los ojos almendrados, los maxilares y la boca son más pequeños de lo normal, lo que provoca la mala oclusión dental y todo esto una respiración bucal, lo que reduce la capacidad pulmonar considerablemente. También poseen pliegues de la piel extra como por ejemplo en parte exterior de los ojos, tienen la pelvis displásica y poseen problemas de desarrollo corporal, como por ejemplo, suelen tener corta estatura y tendencia a la obesidad.

Características motoras

En cuanto a la motricidad, Flórez y Ruiz (2006) exponen que las personas con Síndrome de Down, presentan hipotonía muscular lo que provoca flacidez y torpeza en los movimientos, hiperflexibilidad en sus extremidades y en general esto hace que sus movimientos sean más lentos y torpes. La psicomotricidad gruesa se ve afectada (movimientos de brazo y piernas) y la psicomotricidad fina también (coordinación ojo-mano). Su desarrollo visto desde un plano general es mucho más lento. Alcanzan las capacidades de darse la vuelta, sentarse o responder a los estímulos más tarde, lo que puede tener relación con la hipotonía muscular.

Se han constatado en los últimos años mejoras, avances importantes, como respuesta a una estimulación precoz sistemática.

Características de la personalidad

Respecto a la personalidad, Madrigal (2004) en su publicación recoge que John Langdon Haydon (1866), enumero una serie de características que nos hacen ver el estereotipo que está asociado a personas que sufren este síndrome. Podemos llegar a pensar que tenía la idea de que todas las personas con este síndrome tenían las mismas características, como por ejemplo, que son obstinados, afectuosos, fáciles de tratar, cariñosos o sociables. Pero de este estudio sí que podemos extraer algunas características que son muy frecuentes, por ejemplo, son muy tenaces y perfeccionistas, son resistentes a los cambios en el entorno, tienen dificultades para la interpretación de conductas externas y poca capacidad para inhibir y controlar emociones.

En relación a los estereotipos, queremos destacar como el más señalado, la creencia de que son personas cariñosas, pero lo cierto es que pocas veces se relacionan de forma espontanea. Sus habilidades sociales son limitadas, durante la infancia dependen mucho de los adultos. Para favorecer la adquisición de habilidades sociales es importante fomentar el contacto con otras personas a través de actividades lúdicas, espectáculos... Su participación e integración en entornos normalizados es posible y muy positiva.

El destacar rasgos de la personalidad como características del Síndrome no es del todo correcto ya que aunque estos se den en bastantes casos, la personalidad viene dada por factores como la herencia genética y el entorno que rodea al niño, de forma que pueden variar mucho (Flórez y Ruiz, 2006).

Características cognitivas

El SD se acompaña siempre de deficiencia mental en diferentes grados, en general deficiencia ligera a moderada. Tienen dificultades en el procesamiento de la información sucesivo y simultaneo (recogen la información, la clasifican, analizan y responden de forma más lenta y con mayor dificultad), problemas en la memoria a largo plazo y a corto plazo, les cuesta tomar decisiones, tienen dificultades con la orientación espacial y temporal, presentan dificultades en el ámbito matemático, les cuesta interpretar las expresiones de doble sentido, ponerse en el lugar del otro (función

empática) y dificultades atencionales debidas a las alteración de determinados mecanismos cerebrales (Molina, 2002).

Estos niños y niñas van a tener un desarrollo más lento, pero normalizado, sus características y ritmos de aprendizaje serán a menudo diferentes en determinados aspectos (memoria, atención, lenguaje...). No obstante, su desarrollo en otros aspectos está ligado a su edad cronológica (curiosidades, intereses, necesidades...), el CI puede disminuir con el transcurso del tiempo, en especial a partir de los 10 años. Pero la utilización de la edad mental ayuda a entender mejor el paulatino enriquecimiento intelectual de estos niños, puesto que dicha edad mental sigue creciendo, aunque a un ritmo más lento que la edad cronológica. Por tanto, no deben ser comparados con niños/as más jóvenes, aunque sus edades mentales, medidas a través de test estandarizados, sean equivalentes.

Características del lenguaje y la comunicación

Para los niños con Síndrome de Down, la medida de edad en la que adquieren las habilidades comunicativas es por lo general posterior a la de los niños con desarrollo típico, pero aun así existe un margen amplio en la adquisición de habilidades. Estos niños se retrasan en alcanzar los hitos de comunicación porque tienen muchos problemas sensoriales, de percepción, físicos y cognitivos que afectan al desarrollo de las habilidades comunicativas (Libby Kumin, fundación iberoamericana Down, 2014).

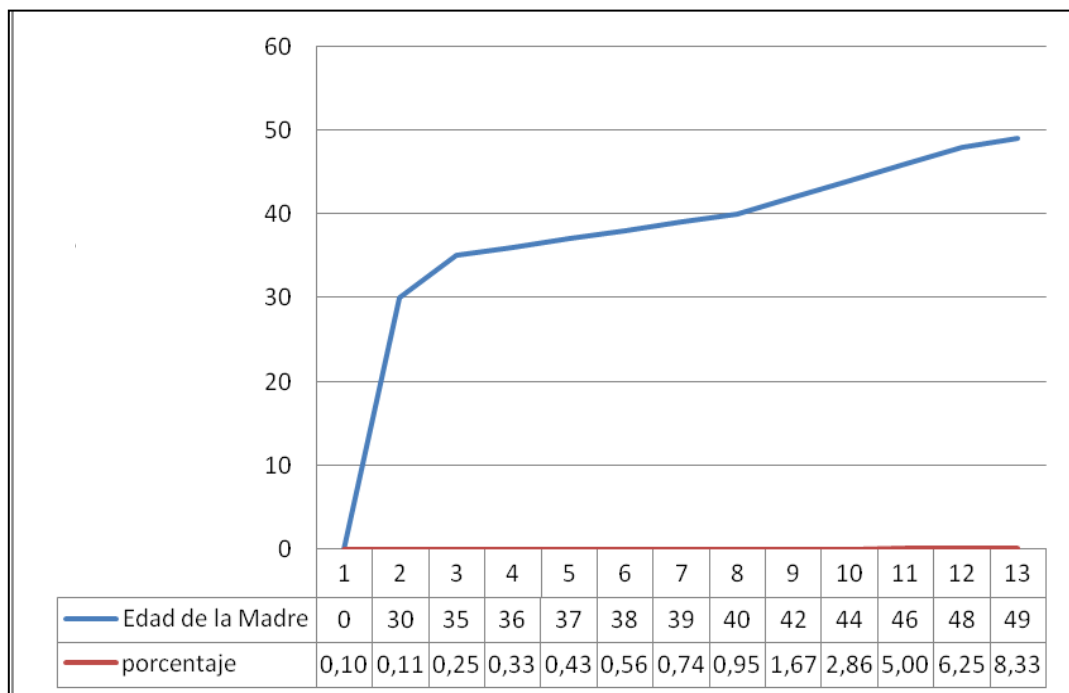
Este aspecto es una de las barreras más importantes para estas personas, esto es un obstáculo para su desarrollo personal y social. Hay mucha diferencia de unos casos a otros pero por lo general les cuesta mucho explicarse verbalmente, les falta fluidez y ritmo a la hora de hablar, lo que nos dificulta en ocasiones su comprensión. Sin embargo, la comprensión es buena por lo que en muchas ocasiones prefieren expresarse con gestos, movimientos... Tienen un problema añadido y es que su configuración física es diferente, padecen macroglosia y esto, además de producirles problemas de respiración, les provoca bastantes dificultades de articulación de algunos fonemas y palabras. Si se conocen sus peculiaridades y se trabaja desde edades tempranas, su producción verbal puede mejorar mucho. La mejor terapia es hablarles y dejar que se expresen proporcionándoles el tiempo que necesiten, frenando la tendencia a corregirlos de forma espontanea (Flórez y Ruiz, 2006). Otras dificultades para la comunicación

vienen asociadas a que son bastante tranquilos, poco activos, no reaccionan siempre ante los intentos de los demás para comunicarse, el contacto ocular no es siempre directo...(Madrigal, 2004).

4.4. EPISTEMOLOGÍA

La epistemología estudia la distribución de los grupos humanos dentro de una población, así como los factores que inciden en su frecuencia. Para este estudio, se utilizan varios indicadores; unos de los más significativos es la incidencia.

El Síndrome de Down es la anomalía cromosómica más frecuente, que suele ocurrir una vez por cada 800 ó 1000 nacimientos, sin que se aprecien diferencias entre las distintas razas o por la clase social. No obstante, la incidencia sí está condicionada por la edad de la madre, pues se eleva progresivamente a partir de los 35 años de ésta, como se ve en la tabla siguiente.



Fuente: De elaboración propia

Además, la probabilidad de tener un hijo con SD es mayor para aquellos padres que ya han tenido otro previamente. La probabilidad de tener otro hijo con SD en cada embarazo subsiguiente es de 1 por cada 100 recién nacidos vivos, esto hay que ponderarlo para cada caso con el riesgo propio de la madre según su edad. Los antecedentes familiares igualmente incrementan ese riesgo.

- Los varones con Síndrome de Down se consideran estériles pero las mujeres conservan con frecuencia su capacidad reproductiva.
- En su caso también se incrementa la probabilidad de engendrar hijos con SD hasta un 50%, aunque pueden tener hijos sin trisomía.

Por este motivo se recomiendan técnicas de diagnóstico prenatal a todas las mujeres a partir de los 35 años.

4.5. CAUSAS DEL SÍNDROME DE DOWN

Este síndrome es una de las anomalías más frecuentes y constituye la principal causa congénita del retraso mental y alteración genética más común.

Lejeune en 1957, expuso que la causa de este síndrome sería la existencia de un cromosoma extra en el par 21. Las células del cuerpo humano contienen 46 cromosomas repartidos en 23 pares. En las personas con Síndrome de Down se da la presencia de 47 cromosomas en las células y ese cromosoma suplementario se encuentra en el par 21.

Los genes son normales pero el número es excesivo y no es posible que exista un sólo cromosoma cuyos genes no intervengan en el mantenimiento del desarrollo equilibrado del cerebro (La ausencia de uno de ellos o la presencia de uno de más, siempre redundan en una alteración del desarrollo del cerebro y en la consiguiente aparición de la discapacidad mental).

4.5.1. Explicación Genética

Antes de explicar las causas del Síndrome de Down, conviene aclarar unos conceptos.

El ser humano comienza a desarrollarse, inicialmente, a través de una única célula que se va dividiendo, originándose lo que se llama la gestación. Esta se produce en 3 etapas:

- Etapa germinal. (desde la fecundación hasta las dos semanas). El organismo se divide, llega a ser más complejo y se implanta en las paredes del útero.
- Etapa embrionaria. (Desde las 2 semanas hasta las 8 ó 12 semanas). En ella se produce la morfogénesis (progresiva diferenciación de las partes del cuerpo: cabeza, hombros, brazos...), y la histogénesis (diferenciación de las células en tejidos especializados, como el epitelial o el nervioso). Periodo muy vulnerable.
- Etapa fetal. (Desde las 8-12 semanas hasta el nacimiento). Puede estar afectada negativamente por influencias externas: mal nutrición, radiación, drogas, rubéola, toxoplasmosis...

Desde la primera etapa, el ser humano ya posee el material genético, que heredamos de nuestro padre y madre, y que determina el genotipo y el fenotipo de los seres humanos. El conjunto de genes de un individuo es su genotipo y el aspecto que presenta su fenotipo. Los genes se agrupan en cromosomas. Generalmente, el núcleo de cada célula contiene 23 pares de cromosomas, 46 en total, la mitad proveniente del padre y la otra mitad de la madre. Doce horas después de la fecundación, comienza la división celular hasta llegar al útero. En ese momento se produce una separación de las mismas quedando una parte de células para formación del bebé y la otra parte para la placenta y el saco amniótico.

Existen 2 tipos de división:

- Mitosis: la célula se divide en 2 células con el mismo material genético
- Meiosis: la célula se divide en 4 células con la mitad de material genético.

En el caso del Síndrome de Down, el exceso de carga genética derivado de la presencia de un cromosoma extra del par 21, provoca un desequilibrio permanente en la

acción generadora de proteínas que los genes tienen, provocando la alteración del desarrollo y formación de los órganos. Además, dicho desequilibrio, perjudica a órganos como el corazón y el cerebro y al sistema nervioso y, en definitiva, todo lo relacionado con ello, en mayor o menor medida.

4.5.2. Síndrome de Down, alteración genética

Independientemente del tipo de Síndrome de Down que puede tener una persona, todas las personas con Síndrome de Down tienen una porción extra del cromosoma 21 en todas o algunas de sus células. Este material genético adicional altera el curso del desarrollo y provoca las características asociadas con el SD.

Se distinguen tres tipos diferentes: Trisomía 21 (no disyunción), translocación y mosaicismo:

Trisomía 21

Es el tipo más común de SD (90%), siendo el resultado de un error genético que tiene lugar muy pronto en el proceso de reproducción celular.

El par cromosómico 21 del óvulo o del espermatozoide no se separa como debiera y alguno de los dos gametos obtiene 24 cromosomas en lugar de 23, como debiera ser. Cuando uno de estos gametos con un cromosoma extra se combina con otro del sexo contrario, se obtiene como resultado una célula, llamado cigoto que presenta 47 cromosomas. El cigoto, al reproducirse por mitosis para ir formando el feto, da como resultado células iguales a sí mismas, es decir, con 47 cromosomas, produciéndose así el nacimiento de un niño con Síndrome de Down.

- Translocación cromosómica

En casos raros (4%) ocurre que, durante el proceso de meiosis, un cromosoma 21 se rompe durante la división celular y alguno de esos fragmentos se une de manera anómala a otra pareja cromosómica, normalmente al par 14. Es decir, que además del par cromosómico 21, la pareja 14 tiene una carga genética extra: un cromosoma 21, o un fragmento suyo roto durante el proceso de meiosis.

Los nuevos cromosomas reordenados se denominan cromosomas de translocación, de ahí el nombre de este tipo de Síndrome de Down.

- **Mosaicismo o trisomía en mosaico**

Una vez fecundado el óvulo, el resto de células se originan, como hemos dicho, por un proceso mitótico de división celular. Si durante dicho proceso el material genético no se separa correctamente podría ocurrir que una de las células tuviera en su par 21, tres cromosomas y el otro solo uno. En tal caso, el resultado será un porcentaje de células trisómicas (tres cromosomas) y el resto con su carga habitual.

Mosaicismo representa aproximadamente el 6% de los casos de síndrome de Down. Los rasgos físicos de la persona con mosaicismo y su capacidad de desarrollo dependerán del porcentaje de células trisómicas que presente su organismo, aunque por lo general presentan menor grado de discapacidad intelectual.

4.6. PATOLOGÍAS ASOCIADAS MÁS FRECUENTES

Entre las personas que presentan esta enfermedad, aproximadamente, la mitad de los niños tienen problemas de cardiopatía congénita, entre un 40% y un 50% de los recién nacidos con SD, siendo estas la causa principal de mortalidad. Afortunadamente, bastantes casos son leves y solo necesitan vigilancia para comprobar si su evolución es adecuada o a través de medicamentos, sin embargo, hay otros más graves que requieren cirugía urgente.

Otro de los trastornos que pueden padecer los niños con SD, son alteraciones gastrointestinales, en torno al 10%, los cuales pueden corregirse quirúrgicamente.

Otros problemas asociados son el trastorno tiroideos, muy frecuente en los SD. Puede originar pérdida de peso, hiperactividad, ansiedad, fatiga y otras alteraciones de la personalidad. En la mayoría de los casos suele tratarse de hipotiroidismo y no precisan de tratamiento, aunque si es grave se requiere de una intervención rápida que no afecte al desarrollo intelectual.

Por otro lado, padecen deficiencias auditivas, que se deben a defectos de la cara y del nervio auditivo, determina la aparición frecuente de hipoacusia de transición, ocasionando la disminución de la agudeza auditiva (entre el 66% y el 89% de las personas pierde entre 15 y el 20 decibelios.). Esto debe corregirse cuanto antes, con el fin de evitar problemas en el desarrollo del habla. Además, de problemas de audición,

también sufren problemas de visión. El astigmatismo, las cataratas congénitas (3% de la población con SD) o la miopía son las más frecuentes, pudiendo mejorar usando ayudas ópticas o cirugía correctiva.

Otra patología asociada es la demencia similar al Alzheimer que afecta a cerca del 20% de las personas portadoras de trisomía 21 mayores de 40 años y al 40% de las personas mayores de 50 años (Rondal, 2013).

Por último, las personas con SD padecen frecuentemente enfermedades infecciosas a causa de anomalías en sus sistemas inmunes.

4.7. DIAGNOSTICO

La detección del Síndrome de Down se puede realizar antes o después del nacimiento del bebé, a través de varias exploraciones.

Para el diagnóstico prenatal existen métodos con los que el médico evalúa la probabilidad de que se dé una trisomía 21. Estos apenas suponen un riesgo para la madre o el niño, son los siguientes:

- Prueba del pliegue o translucencia nugal: Esta prueba, que se realiza entre las semanas 11 y 14 del embarazo, utiliza la ecografía para medir el grosor del pliegue nugal, ubicado detrás del cuello del feto. En los bebés con SD y otras anomalías cromosómicas se tiende a acumular fluido en esa parte, lo que hace que ese pliegue sea más grueso. Esta medida, junto con la edad de la madre y la edad gestacional del bebé, se puede utilizar para calcular la probabilidad de que el bebé tenga SD en torno al 80% de las veces; cuando se combina con un análisis de la sangre materna, aumenta su precisión.

- Triple screening o Triple cribado: Esta prueba se practica entre la semana 15 y 20 de embarazo. Miden las cantidades de diversas sustancias en la sangre materna y, teniendo en cuenta la edad de la madre, se estima la probabilidad de que el bebé tenga SD en un 60%.

Si las pruebas anteriores muestran que el niño podría tener una trisomía 21, es necesario la aplicación de métodos diagnósticos invasivos para asegurar, de forma

inequívoca, el diagnóstico de SD. Sin embargo, estas intervenciones conllevan cierto riesgo, ya que consiste en la extracción de células del feto para analizar su genotipo. Estas son las siguientes:

- Amniocentesis: Esta prueba, que se realiza entre las semanas 16 y 20 de embarazo, consiste en extraer una pequeña cantidad del líquido amniótico con una aguja insertada en el abdomen y, posteriormente analizar dichas células para detectar posibles anomalías cromosómicas. La amniocentesis se asocia a un riesgo reducido de complicaciones, como el parto prematuro y el aborto.

- Muestreo de vellosidades corionicas (coriales): El muestreo de vellosidades corionicas se puede practicar entre las semanas 8 y 12. Consiste en extraer una parte minúscula de la placenta también con una aguja que se inserta en el abdomen. Este muestreo se asocia a un riesgo ligeramente más alto de aborto y otras complicaciones.

- Muestreo percutáneo de sangre umbilical: Este muestreo se suele realizar a partir de las 20 semanas de embarazo, en esta prueba se utiliza una aguja para extraer una pequeña muestra de sangre del cordón umbilical del feto. Se asocia a riesgos similares a los de la amniocentesis.

Tras el nacimiento, para el diagnóstico pos-natal, el médico puede diagnosticar el SD en el niño con una exploración a fondo. Los niños con SD muestran unas características físicas distintas que permite diagnosticar al niño con este síndrome. Sin embargo, estas características también pueden darse en niños sin trisomía 21. El diagnóstico seguro solo es posible con un análisis genético. Mediante este análisis se investiga si el cromosoma 21 se encuentra tres veces en las células del cuerpo. Para ello es necesaria una muestra de sangre del niño en la que se examinarán los glóbulos blancos (linfocitos), para verificar el diagnóstico.

Otros exámenes que se pueden llevar a cabo son:

- Ecocardiografía para verificar si hay defectos cardíacos (por lo general se hacen poco después de nacer).
- Electrocardiograma para estudiar cualquier problema del corazón.
- Radiografía de tórax y tracto gastrointestinal.

Es necesario examinar minuciosamente y paulatinamente a las personas con Síndrome de Down, por si hay ciertas afecciones. Para citar los seguimientos de la salud, nos vamos a basar en el artículo realizado por American Academy of Pediatrics, 2016:

- Un desarrollo psicomotor anual
- Radiografías de la columna cervical o superior entre las edades de 3 a 5 años.
- Vacunaciones, en especial la de la gripe, hepatitis B, H, influenzae y meningococo C, y la de la varicela.
- Examen de los Trastornos del sueño durante los primeros 6 meses, que provoca la apnea obstructiva o problemas respiratorios.
- Del desarrollo de enfermedad celiaca.
- Explorar la audición cada 6 meses y después de los 4 años, una vez al año.
- Examinar la visión durante los primeros 6 meses.
- Exámenes dentales cada 6 meses.
- Explorar la función tiroidea a los 6 y a los 12 meses y, después, anualmente.
- Examinar los niveles de hemoglobina desde el 1º año y, después una vez al año.

Tras el diagnóstico del síndrome, es normal que la familia se sienta desorientada e incluso sentirse culpables. Es aconsejable que los profesionales hagan entender a la familia que no es el fin de sus vidas, sino que el inicio de una nueva etapa. En ella, tendrán la colaboración de todos los profesionales y personas que estén implicadas en este ámbito. Por ello, es aconsejable que se tome el tiempo necesario para que se informen y valoren las opciones de las que dispongan. Muchas familias encuentran apoyo y orientación en sus médicos, en su familia y amigos y también en asociaciones de personas con Síndrome de Down. Establecer contacto con la realidad cotidiana de estas personas y escuchar sus experiencias puede ofrecerles un punto de vista que les ayude a planificar unas estrategias de intervención dirigidas a favorecer el bienestar del niño, su adaptación e integración social.

4.8. TRATAMIENTO

El SD es irreversible. Actualmente, no se conoce ningún fármaco capaz de eliminar el cromosoma 21 sobrante, dado que la deficiencia es genética y no existe el modo de subsanarla. Sin embargo, como mencionamos en el punto 4.6, el SD lleva asociado un conjunto de problemas médicos (enfermedades cardíacas, problemas visuales, inmunológicos...) que si que deben y pueden ser tratados.

Además, disponemos de una serie de estrategias mediante las cuales se consigue incorporar a cada individuo en la sociedad, en donde va a ser capaz de desarrollar sus múltiples habilidades psicomotoras, cognitivas y conductuales. Según Madrigal, 2004, debe abordarse desde una perspectiva multiprofesional que no descuide los distintos aspectos del desarrollo (afectivos, educativos, psicosociales...), afianzando las capacidades potenciales y evitando el deterioro de aquellas aptitudes en las que se aprecie un retraso del desarrollo. Para que el tratamiento de los niños con SD alcance unos resultados óptimos, es necesario que la familia se implique en el mismo, colaborando con los profesionales.

Destacamos los Programas de Prevención de la salud que incluyen los consejos sobre los hábitos alimenticios y sobre el ejercicio físico, adaptados al estilo de vida y a la edad de cada persona.

Durante la infancia, es preciso educar al niño en hábitos saludables relacionados con la higiene personal y la alimentación. Gracias a los avances científicos que han permitido mejorar los cuidados de la salud, han posibilitado que la esperanza de vida de las personas con SD sea mayor (cuando han superado los 5 años, tienen un 80% de probabilidad de superar los 30 años y un 60% de sobrepasar los 50 años).

También, una de las Actuaciones de Optimización más importante es el Programa de Atención Temprana, que el Libro Blanco de Atención temprana, publicado por el Real Patronado sobre discapacidad, define como:

“Conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen como objetivo dar respuesta, lo más pronto posible, a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen un riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales

de orientación interdisciplinar o transdisciplinar” (Grupo de Atención Temprana, 2000, p.12).

Este tratamiento está orientado a la estimulación precoz del sistema muscular y nervioso central durante los 6 primeros años de vida, importantes para su desarrollo físico y cognitivo. Especialmente, durante los dos primeros años, el SNC presenta un grado de plasticidad muy alto, lo que resulta útil para potenciar mecanismos de aprendizaje y de comportamiento adaptativo.

En primer lugar, los niños con SD deben recibir kinesiterapia para corregir la flacidez muscular que les impide caminar con soltura y coordinar los movimientos. A los pocos meses, interviene la logopeda, para estimular y reforzar el lenguaje expresivo. Finalmente, los terapeutas ocupacionales centrarán su atención en el adiestramiento de las actividades básicas de la vida diaria, relacionadas con el autocuidado y la autonomía personal. Es imprescindible que estas actividades no se limiten a realizarlas durante las sesiones de intervención sino que, también, se realicen en casa con la familia.

La estimulación no debe cesar tras los seis años, es importante seguir trabajando durante toda la vida, para que no pierda las capacidades que ya ha desarrollado y siga mejorando. Los estímulos que se les deben ofrecer no son únicamente motores y de movilidad sino que hay que trabajar todos los sentidos. Como por ejemplo, la interacción con animales domésticos (tiene efectos beneficiosos sobre su estado físico y emocional, las aptitudes intelectuales, las capacidades y las habilidades sociales), disciplinas artísticas (aumentan la autoestima y las habilidades sociales), escuchar música (produce cambios en los patrones de conducta), etc.

Sin embargo, hay que tener muy presente que, como hace referencia Floréz y Ruiz, 2006:

En ocasiones, el niño con SD es sometido a diario y en horarios interminables a sesiones y profesionales múltiples, incluso duplicados, para atender a distintas “terapias”. Esto es altamente perjudicial para el niño, que necesita tiempo de asimilación, de distracción, de descanso y relajación. Una tensión y exigencia mantenidas promueven rechazo en forma de conductas inapropiadas: distracción, irritabilidad.

Como consecuencia, es imposible determinar los trabajos y desempeños que pueden conseguir durante la vida adulta. Potenciar sus iniciativas y romper con los planteamientos estáticos que históricamente les han perseguido son compromisos sociales ineludibles que las sociedades actuales deben atender (Héctor S. Basile, 2008).

4.9. DE LA INTEGRACIÓN A LA INCLUSIÓN

La integración e inclusión son conceptos diferentes, pero que son muy importantes y positivos para los alumnos que presentan alguna discapacidad en su acceso a la escuela ordinaria.

Por un lado, la integración del alumno con NEE se basa en la normalización, para los que se proporcionan determinados apoyos, recursos materiales y profesionales, como expone Dadamia (2004), “cuando se habla de integración nos referimos a la aceptación de lo diverso, a la construcción de lazos solidarios, a la interacción con toda la comunidad educativa y social, a las actitudes de respeto y valoración por las personas”. Se le propone la elaboración de un ACI (adaptaciones curriculares individualizadas) como medida para la superación de las diferencias del alumnado con necesidades especiales, y también supone, la existencia de una anterior separación o segregación. Una parte de la población escolar se encuentra fuera del sistema educacional regular y debe ser integrada en este. En este proceso, el sistema permanece más o menos intacto, y debe ser quienes se integren los que tienen la función de adaptarse a él.

Así mismo, como propósito de avance y mejora, Arnaiz (2003) se muestra partidaria de un abandono progresivo del concepto de integración para ir hablando de inclusión puesto que el termino integración tiene la meta de integrar en la vida escolar y comunitaria a alguien que está siendo excluido siempre centrándose en alumnado con algún tipo de discapacidad. Pero la inclusión va mas allá y se refiere a que todos los niños y niñas necesitan estar incluidos y participando en la vida educativa y social de las escuelas y en la sociedad en general. Una educación inclusiva que según Ainscow, M, Booth, T, y Dyson, A. (2001) se define como: “Proceso de análisis sistemático de las culturas, las políticas y las prácticas escolares, a través de iniciativas sostenidas de mejora e innovación escolar”. (p. 25).

Este nuevo modelo, defiende la equidad y la igualdad para todos, con el fin de que no existan exclusiones, poniendo especial empeño en alumnos con riesgos de ser marginados, excluidos o con problemas para enfrentarse a la sociedad.

Así, la atención en las escuelas inclusivas se centra en cómo construir un sistema que incluya, como dice Echeita (2006), “serían tres: la educación inclusiva como educación para todos, la educación inclusiva como participación y la educación inclusiva como valor” y este estructurado para hacer frente a las necesidades de cada uno de los alumnos.

4.9.1. INTEGRACIÓN E INCLUSIÓN EDUCATIVA EN EL MARCO LEGISLATIVO ESPAÑOL

La situación actual de la integración educativa de los alumnos con NEE nos situará para entender en qué punto nos encontramos en la actualidad y cómo podemos llevar a cabo la inclusión escolar con éxito.

La integración del alumnado con discapacidad en los centros ordinarios españoles, es una realidad que comenzó de manera efectiva y generalizada en los años 80, gracias al impulso de la Ley 13/1982, LISMI.

La Ley LISMI (Ley de Integración Social de Minusválidos) del 3 de Diciembre de 1982, fue la primera Ley aprobada en España dirigida a garantizar una serie de derechos sociales que permitiese regular las necesidades y beneficios de escolarizar en centros ordinarios a todas aquellas personas a través de apoyos individuales específicos (art 23).

Posteriormente, la LOGSE (Ley Orgánica 1/1990 de Ordenación General del Sistema Educativo) apuesta claramente por los principios de normalización e integración, introduciendo por primera vez el concepto de NEE para referirse a aquellos chicos y chicas que, llevando a cabo su escolarización en aulas ordinarias, precisan de apoyos especiales e incluso algún tipo de adaptación curricular para superar deficiencias o problemas de desarrollo o aprendizaje.

El principio de inclusión educativa se recoge de forma explícita por primera vez en la LOE, 2006 (Ley Orgánica de Educación) en la que se profundiza en el compromiso social de los centros de realizar una escolarización sin exclusiones, respondiendo a los

principios de calidad y equidad. Además, se intenta dotar a los centros escolares de la autonomía suficiente para favorecer la inclusión de todos los alumnos.

Por último, hacemos referencia a la normativa de educación más actual, la LOMCE, 2013 (Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa) que tiene entre sus objetivos promover el máximo desarrollo personal y profesional de las personas. Sin embargo, diversos sectores relacionados con la educación consideran que no supone ningún avance significativo en material de inclusión escolar.

En base a esta legislación, es indudable que la educación en España ha avanzado decididamente hacia la educación inclusiva, especialmente en las dos últimas décadas, tratando de integrar en el mismo sistema a los alumnos con algún tipo de NEE, ya sea por dificultades en el aprendizaje como por motivos socio económico o cultural.

4.9.2. LA INCLUSIÓN ESCOLAR DEL ALUMNO CON SÍNDROME DE DOWN

Según Ruiz, 2011, afirma que “la inclusión escolar en centros ordinarios es la forma más adecuada de escolarización de estos alumnos con SD”, ya que, se ha demostrado que estas personas tienen potencial educativo para aprender, únicamente hay que darles la oportunidad, ser pacientes y ofrecerles las estrategias adecuadas para que puedan desarrollar al máximo sus capacidades para ser sujetos independientes, desempeñando un papel activo en la sociedad. Como ejemplo destacado de superación, tenemos el caso único de Pablo Pineda. Este niño, fue el primer SD diplomado en Magisterio y licenciado en Psicopedagogía, es tan reconocido debido a que es el primer europeo con SD en terminar una carrera universitaria.

Cuando hablamos de inclusión de los niños con SD en los centros ordinarios, nos referimos a un cambio en la concepción de la escuela y las funciones que ésta desarrolla. Según Arnaiz (2003), lo que pretende la escuela inclusiva es luchar por la educación de calidad para todos, la participación de todos y la no diferenciación de unos y otros en una sociedad democrática como la nuestra.

Por lo tanto, para la inclusión del SD es importante comenzar con la formación del profesorado, desde la asimilación de la incorporación de personas con discapacidad en

las aulas y del cambio de actitud y aptitud frente a los niños con este síndrome. Además, para conocer las características y limitaciones que presenta, y poder llevar a cabo, en colaboración con toda la comunidad educativa, las medidas metodológicas y organizativas precisas, que se les proporcionen los apoyos necesarios y que se realicen las oportunas adaptaciones curriculares, para que el proceso inclusivo sea real dando la oportunidad de dar respuesta a las necesidades educativas de estos alumnos.

Por otro lado, hay que tener en cuenta al alumnado sin discapacidad que estará en contacto con el alumno con SD. No existen estudios científicos rigurosos que evidencien efectos académicos negativos en los compañeros de alumnos con SD (Molina, 2003). Sin embargo, existen múltiples investigaciones que confirman los mejores resultados del aprendizaje cooperativo sobre métodos de aprendizaje competitivo o individualista, en rendimiento y productividad, en relaciones interpersonales y en salud mental, tanto para los alumnos de alto como de bajo rendimiento (Ruiz, 2004).

Así mismo, los efectos beneficiosos de la integración para los demás alumnos en cuanto a los aspectos personales son el desarrollo de la tolerancia, la aceptación del otro o la formación en valores, es indiscutible. A pesar de todo, llegarán edades en que la distancia será de tal envergadura que resultara imposible mantener a un alumno con SD con su grupo de edad, ya que no habrá puntos comunes en su proyecto educativo ni social. La edad crítica puede situarse entre los 14 y 16 años según las características personales de cada alumno. En el terreno social, las diferencias en gustos, intereses y aficiones alejan cada vez más al joven con SD de sus compañeros. A edades tempranas, la separación es menor, pero van pasando los años y los adolescentes lo van percibiendo. La sobreprotección, el excesivo control de la familia, la falta de entrenamiento en ambientes sociales, las escasas oportunidades de actuación y otros muchos factores influyen en esa situación y se puede intervenir poco a poco sobre ellos para salvar esas distancias, pero no de forma permanente. Hemos de aceptar que a ciertas edades, la relación social normal y espontánea con compañeros de su misma edad sin SD será difícil. Por tanto, lo más adecuado es ir fomentando la interacción y el acercamiento a otros chicos con SD, con los que resulta más fácil establecer una amistad sólida y duradera. (Clubs de ocio, deportes, salidas conjuntas, excursiones, convivencias y compartir aficiones).

Para concluir, comentar que cada vez existen mayores programas de apoyo, que puedan ayudar a estos niños a desarrollar sus capacidades. Para ello, debemos de estar concienciados y asumir una coordinación entre la familia y la escuela, ofreciéndoles toda la atención y el amor posible.

5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA

La propuesta de Intervención Educativa es una estrategia de planeación y actuación profesional que permite a los agentes educativos tomar el control de su propia práctica profesional mediante un proceso de indagación-solución.

5.1. INTRODUCCIÓN

La etapa de educación primaria, es una etapa educativa que atiende a los niños de entre 6 y 12 años, y cuya finalidad es favorecer un desarrollo integral, lúdico y armónico de la persona en los aspectos físico, motor, emocional, afectivo, social y cognitivo, a través de estrategias y recursos propios para dicho desarrollo. Pretende educar por y para la vida, y preparar a los alumnos a ser partícipes de la sociedad que les rodea, y que éstos sean capaces de controlar la realidad que hay a su alrededor.

Por tanto, esta propuesta trata sobre el empleo de algunas actividades humorísticas seleccionadas como propuesta docente. El humor se ha concebido como valor y como actitud flexible y positiva ante la vida. Con esta propuesta didáctica queremos demostrar que con humor el aprendizaje es más productivo y más lúdico. Además, pretendemos la adquisición de nuevas habilidades para fomentar la comprensión y la comunicación entre el alumnado y el docente y promover estrategias para impulsar o despertar el sentido del humor de ambos. Pero sobre todo, queremos conseguir que el alumnado con SD se sienta respetado y aceptado en el aula, que participe, al igual que sus compañeros, y que se sienta arropado por sus iguales, con los que puede contar si necesita ayuda, y favorecer, así, la adquisición de una educación de calidad, para su futura práctica diaria.

5.2. DESTINATARIO

La intervención de esta propuesta pedagógica está pensada tanto para al educador como para el alumnado del primer ciclo de educación primaria (6-8 años). De esta manera, los docentes podrán elegir las actividades pertinentes con relación a lo que quieran trabajar en el aula y, de esta forma, poder transmitir a su alumnado el aprendizaje óptimo para su pleno desarrollo.

Nuestra aula podría estar compuesta por 27 niños, de los cuales 14 son niñas, una de ellas con SD, y 13 son niños, pues tengo en consideración el aula en la que realice mis prácticas.

Antes de comenzar con la propuesta de intervención, vamos a describir a la niña con SD, la cual hemos elegido para elaborar la propuesta de intervención:

Se trata de una alumna diagnosticada con Síndrome de Down. Su rendimiento tanto en capacidades como en aprendizaje responde a una deficiencia mental leve. Manifiesta un desfase significativo de un año con relación a su edad cronológica.

- Estilo de aprendizaje (Ruiz Rodríguez, 2012):
 - Concentración y permanencia en las tareas baja (dependencia leve en la realización de estas), por lo que hay que estar periódicamente cambiando de actividad para mantener su atención. Su motivación es extraordinaria.
 - Requiere de una atención individualizada dentro del grupo y atender su dependencia a la hora de realizar las tareas propuestas.
 - La agrupación más conveniente y adecuada es la reducida, con el fin de trabajar el dominio de las tareas instrumentales y manipulativas, además de buscar su integración social dentro del grupo referencial.
 - Es una alumna terca y caprichosa.
 - Se trata de una niña muy sociable y cariñosa.
 - Responde muy bien ante el refuerzo positivo.
 - Sus motivaciones se centran en el baile, los viernes de juego de rol (papás y mamás), salir con su familia, etc.
 - Grandes cambios en su estado de ánimo, lo que influye en su participación en las tareas de clase.
 - Se intenta infundirle ánimo y confianza en sí misma.
 - Tiene plena autonomía de movimiento y desplazamiento.

Desde un punto de vista general, existen grandes diferencias entre la niña con SD y el resto de sus compañeros a nivel intelectual. Las relaciones afectivas son buenas, debido a que la mayoría de los niños han estado en el mismo grupo desde los primeros cursos de educación infantil y eso se nota en las relaciones de grupo, ya que existe una gran confianza, respeto y compañerismo, y no se discrimina a ninguno de los alumnos de ninguna forma. Lo que facilita a que el ambiente en el aula pueda ser favorable para el trabajo, ya que el alumnado, es un grupo cooperativo, que muestra interés, participativo y colaborador, aunque un poco inquieto.

Así mismo, el perfil del alumnado de educación primaria se caracteriza por ser participativos, activos, colaboradores, en el que destaca el respeto entre los integrantes del aula.

5.3. OBJETIVOS

La intervención de esta propuesta pedagógica va dirigida, pensado en los profesores como programa de ayuda, pero como hemos indicado en nuestra fundamentación, su labor revierte en el desarrollo integral del alumnado del primer curso de Educación Primaria (6-7 años). En especial, a la alumna de SD, para su adecuada inclusión en el centro ordinario.

Así mismo, haremos referencia al objetivo general de esta propuesta de intervención, citando la **Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa (LOMCE)**, que hace referencia a que la escolarización del alumnado que presente dificultades de aprendizaje se basará en los principios de normalización e inclusión, asegurando su no discriminación e igualdad efectiva en el acceso y la permanencia en el sistema educativo, pudiendo introducirse medidas de flexibilización de las distintas etapas educativas, como los sistemas de escolaridad combinada, cuando se considere necesario. Se propiciará que este alumnado desarrolle todas sus potencialidades, priorizando aquellos aspectos que faciliten la plena adaptación a su entorno. La modalidad de la escolarización garantizara el acceso del alumnado a un centro ordinario con los apoyos necesarios.

Como objetivos específicos, nos basaremos en el **Real Decreto 126/2014, de 28 de febrero, por el que se establece el currículo básico de la Educación Primaria**. La

Educación Primaria contribuirá a desarrollar en los niños y niñas las capacidades que les permitan:

- Aprender y llevar a cabo las normas de convivencia y respetar a los compañeros.
- Conocer, comprender y respetar las diferencias entre las personas, la igualdad de derechos y oportunidades y la no discriminación de personas con discapacidad.
- Desarrollar sus capacidades afectivas en todos los ámbitos de la personalidad y en sus relaciones con los demás, así como una actitud contraria a la violencia, a los prejuicios y a los estereotipos.
- Fomentar el humor en el aula para favorecer las relaciones entre los integrantes del aula.
- Presentar una propuesta de actividades con humor relacionados con la creatividad, la resolución de problemas, la motivación, la cooperación, la participación, la amistad, la atención y el respeto.
- Fomentar un clima positivo para que los alumnos muestren interés, se sientan a gusto y cómodos en la realización de las actividades.
- Fomentar el trabajo cooperativo, el respeto, la participación y acercamiento entre los integrantes del aula.
- Expresarse y darse a entender en las explicaciones de las actividades para facilitar la comprensión de la alumna con SD.
- Adquirir y utilizar un lenguaje positivo que motive a los alumnos para colaborar en la inclusión y bienestar de la alumna con SD.

5.4. CONTENIDOS

- Conocimiento de sí mismo y cuidado personal.
- Sentimientos, emociones y valores: alegría, amistad, apoyo, aprendizaje, armonía, bienestar, compañerismo, comprensión, comunicación, confianza, cooperación, respeto, etc.
- Juego y actividad.
- Lenguaje claro, conciso, coherente y positivo.
- La creatividad.
- Normas de convivencia: atención, resolución de problemas, relaciones interpersonales.
- El sentido del humor.
- La memoria.

5.5. METODOLOGÍA

La metodología que vamos a seguir con nuestra alumna, atendiendo a sus características y estilo de aprendizaje, se va a centrar en una atención y seguimiento grupal de su desarrollo y evolución a lo largo del curso, por lo tanto, vamos a seguir un aprendizaje cooperativo.

Dado sus características y estilo de aprendizaje que presentan los SD, es muy importante tener en cuenta una buena organización y distribución de espacios y tiempos en el aula.

En cuanto a las actividades y estrategias que vamos a seguir para realizar un adecuado aprendizaje, creemos importante lo primero fijarnos en su capacidad de atención y ritmo de ejecución. Para ello, vamos a secuenciar las actividades acorde a los objetivos que nos hemos planteado para la niña y aumentando la dificultad a medida que la niña avanza, además de proporcionar a la alumna tiempo suficiente para llevar a cabo la actividad que se le haya propuesto que, en su mayoría, vamos a pretender que sean actividades cortas y en las que le indiquemos las diferentes pautas de actuación e

intentaremos que sean creativas y entretenidas, de tal forma que consigamos captar la atención del niño y su interés y motivación. Además, se partirá desde lo concreto para ir a lo abstracto, es decir, desde lo manipulativo y práctico a lo conceptual. En las actividades principales también prepararemos algunas de refuerzo utilizando metodologías diferentes para cerciorarnos de que el alumno va adquiriendo los contenidos.

Respecto a la motivación se dará una importancia especial al refuerzo positivo, ya que pensamos que es muy imprescindible para ayudar a estos niños a conseguir las metas propuestas.

Los materiales que se podrían usar en las actividades también son significativos, ya que, se tienen que adaptar a las características de la niña con SD, por lo que deben ser lo más manipulables posible, siempre es mejor utilizar imágenes, videos, modelos que una explicación teórica, así como aquello que le permita una experiencia directa será más acertado para él.

Por último, aclarar que se le iba a proporcionar un proceso de enseñanza-aprendizaje cooperativo con sus iguales, para fomentar en la medida de lo posible la socialización, ya que aquí no solo tenemos que tener en cuenta a la niña con SD, sino también el de resto de compañeros.

5.6. ACTIVIDADES

Las actividades que se realizan en educación primaria son la base para su aprendizaje y la manera lúdica y divertida de programar las estrategias metodológicas. Es el recurso necesario y esencial para lograr los objetivos.

Las actividades o juegos son uno de los recursos más importantes y favorecedores para la adquisición y desarrollo del aprendizaje significativo de los niños. Por medio de éstas, los niños están más atentos, muestran más interés, no se aburren, almacenan más fácil y rápidamente la información de los contenidos y lo más importante es una herramienta que pueden utilizar de forma autónoma, también, fuera del aula.

Las actividades han sido pensadas para producirlas en grandes grupos, aunque hay alguna actividad en pequeños grupos. Así mismo, procedemos a señalar la distribución

y agrupamientos de los niños en el desarrollo de la intervención de las actividades del proyecto docente. Estos son los siguientes:

- Cuando trabajemos en **un solo grupo**, lo haremos en la parte de la asamblea, situada en el centro del aula, donde se localiza el espacio más amplio y espacioso de la clase. Ahí llevaremos a la práctica las actividades como Chistes, El pañuelo sonriente, Escucha mi historia divertida, ¡tarjeta preséntame!, ¿Cuánto me quieres?, disfrazadito, disfrazadito, ¡adivina quién soy!, Álbum de la risa, Escucha, escucha que te canto y Adivina como me muevo.

- Cuando trabajemos en **distintos grupos** también lo realizaremos en la asamblea, más que nada por el espacio que aporta y por la movilidad que nos facilita. En este aspecto podremos trabajar también todas las actividades grupales y dividir las, así, en pequeños grupos, para facilitar la tarea.

- También dedicaremos tiempo al **Trabajo Individual**. En este caso, si que lo haremos cada uno en nuestro lugar, para estar más tranquilos, cómodos y relajados. Es el caso de la actividad ¡me parto de risa!

En cuanto a la temporalización diremos que las actividades se llevarán a cabo a lo largo de todo el curso, tanto en el primero y segundo cuatrimestre como en el tercero. Se tendrá en cuenta la dificultad de las actividades para llevarlas a la práctica de las más fáciles, en el primer cuatrimestre, con un nivel intermedio, en el segundo cuatrimestre y a las más complicadas en el último cuatrimestre. Con este método se quiere llevar a cabo una evaluación progresiva y gradual, observando si las actividades expuestas en cada cuatrimestre han sido bien elegidas y si el alumnado ha conseguido los objetivos previstos.

Así mismo, en cada trimestre utilizaremos actividades en grupo completo, en pequeños grupos y al finalizar cada cuatrimestre, realizaremos las actividades individuales.

En cuanto a la organización de las actividades, éstas pueden llevarse a cabo en cualquiera de los amplios espacios con los que cuenta el centro, como puede ser el patio, el gimnasio o la propia aula, entre otros.

Las actividades seleccionadas son las que se describen a continuación: Chistes, ¡Tarjeta, preséntame!, El pañuelo sonriente, Adivina como me muevo, Escucha, escucha que te canto, Escucha mi historia divertida, ¿Cuánto me quieres?, Disfrazadito, disfrazadito adivina quién soy, Me parto de la risa y Album de la risa.

Han sido seleccionadas, por un lado, teniendo en cuenta el programa de “Rueda del Humor” de Begoña García Larrauri y otras son de elaboración propia, y han sido escogidas por mí en virtud, principalmente, del nivel de humor que presentan todas ellas. He elegido diez actividades que, desde mi punto de vista, son las que más me han gustado y más han hecho reír a los niños. En cada una de estas diez actividades, se pueden trabajar muchísimos conceptos que tienen relación con los beneficios que aporta el humor al proceso de enseñanza-aprendizaje. Pero cada recurso, se caracteriza principalmente por algo. En el caso de los Chistes, trabajamos, especialmente, la atención y comprensión; en ¡Tarjeta, preséntame!, el respeto; en El pañuelo sonriente, la participación; en Adivina como me muevo, la creatividad y originalidad; en Escucha, escucha que te canto, la autoestima y las emociones y pensamientos que se expresan y se transmiten. En Escucha mi historia divertida, se trabaja la expresión oral y la memoria; en ¿Cuánto me quieres?, la autoestima y el auto-concepto; en Disfrazadito, disfrazadito quién soy, se trabaja la seguridad en uno mismo; en Me parto de la risa, la salud mental y para finalizar, en el Album de la risa, se trabaja la participación y cooperación.

Por otro lado, son sencillas de explicar, aplicar y ejecutar tanto por el docente como por el alumnado, ya que las actividades no deben ser de gran dificultad para que los niños las puedan entender. De otro modo, el alumnado no se sentiría motivado para realizarlas y no aprenderían nada, ya que no entenderían cual sería el objetivo principal del juego.

La descripción minuciosa de cada una de ellas se presenta en los anexos para su total entendimiento. (**Anexo 1**)

5.7. EVALUACIÓN

La evaluación es un elemento curricular muy importante para valorar el proceso educativo y de esta manera, conocer el nivel evolutivo en el que se encuentra la alumna. Dicha evaluación se aplicará tanto al docente como al alumnado que realice esta propuesta didáctica.

La técnica empleada en la evaluación es la observación directa y sistemática. A través de ella, el docente puede alcanzar y estudiar la información obtenida mediante la realización de las actividades o los diversos comportamientos que presenten sin que el alumno se dé cuenta y, de esta forma, detectar alguna anomalía que se pudiera presentar, con el objetivo de adaptar y ajustar el proceso de enseñanza-aprendizaje, según las necesidades que ésta presente.

Se podrá realizar tres tipos de evaluación:

- Evaluación inicial: Nos permitirá conocer la situación de partida de estos niños
- Evaluación del proceso de aprendizaje
- Evaluación final: Será emitida por los profesores, con el fin de que se pongan de acuerdo entre los diversos profesionales y se establezca cierta coordinación e integración.

Así mismo, la siguiente tabla de evaluación me ayudará a reconocer si se han alcanzado los objetivos deseados:

REQUISITOS	SI	NO	A VECES
Se explica con un lenguaje positivo y claro.			
Comprenden las explicaciones.			
Presta atención en las explicaciones de las actividades.			
Se muestra participativo en la realización de las actividades.			
Muestra interés y motivación en la realización de las actividades.			
Tienen respeto por sus compañeros.			
Trabaja en equipo.			
Resuelve los problemas civilizadamente.			
Escucha a sus compañeros.			
Provoca la risa y se ríe.			
Es creativo y original en la realización y ejecución de las actividades.			
Expresa sus pensamientos y emociones al resto de sus compañeros.			

Fuente: Elaboración propia

6. CONSIDERACIONES Y CONCLUSIONES FINALES

6.1. CONSIDERACIONES FINALES

Este trabajo fin de grado es solo un proyecto. Desde mi punto de vista, me gustaría, como futura docente, llevarlo a la práctica con mis alumnos y observar el desarrollo y evolución que presentarían en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

El docente, dotará a los alumnos de multitud de conocimientos en un clima divertido y motivador y les dará las herramientas para poder efectuar o mejorar dicho conocimiento de forma autónoma y lograr un aprendizaje significativo.

La integración e inclusión de alumnos diagnosticados como Síndrome de Down, aunque en la actualidad es un constructo interesante por la multitud de investigaciones que se han efectuado para su conocimiento óptimo, pero como todo proceso, está en construcción, y aunque disponemos de muchas aportaciones en varios niveles de enseñanza, falta trabajo sistematizado, por lo que siempre debemos estar abiertos a nuevas aportaciones que aumenten nuestro conocimiento.

6.2. CONCLUSIONES FINALES

La realización de este TGF ha sido muy interesante aunque laboriosa y enriquecedora por todo lo que he aprendido a lo largo de su elaboración y diseño.

La integración e inclusión de alumnos con discapacidad, como en este caso alumnos con Síndrome de Down, es un método que favorece a éstos en una enseñanza-aprendizaje más valiosa y de calidad. Con su implantación, por un lado, el educador, tendrá la posibilidad de mejorar su formación en el tema y de llevar a cabo una mejora en su trabajo en grupos y su forma de impartir la enseñanza. Por otro lado, el alumnado, tendrá la posibilidad de mejorar su aprendizaje educativo, además del cognitivo, emocional, conductual, social y psicológico, para su posterior puesta en práctica en la vida diaria.

En la elaboración de este proyecto docente, he aprendido, como factor principal, que construir recursos óptimos y motivadores para estos alumnos es necesario e imprescindible para el desarrollo del auto concepto y auto aprendizaje. Además, he descubierto los beneficios favorecedores que aporta al docente en su bienestar personal y laboral como son la mejora del clima en el aula, la adquisición de relaciones interpersonales positivas y la mejora en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

En mi opinión personal, trabajar los contenidos presentes en el curriculum mediante la utilización de una adecuada adaptación, es un proceso largo y difícil pues primero tenemos que cambiar nuestra propia mentalidad. Así mismo, el docente deberá seleccionar unas actividades que se ajusten al alumnado y permitan un buen desarrollo personal y académico de éste, sin derrumbarse si estos alumnos no llegan a conseguir todos los objetivos y contenidos planteados en el ACI.

Gracias a esta herramienta, como ya he podido observar en la clase de 1º de primaria de educación en mis prácticas escolares, podemos disfrutar de uno de los mayores placeres en nuestro oficio, el rostro sonriente de un niño que está aprendiendo de forma amena e independiente gracias a la ayuda proporcionada.

7. BIBLIOGRAFÍA

Abellán García, A. et al. (2012). Discapacidad y dependencia en Andalucía. Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD), 2008. Recuperado de: <https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/estudios/discapacidad/discapacidad.pdf>

Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. (2012) Plan Estratégico de Atención a la Diversidad en el marco de una Escuela Inclusiva. Departamento de Educación, Universidades e Investigación. Recuperado de: http://www.hezkuntza.ejgv.euskadi.eus/contenidos/informacion/dig_publicaciones_innovacion/es_escu_inc/adjuntos/16_inklusibitatea_100/100011c_Pub_EJ_Plan_diversidad_c.pdf

Ainscow, M. (2001). Desarrollo de escuelas inclusivas. Madrid: Narcea.

Andrés Valencia, L. (2014). Breve historia de las personas con discapacidad: De la opresión a la lucha por sus derechos.

Angulo, M. D, Gijón, A., Luna, M. & Prieto, I. (2006). *Manual de Atención al alumnado con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo derivadas de síndrome de Down*. España: Junta de Andalucía.

Arnaiz, P. (2003). Educación Inclusiva: una escuela para todos. Málaga: Aljibe

Basile, H.S. (2008). Retraso mental y genética Síndrome de Down. *Alcmeon Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 15 (1), 9-23.

Blázquez Ortigosa, A. (2009). Propuestas de Intervención a alumnos con Síndrome de Down. *Revista de Innovación y Experiencias Educativas*. Nº 23.

Blázquez, A. (2009). Atención a los niños con síndrome de Down en el centro educativo. *Revista digital: Innovación y experiencias educativas*. Granada.

Calero, M^a.D., Robles-Bello, M^a A. y García, M. B. (2010). Habilidades cognitivas, conducta y potencial de aprendizaje en preescolares con síndrome de Down. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(1), 87-110.

Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (OMS, 2001). Discapacidad y deficiencias. Recuperado de: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/disca_ig_cap2.pdf

Castillo, M.J. (2010). El síndrome de Down y la Educación. En J. Díaz. *Revista Enfoques Educativos*, 54. Jaén: Enfoques Educativos.

Consejería de educación, dirección general de participación y solidaridad en la educación, Gobierno de Andalucía. (2004). Guía para la atención educativa de los alumnos con síndrome de Down. Recuperado de: http://www.juntadeandalucia.es/educacion/portal/com/bin/portal/Contenidos/Consejeria_63/PSE/Publicaciones/Alumnado_con_Necesidades_Educativas_Especiales/Guia_sindrome_down/guiasindromedown.pdf

Consuelo Cerdán Marín, M. & Iyanga Pendi, A. (2013). Evolución legislativa de la educación especial en España de 1970 a 2006 y su aplicación a la práctica. *Revista nacional e internacional de educación inclusiva*, 6(3), 150-163.

Delegación del CERMI (2015). Derechos Humanos y discapacidad. Informe ONU. Recuperado de: <https://consaludmental.org/publicaciones/Derechos-humanos-discapacidad-informe-2015.pdf>

Echeita, G. (2006) *Educación para la inclusión o educación sin exclusiones*. Editorial Narcea.

Echeita, G., y Ainscow, M. (2011). *La educación inclusiva como derecho. Marco de referencia y pautas de actuación para el desarrollo de una revolución pendiente 1*. Tejuelo: Didáctica de la lengua y la literatura. Educación, 12, 26-46.

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT) (2005). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.

Fernández, M. (2009). *Desafíos para una escuela inclusiva: integración escolar de personas con necesidades escolares especiales*. Madrid: CEP.

Flórez, J., y Ruiz, E. (2006). Síndrome de Down. En colección FEAPS (8). Síndromes y Apoyos. Panorámica desde la ciencia y desde las asociaciones. (pp. 47-76). Madrid: FEAPS

Fundación Iberoamericana down21. (2014). qué es el síndrome de Down. El Síndrome de Down: Una visión globalizadora. Revista digital Canal Down 21. <http://www.down21.org/informacion-basica.html>

Giné, CL. (coord.), Durán, D., Font, J. y Miquel, E. (2009). *La educación inclusiva. De la exclusión a la plena participación de todo el alumnado*. Barcelona: Cuadernos de Educación.

Gobierno Vasco, Departamento de educación, universidades e investigación. *Síndrome de Down: necesidades educativas y desarrollo del lenguaje*. http://www.hezkuntza.ejgv.euskadi.test.hezkuntza.net/r43-573/es/contenidos/informacion/dia6/es_2027/librosdepartamento_c.html
(Consultado: 28 de noviembre de 2016).

Grupo de Atención Temprana. (2000). *Libro Blanco de Atención Temprana*, Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.

Kumin, L. (2014). Síndrome de Down: habilidades tempranas de comunicación. Una guía para padres y profesionales. Fundación Iberoamericana down21. *Revista Virtual de Canal Down21*. En versión electrónica.

Lake, A. (2013). Niñas y niños con discapacidad. Estado mundial de la infancia.

Lake, A. (2016). Una oportunidad para cada niño. Llegar a todos los niños y niñas: La promesa de la equidad. Estado mundial de la infancia 3-5.

Luna, E. Cómo integrar a niños con necesidades especiales. <http://fundacionintegrar.blogspot.com.es/2010/05/como-integrar-ninos-con-necesidades.html>

(Consulta: 10 de noviembre de 2015).

Madrigal, A. (2004). El síndrome de Down. Recuperado de: http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO10413/informe_down.pdf

Marilyn, J., Bull, MD. Y Comité de Genética. (2011). Supervisión de la salud de niños con síndrome de Down. *American Academy of Pediatrics*. 128:1-16.

Martínez Pérez, S. (2011). *¿Qué sabemos de? El síndrome de Down*. Fuencarral, Madrid: CSIC.

Martínez y Ginés, m. (2013-2014) programa de apoyo individual para alumnos con Síndrome de Down. www.orientacionandujar.es (Consulta el 3 de julio de 2015).

Martínez, S. (2011). *El Síndrome de Down*. España: La Catarata.

Martos Crespo, F. (2003-2006). Guía para la atención educativa de los alumnos y alumnas con Síndrome de Down. Recuperado de: <http://www.downgranada.org/downloads/Guia%20para%20la%20atencion%20educativa%20de%20los%20alumnos%20con%20sindrome%20down.pdf>

Molina, S. (coord.) (2002). Psicopedagogía del niño con síndrome de Down. Granada: Arial.

Molina, S. (2003). Variables intervinientes en la integración escolar de los alumnos con síndrome de Down: Un análisis metaevaluativo. En: *Educación para la vida. I Congreso Nacional de Educación para personas con síndrome de Down*. Córdoba: Publicaciones Obra Social y Cultural Caja Sur.

Molina, S. (coord.) (2004). Diseño curricular para alumnos con síndrome de Down.

MuntanerGuasp, J.J. (2009). *Escuela y discapacidad intelectual. Propuesta para trabajar en el aula ordinaria*. Alcalá de Guadaira (Sevilla): Eduforma.

Nieto, J. M. y Portela, A. (2008). La inclusión de la voz del alumnado en el asesoramiento para la mejora de las prácticas educativas. *Profesorado, Revista de curriculum y formación del profesorado*, 12 (1), 2-23. <https://www.ugr.es/~recfpro/rev121ART5.pdf> (Consultado: 22 de noviembre de 2016).

Oliva, R., Ballesta, O., Oriola, J., Clària, J. (2004). *Genética Médica*. (3ª Ed.). Barcelona: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona.

OMS y Banco Mundial (2011), *Informe Mundial sobre la Discapacidad*, Ginebra

OMS y UNICEF. *Desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad*. Recuperado de: https://www.unicef.org/earlychildhood/files/ECDD_SPANISH-FINAL_low_res.pdf (Consulta: 2 de diciembre de 2016).

Orientared. Síndrome de Down. Trisómico 21. <http://orientared.com>

Pajín, L. y Cayo, L. (2012-2020). Estrategia Española sobre discapacidad. Real Patronato sobre discapacidad (CEDD).

http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO26112/Estrategia2012_2020.pdf. (Consultado: 2 de noviembre de 2016).

Palacios, A (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: Editorial CINCA

Pérez Chávez, D.A. (2014). Síndrome de Down. *Revista de Actualización Clínica*, 45.

Pueschel, S.M. (2002). *Síndrome de Down: Hacia un futuro mejor: Guía para padres*. (2º Ed.). Barcelona: Masson S.A. Santander: Fundación Síndrome de Down de Cantabria.

Rodríguez Bausá, L. & Olmo Remesal, L. (2010). Aportaciones para la intervención psicológica y educativa en niños con síndrome de Down. *Revista Docencia e Investigación*, 20. 307-327.

Rodríguez, L. y Olmo, L. (21 de noviembre de 2010) Aportaciones para la intervención psicológica y educativa en niños con síndrome de Down. *Revista docencia e Investigación (ISSN: 1133-9926)*. 308-326.

Romero, R., Inciarte, N., González, O. y García-Gavidia, N. (2009). Integración educativa: visión de los docentes en cuatro escuelas venezolanas. *Revista de Investigación Educativa* (9), 2-14. Recuperado de: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-IntegracionEducativa-4039000.pdf>

Rondal, J. (Ed. 2013). *Síndrome de Down: Metodología hacia su normalización*. Madrid: Ciencias de la educación preescolar y especial.

Rondal, J., Perera, J., Nadel, L. (2000). *Síndrome de Down: revisión de los últimos conocimientos*. Madrid: Espasa.

Ruiz Rodríguez, E. (2003). Adaptaciones curriculares individuales para alumnos con síndrome de Down. *Revista Síndrome de Down*, 20 (1), 2-11. Recuperado de: <http://www.downcantabria.com/articuloE8.htm>

Ruiz Rodríguez, E. (2004). La integración escolar de los niños con síndrome de Down en España: Algunas preguntas y respuestas. *Revista Síndrome de Down*, 21 (4), 122-133. Recuperado de: <http://www.downcantabria.com/revistapdf/83/122-133.pdf>

Ruiz Rodríguez, E. (2006). La transición entre etapas educativas de los alumnos con síndrome de Down. *Revista Síndrome de Down*, 23 (1), 2-13. Recuperado de: <http://www.downcantabria.com/revistapdf/88/2-14.pdf>

Ruiz Rodríguez, E. (2007). La integración educativa en el aula ordinaria con apoyos de los alumnos con síndrome de Down: sugerencias prácticas. *Revista Síndrome de Down*, 24 (1), 2-13. Recuperado de: <http://www.downcantabria.com/revistapdf/92/2-13.pdf>

Ruiz Rodríguez, E. (2009). *Síndrome de Down: La etapa escolar. Guía para profesores y familias*. Madrid: Editorial CEPE. Recuperado de: <http://www.editorialcepe.es>

Ruiz Rodríguez, E. (2011). La inclusión del alumnado con síndrome de Down en las escuelas. Claves para el éxito. *Revista Síndrome de Down*, 28 (2), 109. Recuperado de: <http://www.downcantabria.com/revistapdf/109/60-69.pdf>

Ruiz Rodríguez, E. (2011). *Programación educativa e integración escolar de los alumnos con síndrome de Down. En XII Curso Básico sobre síndrome de Down*. Santander: Fundación Síndrome de Down de Cantabria.

Ruiz Rodríguez, E. (2012). Programación educativa para escolares con síndrome de Down. Fundación Iberoamericana Down 21. Recuperado de: http://www.down21.org/web_n/index.php?option=com_content&view=article&id=246:programacion-educativa&catid=92:educacion&Itemid=2084

Sepap Down España. (2010). Servicios para la Promoción de la Autonomía Personal. Foro de Directivos y Gerentes de Down España. 16 octubre (en papel).

Suriá Martínez, R. (2012). *Discapacidad e integración educativa: ¿qué opina el profesorado sobre la inclusión de estudiantes con discapacidad en sus clases?* Universidad de Alicante: REOP, 23(3), 96-109.

Trueba, A. *Síndrome de Down*. Recuperado de: http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=814.(Consulta: 10 de diciembre de 2016).

Trueba, A., De Berceo, G. y Mata Pérez, A. (2011). A propósito de un caso. Síndrome de Down. *Revista AMF*, 7(3), 141-148.

Verdugo, M. A. & Schalock, R. (2010). Últimos avances en el enfoque y concepción de las personas con discapacidad intelectual. Siglo cero: *Revista española sobre discapacidad intelectual*. Salamanca: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Salamanca.

VV.AA. (2006). Guía para la atención educativa de los alumnos y alumnas con síndrome de Down. Consejería de Educación de la Junta de Andalucía.

8. ANEXOS

8.1. ANEXO 1 “ACTIVIDADES de la propuesta pedagógica”

Chistes	
OBJETIVOS	<p>Atraer la atención de los alumnos y del docente.</p> <p>Provocar la risa.</p> <p>Motivar a los alumnos y al docente.</p> <p>Comprender y expresar el contenido del chiste.</p> <p>Respetar al profesor y los alumnos cuando están contando el chiste.</p> <p>Fomentar la expresión oral.</p> <p>Fortalecer la memoria.</p> <p>Fomentar la seguridad.</p> <p>Impulsar la amistad.</p> <p>Promover la coordinación y cooperación.</p>
CONTENIDOS	<p>La risa.</p> <p>La atención, motivación, comprensión y expresión oral, la memoria.</p> <p>El respeto, la amistad.</p> <p>La salud mental.</p> <p>Relaciones interpersonales.</p> <p>Cooperación.</p> <p>Coordinación.</p>
TEMPORALIZACIÓN	<p>Esta actividad durará el tiempo de duración de un chiste, alrededor de 2 minutos.</p>
MATERIAL	<p>Un libro de chistes.</p>

DESCRIPCIÓN

Esta actividad la he obtenido del libro “Los chistes como herramienta para fomentar la expresión oral”, escrito por mis profesores de educación primaria del colegio Urkide, Vitoria, Felix Sáenz de Ugarte Balza y Borja Osante Bárcena. Esta actividad trata de que la profesora, al inicio del día, recite un chiste de éste libro. Para hacerlo más participativo para los alumnos, he modificado la actividad. Por un lado, de forma individual el alumno buscará y memorizará un chiste en casa y lo expondrá en clase delante tanto de sus compañeros como de su profesora. Esta actividad la realizará un alumno cada día, al igual que el profesor. Por otro lado, por parejas, tendrán que buscar y memorizar un chiste con diálogo y lo tendrán que exponer uno delante de todos.

¡Tarjeta, preséntame!

<p>OBJETIVOS</p>	<p>Ser creativos. Ser originales. Expresar emociones positivas. Utilizar un lenguaje positivo. Expresarse de forma oral. Respetar al compañero. Impulsar las relaciones de amistad. Prestar atención a las expresiones faciales de los compañeros. Promover el pensamiento positivo y la autoestima. Promover la risa. Provocar la risa.</p>
<p>CONTENIDOS</p>	<p>La risa. La creatividad y originalidad. Expresión oral. Emociones positivas. Expresión facial. El respeto entre los alumnos. La atención. La autoestima. El pensamiento positivo. Relaciones interpersonales.</p>
<p>TEMPORALIZACIÓN</p>	<p>Esta actividad tendrá una duración aproximada de 50 minutos, ya que tendríamos que realizar las tarjetas, realizar las presentaciones y valorar a los compañeros.</p>
<p>MATERIAL</p>	<p>Un trozo de cartulina. Rotuladores. Pegatinas.</p>
<p>DESCRIPCIÓN</p>	<p>Cada alumno elabora creativamente una tarjeta con su nombre. Después la introducirán en su saco y ordenadamente sacarán una tarjeta, evitando que un niño</p>

coja su tarjeta. Una vez que todos los niños tengan una tarjeta en su mano, se dirigirán donde el propietario de la tarjeta y le dirá cosas positivas sobre su tarjeta. Para que no coincidan todos los alumnos hablando a la vez, la actividad se hará por turnos. Mientras los que están esperando observarán las caras de sus compañeros, que luego comentarán delante de todos, una vez se haya acabado la actividad.

El pañuelo sonriente	
OBJETIVOS	<p>Fomentar la participación, cooperación y compañerismo.</p> <p>Estimular la confianza.</p> <p>Promover la risa.</p> <p>Impulsar el interés, la escucha, la atención y el respeto de sus compañeros.</p> <p>Ejercitar la memoria.</p>
CONTENIDOS	<p>La participación.</p> <p>La confianza.</p> <p>La risa.</p> <p>La atención.</p> <p>La memoria.</p> <p>La cooperación.</p> <p>El compañerismo.</p>
TEMPORALIZACIÓN	<p>Esta actividad durará unos 30 minutos. Emplearemos el tiempo en la división de grupos, en la adjudicación de los números a cada uno de los niños, en hacerles un ejemplo para una mayor comprensión de la actividad, explicarles las reglas y ejecutar la actividad.</p>
MATERIAL	<p>Un pañuelo.</p>
DESCRIPCIÓN	<p>La actividad consiste en dividir a la clase en dos grupos a partes iguales. La profesora será el árbitro. Ella estará situada en medio de los dos grupos, que estarán puestos en línea recta frente al otro grupo, con un pañuelo en el medio. A continuación se administrará a cada equipo siete números que se repartirán uno a cada uno. Así mismo, la profesora dirá un número y los dos alumnos que tengan ese número tendrán que salir corriendo y coger el pañuelo y volver a su grupo, quien lo consiga ganará. Por el contrario, el alumno que haya perdido tendrá que hacer lo que diga la profesora. En este caso, la profesora tiene una lista enumerada del uno al siete, en la que cada número es una acción diferente. Por lo tanto, el</p>

alumno tendría que hacer lo de la lista. Por ejemplo, si el número ha sido el dos, el alumno tendrá que escribir su nombre con el culo.

Adivina como me nuevo	
OBJETIVOS	<p>Fomentar la creatividad y originalidad.</p> <p>Expresión corporal a través de la mímica.</p> <p>Promover la participación.</p> <p>Atraer la atención y motivación.</p> <p>Incrementar la seguridad.</p> <p>Incentivar la risa.</p>
CONTENIDOS	<p>La creatividad original y fluida de adjudicar a un objeto otro significado.</p>
TEMPORALIZACIÓN	<p>Esta actividad durará unos 60 minutos, ya que les va a costar tanto pensar en darle un nuevo significado al objeto, como interpretarlo y adivinarlo.</p>
MATERIAL	<p>Una tiza.</p>
DESCRIPCIÓN	<p>La profesora les proporcionará a los alumnos un objeto. Mediante ese objeto tendrán que salir ante toda la clase y dar a ese objeto un significado completamente distinto. En este caso, la docente les dio una tiza. Los niños salieron uno a uno e hicieron sus representaciones. Por supuesto, no podían hablar, lo tenían que hacer por medio de la mímica. Los alumnos le dieron a la tiza el significado de un lápiz, un tapón para la nariz, una horquilla, un bigote, un pendiente, etc.</p>

¡Escucha, escucha que te canto!	
OBJETIVOS	Fomentar la creatividad y la risa. Expresar las emociones oral y corporalmente. Fomentar la participación y el acercamiento de las personas. Impulsar el interés, la escucha, la atención y el respeto de sus compañeros.
CONTENIDOS	Las emociones y pensamientos que se transmiten al escribir y cantar la canción.
TEMPORALIZACIÓN	En la ejecución de esta actividad se empleará un tiempo aproximado de 45 minutos, en la que tendrán que elaborar y cantar una canción.
MATERIAL	Para la elaboración y ejecución de esta actividad no es necesario ningún material complementario.
DESCRIPCIÓN	Los alumnos por grupos, tienen que elaborar una canción que más tarde la representar oral y corporalmente.

**Escucha mi historia
divertida**

<p>OBJETIVOS</p>	<p>Promover la risa. Expresar las emociones que le produce la historia. Impulsar el interés, la escucha, la atención y el respeto de sus compañeros. Fomentar la participación y el acercamiento de las personas.</p>
<p>CONTENIDOS</p>	<p>La expresión oral de sus emociones, sentimientos y hechos vivimos. Las emociones.</p>
<p>TEMPORALIZACIÓN</p>	<p>Esta actividad durará aproximadamente 5 minutos, que son los que el alumno empleará para contar al resto de la clase su historia más divertida.</p>
<p>MATERIAL</p>	<p>En esta actividad no se requiere de ningún material, únicamente la participación del alumnado.</p>
<p>DESCRIPCIÓN</p>	<p>Al comenzar el día o al finalizarlo, tanto los alumnos como la profesora, contarán al resto de la clase una historia divertida que haya vivido. Puede ser antigua o reciente.</p>

¿Cuánto me quieres?	
OBJETIVOS	<p>Favorecer y fortalecer la relación interpersonal entre los alumnos y éstos y la profesora.</p> <p>Fortalecer la autoestima y el auto-concepto de uno mismo tanto de la profesora como del alumnado.</p> <p>Expresar oralmente los pensamientos positivos de cada uno de los alumnos y de la profesora.</p> <p>Forjar amistades.</p> <p>Incentivar la risa.</p>
CONTENIDOS	<p>La autoestima y auto-concepto.</p> <p>Las relaciones interpersonales entre los integrantes del aula.</p>
TEMPORALIZACIÓN	<p>Esta actividad dura aproximadamente 30 minutos, dependiendo, también del número de alumnos que asistan a clase.</p>
MATERIAL	<p>Un pañuelo.</p>
DESCRIPCIÓN	<p>Todos los alumnos y la profesora se pondrán en círculo, agarrados de la mano. La profesora elegirá a un alumno, al azar, para que se coloque en medio del círculo con los ojos cerrados. Así mismo, de forma individual, cada alumno, incluida la profesora, irá diciendo características que le gustan del alumno situado en el centro. Así hasta completar el círculo. Cuando se quite la venda, todos aplaudirán y le mandarán un beso por el aire.</p>

**Disfrazadito,
disfrazadito, adivina
quién soy**

OBJETIVOS	<p>Promover la participación de los alumnos, de los padres y de la profesora.</p> <p>Fomentar la seguridad en uno mismo.</p> <p>Provocar la risa.</p> <p>Expresar el pensamiento hacia los compañeros.</p>
CONTENIDOS	<p>La autoestima personal.</p> <p>La seguridad en uno mismo.</p> <p>El pensamiento positivo.</p> <p>El respeto.</p>
TEMPORALIZACIÓN	<p>Esta actividad durará aproximadamente 30 minutos que se emplearán para disfrazarnos y hacer el pase de modelos.</p>
MATERIAL	<p>Prendas de vestir.</p>
DESCRIPCIÓN	<p>En esta actividad, los alumnos elegirán su peluche o personaje favorito como referencia. La actividad consistirá en que cada día el alumnado tendrá que venir vestido con una prenda del peluche o personaje que hayan elegido. La actividad finalizará cuando todos los alumnos acaben disfrazados y realicen un pase de modelos por el colegio.</p>

Me parto de la risa	
OBJETIVOS	<p>Incrementar la risa.</p> <p>Fomentar el pensamiento y emociones positivas.</p> <p>Comprender el contenido humorístico de los chistes, libros, comics, etc.</p> <p>Adquirir salud mental.</p> <p>Promover la atención, interés y la motivación por la lectura con humor.</p> <p>Fomentar las relaciones interpersonales y la amistad.</p> <p>Originar la escucha.</p>
CONTENIDOS	<p>Los chistes, libros y comics</p> <p>La risa cuando comprendemos el contenido.</p>
TEMPORALIZACIÓN	<p>Esta actividad no tiene un tiempo estipulado, ya que es empleado para, simplemente leer.</p>
MATERIAL	<p>Los chistes, libros y comics.</p>
DESCRIPCIÓN	<p>En esta actividad el alumno, de forma individual, irá al rincón del humor, donde podrá leer chistes, comics graciosos, libros humorísticos, etc. que luego puede compartir tanto con sus compañeros y su profesora como su familia.</p> <p>La realización de cada una de estas actividades se realizarán en días diferentes para no provocar una sobrecarga de energía e incluso entre las actividades se realizarán parones de un periodo corto de tiempo, para que no se cansen ni aburran. De esta forma, cuando volvamos a retomar la actividad, la volverán a coger con emoción y motivación.</p>

Álbum de la risa	
OBJETIVOS	<p>Forjar el vínculo de la amistad.</p> <p>Fomentar la participación.</p> <p>Trabajar en equipo.</p> <p>Incentivar la risa.</p> <p>Promover la creatividad.</p> <p>Recordar los momentos positivos.</p> <p>Favorecer y fortalecer la relación interpersonal entre los alumnos y éstos y la profesora.</p>
CONTENIDOS	<p>La participación.</p> <p>La cooperación.</p> <p>La amistad.</p> <p>Pensamiento positivo.</p>
TEMPORALIZACIÓN	<p>Esta actividad tendrá una duración aproximada de 45 minutos en los que toda la clase tendrá que decorar el álbum.</p>
MATERIAL	<p>Fotografías de los alumnos.</p> <p>Un álbum.</p> <p>Rotuladores.</p> <p>Pegatinas.</p>
DESCRIPCIÓN	<p>En esta actividad, entre los alumnos y la profesora, van a elaborar una “Album de la risa” en la que pegarán las fotos que la profesora ha ido realizando en cada actividad de humor y que los alumnos decorarán. Una vez lo hayan finalizado lo pegarán en clase y comentarán y recordarán con humor lo vivido anteriormente.</p>