

Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades

Máster Universitario en Estudios sobre Danza

**Danzaterapia para la rehabilitación de la
marcha en una bailarina con secuelas por
Accidente Cerebro Vascular – ACV**

Trabajo fin de estudio presentado por:	Adriana Rodríguez Rozo
Tipo de trabajo:	Propuesta de Intervención
Director/a:	Ana Colomer Sánchez
Fecha:	12/07/2023

Resumen

Este trabajo pretende realizar una propuesta de intervención en Danza Movimiento Terapia (DMT), para la rehabilitación en el caso de una bailarina con secuelas por Accidente Cerebro Vascular ACV. Para la parte diagnóstica, se utilizó una metodología mixta con la realización de un análisis cualitativo y cuantitativo de la marcha mediante el software *Kinovea*, la valoración funcional mediante *la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y de la Salud CIF*, una prueba de bienestar con el *Test de Ryff*; además de otros, como historias y diagnósticos clínicos. Estos datos sirvieron como base del objetivo y producto final que es un plan de intervención basado en la DMT, que integra técnicas somáticas como el método Feldenkrais y la Técnica Alexander, constituyéndose en una alternativa viable que se espera contribuya al diagnóstico y tratamiento de las secuelas por ACV.

Palabras clave: Danzaterapia, Rehabilitación de la Marcha, Accidente Cerebro Vascular -ACV.

Abstract

This work intends to carry out an intervention proposal in Dance Movement Therapy (DMT), for the rehabilitation in the case of a dancer with sequelae due to a brain attack. For the diagnostic part, a mixed methodology was used with a qualitative and quantitative analysis of gait using the Kinovea software, functional assessment using the International Classification of Functioning, Disability and Health CIF, a well-being test with the Ryff Test; in addition to others, such as histories and clinical diagnoses. These data served as the basis for the objective and final product, which is an intervention plan based on DMT, which integrates somatic techniques such as the Feldenkrais method and the Alexander Technique, constituting a viable alternative that is expected to contribute to the diagnosis and treatment of sequelae for stroke.

Keywords: Dance therapy, Gait Rehabilitation, stroke

Índice de contenidos

Introducción	9
1.1. Justificación.....	9
1.2. Problema y finalidad del trabajo.....	11
1.3. Objetivos	13
1.3.1. Objetivo general	13
1.3.2. Objetivos específicos	13
2. Marco teórico.....	14
2.1. EL Accidente Cerebro Vascular – ACV o Ictus.....	14
2.1.1. Definición.....	14
2.1.2. Tipología	14
2.1.3. Incidencia.....	15
2.1.4. Las secuelas	15
2.1.5. Tratamiento de Rehabilitación para Secuelas Post ACV	18
2.2. Terapias – tratamientos secuelas ACV.....	19
2.2.1. La Fisioterapia.....	19
2.2.2. Terapia Danza / Movimiento	20
2.2.3. Terapia Deporte.....	21
2.2.4. Técnica Alexander.....	21
2.2.5. Método Feldenkrais.....	22
2.3. La Marcha humana	23
2.4. El ciclo o patrón de marcha	24
2.5. Análisis Biomecánico de la marcha.....	27
2.6. La rehabilitación como aprendizaje.....	28

3.	Contextualización	31
3.1.	Autoetnografía.....	31
3.2.	Características del alumnado / Diagnóstico de base.....	34
3.2.1.	Historia Clínica Neurología	35
3.2.2.	Historia Clínica Fisioterapia	35
3.2.3.	CIF Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y la salud 35	
3.2.4.	5. Test de Bienestar Psicológico de Ryff (TBP).	36
3.2.5.	Análisis biomecánico KINOVEA.....	37
3.2.6.	Análisis cualitativo del ciclo de marcha.....	41
4.	Metodología	43
4.1.	Enfoque, modelo, alcance	43
4.2.	Diseño	43
4.3.	Instrumentos.....	44
4.4.	Población y contexto.....	45
5.	Diseño de la propuesta de intervención	47
5.1.	Introducción.....	47
5.2.	Justificación.....	47
5.3.	Referencias legislativas	47
5.4.	Objetivos de la propuesta y relación con las competencias	49
5.4.1.	Objetivos.....	49
5.4.2.	Objetivo general de la propuesta	49
5.4.3.	Objetivos específicos de la propuesta.....	49
5.4.4.	Competencias	49
5.5.	Contenidos	50

5.5.1.	DMT: Contenidos relacionados con las competencias emocionales.	51
5.5.2.	Educación Física.....	52
5.5.3.	Feldenkrais FDK:	53
5.5.4.	Alexander:.....	54
5.6.	Metodología.....	55
5.7.	Principios metodológicos.....	58
5.7.1.	El aprendizaje significativo:	58
5.7.2.	La danzaterapia	58
5.7.3.	Técnica Alexander y Método Feldenkrais	58
5.8.	Métodos pedagógicos.....	58
5.8.1.	Constructivismo (Lev Vygotsky / Piaget)	58
5.9.	Estilos de enseñanza (EE).....	58
5.10.	Formas de agrupamiento:	59
5.11.	Sesiones y/o actividades	60
5.12.	Temporalización / Cronograma (Planificación Temporal)	71
5.13.	Medidas de atención a la diversidad / Diseño universal del aprendizaje.....	71
5.14.	Sistema de evaluación.....	72
5.14.1.	Criterios de evaluación	74
5.14.2.	Instrumentos de evaluación	74
6.	Conclusiones.....	77
7.	Consideraciones finales (Limitaciones y prospectiva).....	81
7.1.1.	Limitaciones.....	81
7.1.2.	Prospectiva	81
	Bibliografía.....	83
	Anexo A.....	91

Anexo B.....	91
Anexo C.....	92
Anexo D.....	93
Anexo E.....	94
Anexo F.....	95
Anexo G.....	96

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1. Modelo de la CIF (2001).....	17
Ilustración 2. Ciclo completo de la Marcha	24
Ilustración 3. Esquemas Ciclo de marcha	26
Ilustración 4. Imágenes de análisis del tren superior.....	38
Ilustración 5. Movimientos conjuntos de rodilla, tobillo y pie - trayectoria.....	38
Ilustración 6. Recorrido del Centro de gravedad	39
Ilustración 7. Seguimiento transversal del ciclo de marcha de la Bailarina	39
Ilustración 8. Fases del Ciclo de Marcha Bailarina con secuelas por ACV.....	40
Ilustración 9. Fases del ciclo de la marcha durante el periodo de balanceo	41

Índice de tablas

Tabla 1. Glosario Ciclo de Marcha	25
Tabla 2. Resultados Test de Bienestar Psicológico (TBP) de Riff.....	37
Tabla 1. Diseño metodológico	43
Tabla 2. Competencias generales del Plan de Intervención.....	49
Tabla 3. Relación Objetivos - Competencias.	50
Tabla 4. Ejemplo de articulación de contenidos	50
Tabla 5. Ejemplos de Ejercicios de Enraizamientos.....	51
Tabla 6. Ejemplo de Ejercicio ATM - Feldenkrais.....	54
Tabla 7. Propuesta de sesión del Plan de Intervención	56
Tabla 8. Formato de Sesión del Plan de Intervención	57
Tabla 9. Cronograma Propuesta de intervención.....	71
Tabla 10. Rubrica de evaluación Sesión 1.	75
Tabla 11. Rúbrica de evaluación.....	96

Introducción

Este trabajo surge del interés de la autora como bailarina y víctima de Accidente Cerebro Vascular (ACV)¹, por mejorar la comprensión de cómo la danzaterapia desde técnicas somáticas puede contribuir a la recuperación de secuelas ocasionadas por ACV, específicamente en el mejoramiento del patrón de marcha.

En términos sencillos un ACV, es una lesión donde hay muerte de tejido cerebral por ausencia de oxígeno debido a falta de irrigación sanguínea (Zarco et al., 2008). Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el ACV hace parte de las enfermedades cardiovasculares, que son una de las principales patologías afectando a millones de personas en todo el mundo (Beltrán, 2019). Dentro de las principales secuelas por ACV se tienen: disfunciones del aparato psicomotor, hemiplejía, hemiparesia, afasia, espasticidad, pie caído, problemas de equilibrio, problemas visuales entre otros múltiples que afectan de múltiples formas el patrón de marcha. Por tal motivo, “la valoración del ACV ha de ser amplia, dada la gran variedad de déficit y discapacidad que provocan” (Árias, 2009, p. 26). Uno de los principales problemas que se presenta en cuanto al tratamiento tradicional del ACV es el uso de una terminología inadecuada que no contribuye a diagnósticos y tratamientos precisos, especialmente en cuanto al dominio o área sensitiva.

En este sentido la Danzaterapia con técnicas somáticas como el método Feldenkrais y la Técnica Alexander, se constituyen en alternativas viables y efectivas que pueden aportar al diagnóstico y tratamiento de las secuelas por ACV realizando aportes para ampliar y mejorar el conocimiento existente relacionado con los dominios de déficit neurológico sensomotriz y comunicativo, mejorando la calidad de vida de quienes se ven sometidos a largos, costosos y dolorosos tratamientos tradicionales.

1.1. Justificación

La realización de esta propuesta de intervención en danzaterapia para la rehabilitación neuromotora de la marcha por secuelas de ACV pretende realizar un aporte a la promoción de la inclusión social y la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad.

¹ En este trabajo los términos Ictus o ACV se consideran sinónimos por lo cual se usarán indistintamente.

Además, se presenta como una alternativa que permite abordar el problema de las secuelas ocasionadas por ACV de una manera no invasiva, en espacios diferentes al de la medicina convencional, promoviendo el bienestar emocional, físico y cognitivo de las personas. Por otra parte, La Sociedad Española de Neurología, estima que,

En la próxima década aumentarán un 34% los casos de ictus. En los próximos 10 años, en Europa, aumentarán un 45% las muertes por ictus y un 25% el número de supervivientes de ictus con discapacidad. Unas 110.000 personas sufren un ictus en España cada año: un 15% fallecen y un 30% padecen dependencia funcional. El ictus es la primera causa de mortalidad en las mujeres, la segunda en hombres y la primera causa de discapacidad en España. Más de 350.000 personas en España presentan alguna limitación en su capacidad funcional como consecuencia de esta enfermedad. El 25% de la población sufrirá un ictus a lo largo de su vida, pero en España solo un 50% de la población sabe reconocer los síntomas de esta enfermedad. El 16% de los casos de ictus se producen en personas menores de 50 años. Controlando adecuadamente los factores de riesgo modificables se podría prevenir hasta el 90% de los casos de ictus (Sociedad Española de Neurología, 2016, p. 1)

Por lo tanto, desde el punto de vista social la atención a las secuelas generadas por ACV es una necesidad patente, la cual por su magnitud y al no ser consideradas sus secuelas una enfermedad en sí, son susceptibles de recibir tratamientos alternativos al de la tradicional fisioterapia.

De esta manera este proyecto se sumaría a los esfuerzos que realiza la comunidad científica para mejorar la función perdida y las discapacidades luego de un ACV, los últimos estudios se centran en la aplicación de técnicas como la terapia de movimiento inducido por restricción, la estimulación magnética transcraneal y la terapia de tele rehabilitación en el hogar, inclusive la implantación de células madre neurales (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2023). De esta manera, la presente propuesta es un aporte a la generación de conocimientos relacionados con el tratamiento de las secuelas generadas por ACV, que no es contemplado por la medicina convencional.

Desde el punto de vista personal de la investigadora, la realización de este trabajo tiene dos importantes objetivos, el primero es mejorar su conocimiento sobre el tema de las secuelas

por ACV y las técnicas para su tratamiento desde la danza; y por otra parte, avanzar en su propio proceso de rehabilitación, el cual como paciente ha sido prolongado y muy doloroso tanto en lo físico como en lo emocional. Así su compromiso se centra en presentar una alternativa a los tratamientos convencionales, que son costosos, repetitivos, aburridos, centrados en lo alopático, sin contemplar aspectos tan relevantes como el estado emocional de la persona.

Además, la autora considera esta propuesta pertinente en tanto parte de la visión de quien ha transitado por nueve años la experiencia de un ACV y sus secuelas; y desea hacer un aporte a quienes viven y vivirán la misma situación. Para ellos se presenta esta propuesta de intervención como una alternativa amigable para su recuperación e integración a la sociedad, evitando el dolor y fortalecer el componente anímico y emocional a través de la lúdica propia de la danza como parte central de la esta propuesta.

Por último, este trabajo es relevante para el ámbito académico pues se suma a los esfuerzos realizados por los profesionales de la danza en construir un corpus epistémico que fortalezca los campos de acción del gremio y que contribuya a la sociedad, además de lo que desde el arte, la estética y la cultura ha venido aportando; a la solución de problemas prácticos como la incidencia de secuelas por ACV y a establecer una perspectiva diferente de lo que es tanto la rehabilitación de las secuelas por ACV, como la imagen misma de la persona que convive con ellas.

1.2. Problema y finalidad del trabajo

Luego de sufrir un ACV, y sobrevivir la *fase aguda* donde el paciente está hospitalizado. Y después de superar la *fase subaguda*, donde se logra la estabilización neurológica, el 80% de los pacientes presentará algún grado de déficit neurológico que se beneficiaría de un proceso de rehabilitación donde el objetivo principal del tratamiento es el de “Obtener el máximo grado de funcionalidad posible al recuperar las capacidades perdidas” (García Barranco & García Luengo, 2014, p. 16). Entonces el paciente alcanza la denominada *fase crónica o de estado*, donde se ha llegado a una relativa estabilidad; para el paciente en esta instancia el proceso de rehabilitación será relativa. Así que, el proceso en términos generales, no se orientará a la recuperación del déficit perdido sino a la adaptación a la situación funcional que resta y del entorno del paciente (Mota, 2021).

Es en este punto, donde se presenta un aspecto central del problema, y tiene que ver con el “abandono” que experimenta la persona en situación de discapacidad por causa de las secuelas producidas por el ictus; ese abandono se presenta por parte del sistema de salud, el entorno laboral y el familiar. En este sentido, la persona no sólo se ve abocada a resignarse a una condición precaria (en el aspecto físico y emocional) de la cual lucha para salir y que requiere tanto del apoyo de profesionales que fortalezcan su estado anímico y su voluntad; así como los deseos de superación que normalmente se ven afectados por patologías como la depresión, la ansiedad y otras que suelen acompañar el ACV.

Maldonado et al., (1997), la depresión es más común en quienes padecen de enfermedades neurológicas que en la población general. Igual sucede con la ideación suicida y el riesgo de suicidio. En ocasiones, las enfermedades neurológicas como la enfermedad de Huntington son precedidas por la depresión; y otras ocasiones, esta es el resultado de los fármacos utilizados para el tratamiento de dichas patologías neurológicas.

Teniendo en cuenta lo anterior, y el hecho que hay estudios con poblaciones de bailarines profesionales como el realizado Orozco y Gil, quienes encontraron que “algunas funciones cognitivas de los bailarines se encuentran a un nivel normal alto, esto se apoya en las evidencias que indican los beneficios cerebrales de la danza y su posible aplicación para intervención en pacientes” (Orozco-Calderón & Gil-Alvarado, 2018, p. 1).

En suma, lo tratado hasta el momento desemboca en la pregunta:

¿Cómo mejorar el patrón de marcha de una bailarina con secuelas de ACV mediante la danzaterapia?

Este cuestionamiento permite centrar el problema en un caso específico, del cual es posible extraer aprendizajes que son susceptibles de ser replicados en tanto se trata de generar una estrategia metodológica para abordar un caso específico, la cual puede ser trasladada a situaciones análogas.

Teniendo como hipótesis que mediante la intervención con danzaterapia es posible mejorar aspectos del patrón de marcha en el caso de una bailarina con secuelas de ACV.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Crear una propuesta de intervención en danzaterapia para la rehabilitación neuromotora de la marcha en el caso de una bailarina con secuelas por ACV.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar las secuelas neuromotoras de la marcha en la bailarina con secuelas por ACV, mediante la aplicación de instrumentos de evaluación clínica y de danzaterapia.
- Establecer un diagnóstico como línea de base para el diseño de un plan de intervención en danzaterapia.
- Identificar los posibles aportes de técnicas como Feldenkrais y Alexander, además de acondicionamiento físico y fisioterapia, adaptado a las necesidades específicas de la bailarina con secuelas por ACV, para mejorar su patrón de marcha.
- Diseñar un programa de intervención en danzaterapia que integre las técnicas Feldenkrais y Alexander, además de acondicionamiento físico y fisioterapia, adaptado a las necesidades específicas de la bailarina con secuelas por ACV, para mejorar su patrón de marcha.

2. Marco teórico

2.1. EL Accidente Cerebro Vascular – ACV o Ictus.

2.1.1. Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el ACV o Ictus, como la “Afección neurológica focal (o a veces general) de aparición súbita, que perdura más de 24 horas (o causa la muerte) y de presunto origen vascular”. “El diagnóstico del accidente cerebrovascular es clínico y no se basa en los resultados radiológicos”. (OMS, 2005, p. 10).

El accidente cerebrovascular (ictus) sucede cuando se presenta la obstrucción o ruptura de una arteria cerebral, generando la muerte del tejido circundante a la lesión provocada por la pérdida de irrigación sanguínea (infarto cerebral), causando síntomas repentinos. Entre más grande sea el área afectada, los síntomas serán de igual manera más graves. (Chong, 2020). Lo que puede causar discapacidades físicas, cognitivas y emocionales. El ACV es calificada como una de las enfermedades neurológicas más devastadoras, siendo una de las principales causas de deterioro, discapacidad y muerte en todo el mundo (Mukherjee & Patil, 2011).

2.1.2. Tipología

De acuerdo con la OMS los principales subgrupos de ACV son de tipo isquémico y hemorrágico. Cuando su causa es la oclusión de las arterias cerebrales ocasionada por un trombo formado en el sitio del taponamiento en este caso se clasifica como ACV isquémico trombótico. Cuando el trombo se formó en otra parte del sistema cardiovascular y llega hasta el cerebro y obstruye sus arterias, de le denomina ACV embólico. (OMS, 2005). A su vez, el ataque isquémico puede ser de transitorio (AIT) cuando se trata de un evento isquémico retiniano o cerebral breve, menor de una hora, no asociado a infarto cerebral en las imágenes de estudio. O, infarto cerebral (IC), cuando existe lesión encefálica definitiva con manifestaciones clínicas permanentes. (Pérez et al., 2009)

Por otra parte, de tipo hemorrágico; denominándose hemorragia intracraneal, cuando se presenta hemorragia en el tejido cerebral; y hemorragia subaracnoidea cuando existe hemorragia de las arterias en el espacio entre la piamadre y la aracnoides que son dos de las membranas meníngeas. (OMS, 2005).

También existen otros 4 tipos de ACV que relaciona la OMS así: 1). Primer episodio, se refiere a la situación donde no se han presentado ACV con anterioridad. En este caso el AIT no se tiene en cuenta ya que los síntomas tienen una duración inferior a las 24 horas. 2). El ACV recidivante, es decir que presenta reincidencia o reaparición de la patología. Estos son de dos clases, el primero cuando se trata de antecedentes de un episodio de ACV que obedece a un episodio anterior en la misma zona o territorio arterial, ocurrido con una anterioridad de 29 días. Y el segundo, se trata de la ocurrencia de un nuevo ACV que se presenta con diferencia mayor a 28 días de uno ya registrado, pero que se produzca en un territorio arterial diferente. También se clasifican como; 3). No mortal, cuando el paciente sobrevive 28 días después del evento; y 4). Mortal si no supera ese tiempo. Ídem.

2.1.3. Incidencia

La enfermedad cerebrovascular (ECV) según datos de la OMS es la primera causa de muerte (Parada et al., 2020), y la primera causa de discapacidad y se considera como un problema para sistema de salud y sus diferentes manifestaciones se constituyen como una urgencia médica. En cuanto al ACV, el isquémico tiene una incidencia en un 80% y el hemorrágico en un 20% de los casos (Pérez et al., 2009). Así, el ACV isquémico y el ataque isquémico transitorio (AIT) afectan a más de 14 millones de personas anualmente en el mundo. Otro aspecto relevante, es que los pacientes que han presentado afectaciones por ACV, presentan un mayor riesgo de sufrir futuros eventos cardiovasculares. En consecuencia, la prevención es un objetivo importante en la atención del ACV (Kernan et al., 2016). Para el 2016 de 54.5 millones de muertes a nivel mundial, 5.53 millones fueron ocasionadas por ACV, es decir un 10 % (Beltrán, 2019), se estima que una cifra 44 millones de años de vida ajustados por discapacidad perdidos (Mukherjee & Patil, 2011). Lo que refleja la magnitud e importancia del ACV como una patología de gran incidencia en la población, que acarrea grandes costes a los sistemas de salud de los países y consecuencias importantes para la vida de los sobreviviente de ACV al ser una causa importante de muerte, invalidez, dependencia y estancia hospitalaria (Arias Cuadrado, 2009).

2.1.4. Las secuelas

Todos los aspectos importantes de la vida pueden tener afectaciones por las secuelas derivadas de un ACV ya sea este moderado o severo. Las secuelas post ACV se manifiestan en

distintos aspectos funcionales o estructurales como el nivel de consciencia, las áreas cognitiva, física, conductual, ambiental, emocional y psicosocial. Cada uno con distintos niveles de intensidad, duración y variabilidad. En suma, la evaluación, definición, clasificación y pronóstico es una tarea compleja dada su heterogeneidad (Alberdi Odriozola et al., 2009). Teniendo en cuenta lo anterior, en este apartado no se pretende hacer un listado de las secuelas, sino más bien presentar un instrumento creado por la OMS para su identificación, clasificación y aplicación en casos concretos.

Dentro de las herramientas que se han desarrollado para establecer o identificar los diferentes grados de funcionamiento y discapacidad producto de las secuelas post ACV, la OMS presenta el documento ²***CIDDM-2: Clasificación Internacional del funcionamiento y la Discapacidad, Versión Completa. Julio de 1999.***

La CIDDM-2 clasifica sistemáticamente cualquier estado funcional asociado con estados de salud (ej. enfermedades, trastornos, lesiones, traumas o cualquier otro estado de salud). El objetivo principal de la clasificación CIDDM-2, es proporcionar un lenguaje unificado y estandarizado que sirva como punto de referencia para describir el funcionamiento humano y la discapacidad como elementos importantes de la salud. La clasificación cubre toda alteración en términos de "estados funcionales" en los niveles corporal, individual y social, asociados con estados de salud. "Funcionamiento" y "Discapacidad" son términos genéricos que abarcan tres dimensiones: (1) funciones y estructuras corporales; (2) actividades en el nivel individual; y (3) participación en la sociedad (Organización Mundial de la Salud (OMS) & Vásquez Baquero, 1999, p. 6).

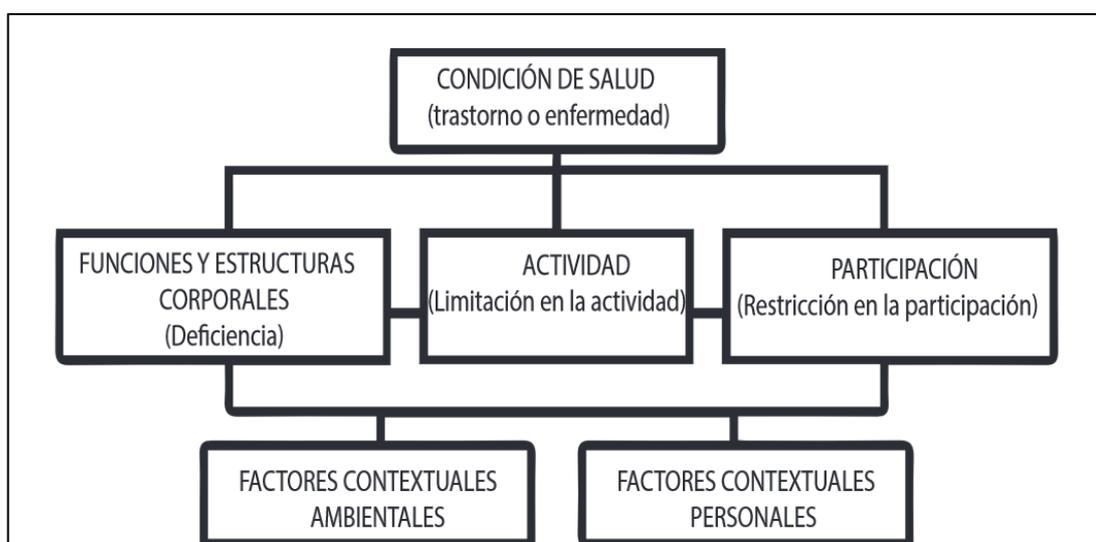
Entre los aspectos relevantes del uso de la CIDDM-2 como herramienta para describir el funcionamiento humano, es que es aplicable a cualquier persona, sin tener necesariamente una discapacidad. Por otra parte, se trata de una herramienta científica que contribuye a la unificación de criterios objetivos para la valoración de la funcionalidad pudiendo ser aplicados como herramientas para la obtención de datos confiables tanto para la academia como para el sector salud. En consecuencia, mediante la aplicación de la CIDDM-2, en su versión

² Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), este acrónimo ha sido conservado en la nueva edición del documento por cuestiones históricas por parte de la OMS.

actualizada conocida como CIF: *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*, es posible crear un perfil de funcionamiento específico de cada paciente para ser utilizado como sustento para la toma de decisiones al momento de generar estrategias o programas de intervención orientadas al mejoramiento o tratamiento de las secuelas post ACV, independientemente del tipo de terapia o técnica a utilizar para tal fin.

Existe en línea una herramienta para la aplicación de la CIF que facilita la creación de formularios personalizados de acuerdo con las necesidades del usuario. La aplicación fue desarrollada por la ICF Research Branch (Rama de Investigación ICF) fundada en 2003 de la Universidad Ludwig-Maximilians de Múnich, Alemania. Cuyo objetivo es “promover y avanzar en el desarrollo de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (ICF), mediante la implementación de la CIF en las áreas de salud, educación y política social. (Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018).

Ilustración 1. Modelo de la CIF (2001)



Fuente: (Jiménez Tordoya, 2016)

Esta se encuentra disponible en el siguiente vínculo: <https://icf-core-sets.org/es/page1.php>

En este punto es necesario precisar que lo que es posible realizar con la aplicación de la herramienta basada en la CIF, es determinar las secuelas causadas por el ACV, en términos de funcionalidad. No se trata de un diagnóstico de la patología del paciente. Para tal fin, la OMS tiene una herramienta específica dentro de la Familia de Clasificaciones Internacionales (FCI).

Se trata de la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión), mediante la cual los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, etc.) son clasificados, brindando un marco conceptual basado en la etiología (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2018); “Por lo tanto, la CIE-10 y la CIF son complementarias, y se recomienda a los usuarios que utilicen conjuntamente estos dos elementos de la familia de clasificaciones internacionales de la OMS”. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2018, p. 14)

2.1.5. Tratamiento de Rehabilitación para Secuelas Post ACV

La rehabilitación del ACV comprende tres periodos a partir de la ocurrencia del evento. Periodo o fase aguda comprende el inicio de la instauración del ACV, cuyo signo más relevante es la hipotonía. Coincide normalmente con el tiempo de cama del paciente entre dos y tres semanas. En este momento existe una ventana terapéutica donde es posible modificar el curso evolutivo del ACV y es posible lograr una reactivación neuronal. Dicha mejoría se justifica por la existencia de un área periférica de penumbra de la zona isquémica, en la cual el daño es posible de revertir dentro de un lapso de 3 a 6 horas, si se alcanza la reperusión del tejido; y por la resolución de la diasquisis (Arias Cuadrado, 2009), que trata de “un fenómeno fisiológico basado en la depresión reversible de funciones conectadas anatómica o funcionalmente al área lesionada” (González Aguado et al., 2000, p. 945).

El objetivo de este periodo es mejorar déficits de estructurales y funcionales mediante la prevención, diagnóstico y tratamiento precoz de las complicaciones relacionadas con el evento y la inmovilización prolongada como alteraciones de la cutáneas, trastornos respiratorios y posturas viciosas (Parada et al., 2020).

Por su parte la fase subaguda, presenta signos de espasticidad e hiperreflexia, es la fase de rehabilitación más importante, es momento en el que el paciente interviene en su recuperación del déficit y/o funcional. En casos favorables, se presenta recuperación motora, recuperación de fuerza y coordinación. Su duración depende de cada caso, pero lo habitual es de unos 3 meses (Arias Cuadrado, 2009). Esta fase tiene por objetivo lograr el mayor nivel de funcionalidad del paciente en el ámbito de actividad, mediante la identificación de las necesidades individuales (Parada et al., 2020).

Y la fase crónica o periodo de estado, corresponde al momento una vez se ha el cuadro se ha estabilizado. El esfuerzo terapéutico se orienta a la adaptación de situación funcional que

resta y del entorno del paciente, más que a su recuperación del déficit perdido (Arias Cuadrado, 2009). Teniendo como objetivo la integración e inclusión familiar y social del paciente. Además de mantener los logros previos alcanzados y realizar un manejo adecuado de los factores de riesgo (Parada et al., 2020).

Por otra parte, es necesario aclarar que, dependiendo del diagnóstico o caracterización del paciente, son múltiples las opciones de tratamiento para la rehabilitación post ACV, estas incluyen además del manejo médico convencional, alternativas como el arte terapia, la musicoterapia, la danzaterapia y técnicas somáticas. Específicamente en esta propuesta de intervención se trabajará con la Técnica Alexander y el Método Feldenkrais.

En este estudio, el interés se centra en la intervención en esta etapa, que es la de mayor duración y por el hecho que el caso se encuentra es la fase crónica, que es en la que menos posibilidades de recuperación son pronosticadas de acuerdo con lo visto anteriormente.

2.2. Terapias – tratamientos secuelas ACV

2.2.1. La Fisioterapia

La fisioterapia es una disciplina de la salud que se enfoca en el tratamiento de problemas físicos o musculoesqueléticos a través de técnicas manuales, terapéuticas, electroterapia y otras formas de tratamiento. Los fisioterapeutas trabajan con pacientes de todas las edades y con una amplia variedad de problemas de salud, desde lesiones deportivas hasta enfermedades crónicas (*¿Qué es la fisioterapia?*, s. f.)

El objetivo principal de la fisioterapia es restaurar el movimiento, la función y la calidad de vida de los pacientes. Los fisioterapeutas utilizan técnicas manuales, como masaje y estiramiento, para mejorar la flexibilidad y la movilidad de los músculos y las articulaciones. También pueden diseñar programas de ejercicio personalizados para ayudar a los pacientes a recuperar la fuerza y la función después de una lesión o enfermedad (World Physiotherapy, 2019)

Además, la fisioterapia puede ayudar a prevenir lesiones y mejorar la salud y el bienestar en general. El fisioterapeuta puede enseñar al paciente, técnica de prevención de lesiones, como la corrección postural y los ejercicios de fortalecimiento, para ayudar a mantener una buena salud física a largo plazo. (World Physiotherapy, 2019).

Los encargados de diagnosticar y dar tratamiento físico se denominan fisioterapeutas dicho diagnóstico es realizado desde un proceso de razonamiento clínico que da como causa la identificación de problemas potenciales e incapacidades existentes. Ídem

2.2.1.1. Fisioterapia en el ACV

La fisioterapia es una parte importante del tratamiento para la rehabilitación después de un accidente cerebrovascular (ACV). Después de un ACV, muchas personas experimentaron dificultades para moverse y realizar actividades diarias debido a la debilidad muscular, la pérdida de coordinación y el deterioro neurológico.

El objetivo de la fisioterapia en el tratamiento del ACV es mejorar la fuerza muscular, la coordinación y el equilibrio, y restaurar la movilidad en la persona afectada. El fisioterapeuta trabajará con el paciente para desarrollar un plan de tratamiento personalizado que ejercerá ejercicios de estiramiento, fortalecimiento y equilibrio, así como técnicas de terapia manual y otras modalidades de tratamiento.

Además, el fisioterapeuta puede enseñar a los pacientes y sus cuidadores técnicas de prevención de lesiones y de movilización segura, así como a realizar actividades de la vida diaria de manera segura y efectiva (Cochrane.org, 2014).

2.2.2. Terapia Danza / Movimiento

La Danza Movimiento Terapia (DMT). Nace en los años 60 con Mary Whitehouse y se basa en la idea de que el movimiento y la danza pueden ayudar a las personas a comunicarse entre sí y con los demás de manera no verbal, lo que puede ser especialmente útil para aquellos que tienen dificultades para expresarse verbalmente o que han experimentado algún tipo de trauma o dificultad emocional (De las Heras-Fernández, 2022).

La DMT se puede utilizar en una amplia variedad de contextos terapéuticos, como la psicoterapia, la rehabilitación, la atención médica, es una terapia creativa que utiliza el movimiento y la danza para ayudar a las personas a explorar y expresar sus emociones, pensamientos y experiencias. Se basa en la idea de que el cuerpo y la mente están interconectados y que el movimiento y la expresión corporal pueden ayudar a promover el bienestar emocional, físico y espiritual.

Durante una sesión de DMT, el terapeuta guía al paciente a través de ejercicios de movimiento y danza diseñados para fomentar la autoexpresión. (López & García, 2018)

2.2.3. Terapia Deporte

La terapia del deporte es una rama de la medicina deportiva que se enfoca en la prevención, evaluación, tratamiento y rehabilitación de lesiones y enfermedades relacionadas con la actividad física y el deporte. La terapia del deporte se enfoca en ayudar a las atletas y personas activas a recuperar su nivel de funcionamiento previo a la lesión y prevenir lesiones futuras (Villalón, 2015).

Los terapeutas deportivos pueden trabajar en una variedad de entornos, desde escuelas y universidades hasta equipos deportivos profesionales. También pueden trabajar en clínicas y consultorios privados.

Las intervenciones terapéuticas en la terapia del deporte incluyen una variedad de técnicas y estrategias, tales como:

- Evaluación y diagnóstico de lesiones deportivas
- Planificación y prescripción de programas de ejercicios específicos para la rehabilitación de lesiones.
- Utilización de técnicas de terapia manual, como el masaje deportivo y la manipulación osteopática.
- Utilización de modos físicos, como la crioterapia, la termoterapia, la electroterapia y la terapia de compresión
- Educación sobre la prevención de lesiones y la optimización del rendimiento deportivo trabajo en equipo (KIBO, s. f.)

2.2.4. Técnica Alexander

La técnica Alexander es un método de reeducación corporal (psicofísico), que busca mejorar la postura, el movimiento y la coordinación de una persona a través de la conciencia y el control consciente de su cuerpo. Fue desarrollado por el actor australiano F. Matthias Alexander (Tasmania 1869- Londres 1955), y se ha utilizado en diversos entornos, como la danza, la música, el teatro y la terapia física. Su propósito es sustituir las reacciones

automáticas por acciones escogidas de carácter consciente (Escuela de Técnica Alexander México, 2022).

La técnica Alexander se basa en la idea de que muchas personas adoptan patrones de tensión y movimiento ineficientes que pueden causar dolor, fatiga y lesiones. El objetivo de la técnica es ayudar a las personas a identificar y cambiar estos patrones, mejorando su postura, respiración y coordinación.

Durante una sesión de técnica Alexander, el terapeuta trabaja con el paciente para ayudar a tomar conciencia de su propio cuerpo y a identificar patrones de tensión y movimiento ineficientes. El terapeuta guía al paciente a través de una serie de ejercicios y movimientos simples, enseñándole a liberar las tensiones necesarias ya moverse con más facilidad y eficacia (Escuela de Técnica Alexander México, 2022). El terapeuta también enseña al paciente a aplicar los principios de la técnica, lo que quiere decir que se lleva a cabo una transferencia de conocimiento durante el proceso.

2.2.5. Método Feldenkrais

El Método Feldenkrais es un enfoque de reeducación somática que busca mejorar la coordinación, la postura, el movimiento y la conciencia corporal. Fue desarrollado por el científico y educador Moshé Feldenkrais a mediados del siglo XX y se basa en la idea de que la mente y el cuerpo están interconectados y que el aprendizaje y la exploración del movimiento pueden mejorar el funcionamiento general del cuerpo y la calidad de vida (Rywerant, 1983).

El Método Feldenkrais se compone de dos modalidades principales: la "educación somática" y la "integración funcional". La educación somática implica una serie de ejercicios y movimientos suaves y lentos, mientras que la integración funcional implica actividades más complejas. La educación somática se centra en la exploración y la toma de conciencia del cuerpo y de cómo se mueve. Los ejercicios y movimientos suaves y lentos se realizan con atención y sin esfuerzo, y se dirigen a patrones de movimiento ineficientes o limitantes (Feldenkrais, 2014). La idea es que al tomar conciencia de cómo se mueve y al explorar nuevas formas de movimiento, el individuo puede mejorar su postura, coordinación y equilibrio. Por otra parte, la integración funcional implica aplicar los principios aprendidos durante la educación somática a actividades más complejas y orientadas a la tarea, como caminar, correr

o tocar un instrumento musical. Se fomenta la exploración y el aprendizaje a través del movimiento (Instituto Feldenkrais, 2022).

2.3. La Marcha humana

Osorio & Valencia (2013) aportan una definición concisa y clara de la marcha como, la forma de desplazamiento en posición erguida propia del humano en la que se suceden apoyos en uno o ambos pies. Además, evidencian que la marcha en el ser humano es el producto de un proceso y que, en comparación con otros animales, el hombre requiere de un periodo prolongado para dar sus primeros pasos y lograr la bipedestación y una marcha independiente.

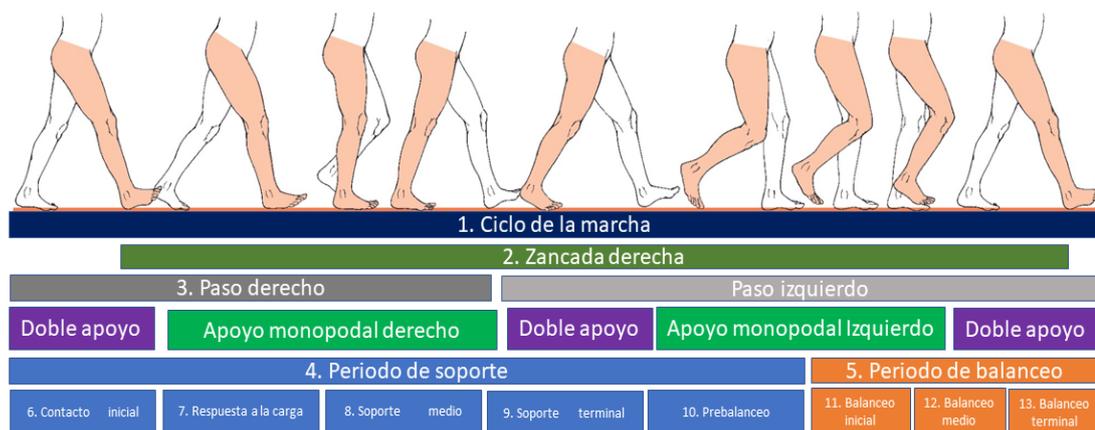
Partiendo de este hecho, los autores ponen de manifiesto que la marcha normal tiene dos condiciones para su desarrollo una innata, que obedece al desarrollo que va desde los primeros meses de vida del individuo, hasta los 5-7 años donde adquiere una marcha parecida a la del adulto; y este es precisamente el segundo elemento, y es que la marcha es adquirida por imitación y aprendizaje. Este aspecto de la marcha como algo más allá de lo meramente estructural y funcional de lo biológico, es el punto de partida para la construcción del concepto de técnica corporal propuesto por Marcel Mauss. En ese sentido, la marcha en este trabajo además de ser una forma de desplazamiento en el espacio, tiene que ver con lo que Mauss denomina actitudes corporales, que en suma se trata de las formas en que las sociedades partiendo de sus costumbres van desarrollando sus maneras específicas y particulares de ser y de hacer. “La posición de los brazos y manos mientras se anda constituye una idiosincrasia social y no es sólo el resultado de no sé qué movimientos y mecanismos puramente individuales, casi enteramente físicos” (Mauss, 1979, p. 339).

En consecuencia, en este trabajo la marcha además de tratarse de un proceso biológico, se trata de una técnica corporal en los términos de Mauss el andar, en cuanto no se trata simplemente del acto de desplazarse de forma erguida, sino lo que se comunica con ese acto, pues cada acción tiene una técnica entendida como el *acto eficaz tradicional*, es decir; que la marcha además de tener una función locomotora o de movimiento, posee otra función que es comunicativa vista desde lo cultural. Así estos dos aspectos son parte integral del campo de estudio de la danza.

2.4. El ciclo o patrón de marcha

La marcha es una actividad compleja compuesta por movimientos repetitivos que se presentan de manera cíclica. Aunque este proceso se da por aprendizaje durante la infancia y es de carácter individual, las semejanzas entre individuos son tantas que se habla de un patrón característico de marcha humana normal. (Martín Nogueras et al., 1999). El ciclo de la marcha de acuerdo con Collado (2002) es el intervalo entre dos choques de talón realizados de manera sucesiva por el mismo pie lo que será equivalente a una zancada o dos pasos uno derecho y otro izquierdo. El ciclo se divide en dos periodos uno de apoyo o soporte cuando uno o los dos pies tocan el piso, y otro de balanceo u oscilación, cuando uno de ellos está en el aire (Ramírez et al., 2012). Por su parte Daza (2007) subdivide estos periodos en fases; y los relaciona con 3 tareas funcionales de la marcha a saber, aceptación del peso, soporte en una sola extremidad y avance de la extremidad; las cuales propone analizar, ya sea de forma cualitativa mediante la observación o cuantitativa mediante el uso de instrumentos de medición o herramientas informáticas, para lo cual presenta una propuesta de ficha diagnóstica, ver *ilustración 2*, la cual será utilizada en este trabajo como base para el diagnóstico de la marcha.

Ilustración 2. Ciclo completo de la Marcha



Fuente: Elaboración propia.

Para la comprensión y análisis del ciclo de marcha se presenta el siguiente glosario basado en Daza (2007), quien es el referente para la descripción del ciclo de la marcha dentro de este documento.

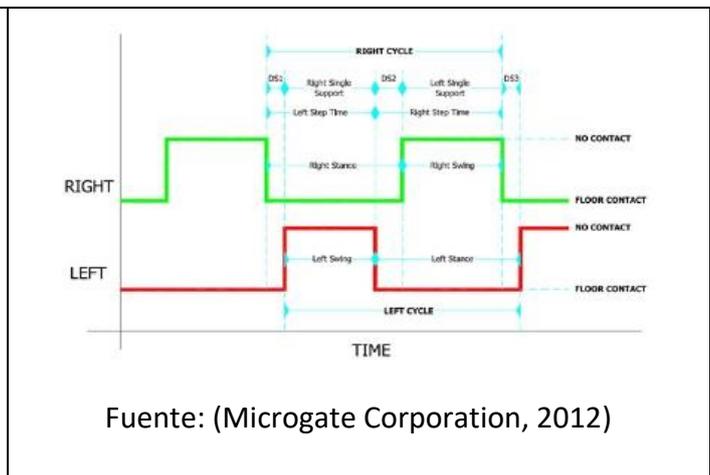
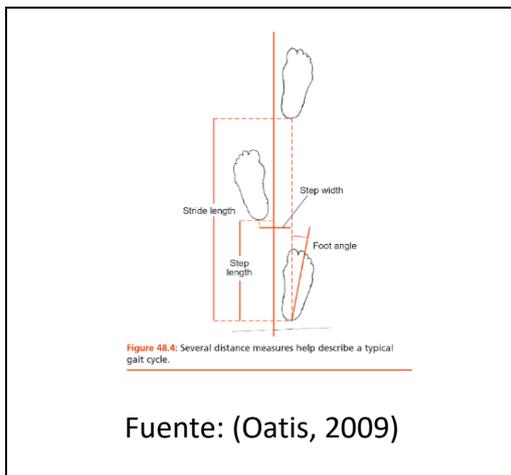
Tabla 1. Glosario Ciclo de Marcha

Categoría	Descripción
1. Ciclo de marcha	Lapso de tiempo en el que el transcurren dos eventos idénticos sucesivos del mismo pie; usualmente, el contacto inicial.
2. Zancada	Distancia lineal entre dos eventos iguales y sucesivos de la misma extremidad. La longitud de la zancada incluye dos pasos cortos uno derecho y otro izquierdo.
3. Paso	Periodo de paso, es el lapso de tiempo entre el contacto inicial de un pie y el mismo evento del pie contralateral. Longitud de paso, es la distancia desde un evento específico, como es el contacto inicial de una extremidad hasta el mismo evento de la opuesta. <i>La comparación de los registros que permite la medición, tanto del paso corto derecho como el izquierdo, proporciona información de la simetría de la marcha.</i> (p,263).
4. Doble (soporte) apoyo	Momento en que los dos pies se encuentran en contacto con el piso; tiene lugar en dos ocasiones durante el ciclo de la marcha, al iniciar y al terminar la fase de soporte. Se puede pensar que se suceden tres dobles apoyos o soportes durante el ciclo; sin embargo, el tercero se trata del primer doble apoyo del siguiente ciclo.
5. Apoyo (soporte) monopodal	Tiene lugar cuando un solo pie se encuentra en contacto con el piso, en el ciclo existe uno derecho y otro izquierdo.
6. Periodo de soporte	Es el tiempo transcurrido desde el momento en que el talón del pie toca el piso, hasta cuando el pie despegamos los dedos del mismo. De igual forma que los parámetros anteriores, requiere que sea realizado un registro bilateral.
6.1. Contacto inicial	Es el evento durante el cual el pie que se adelanta toca el piso.
6.2. Respuesta a la carga	Es el lapso de tiempo durante el cual el pie hace contacto total con el piso y el peso del cuerpo es soportado en su totalidad por la extremidad.
6.3. Soporte medio	Empieza cuando la extremidad contralateral deja de tener contacto con el piso y el peso corporal se trasfiere a lo largo del pie hasta alinearse con antepié; es decir con la cabeza de los metatarsianos.
6.4. Soporte terminal	Tiene lugar cuando el peso del cuerpo se encuentra alineado el antepié, el talón se eleva desplazando el peso hacia los dedos, para transferir la carga al otro pie que entra en contacto con el piso.
6.5. Prebalanceo	Es la transición entre los periodos de soporte y de balanceo. Inicia al momento del pie contralateral tocar el piso y acaba cuando el pie ipsilateral (dedos) despegamos del piso. Durante el prebalanceo, el peso del cuerpo es transferido en su totalidad entre extremidades.
7. Periodo de balanceo	Es el tiempo que pasa desde el despegue de los dedos del pie del piso, hasta el contacto del talón con el suelo. Consta de tres fases: balanceos inicial, medio y terminal. Requiere registro bilateral.
7.1. Balanceo inicial	Es el momento de la aceleración, tiene lugar cuando los dedos del pie dejan el piso y finaliza al momento de la rodilla alcanzar la flexión máxima durante el ciclo (60°), el muslo se halla en ese instante justo debajo del cuerpo y en posición paralela a la otra extremidad inferior que en ese momento entra en respuesta a la carga.
7.2. Balanceo medio	Empieza con la rodilla en su flexión máxima y finaliza cuando la tibia se única perpendicularmente con el piso, es decir, se orienta de forma vertical.
7.3. Balanceo terminal	Es la fase de desaceleración, se origina con la tibia en posición vertical, continúa hasta la extensión total de la rodilla, finalizando con el contacto inicial.
8. Tareas funcionales de la Marcha	De acuerdo con Daza (2007), para facilitar el diagnóstico de la marcha, el pronóstico y el plan terapéutico, el ciclo puede ser visto en términos de tres tareas funcionales que se relacionan las ocho fases de la marcha.
8.1. Aceptación del peso	Primera tarea funcional, corresponde con las dos primeras fases del periodo de soporte, el contacto inicial y la respuesta a la carga; es decir cuando el peso del cuerpo se trasfiere de una extremidad a la otra de tal manera que la

	extremidad que recibe la carga pasa de una cadena cinética abierta (viene de balanceo) a una cerrada (pasa a soporte); esto implica que se garantice la amortiguación de la carga y la estabilidad previniendo el colapso articular y la pérdida de equilibrio. Al cumplirse lo anterior se concluirá que se presenta una cadena cinética cerrada estable.
8.2. Soporte en una sola extremidad	Segunda tarea funcional, tiene relación con las siguientes dos fases, el soporte medio y el terminal. Corresponde al apoyo monopodal cuando la totalidad del peso recae la extremidad de apoyo requiriendo de gran estabilidad, en tanto la extremidad contralateral se halla en balanceo.
8.3. Avance de la extremidad	Tercera tarea funcional, se relaciona con fases restantes, prebalanceo y balanceo inicial, medio y terminal. Esta es la encargada de que el pie se despegue del piso y se realice el avance hacia adelante de la extremidad y el tronco. Comprende los momentos de aceleración durante el prebalanceo y balanceo inicial; y de desaceleración al momento del balanceo terminal, para preparar amortiguando el que el siguiente contacto inicial. Esta tarea garantiza la progresión y continuidad de los movimientos del ciclo.
9. Ancho de paso	Corresponde a la distancia lineal entre dos puntos iguales de los pies generalmente los talones. Se relaciona directamente con la estabilidad y el equilibrio. A mayor amplitud mayor estabilidad y equilibrio.
10. Angulo de paso	Es la orientación del pie durante el apoyo. Se configura mediante el ángulo de la línea de avance o progresión de la marcha con el eje longitudinal de cada pie. Usualmente entre de los 5° hasta los 8°.
11. Parámetros temporales y espaciales	“Se trata de variables que pueden ser alteradas por factores como la estatura, edad, sexo, forma, posición y la función de las estructuras neuromusculares y osteoarticulares, y el dolor, entre otros; Además, el calzado, la indumentaria, los aspectos culturales, la moda, la condición emocional y mental son factores que repercuten en los parámetros temporoespaciales de la marcha”. (p,264).

Fuente: Daza (2007).

Ilustración 3. Esquemas Ciclo de marcha



Otro elemento clave dentro del ciclo de la marcha tiene que ver con los rangos de movimiento y acciones musculares del tronco y las extremidades superiores. Según Daza (2007), El tronco permanece erecto durante la marcha similar a la posición bípeda estática y espontánea; este tiene un desplazamiento rítmico en los ejes vertical y horizontal de aproximadamente, 5 cm, a medida que se avanza y transfiere el peso corporal de una extremidad inferior a la otra. Para

Daza, estas rotaciones simultáneas y rítmicas de pelvis y tórax, actúan juegan el papel de un mecanismo que permita conservar el equilibrio, aportando control al cuerpo y facilitando los cambios de velocidad durante la marcha. Agrega que los músculos del torso que participan son, principalmente, los paravertebrales o espinales altos y bajos; de esta manera explica la función de balanceo que sirve de contrabalanceo de las extremidades inferiores, lo que facilita los cambios de velocidad, siendo un mecanismo que optimiza el gasto de energía.

“El movimiento de balanceo rítmico y simultáneo de las extremidades superiores generado desde la cintura escapular y el hombro, es producido principalmente por la acción muscular con la ayuda de la fuerza de la gravedad pues normalmente las articulaciones del codo y la muñeca permanecen estáticas. Toda esta actividad muscular aumenta de manera lineal a medida que la velocidad de la marcha se incrementa” (Daza, 2007, p. 276)

2.5. Análisis Biomecánico de la marcha

La biomecánica es el área de las ciencias que estudia la mecánica del cuerpo humano y cómo se relaciona con el movimiento y la postura. Con más exactitud,

Bajo el término de biomecánica se conoce al conjunto de conocimientos interdisciplinarios generados a partir de la de utilizar, con el apoyo de otras ciencias biomédicas, los conocimientos de la mecánica y distintas tecnologías en; primero, el estudio de comportamiento del sistemas biológicos y, en particular del cuerpo humano, y segundo, en resolver los problemas que le provocan las distintas condiciones a las que puede verse sometido (Vera Luna, 1994, p. 4).

En el caso del ACV, la biomecánica puede ser útil para analizar cómo el evento afecta el movimiento y la postura de la persona y su capacidad para la realización de tareas específicas, como caminar o levantar objetos (De Los Reyes Guzmán et al., 2019)

Un análisis biomecánico puede evaluar la fuerza muscular de una persona después de un ACV y determinar si la debilidad muscular está afectando su capacidad para caminar o realizar otras actividades. El análisis biomecánico también puede evaluar la marcha de la persona (cómo camina), la estabilidad y el equilibrio, y determinar si se están produciendo cambios en la postura, función, estructura o la mecánica del cuerpo como resultado del ACV (Kim & Eng, 2003).

Después de un ACV, es común que la persona experimente cambios en su postura y equilibrio debido a la debilidad muscular o la pérdida de coordinación. Un análisis biomecánico puede identificar los cambios en la marcha y la postura de la persona y ayudar a los terapeutas a diseñar programas de rehabilitación específicos y personalizados para mejorar la marcha y el equilibrio de la persona. También puede ayudar a determinar si se necesitan dispositivos de asistencia para caminar, como un bastón o una ortesis. Además, la biomecánica también puede ayudar a prevenir futuros eventos de ACV al identificar factores de riesgo en la postura y la mecánica del cuerpo de una persona (*Pareja Lazarte_TI.pdf*, s. f.)

El análisis biomecánico es una herramienta importante en la evaluación, rehabilitación y el reaprendizaje motor de personas después de un ACV. Permite a los terapeutas evaluar la fuerza muscular, la marcha, la postura y el equilibrio de una persona para diseñar programas de rehabilitación personalizados y efectivos para mejorar la capacidad funcional y reducir el riesgo de futuros eventos de ACV (Mateus-Aria et al., 2023).

2.6. La rehabilitación como aprendizaje

López Gómez (1992) en su propuesta de intervención *Aprendizaje y Rehabilitación. Aportaciones de la Educación a la Rehabilitación Psiquiátrica*, establece el aprendizaje como punto central para el encuentro interdisciplinar, donde la educación colabora con la Psiquiatría y Psicología clínica para la recuperación de enfermos psiquiátricos crónicos (López Gómez, 1992).

Aprendizaje y rehabilitación son las dos orillas de un camino que conduce hacia el reconocimiento y la competencia social, por ello ambos deben estar acompañados de programas dirigidos a la asimilación progresiva de sus esfuerzos por parte de los distintos servicios comunitarios —educación, cultura, servicios sociales, etc.—. Desde esta perspectiva, aprender y rehabilitar es acompañar a la persona hacia su plena integración social. En definitiva, la intervención, el trabajo de rehabilitación con enfermos crónicos debe contemplar cuatro direcciones diferentes, pero íntimamente conectadas: Salud, Educación, Calidad de vida, Comunitaria (López Gómez, 1992, p. 287).

Con relación específica al aprendizaje y sus aplicaciones para la rehabilitación de personas con ACV, según Sánchez-Silverio et al., (2020) el aprendizaje motor representa un enfoque

preponderante en la neurorrehabilitación. De manera tal que los procesos internos que en él se suceden, guardan relación con la activación de estructuras cerebrales funcionales, circuitos neuronales y mecanismos de neuro plasticidad que por su estrecha relación favorecen el aprendizaje de habilidades motoras en pacientes con ACV. “La inclusión de procesos vinculados al aprendizaje motor podría jugar un rol de gran relevancia en la rehabilitación del ACV” (Sánchez-Silverio et al., 2020, p. 85).

Por su parte Castro Medina et al., (2015), va más allá de la mera relación interdisciplinaria y plantea que “La rehabilitación es un proceso de reaprendizaje motor, que mejora el desempeño en términos de adquisición de nuevas habilidades y adaptación o refinamiento de habilidades aprendidas previamente” (p. 315); y afirma que a pesar de este conocimiento, son pocos los estudios que se dedican a describir el aprendizaje motor post ACV y la relevancia del mismo en los procesos de rehabilitación y recuperación (Castro-Medina et al., 2015).

Teniendo lo anterior como antecedentes, este trabajo se configura como un ejercicio para explorar las posibilidades de la rehabilitación como aprendizaje desde la DMT. En suma, se trata de la construcción de una propuesta integradora y multidisciplinaria, que implica la mediación de la pedagogía para el logro de resultados positivos en la recuperación del patrón de marcha desde la DMT con la intervención de terapias somáticas, las cuales de entrada se han definido como procesos de aprendizaje.

Entendida la rehabilitación así, como un proceso de aprendizaje, el empeño por operativizarla es un lugar de encuentro entre distintos profesionales de las Ciencias Humanas. La aportación de la educación, además de intervenciones específicas, como programas de alfabetización y enriquecimiento instrumental, consiste en diseñar una programación individual para que la persona crónica alcance los objetivos establecidos por el equipo de trabajo y en establecer las estrategias de aprendizaje básicas y los procedimientos adecuados para alcanzarlos (López Gómez, 1992, p. 290).

El aprendizaje significativo: para Ausubel se trata del aprendizaje en donde el discente relaciona los conocimientos previos con los nuevos, implicando la modificación y evolución de la nueva información tanto, como la estructura cognoscitiva. Aprender significativamente “consiste en la comprensión, elaboración, asimilación e integración a uno mismo de lo que se

aprende”. (Serrano, 1990, p. 59). “El aprendizaje significativo combina aspectos cognoscitivos con afectivos y así personaliza el aprendizaje” (Sarmiento, 2004, p. 42).

Para cerrar este apartado y de acuerdo con Tarazona, se concluye que la danzaterapia vista como recurso pedagógico, contribuye a potenciar procesos de inclusión educativa; desde el nivel personal ayuda la relación con los otros, donde el estudiante es visto desde su integralidad, eliminando barreras de la discapacidad, siendo una estrategia innovadora que transforma al ser humano haciéndole un ser más sensible frente a su contexto (Tarazona, 2020).

3. CONTEXTUALIZACIÓN

Este apartado tiene como objetivo presentar algunos de los aspectos del contexto, que se consideran relevantes para la formulación del presente Programa de intervención. En primera instancia se presenta el relato de la Danzante, quien narra su experiencia desde su quehacer como bailarina y coreógrafa, comparte su experiencia y lo que significa haber sido víctima de ACV, y las implicaciones para su vida profesional, educativa y personal. En segunda instancia se presentan los resultados obtenidos por los instrumentos aplicados para el diagnóstico, mismos que sirvieron de base para la formulación del Plan. Por último, se presenta de manera muy sucinta una mirada a los aspectos social, educativo, laboral, familiar y de servicios de salud, que son claves para el desarrollo integral de la persona con discapacidad, y sus posibilidades de inserción plena en la sociedad.

3.1. Autoetnografía

Mi nombre es Adriana Rodríguez Rozo, soy maestra en artes escénicas con énfasis en Dirección y Coreografía, bailarina de danza contemporánea; actualmente me encuentro vinculada al programa de MUDANZA 2022, de la UNIR, de investigación en danza.

Hasta el 2014 era una persona muy activa, trabajaba en la Universidad Autónoma de Bogotá, Como profesora de danza, con la gobernación de Boyacá en los programas artísticos dirigidos a poblaciones vulnerables como víctimas del conflicto, de desplazamiento forzado y comunidades indígenas; para lo cual tuve formación en acompañamiento psicosocial en la Universidad Javeriana. También trabajé con la Alcaldía de la Candelaria (Bogotá) con sus programas artísticos, hasta que sufrí un aneurisma y cuatro infartos cerebrales, lo cual me redujo a una cama, sin la posibilidad de nada. Mi vida cambió 180°, la primera sensación que recuerdo fue cuando me desperté en el hospital después de varias semanas de estar inconsciente. El no poder moverme, la frustración y el deseo de salir de ese hospital me consumía. Desde ese mismo momento, comenzó mi lucha contra las secuelas del ACV, lo primero fue la sensación de impotencia y rabia al tener que usar pañal. Esa fue la primera batalla ganada y que me permitió entender que se trataría de un proceso largo del cual hoy se cumplen nueve años, lleno de pequeñas y grandes batallas ganadas como es, el aprender a

contar y sumar de nuevo, el sentarme, ponerme de pie, aprender a comer, a caminar, a escribir con la mano izquierda, era diestra de nacimiento en fin...

De esa etapa puedo decir que mi relación con el sistema de salud fue horrible. Primero, no me hicieron terapia temprana y me botaron a la calle sin ninguna recomendación; luego, cuando fui a recibir terapias, me desahuciaron, dijeron en pocas palabras que yo solo recibiría terapias de mantenimiento y que nunca iba a volver a mover el brazo ni la pierna. Un sentimiento de desolación y tristeza me invadió y entré en una fuerte depresión, lo cual me lleva a recalcar que nunca recibí acompañamiento psicológico por parte del sistema de salud.

Fue entonces que, con mi esposo, decidimos que no era cierto. Empezamos a investigar, nos remitimos a terapias alternativas como la terapia del atlas, la cual me ayudó a descontracturar el sistema nervioso y me permitió empezar a realizar pequeños movimientos sobre todo en mi mano derecha, el cuello y los músculos de mi rostro y el pecho. También tuve mi encuentro con la acupuntura y otras. Descubrí que mentían cuando decían que solamente el primer año tenía la posibilidad de recuperar algo de la movilidad. Sí, esto se sigue recuperando a través del tiempo, ya casi llevo una década en recuperación; he roto todas las expectativas médicas, y sigo en el proceso. Hoy aprendí a moverme más despacio, a tomar las cosas con calma, a ver el mundo de una manera diferente.

En cuanto al trabajo, en la gobernación de Boyacá me apoyaron mucho, a ellos no les importó que yo estuviera en discapacidad. Me recibieron con una acompañante que, me ayudaba a peinar y vestir, pero no a dictar las clases. De las clases me encargaba yo; y desde el constructivismo las implementaba. Tenía la férula de la pierna, la venda del pie, la ortesis (es para el pie caído), la férula del brazo y la mano en el cabestrillo; sin embargo, dirigía las clases en Cubará, en Chiscas, en Boabita. Esa experiencia fue diferente, pero muy satisfactoria.

Con la secretaría de educación distrital fue otra cosa, luego de haber acudido a mi nombramiento como docente oficial, ellos me dieron un plazo según ellos “prudencial” de seis meses... para que me recuperara. Me realizaron una evaluación completa de la parte de conocimientos, en la cual tuve un óptimo desempeño; sin embargo, en la parte física como mi cargo era para docente de danza, no se comprometían a darme mayores ayudas. Así que, decliné a mi nombramiento y decidí dedicarme por completo a mi recuperación.

Por las múltiples dificultades en especial el factor económico, fue necesario cambiar de domicilio, lo que hizo imposible seguir asistiendo a las terapias en la IPS. En ese momento contratamos un fisioterapeuta y le indicábamos cuáles eran las medidas a seguir, también realicé sesiones con una fonoaudióloga quien me ayudó mucho con la afasia, y a la recuperación del movimiento de los músculos y sensibilidad de mi rostro, además de otras terapias; siempre de nuestro bolsillo, dadas las barreras que siempre se dieron para acceder al sistema. De esta manera, mi recorrido comenzó con la fonoaudióloga y en fisioterapia con el Dr. Javier y con el Dr. Alejandro, quienes se encargaron de la parte física. Ellos me aportaron lo básico para adquirir movilidad, para pararme de la silla de ruedas y empezar a caminar con bastón. El siguiente paso fue el gimnasio, apenas pude medio abrir la mano me fui al gimnasio allí con Pablo, quien me recibió, y empezamos hacer pesas, a recuperar la masa muscular del lado derecho. Llegué entonces hasta aeróbicos. Asumí el nuevo reto de danzar de nuevo, en las clases de rumba comencé a realizar los ejercicios de coordinación, balanceo, vueltas y giros. No podía saltar y mi equilibrio era pésimo. Luego, intente terapia acuática, en la que se activaron otras partes del cuerpo.

Con Xavier, mi esposo, desarrollamos, terapia musical la que me ayudó mucho en la coordinación, fluidez mental y conexión entre el cerebro y el habla, porque hasta el momento sólo había trabajado la motricidad gruesa, lo físico y el equilibrio. Con la profesora Emilsen del pregrado, trabajamos Feldenkrais como otra forma de acercarme al movimiento. Las terapias con espejos y Feldenkrais, ayudaron a esa concientización del lado derecho de mi cuerpo.

De manera personal, también utilicé la danza contemporánea como detonador del movimiento, para saber qué clases de movimientos podía realizar y cuales mi cuerpo recordaba. Desde el pregrado, bailé por primera vez después de seis años de haber sufrido el aneurisma, en el lanzamiento del libro de Lorena, quién sufrió también un ictus, ese momento compuse una obra llamada “Llorona” que consistía en los movimientos recuperados a través de la terapia.

En el momento me encuentro en el sitio de las terapias, trabajando algo de motricidad fina, lo cual me lleva a la conclusión que, estos métodos por separado no resuelven; solo al unirlos y al trabajar como propongo en la tesis, pueden aportar de manera efectiva, dando excelentes resultados en motricidad fina. Luego de hacer el análisis de mi condición actual, me doy cuenta

que tengo problemas con el pie caído, al sostener la rodilla, la mano cerrada y el hombro desviado.

Desde mi experiencia con el sistema de salud y con la fisioterapia, puedo expresar que en general trabajan con base en el dolor, “si no duele no hay recompensa”, lo cual, en mi concepto, está errado, y estoy encontrando la manera de abandonar el dolor y hacer las terapias más amenas, divertidas; con el objeto de no sentirse como un enfermo desahuciado; sino, como un ser humano con capacidades distintas. Esto es como como el carnaval “El que lo vive, es el que lo goza”; en otras palabras, no lo entiende el terapeuta, no lo entiende el cuidador, no lo entienden los amigos... es un proceso doloroso y largo, que sólo lo entienden los que han sufrido de la misma manera. Siendo bailarina profesional, al ser tan activa y quedar atrapada en mi propio cuerpo, sin poder hablar, ni moverme... me doy cuenta que cerebro y cuerpo son uno, que en unión perfecta me hacen quien soy; ¡que soy yo! Sí, pues sigo siendo la misma a pesar de los cambios, que soy única, diferente y en devenir, pues la lucha contra las secuelas no termina; y estoy convencida que mi labor es hacer todo lo posible por seguir creciendo como persona y mejorando desde lo físico, para poner al servicio de otros en mis circunstancias, el apoyo que recibí en algún momento; pero sobre todo, compartir con amor todo aquello que he aprendido durante estos años, y que tengo la certeza pueden ayudar a mejorar algunos aspectos de sus vidas y su ser. “Sanar además de ser un proceso, es una decisión de vida”.

3.2. Características del alumnado / Diagnóstico de base

A continuación, se presentan los resultados de los instrumentos utilizados para la formulación del diagnóstico del cual tratan los objetivos específicos 1 y 2. Este es el material de base, para la formulación del Plan de Intervención. Este tiene dos componentes uno que se encarga de definir el perfil funcional y estructural, lo que incluye el ciclo de marcha; y otro que tiene que ver con el nivel de bienestar. El cual se inserta como un elemento clave, ya que la motivación es según autores como de las Heras, ha logrado demostrar que influye en gran medida en el desarrollo de las habilidades físicas de los bailarines.

3.2.1. Historia Clínica Neurología

Nombre de la Danzante: Adriana Rodríguez Rozo. Mujer de 47 Años. Profesión: Bailarina y coreógrafa. Con secuelas por aneurisma y posterior ACV causado por error médico, durante procedimiento de endovascularización, ocurrido hace nueve años.

Diagnostico HC: 1. Malformación congénita de las grandes arterias no especificada; 2. Infarto cerebral agudo, arteria cerebral media izquierda; 3. Posoperatorio de embolización, con antecedentes de epilepsia estructural; 4. Hemiparesia derecha.

Descripción: Malformación vascular arteriovenosa córticosubcortical temporal basal parasagital y posterior izquierda con cambios secuelares perilesionales asociados que compromete parcialmente la región talamolenticulocapsular. Estructura prominente de drenaje.

3.2.2. Historia Clínica Fisioterapia

Diagnóstico: paciente con hemiplejía derecha, dominio neuromuscular, deficiencia en el rango de movimiento, función motora y desempeño muscular que limita para la ABC y la marcha.

Pronóstico fisioterapéutico: regular.

Descripción: Tono: Leve espasticidad mano y pie derecho; Observación: pie caído; Equilibrio dinámico: regular; Coordinación: fina (visomanual): Regular; Gruesa (visopédica): regular; Equilibrio dinámico: regular; equilibrio estático anteroposterior: sedente: regular; rodillas: regular; cuadrúpedo: regular; bípedo: regular.

3.2.3. CIF Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y la salud

En la tabla resultados CIF se muestra la relación de las categorías que presentaron novedad en cuanto a deficiencias funcionales, como estructurales. Además, presenta la valoración en tanto Desempeño (D) y Capacidades (C), en el Área de Actividades y Participación. Con relación a los Factores Ambientales, se han omitido los resultados de este componente por la limitada o nula incidencia que este plan pueda tener sobre los elementos que le componen. Sin embargo, la información se encuentra disponible dentro del Anexo correspondiente.

Para el caso de las Funciones y las estructuras corporales la escala de valoración es: 0, no hay deficiencia; 1, deficiencia ligera; 2, deficiencia moderada; 3, deficiencia grave; 4, deficiencia completa; 8, sin especificar; 9, No aplicable.

Por su parte en cuanto a Actividades y Participación, se presentan dos evaluaciones, D= desempeño para... y C= Capacidad para... La escala tiene los siguientes criterios: 0, no hay dificultad; 1, dificultad ligera; 2, dificultad moderada; 3. Dificultad grave; 4 dificultad completa; 8, sin especificar; 9 no aplicable.

RESULTADOS CIF

Categoría	Código CIF	Perfil CIF	Valoración
1. Funciones Corporales	b770:	Funciones relacionadas con el patrón de la marcha.	(3)
	b1343:	Calidad del sueño.	(2)
2. Estructuras Corporales	s110:	Estructuras del cerebro.	(1)
	s720:	Estructura del hombro.	(1)
	s730:	Estructura extremidad superior.	(1)
	s750:	Estructura extremidad inferior.	(1)
	d170:	Escribir.	D: (2) / C: (0)
3. Actividades y Participación	d430:	Levantar y llevar objetos.	D: (1) / C: (0)
	d440:	Uso fino de la mano.	D: (2) / C: (1)
	d445:	Uso de la mano y el brazo.	D: (2) / C: (2)
	d450:	Andar (G).	D: (2) / C: (1)
	d460:	Desplazarse por distintos lugares.	D: (2) / C: (1)
	d455:	Desplazarse por el entorno (G).	D: (1) / C: (0)
	d475:	conducción.	D: (2) / C: (1)
	d550:	Comer.	D: (1) / C: (0)
	d845:	Conseguir, mantener y finalizar un trabajo.	D: (2) / C: (0)
1. Factores Ambientales			9

Fuente: Elaboración Propia.

De acuerdo con los resultados se prioriza la necesidad de trabajar en:

1. Funciones relacionadas con el patrón de marcha: deficiencia grave.
2. Calidad del sueño: Deficiencia moderada.
3. Desplazamientos: dificultad moderada.
4. Uso de la mano y el brazo: dificultad moderada.
5. Motricidad gruesa y fina: dificultad moderada.

3.2.4. 5. Test de Bienestar Psicológico de Ryff (TBP).

Ryff (1989) define el bienestar como una consecuencia de un funcionamiento psicológico óptimo; es decir deja de lado los elementos no hedónicos (Vázquez y Hervás, 2009). Pone en juicio los estudios clásicos sobre el bienestar, pues desplazan

aspectos como la autorrealización o el funcionamiento mental óptimo y se centran en malestar o trastornos psicológicos. Asimismo, manifiesta que el bienestar es un constructo más amplio que la simple estabilidad de las emociones positivas a lo largo del tiempo, es decir, va más allá de la felicidad y se evalúa a partir del resultado logrado de una determinada forma de haber vivido (Schumutte y Ryff, 1997; Ryff y Keyes, 1995 citado en Álvarez Solórzano, 2019, p. 12).

Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989) sugiere un modelo multidimensional de bienestar psicológico compuesto por seis dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal. A partir de estas dimensiones, desarrolló la Escalas de Bienestar Psicológico (Scales of Psychological Well-Being, SPWB). (p,13)

Tabla 2. Resultados Test de Bienestar Psicológico (TBP) de Riff

Categoría	Nivel de Bienestar
Nivel general de bienestar:	Alto.
Autoaceptación:	Moderado.
Escala de Relaciones positivas:	Baja.
Escala de Autonomía:	Moderada.
Escala de dominio del entorno:	Alto.
Escala de crecimiento personal:	Alto
Escala de propósito en la vida:	Moderada

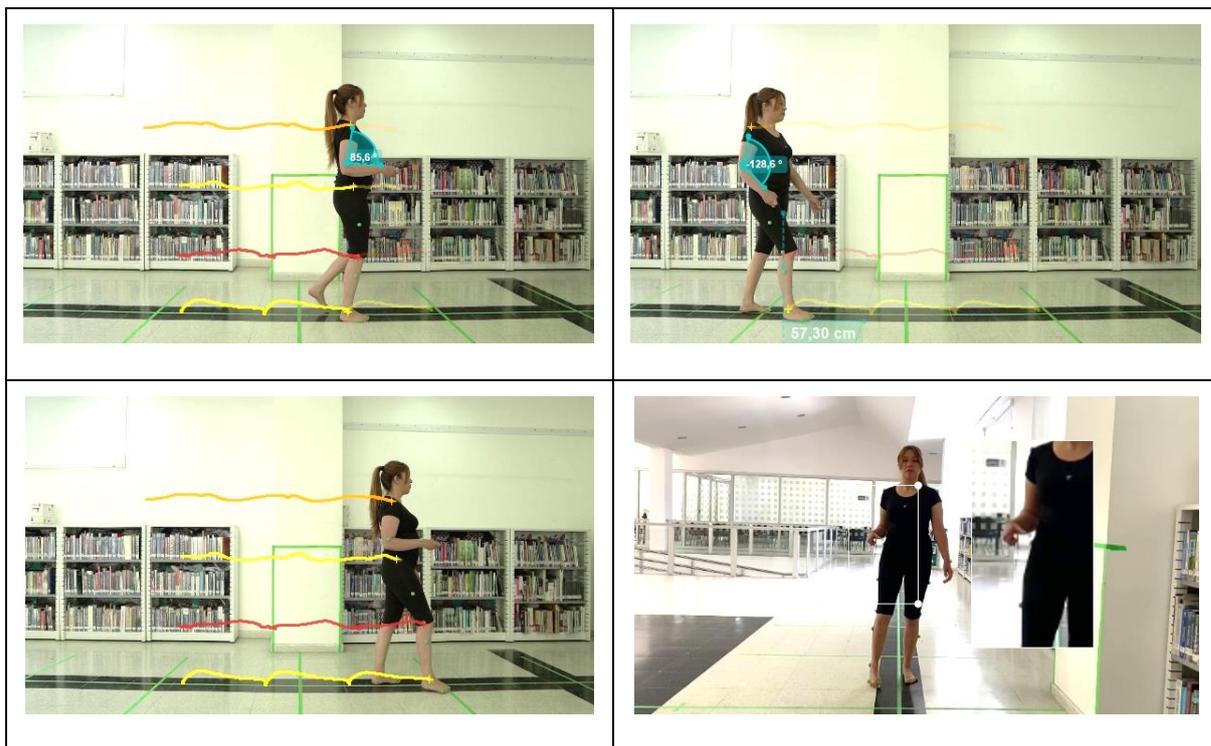
Fuente: Elaboración propia.

3.2.5. Análisis biomecánico KINOVEA.

A continuación, se presentan los avances del análisis biomecánico del ciclo de marcha. En las imágenes, la Danzante ejecuta desplazamientos por una pasarela acondicionada para el estudio cinético mediante el uso del software Kinovea.

En la ilustración 4. Imágenes para el análisis del tren superior. El análisis evidencia, un grado importante de espasticidad en el hombro, brazo, muñeca y mano derecha, en la imagen superior izquierda se observa un ángulo relativo de 85.6° en la articulación del codo, esta es la posición usual durante la marcha. Al realizar la extensión de la articulación, el ángulo es de 128.6° como extensión máxima. Esta situación no contribuye al logro de una estabilidad y equilibrio adecuados durante el ciclo de la marcha, especialmente bajo situaciones de estrés, donde la espasticidad se ve aumentada y el control del tono muscular es menor por parte de la danzante.

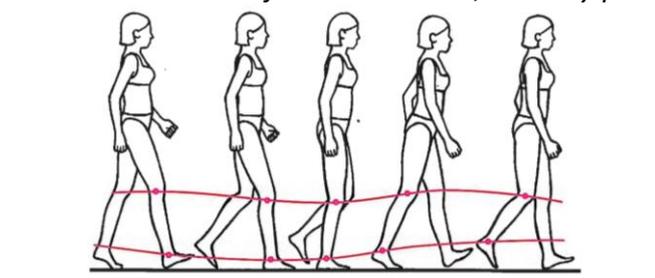
Ilustración 4. Imágenes de análisis del tren superior.



Fuente: elaboración propia.

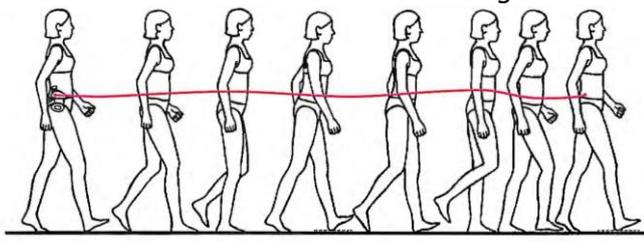
Los movimientos rotacionales en el plano transversal están íntimamente relacionados con los movimientos de flexión y extensión de la rodilla y estos mediante la realización de su análisis en los planos frontal y transversal aportan información relevante para el diagnóstico del ciclo de marcha. Por ejemplo, como se puede observar en las ilustraciones 5 y 6, muestran de qué manera se presentan movimientos coordinados, sincrónicos y conjuntos de las articulaciones de la rodilla, el tobillo y el pie durante el periodo de soporte, hacen que la trayectoria del centro de gravedad, sea más estable y baja; es decir, más horizontal ya que en conjunto contribuyen a acortar en términos relativos la extremidad (Daza, 2007). Estos movimientos hacen en conjunto con el recorrido del centro de gravedad onda sinusoidal.

Ilustración 5. Movimientos conjuntos de rodilla, tobillo y pie - trayectoria



Fuente: (Daza, 2007)

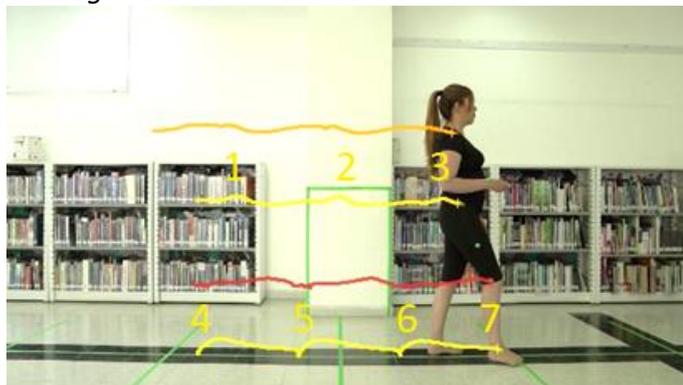
Ilustración 6. Recorrido del Centro de gravedad



Fuente: (Daza, 2007)

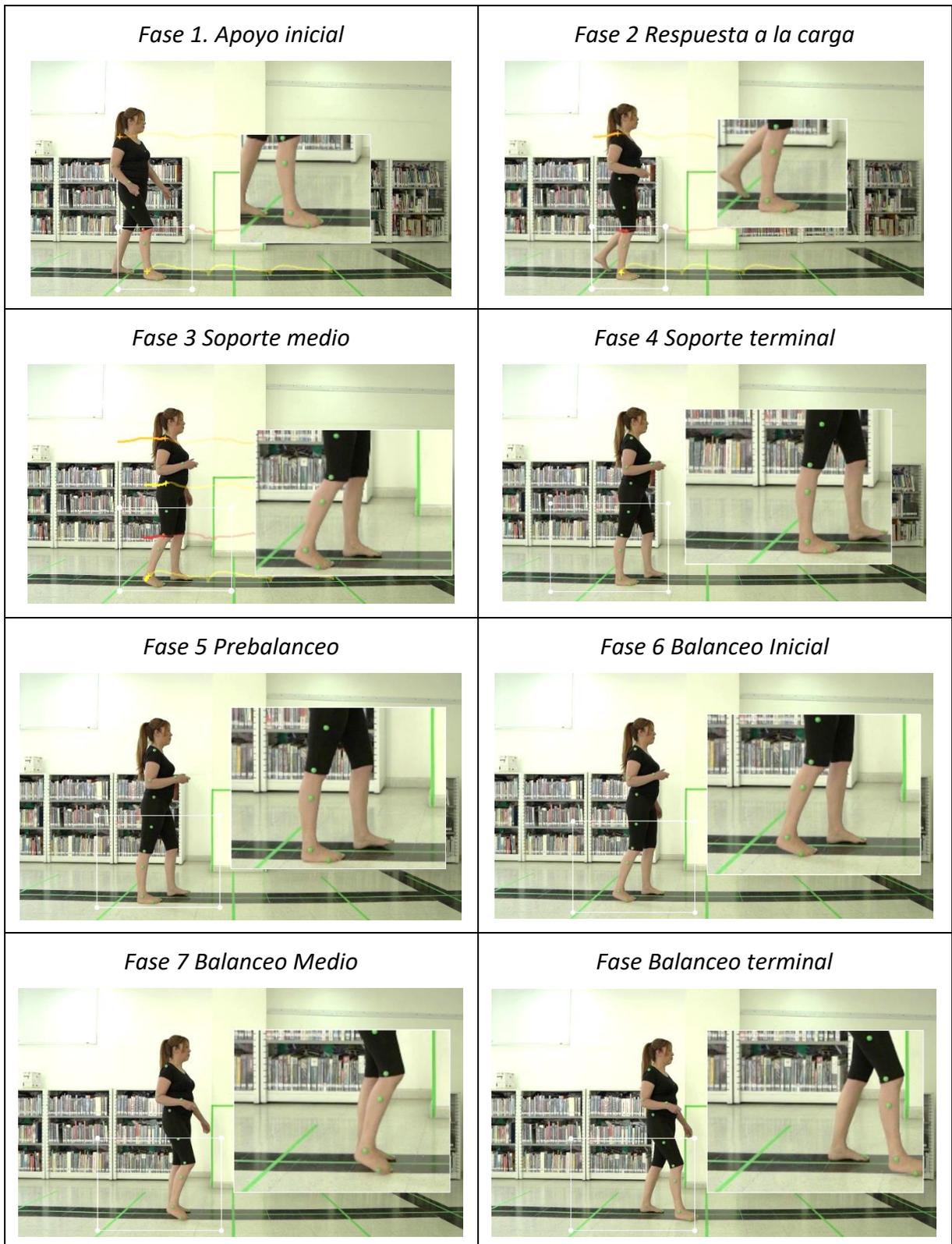
Como se puede observar en la Ilustración 7. Seguimiento transversal del ciclo de marcha de la Bailarina, las trayectorias de las ondas se ven alteradas. Esto se debe a que los movimientos de las articulaciones de rodilla, tobillo y pie, presentan un desbalance importante, principalmente ocasionados por la reducida movilidad del tobillo, debida a la falta de control y debilidad en los músculos que elevan el pie y los dedos (músculos dorsiflexores), lo que provoca que para el evitar el arrastre pie, sea compensado con un gesto de circunducción de la cadera, el cual se evidencia en la trayectoria con los números 1,2 y 3, que evidencian como crestas los puntos de elevación de la cadera durante la circunducción. Por otra parte, otro aspecto evidente tiene que ver con el recorrido del tobillo, con los hallazgos en 4,5,6 y 7, que evidencian los esfuerzos realizados por esta articulación al momento del periodo de carga. Así lo que debiera ser una onda con un perfil más suave, presenta unos valles angulosos, donde se evidencia la verticalidad tanto en la caída, como en el alzar del pie. Respecto al comportamiento de la trayectoria de la rodilla, se puede evidenciar que la onda también sufre alteraciones relacionadas con su reducción en la amplitud, principalmente ocasionadas por la compensación realiza en conjunto con la cadera al ampliar el ancho del paso, en busca de mayor estabilidad y equilibrio, esto genera unos movimientos laterales que inciden en la alteración del funcionamiento general del conjunto de articulaciones mencionadas.

Ilustración 7. Seguimiento transversal del ciclo de marcha de la Bailarina



Fuente: elaboración propia

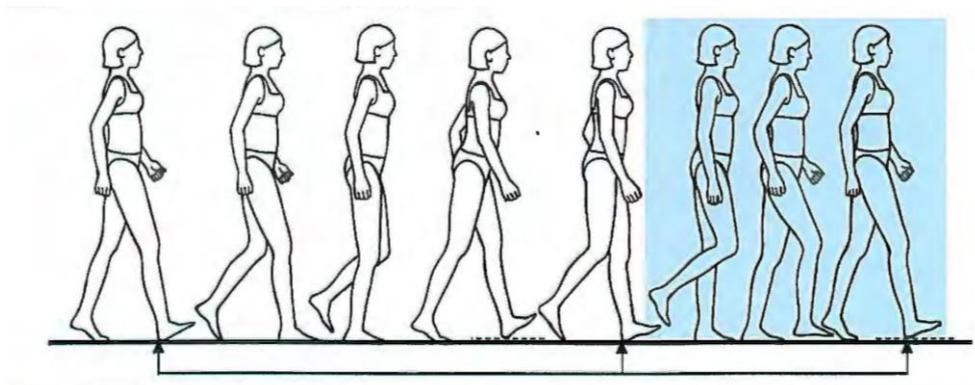
Ilustración 8. Fases del Ciclo de Marcha Bailarina con secuelas por ACV



Fuente: elaboración propia

3.2.6. Análisis cualitativo del ciclo de marcha.

Ilustración 9. Fases del ciclo de la marcha durante el periodo de balanceo



Fuente: (Daza 2007).

Aquí se presentan los principales resultados del análisis realizado a la bailarina con secuelas por ACV, pueden ser contrastados con las imágenes de la ilustración 6. Fases del Ciclo de Marcha Bailarina con secuelas por ACV.

1. Fase de despegue o fase de impulso: en esta fase el miembro inferior derecho realiza extensión de cadera junto con una hiperextensión de rodilla debido a la debilidad de músculo cuádriceps. La articulación de cadera realiza una rotación externa y una leve marcha de tren de lemburg por debilidad de glúteo medio. La articulación tibiotarsiana realiza una Plantiflexión de 10° con una inversión de cuello de pie y supinación de pie. El pie durante el apoyo no realiza el apoyo inicial con el talón, sino que realiza el apoyo en punta de pie y supinación por debilidad de los músculos tibial anterior y posterior.

2. Fase de oscilación o fase de aceleración del balanceo de la pierna: en esta fase se despegan los dedos del suelo completamente cuando se debería realizar solo el despegue del dedo pulgar, se realiza flexión de cadera, flexión de rodilla y dorsiflexión de tobillo generando la descarga de peso total en el miembro inferior contralateral. El pie no realiza elevación de la punta de los dedos por la debilidad de los músculos tibiales y extensores de los dedos que debieran realizar el proceso de co-contracción muscular para mantener la estabilidad del cuello de pie. A nivel de rodilla se realiza una flexión que se mantiene al dar el paso para luego realizar la extensión de rodilla.

3. Fase de recepción de la carga o fase de impacto del talón: en esta fase el pie se mantiene en neutro realizando una inversión de tobillo, posterior se observa una plantiflexión para

luego realizar un choque de pie contra el suelo. La rodilla en el momento del contacto del talón con el suelo realiza una extensión de -10° , luego se produce una leve flexión de rodilla para iniciar el balanceo con la pierna contralateral, pero por debilidad del cuádriceps y los isquiotibiales no se realiza una completa estabilización de rodilla llevándola a valgo.

4. Fase media de apoyo o fase de postura intermedia: en esta fase se produce una rotación de la pelvis hacia atrás, el miembro inferior izquierdo soporta el peso del cuerpo, pero al realizar el proceso de rotación se realiza hiperextensión de rodilla para estabilizar el miembro contralateral.

4. Metodología

4.1. Enfoque, modelo, alcance

Este trabajo tiene un enfoque cualitativo. El modelo corresponde al de propuesta de intervención, cuyo alcance va hasta la fase de diseño y formulación de la propuesta. En este caso no se abordará la implementación debido a las restricciones de tiempo, lo que corresponde con un diseño no experimental. Es de carácter exploratorio, en tanto se trata de una nueva perspectiva para el abordaje de la atención de personas con secuelas post ACV mediante la danza.

4.2. Diseño

Esta propuesta de intervención está estructurada en tres fases mediante las que se pretende dar cuenta de los objetivos propuestos.

Tabla 1. Diseño metodológico

FASE	OBJETIVO	ACTIVIDAD	PRODUCTO
Fase diagnóstica	OE1: Identificar las secuelas neuromotoras de la marcha en la bailarina con secuelas por ACV, mediante la aplicación de instrumentos de evaluación clínica y de danzaterapia.	O1A1. Selección, ajuste y validación de instrumentos.	O1P1. instrumentos por aplicar: Cuestionario CIF, Relato (auto etnografía), análisis biomecánico. Entrevistas.
		O1A2. Aplicación de instrumentos.	O1P2. instrumentos aplicados
1.	OE2: Establecer un diagnóstico como línea de base para el diseño de un plan de intervención en danzaterapia	O2A1. Sistematización y Análisis de datos. Herramienta ATLAS TI.	O2P1. Diagnostico o caracterización del estado de funcionalidad
Fase de diseño y formulación	OE3: Identificar los posibles aportes de técnicas como Feldenkrais y Alexander, además de acondicionamiento físico y fisioterapia, adaptado a las necesidades específicas de la bailarina con secuelas por ACV, para mejorar su patrón de marcha.	O3A1. Revisión de los elementos de cada Terapia para ser utilizadas como posibles aportes en el programa de intervención.	O3P1. Listado de posibles aportes.
		O4A1. Realización del diseño.	O4P1. Documento: Programa de intervención.
2.	OE4: Diseñar un programa de intervención en danzaterapia que integre las técnicas Feldenkrais y Alexander, además de acondicionamiento físico y fisioterapia, adaptado a las necesidades específicas de la bailarina con secuelas por ACV, para mejorar su patrón de marcha.		

Reflexión	OG: Crear una propuesta de intervención en danzaterapia para la rehabilitación neuromotora de la marcha en el caso de una bailarina con secuelas por ACV.	OGA1. A manera de discusión de resultados se presenta la reflexión del investigador sobre el proceso investigativo	OGP1. Documento: Reflexión OGP2. Informe de investigación.
3.		OGA2. Realización de informes	

Fuente: Elaboración propia

4.3. Instrumentos

Para la recolección de los datos se utilizaron los siguientes instrumentos:

1. Cuestionario de la CIF: Es un instrumento basado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este cuestionario se utiliza para evaluar diversos aspectos del funcionamiento y la discapacidad en personas, centrándose en la salud y los factores relacionados. Proporciona información sobre la capacidad funcional, la participación en actividades y la influencia del entorno en la vida diaria. Disponible en: <https://icf-core-sets.org/es/page1.php>
2. Relato (autoetnografía) bailarina: Es un instrumento de diagnóstico diseñado por ti mismo/a. Se trata de un relato o narración de tus experiencias personales y vivencias como bailarina. Esta autoetnografía te permite reflexionar sobre tus propias experiencias y proporcionar una visión subjetiva de tu participación en la danza.
3. Test de Bienestar Psicológico (TBP) de Ryff: Es un instrumento de diagnóstico diseñado por Carol Ryff para evaluar el bienestar psicológico. El TBP consta de varias escalas que miden diferentes dimensiones del bienestar, como la autoaceptación, el crecimiento personal, las relaciones positivas con los demás, el propósito en la vida, la autonomía y el dominio del entorno. Este test se utiliza para medir el grado de bienestar psicológico en individuos.
4. Análisis biomecánico de la Marcha: Es un instrumento de diagnóstico que utiliza la técnica de fotogrametría mediante el software KINOVEA para realizar un análisis detallado de la marcha humana. Esta técnica consiste en registrar y analizar el movimiento de diferentes puntos anatómicos del cuerpo durante el proceso de caminar. El análisis biomecánico de la marcha proporciona información sobre la

cinemática y la cinética de la marcha, lo que permite evaluar la calidad del movimiento y detectar posibles alteraciones o disfunciones.

4.4. Población y contexto

Esta propuesta está diseñada para la intervención en el caso de una bailarina profesional víctima de ACV, quien lleva nueve años en su proceso de recuperación. La decisión de realizar la intervención con una sola persona se ve justificada por dos razones, la primera es el acceso; y la segunda, tiene que ver con la especificidad que implica la realización de un plan de intervención para el mejoramiento del patrón de marcha en persona con secuelas por ACV. En sí la propuesta busca el diseño del mejor programa de intervención, lo cual implica que se trate de una propuesta personalizada y producto de un diagnóstico específico.

Reseña:

Adriana Rodríguez Rozo, es Maestra en Artes Escénicas con énfasis en Dirección Coreográfica egresada de la Facultad de Artes ASAB de La U.D. Francisco José de Caldas de Bogotá. Colombia. Con estudios en pedagogía de la UNIMINUTO, Gestión Cultural de Unisangil-UNAB, y Atención Psicosocial a Víctimas del Conflicto Y DDHH de la Universidad Javeriana. Se ha desempeñado como bailarina, coreógrafa y actriz. Además, ha trabajado como tallerista y docente universitaria, hasta el momento de sufrir un ACV en el año 2014.

En la actualidad, estudia el programa de MUDANZA UNIR. Desde el punto de vista laboral, su campo de acción se orientó como independiente con la creación de un emprendimiento.

Como aspectos generales su diagnóstico relata una hemiparesia derecha y epilepsia recesiva. Presentando deficiencias en la locomoción, tareas como la escritura, dificultades en el habla, y visión.

Reside en el Municipio de Funza Cundinamarca, ubicado a 18 kilómetros de Bogotá DC, capital colombiana. Esto hace que el acceso a servicios de salud de calidad se vea restringidos por los costos y dificultades para el desplazamiento. El municipio no cuenta con hospital de primer nivel, las entidades que realizan fisioterapia son de carácter privado, lo cual representa una barrera para el acceso debido a los costos. Por otra parte, no existen programas de Danzaterapia u otras terapias alternativas las cuales en el contexto colombiano se pueden considerar un lujo, ya que no son ofertadas por el sistema de salud público.

Como ya se ha, una de las situaciones recurrentes producto de los protocolos de atención medica en Colombia, tienen que ver con la atención a pacientes post ACV, especialmente los que se encuentran en la Fase crónica o de estado pues, la atención se reduce básicamente a la realización de terapias de mantenimiento, ocasionalmente a terapia ocupacional o psicológica. Sin embargo, estas después de los dos otros primeros años se reducen en frecuencia, sin contar las múltiples dificultades para el desplazamiento y demás barreras administrativas y físicas propias del sistema. Esta situación hace que luego de varios años tanto la familia, cuidadores y el mismo paciente, pierde motivación y deja de buscar asistir a tratamientos que se dirijan no solo a mejorar sus condiciones, sino que efectivamente contribuyan a la recuperación funcional.

5. Diseño de la propuesta de intervención

5.1. Introducción

Esta propuesta de intervención en Danzaterapia consta del diseño y formulación de un programa de Danzaterapia personalizado, en tanto parte del diagnóstico individual previo, realizado a la bailarina quien presenta secuelas post ACV en su patrón de Marcha. Se ha contemplado como elementos transversales que, se trata de una propuesta para ser implementada en el hogar, que evite el dolor, y que contribuya a disminuir la sensación de abandono y la depresión. Un aspecto central es que no pretende en ningún momento ser un sustituto de la fisioterapia convencional; sino, una alternativa para aquellas personas que llevan años de haber padecido un Ictus y no tienen fácil acceso a los servicios del sistema de salud. Inclusive se puede contemplar la posibilidad de que esta puede ser realizada tanto de manera presencial o virtual, con la ayuda de un cuidador.

5.2. Justificación

De acuerdo con el diagnóstico realizado a la bailarina en cuestión, que de manera general refiere a las condiciones de secuelas motoras en el ciclo de marcha, las cuales han afectado de forma importante su desarrollo personal, profesional y social; tienen una posibilidad importante de mejora mediante la realización de un plan de intervención mediante danzaterapia, que se oriente al mejoramiento de la funcionalidad tanto del patrón de marcha en cuanto a las deficiencias diagnosticadas; como a lo relacionado con el mejoramiento de la fluidez en el movimiento corporal y el estado de ánimo general, entendiendo los progresos en estas áreas como definitivas para el mejoramiento de la calidad de vida y posibilidades de su desarrollo integral humano.

5.3. Referencias legislativas

Contexto Legal de la Danza Movimiento Terapia (DMT)

Como se mencionó la Danza Movimiento Terapia (DMT) puede ser entendida como una estrategia de intervención a partir del uso psicoterapéutico de la danza y el cuerpo (Cortés, 2007), es por esto que se ha vinculado como recurso para la atención de personas en condición de discapacidad. Sin embargo, en Colombia se ha abordado moderadamente la regulación de

este enfoque terapéutico, por lo cual no se puede hablar de un marco legal propiamente dicho; sino que, más bien se pueden mencionar distintas leyes alrededor de las políticas inclusivas para los individuos con algún tipo de limitación física o mental.

Es el caso de los artículos 13 y 47 de (Constitución Política de Colombia de 1991, 1991), donde se establece la igualdad de derechos de todos los ciudadanos colombianos y la protección y atención estatal para las personas que sufran de algún tipo de discapacidad. Adicionalmente, en los artículos 18 y 19 de la ley 319 (Ley 319 de 1996, 1996), el estado colombiano se compromete con la protección de los derechos humanos, particularmente con la creación de políticas públicas para la protección de personas con afectaciones físicas, sensoriales o psíquicas.

Esto se extiende al ámbito educativo con la formulación del (Decreto 1421 de 2017, 2017) en donde se instauran las pautas que orientan la educación inclusiva en el país en donde se flexibilizan los currículos a las necesidades particulares de los educandos con el apoyo de profesionales especializados en el aula, incluyendo los procesos de la educación artística con énfasis en danza.

Sin embargo, aunque en la ley colombiana las terapias alternativas (acupuntura, medicina tradicional china, neuralterapia etc.) fueron reconocidas en el año 2019, las terapias relacionadas con las artes como en el caso de la musicoterapia o la DMT no han sido reconocidos por la ley, lo cual relega su práctica a centros terapéuticos privados. No obstante, un fallo de la corte constitucional obligó a una aseguradora en salud a brindar los servicios terapéuticos complementarios relacionados con la música y la danza con el fin de lograr el desarrollo y la rehabilitación integral de un paciente con discapacidad (Sentencia T-626-09, 2009).

Es importante aclarar en este punto que, aunque esta propuesta se fundamenta en la DMT como punto de partida, no tiene contemplada la realización de psicoterapia. Como alternativa se tiene la propuesta de realización de un componente de *Acompañamiento Psicosocial APS*, como herramienta para mejorar el aspecto emocional.

5.4. Objetivos de la propuesta y relación con las competencias

Texto Estas son definidas partiendo del diagnóstico. Y son establecidas desde la CIF.

5.4.1. Objetivos

5.4.2. Objetivo general de la propuesta

Contribuir a la rehabilitación integral, centrada en el mejoramiento neuromotor del patrón de marcha mediante danzaterapia en el caso de una bailarina con secuelas por ACV.

5.4.3. Objetivos específicos de la propuesta

1. Mejorar la propiocepción y la conciencia corporal, del espacio y el movimiento.
2. Mejorar aspectos funcionales y estructurales del patrón de marcha.
3. Mejorar el bienestar, el estado de ánimo y el dominio emocional.
4. Desarrollar una metacognición del proceso.

5.4.4. Competencias

Estas derivan directamente de los objetivos. Se ha contemplado que se dividen en dos grupos Las emocionales, estas se justifican en la medida que al tener un ambiente de aprendizaje adecuado donde el danzante desarrollará al máximo su atención y posibilitará mejor aprovechamiento de la sesión. Por otra parte, la motora y expresiva derivan de las competencias específicas de Educación física, para el ciclo primero de primaria. Ya que tiene que ver con los ciclos de desarrollo y las capacidades y diagnóstico particulares de la danzante.

Tabla 2. Competencias generales del Plan de Intervención

1. Auto reconocimiento – conciencia.
2. Autorregulación - Regulación de las emociones.
3. Autoestima/automotivación – Autonomía emocional.
4. Empatía – Habilidades socioemocionales.
5. Competencia para la vida y el bienestar.
6. Motora.
7. Expresión.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 3. Relación Objetivos - Competencias.

Objetivos	Competencias						
	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
Objetivo 1		X				X	
Objetivo 2			X	X	X		X
Objetivo 3	X	X	X	X	X	X	
Objetivo 4		X		X		X	X

Fuente: elaboración propia.

5.5. Contenidos

Los contenidos están relacionados con los objetivos propuestos y relacionados con la técnica utilizada y con las competencias tanto generales como específicas. En el anexo A, se puede observar el proceso realizado, en esta es posible ver la consistencia del TFM con el plan de intervención en cada uno de los aspectos. Por otra parte, el anexo B, muestra la relación entre los ejercicios de cada una de las técnicas usadas para la configuración de las once sesiones diseñadas dentro del plan. La sesión cero se considera de como conducta de entrada y propedéutica, necesaria para un desarrollo adecuado de las demás.

Tabla 2. Contenidos

Tabla 4. Ejemplo de articulación de contenidos

Objetivo	Técnica	Contenido	Competencia/Actividad
1. Mejorar la propiocepción y la conciencia corporal, del espacio y el movimiento.	Alexander /Feldenkrais	<ul style="list-style-type: none"> • Propiocepción • Concienciación corporal • Manejo espacial • Exploración del movimiento 	1. Auto reconocimiento – conciencia. 2. Autorregulación - Regulación de las emociones.
2. Mejorar aspectos funcionales y estructurales del patrón de marcha.	Alexander /Feldenkrais DMT/ Deporte	<ul style="list-style-type: none"> • Postura/organización • Comandos • Acondicionamiento: fuerza, flexibilidad y equilibrio 	1. Auto reconocimiento – conciencia. 6. Motora.
3. Mejorar el bienestar, estado de ánimo y disminuir la depresión.	DMT	<ul style="list-style-type: none"> • Expresión 	4. Empatía – Habilidades socioemocionales. 5. Competencia para la vida y el bienestar. 6. Motora.
4. Desarrollar una metacognición del proceso	Alexander /Feldenkrais DMT/ Deporte	Desarrollo de habilidades metacognitivas: conciencia, control (autorregulación), organización, evaluación, Automotivación.	1. Auto reconocimiento – conciencia. 2. Autorregulación - Regulación de las emociones.

Fuente: Elaboración Propia

5.5.1. DMT: Contenidos relacionados con las competencias emocionales.

De Tord Figueras (2013) propone una catalogación de enraizamientos para la creación de ejercicios para la implementación del DMT, con distintos aspectos de grounding o enraizamiento físico, sensorial, emocional y/o social. En este contexto, los "enraizamientos" se refieren a diferentes aspectos de conexión y estabilidad que se trabajan en un sentido metafórico o simbólico. Cada tipo de enraizamiento aborda una dimensión específica de la experiencia humana. Así, el enraizamiento físico se refiere a la relación corporal de una persona con el suelo y la tierra, involucrando estabilidad y fuerza física; el enraizamiento sensorial se refiere a la conexión de una persona con su realidad externa e interna, incluyendo sus percepciones sensoriales del entorno a través de los sentidos (tacto, vista, olfato, gusto y oído), en diferentes niveles y maneras; El enraizamiento emocional se enfoca directamente en las emociones y el apoyo emocional; y el enraizamiento relacional se refiere a los vínculos y relaciones que tenemos con otras personas, incluyendo el terapeuta, los demás y el entorno (De Tord Figueras,2013).

De esta forma, cada tipo de enraizamiento implica un trabajo específico que puede realizarse a través de diferentes ejercicios y técnicas, con el propósito de fortalecer la conexión, estabilidad y apoyo en esas dimensiones particulares de la experiencia humana, las cuales son tenidas en cuenta en esta propuesta de intervención. A continuación, algunos ejemplos:

Tabla 5. Ejemplos de Ejercicios de Enraizamientos

Ejercicios de enraizamiento de tipo físico y/o relacional	
Nombre:	En contacto con el suelo.
Descripción:	Explorar diferentes formas de locomoción, rodar, gatear, arrastrarse, caminar, avanzar, saltar y/o flexionar las rodillas. Ejercicio lúdico destinado a personas adultas con secuelas por ACV, para fortalecer la confianza en la locomoción y el contacto activo con el suelo, la postura, la flexión de las piernas al pisar el suelo, la coordinación y el ritmo.
Materiales:	Accesorios y músicas: Tapetes, colchonetas, músicas del contexto de agrado de la danzante.
Ejercicios de enraizamiento de tipo sensorial	
Nombre:	Aromas y memorias
Descripción:	Con los ojos vendados, explorar diferentes aromas, para detonar memorias y recuerdos. Ejercicio lúdico destinado a las personas adultas con secuelas por ACV, para trabajar aspectos relacionados con la memoria, la percepción olfativa su relación con el entorno.
Materiales:	Accesorios y músicas: Tapetes, colchonetas, música relajante, aromas de plantas, perfumes, frutas.
Ejercicios de enraizamiento de tipo Emocional	
Nombre:	Buscando apoyos y equilibrio
Descripción:	Ejercicio de apoyos con balón de fisioterapia, explorar apoyos en el suelo sobre el balón en posición sentada, con la espalda, el vientre, otros. Ejercicio lúdico destinado a las personas adultas con secuelas por ACV, para trabajar aspectos relacionados con el equilibrio y apoyo emocionales.
Materiales:	Accesorios y músicas: música, balón de fisioterapia.

Fuente: elaboración propia basado en (De Tord Figueras,2013).

5.5.2. Educación Física.

A continuación, se presentan los contenidos de educación física relacionados para el desarrollo de las competencias que contribuyan a la rehabilitación funcional y a la integración social de la danzante. Estos serán integrados dentro de las actividades y ejercicios a realizar en cada sesión.

Saberes básicos Educación Física
Currículo Real Decreto 157/ 2022 LOMLOE

A. Vida activa y saludable.

Salud física: efectos físicos beneficiosos de un estilo de vida activo. Alimentación saludable e hidratación. Educación postural en situaciones cotidianas. Cuidado del cuerpo: higiene personal y el descanso tras la actividad física.

Salud mental: bienestar personal y en el entorno a través de la motricidad. Autoconocimiento e identificación de fortalezas y debilidades en todos los ámbitos (social, físico y mental).

Salud social: la actividad física como práctica social saludable. Derechos de los niños y niñas en el deporte escolar. Respeto a todas las personas con independencia de sus características personales.

B. Organización y gestión de la actividad física.

Elección de la práctica física: vivencia de diversas experiencias corporales en distintos contextos.

Cuidado del material utilizado en la actividad a desarrollar.

Preparación de la práctica motriz: vestimenta deportiva y hábitos generales de higiene corporal.

Planificación y autorregulación de proyectos motores sencillos: objetivos o metas.

Prevención de accidentes en las prácticas motrices: juegos de activación, calentamiento y vuelta a la calma.

C. Resolución de problemas en situaciones motrices.

Toma de decisiones: adecuación de las acciones a las capacidades y las limitaciones personales en situaciones motrices individuales. Coordinación de acciones con compañeros en situaciones cooperativas. Adecuación de la acción a la ubicación del adversario en situaciones motrices de persecución y de interacción con un móvil. Selección de la posición corporal o la distancia adecuadas en situaciones de oposición de contacto. Selección de acciones para mantener la posesión, recuperar el móvil o evitar que el atacante progrese en situaciones motrices de colaboración-oposición de persecución y de interacción con un móvil.

Capacidades perceptivo-motrices en contexto de práctica: integración del esquema corporal; conciencia corporal; lateralidad y su proyección en el espacio; coordinación óculo-pédica y óculo-manual; equilibrio estático y dinámico.

Capacidades físicas desde el ámbito lúdico y el juego.

Habilidades y destrezas motrices básicas genéricas: locomotrices, no locomotrices y manipulativas.

Creatividad motriz: variación y adecuación de la acción motriz ante estímulos internos.

D. Autorregulación emocional e interacción social en situaciones motrices.

Gestión emocional: estrategias de identificación, experimentación y manifestación de emociones, pensamientos y sentimientos a partir de experiencias motrices.

Habilidades sociales: verbalización de emociones derivadas de la interacción en contextos motrices.

Respeto a las reglas de juego.

Conductas que favorezcan la convivencia y la igualdad de género, inclusivas y de respeto a los demás, en situaciones motrices: estrategias de identificación de conductas discriminatorias o contrarias a la convivencia.

E. Manifestaciones de la cultura motriz.

Aportaciones de la cultura motriz a la herencia cultural. Los juegos y las danzas como manifestación de la propia cultura.

Usos comunicativos de la corporalidad: gestos, muecas, posturas y otros.

Práctica de actividades rítmico-musicales con carácter artístico-expresivo.

Deporte y perspectiva de género: referentes en el deporte de distintos géneros.

F. Interacción eficiente y sostenible con el entorno.

Normas de uso: educación vial para peatones. Movilidad segura, saludable y sostenible.

Posibilidades motrices de los espacios de juego y esparcimiento infantil.

El material y sus posibilidades de uso para el desarrollo de la motricidad.

Realización de actividades físicas seguras en el medio natural y urbano.

Cuidado del entorno próximo y de los animales y plantas que en él conviven, como servicio a la comunidad, durante la práctica segura de actividades físicas en el medio natural y urbano.

Fuente: Real Decreto 157/ 2022

5.5.3. Feldenkrais FDK:

La técnica a utilizar es la de ATM "Awareness Through Movement", que en español se traduce como "Autoconciencia a Través del Movimiento". Las sesiones de ATM son una parte fundamental del Método Feldenkrais. Consisten en una serie de lecciones guiadas en las que se exploran movimientos suaves y conscientes con el objetivo de aumentar la conciencia corporal, mejorar la coordinación y descubrir nuevas posibilidades de movimiento (Hijar, 2021).

En el Método Feldenkrais, se reconoce que el funcionamiento humano se da a través de patrones corporales, concebidos como hábitos innatos en la forma de actuar y hacer las cosas. El objetivo es observar y sentir el movimiento para reconocer nuestros patrones existentes y descubrir otros nuevos u olvidados. Las sesiones de ATM plantean desafíos corporales que permiten observar cómo nos enfrentamos al movimiento y cómo abordamos esas exigencias, lo que abre un espacio de observación a nivel físico, mental y emocional (Corporal Center, 2022).

Según Corporal Center (2022), el Feldenkrais valora especialmente el proceso individual y el aprendizaje somático, donde aprender a aprender desde el cuerpo se considera fundamental. Se busca encontrar nuevas formas de realizar acciones a través del movimiento, promoviendo movimientos articulares menos dolorosos, más ágiles y fáciles, lo que tiene un impacto significativo en la postura y estimula al sistema nervioso a mejorar su adaptación. Esto permite mejorar y diversificar las funciones del cuerpo. La ATM, es especialmente útil para la

recuperación del movimiento luego del ACV, ya que permite la comprensión personal, de cómo se genera el movimiento desde el impulso, lo que quiere decir, que no es necesario realizar el movimiento completo sino su mero inicio, desde el cual es posible aumentar los rangos.

Ejemplo de trabajo con patrones, para el trabajo con la danzante se utilizarán una serie de ejercicios durante la sesión, que pueden ser grabados en audio para su réplica en casa por parte de la danzante:

Tabla 6. Ejemplo de Ejercicio ATM - Feldenkrais

Ejercicio de Feldenkrais – Técnica ATM	
Nombre:	Escrutar a 360º - (Susana Ramón)
Descripción:	El objetivo de este ejercicio radica en la relajación del cuello y los hombros: <ul style="list-style-type: none">- Siéntate cómodamente al borde de la silla.- Gira la cabeza hacia la izquierda varias veces y busca un punto fijo para mirar.- Acuérdate de lo que has visto a tu izquierda.- Gira la cabeza hacia la derecha una vez suavemente sin forzar y sin tensión en el cuello: ¿Hasta dónde puedes girarla? ¿Tanto como hacia el lado izquierdo?- Descansa un momento. Siente la diferencia entre el lado izquierdo y el derecho.- Vuelve a la misma posición de sentado. Gira la cabeza hacia el lado izquierdo y quédate allí. Gira a partir de esa posición la cabeza hacia el lado derecho. Vuelve al centro y otra vez a la izquierda. ¿Qué otras partes de tu cuerpo participan en el movimiento?- Descansa. Siente las diferencias entre el lado derecho y el lado izquierdo.- Vuelve a la misma posición. Gira la cabeza hacia el lado izquierdo, quédate allí y esta vez gira los hombros hacia la derecha y de vuelta a la izquierda. Repite el movimiento varias veces y observa cómo respiras.- Gira la cabeza hacia la izquierda y verifica si esta vez el movimiento, es más fácil, si el campo visual es más grande y el punto de mira se ha movido.- ¿Cómo te sitúas con relación al primer punto de mira al inicio de la sesión?- Gira tu cabeza hacia la derecha y nota si el movimiento es más limitado.- Siente la diferencia entre el lado izquierdo y el derecho.- Siente tu cuello del lado izquierdo y del lado derecho.

Fuente: (Lorite, 2011, p. 4)

5.5.4. Alexander:

Trabajo mediante direcciones, “Una dirección es el nombre que se utiliza en la jerga Alexander para definir lo que aprenderás en las clases para reeducar tu coordinación” (Chance, 2016, p. 105). Existen cuatro de acuerdo con Chance,

Y, por si no lo sabías, esto es exactamente lo que ocurre en las clases de la técnica Alexander. Cada lección es un experimento sobre la conciencia humana aplicada al tema

de la «coordinación» neuromuscular de tu sistema de realizar las «cosas». Y cuando me refiero a los términos «coordinación» y «cosas», me estoy refiriendo a ellas en el sentido más amplio: no a cómo te mueves de un punto A, a un punto B, sino también a cómo solucionas los problemas, a cómo te relacionas con los demás, a cómo te enfrentas a una crisis, a cómo respiras, etc. En cada uno de estos ejemplos, hay «algo» que es el responsable de coordinar tu actividad. Este «algo» es tu conciencia humana, un fenómeno que se conoce muy poco pero que es el centro de todo lo que hacemos, aunque hasta el momento los estudios científicos convencionales no le hayan prestado demasiada atención (Chance, 2016, p. 15).

5.6. Metodología

Partiendo del principio que la terapia es considerada un proceso cognitivo, la metodología propuesta considera los principios de la pedagogía y la didáctica. Mateos (2011) propone una metodología para la creación de un plan la cual ha sido adaptada para este proyecto, se compone de cinco fases: análisis del contexto, identificación de necesidades, diseño del programa, ejecución del programa y evaluación. La propuesta se configuró así:

1. Análisis del contexto en el que se quiere intervenir: en este caso el contexto tiene que ver con el diagnóstico previo, esta cuenta entre otros insumos análisis de la marcha, Test de bienestar de Ryff, determinación de la funcionalidad y la discapacidad CIF, análisis clínicos e historia clínica.

2. Identificación de necesidades: partiendo de la información recogida, en esta fase se realiza un trabajo de fundamentación teórica, con el objeto de identificar las necesidades, las cuales deben ser priorizadas con el objeto de optimizar recursos y garantizar en la medida de lo posible el éxito de la intervención.

3. Diseño del programa: también llamado plan de acción, supone una estructura básica en la planificación de la intervención, en esta fase se integran los elementos teóricos recogidos, con los contenidos para generar las actividades o ejercicios, dentro de una programación organizada en sesiones estructuradas. En la matriz de consistencia se evidencia el proceso: Instrumento, diagnóstico, priorización, objetivos del plan, competencias generales y específicas del plan, criterios de evaluación, descriptores operativos y contenidos.

4. Ejecución del programa: una característica fundamental que debe tener cualquier propuesta o plan de intervención tiene que ver con la flexibilidad tanto en los medios como el proceso, derivados de las necesidades detectadas, que permitan la adaptación a las especificidades del caso.

5. Evaluación del programa: se propone una educación como un proceso continuo que se retroalimenta permanentemente con la intervención. De acuerdo con Mateos (2011) “es importante tener en cuenta que esta evaluación continua de las sesiones es la que permite hacer la valoración y evaluación global del programa de musicoterapia” (p, 120).

La Tabla 8, muestra una propuesta de sesión, con duración de 2 horas, donde se esquematiza la organización corporal, los contenidos y objetivos de la sesión.

Tabla 7. Propuesta de sesión del Plan de Intervención

Fases de la sesión de musicoterapia según Mateos Hernández (2004) - (Arranz, 2018, p. 22)			
Fase	Momento	Descripción	Objetivo
Fases preparatorias	Saludo	Rito de preparación y encuentro	Generar hábitos, brindar confianza y seguridad
	¿Cuéntame, Como va todo? Charla	Momento de libre expresión. Acompañamiento Psicosocial.	Evaluar las condiciones del danzante para la sesión. Brindar acompañamiento psicosocial requerido.
	Receptiva	Escucha y movimiento	Calentamiento: Motivación para la sesión. Captación de la atención. Presentación de los objetivos y actividades de la sesión.
Vivencia de Propiocepción / FDK -(Autoconciencia)			1. Mejorar la propiocepción y la conciencia corporal, del espacio y el movimiento.
Fases de activación	Calentamiento	Momento de adaptación inicial al espacio físico. Adecuación corporal, presentación del material a desarrollar en la sesión.	2. Mejorar aspectos funcionales y estructurales del patrón de marcha.
	Activación corporal consciente	Regular el movimiento corporal, desbloquear tensiones, conciencia del yo corporal. DMT	3. Mejorar el bienestar, el estado de ánimo, dominio emocional.

Receptiva	Desarrollo perceptivo	Atención hacia estímulos sensoriales visuales, auditivos, táctiles. ALEXANDER / Propiocepción (Direcciones)	1. Mejorar la propiocepción y la conciencia corporal, del espacio y el movimiento. 2. Mejorar aspectos funcionales y estructurales del patrón de marcha. 3. Mejorar el bienestar, el estado de ánimo, dominio emocional.
	Representación simbólica	Representación, simbolización, sintetización e intelectualización de lo vivido.	3. Mejorar el bienestar, el estado de ánimo, dominio emocional
Expresiva Evaluación	Despedida	Despedida afectiva	

Fuente: elaboración propia.

Tabla 8. Formato de Sesión del Plan de Intervención

Fases de la sesión de musicoterapia según Mateos Hernández (2004) -(Arranz2018, p. 22)			
Fases de la sesión	Min	Actividades y procedimientos	Objetivos de desarrollo
Saludo	20'	Rito de preparación y encuentro	Generar hábitos, brindar confianza y seguridad
¿Como va todo?		Momento de libre expresión	Evaluar las condiciones del danzante para la sesión. Brindar acompañamiento psicosocial requerido.
Motivación para la sesión	5'	Captación de la atención. Presentación de los objetivos y actividades de la sesión.	Brindar información de la actividad. Generar interés Entrar en situación
Escucha y movimiento	15'	Vivencia de Propiocepción / FDK -(Autoconciencia)	1. Mejorar la propiocepción y la conciencia corporal, del espacio y el movimiento.
Calentamiento	30'	Momento de adaptación inicial al espacio físico. Adecuación corporal, presentación del material a desarrollar en la sesión.	2. Mejorar aspectos funcionales y estructurales del patrón de marcha. 3. Mejorar el bienestar, el estado de ánimo, dominio emocional.
Activación corporal consciente		Regular el movimiento corporal, desbloquear tensiones, conciencia del yo corporal. DMT	
Desarrollo perceptivo	20'	Atención hacia estímulos sensoriales visuales, auditivos, táctiles. ALEXANDER / Propiocepción (Direcciones)	1. Mejorar la propiocepción y la conciencia corporal, del espacio y el movimiento. 2. Mejorar aspectos funcionales y estructurales del patrón de marcha.
Relación con el otro		Trabajar la relación del yo con el otro.	3. Mejorar el bienestar, el estado de ánimo, dominio emocional.
Representación simbólica	30'	Representación, simbolización, sintetización e intelectualización de lo vivido. Psicosocial	3. Mejorar el bienestar, el estado de ánimo, dominio emocional
Despedida		Despedida afectiva	

5.7. Principios metodológicos

5.7.1. El aprendizaje significativo:

Se estructura metodológicamente en las siguientes fases: 1). Motivación; 2). Activación de conocimientos previos; 3). Comprensión; 4). Aplicación y; 5). Validación. (Bofill Soliguer & Miró Juliá, 2007).

5.7.2. La danzaterapia

Los cuatro métodos principales son la técnica de danza, la imitación, la improvisación y la creación.

5.7.3. Técnica Alexander y Método Feldenkrais

Se estructuran desde el desarrollo de la propiocepción y la conciencia corporal y espacial.

5.8. Métodos pedagógicos

5.8.1. Constructivismo (Lev Vygotsky / Piaget)

Desde la perspectiva constructivista el propósito fundamental de la intervención pedagógica es que discente desarrolle la capacidad de realizar aprendizajes significativos por sí mismo, en situaciones y circunstancias variadas, a la vez que apropia y ejercita habilidades metacognitivas. Para ello se plantea el método de Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), y el Aprendizaje Basado en Objetivos (ABO). Donde el diagnóstico inicial en términos de necesidades sirve de punto de partida para la construcción del programa, junto con sus intereses y necesidades.

5.9. Estilos de enseñanza (EE)

Estilo de Enseñanza	Objetivos
El estilo de inclusión (Estilo E) (p.139)	1. La inclusión de los alumnos. 2. Una realidad que se acomode a las diferencias individuales. 3. La oportunidad de participar según el propio nivel de ejecución. 4. La oportunidad de disminuir el nivel de exigencia para tener éxito en la actividad. Aprender a ver la relación existente entre las propias aspiraciones y la realidad de la ejecución. 6. Lograr más individualización que en los estilos previos, puesto que hay elección de alternativas del nivel de ejecución en cada tarea.
El estilo de descubrimiento guiado (Estilo F) (p. 199).	1. Iniciar al alumno en un proceso particular de descubrimiento: el proceso convergente. 2. Desarrollar una relación precisa entre la respuesta descubierta por el alumno y el estímulo (pregunta) presentado por el profesor. 3. Desarrollar destrezas para la búsqueda secuencial que lleven al lógico

	descubrimiento de un concepto. 4. Desarrollar la paciencia tanto en el profesor como en el alumno, cualidad que se requiere para este proceso.
El Estilo Divergente. Resolución de Problemas (Estilo G) (p. 221). Las áreas de educación física, deportes, y danza ofrecen grandes oportunidades para el descubrimiento, el diseño y la inventiva. Siempre existe " un posible nuevo movimiento o combinación de movimientos, otra manera de pasar el balón o plantear una estrategia o coreografía.	1. Estimular las capacidades cognitivas del profesor en el diseño de problemas para un área temática determinada. 2. Estimular las capacidades cognitivas del alumno para el descubrimiento de múltiples soluciones para cualquier problema dentro de la educación física. 3. Desarrollar el conocimiento de la estructura de la actividad y el descubrimiento de sus posibles variaciones. 4. Alcanzar el nivel de seguridad afectiva que permita tanto al profesor como al alumno ir más allá de las respuestas convencionalmente aceptadas. 5. Desarrollar la habilidad para verificar soluciones y organizarlas para propósitos específicos.
El programa individualizado. El diseño del alumno (Estilo H). (p. 257)	El objetivo de este estilo consiste en proporcionar al alumno la oportunidad de desarrollar un programa por sí mismo, basado en las capacidades cognitivas y físicas para el tema dado. El conocimiento y las destrezas físicas que se necesitan para participar en este estilo, son el resultado de las experiencias acumuladas en los estilos anteriores (A-G).

Fuente: (Mosston & Ashworth, 1993).

Los estilos de enseñanza presentados en la tabla tienen un carácter progresivo y serán aplicados de acuerdo con las características particulares de cada actividad.

5.10. Formas de agrupamiento:

Desde el punto de vista de los Estilos de Enseñanza EE, no se registran impedimentos para el trabajo individual o grupal dentro de las sesiones de una propuesta de intervención como la que aquí se presenta (Mosston & Ashworth, 1993).

Sesión 0. Presentación

Competencia específica 1: Adoptar un estilo de vida activo y saludable, practicando regularmente actividades físicas, lúdicas y deportivas, adoptando comportamientos que potencien la salud física, mental y social, así como medidas de responsabilidad individual y colectiva durante la práctica motriz, para interiorizar e integrar hábitos de actividad física sistemática que contribuyan al bienestar.

Descriptores: CPSAA1.

Descripción de la sesión/actividad: Conducta de entrada, actividad propedéutica.

Momento	Ejercicio	Objetivo
Saludo	Rito de preparación y encuentro	Generar hábitos, brindar confianza y seguridad
APS: ¿Cuéntame, Como va todo? Charla/	0. Conducta de entrada	Evaluar las condiciones del danzante para la sesión. / Brindar acompañamiento psicosocial requerido.
FDK: Escucha y movimiento	0. Propedéutica	1. Mejorar la propiocepción y la conciencia corporal, del espacio y el movimiento.
MTD: Calentamiento / Activación corporal consciente	0. Propedéutica	2. Mejorar aspectos funcionales y estructurales del patrón de marcha. 3. Mejorar el bienestar, el estado de ánimo, dominio emocional.
ALX: Desarrollo perceptivo	0. El patrón primario de sostén	1. Mejorar la propiocepción y la conciencia corporal, del espacio y el movimiento. 2. Mejorar aspectos funcionales y estructurales del patrón de marcha. 3. Mejorar el bienestar, el estado de ánimo, dominio emocional.
MTD / APS: Representación simbólica	Improvisación basada en los temas vistos: Producto.	3. Mejorar el bienestar, el estado de ánimo, dominio emocional
Despedida	Despedida afectiva	Despedida
Materiales	Temporalización	Espacio
Ropa cómoda.	45min	Salón de clase

Criterios de evaluación:

- 1.1 Reconocer la actividad física como alternativa de ocio saludable, identificando desplazamientos activos y sostenibles y conociendo los efectos beneficiosos a nivel físico y mental que posee adoptar un estilo de vida activo.
- 1.2 Aplicar medidas de educación postural, alimentación saludable, higiene corporal y preparación de la práctica motriz, asumiendo responsabilidades y generando hábitos y rutinas en situaciones cotidianas.
- 1.3 Tomar medidas de precaución y prevención de lesiones en relación con la conservación y el mantenimiento del material en el marco de distintas prácticas físico-deportivas, conociendo protocolos básicos de actuación ante accidentes que se puedan producir en este contexto.
- 1.4 Reconocer la propia imagen corporal y la de los demás, aceptando y respetando las diferencias individuales que puedan existir, superando y rechazando las conductas discriminatorias que se puedan producir en contextos de práctica motriz.

5.11.Sesiones y/o actividades

A continuación, se presentan las sesiones que conforman la propuesta de intervención.

Sesión 1. Autoaceptación

Competencia Específica 2: Adaptar los elementos propios del esquema corporal, las capacidades físicas, perceptivo-motrices y coordinativas, así como las habilidades y destrezas motrices, aplicando procesos de percepción, decisión y ejecución adecuados a la lógica interna y a los objetivos de diferentes situaciones, para dar respuesta a las demandas de proyectos motores y de prácticas motrices con distintas finalidades en contextos de la vida diaria.

Descriptor: CPSAA2. Conoce los riesgos más relevantes y los principales activos para la salud, adopta estilos de vida saludables para su bienestar físico y mental, y detecta y busca apoyo ante situaciones violentas o discriminatorias.

Descripción de la sesión/actividad: trabajar en el autorreconocimiento y capacidades.

Momento	Ejercicio	Objetivo
Saludo	Rito de preparación y encuentro	Generar hábitos, brindar confianza y seguridad
APS: ¿Cuéntame, Como va todo? Charla/	1. Oído	Evaluar las condiciones del danzante para la sesión. / Brindar acompañamiento psicosocial requerido.
FDK: Escucha y movimiento	1. Respiración / Espalda alta sana: Conexión costillas, hombros y cabeza	1. Mejorar la propiocepción y la conciencia corporal, del espacio y el movimiento.
MTD: Calentamiento / Activación corporal consciente	1. Pesos	2. Mejorar aspectos funcionales y estructurales del patrón de marcha. 3. Mejorar el bienestar, el estado de ánimo, dominio emocional.
ALX: Desarrollo perceptivo	1. Primer paso: la autoaceptación	1. Mejorar la propiocepción y la conciencia corporal, del espacio y el movimiento. 2. Mejorar aspectos funcionales y estructurales del patrón de marcha. 3. Mejorar el bienestar, el estado de ánimo, dominio emocional.
MTD / APS: Representación simbólica	Improvisación basada en los temas vistos: Producto.	3. Mejorar el bienestar, el estado de ánimo, dominio emocional
Despedida	Despedida afectiva	Despedida
Materiales	Temporalización	Espacio
Ropa cómoda, colchonetas, pañoletas, grabadora.	45min	Salón acogedor

Criterios de evaluación:

2.1 Llevar a cabo proyectos motores de carácter individual, cooperativo o colaborativo, empleando estrategias de monitorización y seguimiento que permitan analizar los resultados obtenidos.

2.2 Adoptar decisiones en situaciones lúdicas, juegos y actividades deportivas, ajustándose a las demandas derivadas de los objetivos motores, de las características del grupo y de la lógica interna de situaciones individuales, de cooperación, de oposición y de colaboración-oposición, en contextos simulados de actuación.

2.3 Emplear los componentes cualitativos y cuantitativos de la motricidad de manera eficiente y creativa en distintos contextos y situaciones motrices, adquiriendo un progresivo control y dominio corporal sobre ellos.

Sesión 2. Apoyo y sostén

Competencia específica 1: Adoptar un estilo de vida activo y saludable, practicando regularmente actividades físicas, lúdicas y deportivas, adoptando comportamientos que potencien la salud física, mental y social, así como medidas de responsabilidad individual y colectiva durante la práctica motriz, para interiorizar e integrar hábitos de actividad física sistemática que contribuyan al bienestar.

Descriptores: CPSAA1. Es consciente de las propias emociones, ideas y comportamientos personales y emplea estrategias para gestionarlas en situaciones de tensión o conflicto, adaptándose a los cambios y armonizándolos para alcanzar sus propios objetivos.

Descripción de la sesión/actividad: Se trata del desarrollo de la comprensión del patrón primario de sostén y la red de apoyo.

Momento	Ejercicio	Objetivo
Saludo	Rito de preparación y encuentro	Generar hábitos, brindar confianza y seguridad
APS: ¿Cuéntame, Como va todo? Charla/	2. Olfato	Evaluar las condiciones del danzante para la sesión. / Brindar acompañamiento psicosocial requerido.
FDK: Escucha y movimiento	2. Postura	1. Mejorar la propiocepción y la conciencia corporal, del espacio y el movimiento.
DMT: Calentamiento / Activación corporal consciente	2. Apoyos	2. Mejorar aspectos funcionales y estructurales del patrón de marcha. 3. Mejorar el bienestar, el estado de ánimo, dominio emocional.
ALX: Desarrollo perceptivo	2. Segundo paso: traza tu patrón primario de sostén	1. Mejorar la propiocepción y la conciencia corporal, del espacio y el movimiento. 2. Mejorar aspectos funcionales y estructurales del patrón de marcha. 3. Mejorar el bienestar, el estado de ánimo, dominio emocional.
MTD / APS: Representación simbólica	Improvisación basada en los temas vistos: Producto.	3. Mejorar el bienestar, el estado de ánimo, dominio emocional
Despedida	Despedida afectiva	

Materiales	Temporalización	Espacio
Ropa cómoda, colchonetas, pañoletas, incienso, sales, perfume.	45 min	Salón acogedor

Criterios de evaluación:

1.1 Reconocer la actividad física como alternativa de ocio saludable, identificando desplazamientos activos y sostenibles y conociendo los efectos beneficiosos a nivel físico y mental que posee adoptar un estilo de vida activo.

1.2 Aplicar medidas de educación postural, alimentación saludable, higiene corporal y preparación de la práctica motriz, asumiendo responsabilidades y generando hábitos y rutinas en situaciones cotidianas.

1.3 Tomar medidas de precaución y prevención de lesiones en relación con la conservación y el mantenimiento del material en el marco de distintas prácticas físico-deportivas, conociendo protocolos básicos de actuación ante accidentes que se puedan producir en este contexto.

1.4 Reconocer la propia imagen corporal y la de los demás, aceptando y respetando las diferencias individuales que puedan existir, superando y rechazando las conductas discriminatorias que se puedan producir en contextos de práctica motriz.

Sesión 3. Vitalidad y el todo

Competencia Específica 2: Adaptar los elementos propios del esquema corporal, las capacidades físicas, perceptivo-motrices y coordinativas, así como las habilidades y destrezas motrices, aplicando procesos de percepción, decisión y ejecución adecuados a la lógica interna y a los objetivos de diferentes situaciones, para dar respuesta a las demandas de proyectos motores y de prácticas motrices con distintas finalidades en contextos de la vida diaria.

Descriptor: CPSAA2. Conoce los riesgos más relevantes y los principales activos para la salud, adopta estilos de vida saludables para su bienestar físico y mental, y detecta y busca apoyo ante situaciones violentas o discriminatorias.

Descripción de la sesión/actividad: Explorar movimientos de rotación y extensión como posibilidades de acceder a nuevos espacios y experiencias vitales.

Momento	Ejercicio	Objetivo
Saludo	Rito de preparación y encuentro	Generar hábitos, brindar confianza y seguridad
APS: ¿Cuéntame, Como va todo? Charla/	3. Gusto	Evaluar las condiciones del danzante para la sesión. / Brindar acompañamiento psicosocial requerido.
FDK: Escucha y movimiento	3. Recuperar vitalidad y movilidad (rotación y extensión) de la columna	1. Mejorar la propiocepción y la conciencia corporal, del espacio y el movimiento.
DMT: Calentamiento / Activación corporal consciente	3. Descargas	2. Mejorar aspectos funcionales y estructurales del patrón de marcha. 3. Mejorar el bienestar, el estado de ánimo, dominio emocional.
ALX: Desarrollo perceptivo	3. Tercer paso: hacer de las partes un todo: La mente del principiante	1. Mejorar la propiocepción y la conciencia corporal, del espacio y el movimiento. 2. Mejorar aspectos funcionales y estructurales del patrón de marcha. 3. Mejorar el bienestar, el estado de ánimo, dominio emocional.
DMT / APS: Representación simbólica	Improvisación basada en los temas vistos: Producto.	3. Mejorar el bienestar, el estado de ánimo, dominio emocional
Despedida	Despedida afectiva	
Materiales	Temporalización	Espacio
Ropa cómoda, colchonetas, sabores evocadores.	45 min	Salón acogedor

Criterios de evaluación:

2.1 Llevar a cabo proyectos motores de carácter individual, cooperativo o colaborativo, empleando estrategias de monitorización y seguimiento que permitan analizar los resultados obtenidos.

2.2 Adoptar decisiones en situaciones lúdicas, juegos y actividades deportivas, ajustándose a las demandas derivadas de los objetivos motores, de las características del grupo y de la lógica interna de situaciones individuales, de cooperación, de oposición y de colaboración-oposición, en contextos simulados de actuación.

2.3 Emplear los componentes cualitativos y cuantitativos de la motricidad de manera eficiente y creativa en distintos contextos y situaciones motrices, adquiriendo un progresivo control y dominio corporal sobre ellos.

Sesión 4. Ir más allá

Competencia específica 1: Adoptar un estilo de vida activo y saludable, practicando regularmente actividades físicas, lúdicas y deportivas, adoptando comportamientos que potencien la salud física, mental y social, así como medidas de responsabilidad individual y colectiva durante la práctica motriz, para interiorizar e integrar hábitos de actividad física sistemática que contribuyan al bienestar. Competencia Específica 3: Expresar y comunicar de manera creativa ideas, sentimientos y emociones, experimentando con las posibilidades del sonido, la imagen, el cuerpo y los medios digitales, para producir obras propias.

Descriptores: CPSAA1. CCEC3. Expresa ideas, opiniones, sentimientos y emociones de forma creativa y con una actitud abierta e inclusiva, empleando distintos lenguajes artísticos y culturales, integrando su propio cuerpo, interactuando con el entorno y desarrollando sus capacidades afectivas.

Descripción de la sesión/actividad: trabajar en la superación de los obstáculos físicos y emocionales.

Momento	Ejercicio	Objetivo
Saludo	Rito de preparación y encuentro	Generar hábitos, brindar confianza y seguridad
APS: ¿Cuéntame, Como va todo? Charla/	4. Tacto	Evaluar las condiciones del danzante para la sesión. / Brindar acompañamiento psicosocial requerido.
FDK: Escucha y movimiento	4. Autoconciencia caderas	1. Mejorar la propiocepción y la conciencia corporal, del espacio y el movimiento.
DMT: Calentamiento / Activación corporal consciente	4. Obstáculos	2. Mejorar aspectos funcionales y estructurales del patrón de marcha. 3. Mejorar el bienestar, el estado de ánimo, dominio emocional.
ALX: Desarrollo perceptivo	4. Cuarto paso: ir más allá // Cómo pensar / Como no pensar	1. Mejorar la propiocepción y la conciencia corporal, del espacio y el movimiento. 2. Mejorar aspectos funcionales y estructurales del patrón de marcha. 3. Mejorar el bienestar, el estado de ánimo, dominio emocional.
DMT / APS: Representación simbólica	Improvisación basada en los temas vistos: Producto.	3. Mejorar el bienestar, el estado de ánimo, dominio emocional
Despedida	Despedida Afectiva	
Materiales	Temporalización	Espacio
Ropa cómoda, colchonetas, diferentes texturas.	45 min	Salón acogedor

Criterios de evaluación:

1.1 Reconocer la actividad física como alternativa de ocio saludable, identificando desplazamientos activos y sostenibles y conociendo los efectos beneficiosos a nivel físico y mental que posee adoptar un estilo de vida activo.

3.1 Producir obras propias de manera guiada, utilizando algunas de las posibilidades expresivas del cuerpo, el sonido, la imagen y los medios digitales básicos, y mostrando confianza en las capacidades propias. 3.2 Expresar de forma guiada ideas, sentimientos y emociones a través de manifestaciones artísticas sencillas, experimentando con los diferentes lenguajes e instrumentos a su alcance.

Sesión 5. Equilibrio corporal y emocional

Competencia específica 3: Desarrollar procesos de autorregulación e interacción en el marco de la práctica motriz, con actitud empática e inclusiva, haciendo uso de habilidades sociales y actitudes de cooperación, respeto, trabajo en equipo y deportividad, con independencia de las diferencias etnoculturales, sociales, de género y de habilidad de los participantes, para contribuir a la convivencia y al compromiso ético en los diferentes espacios en los que se participa.

Descriptores: CPSAA3. Reconoce y respeta las emociones y experiencias de las demás personas, participa activamente en el trabajo en grupo, asume las responsabilidades individuales asignadas y emplea estrategias cooperativas dirigidas a la consecución de objetivos compartidos.

Descripción de la sesión/actividad: Encontrar desde la auto percepción el equilibrio corporal y emocional mediante la autorregulación.

Momento	Ejercicio	Objetivo
Saludo	Rito de preparación y encuentro	Generar hábitos, brindar confianza y seguridad
APS: ¿Cuéntame, Como va todo? Charla/	5. Vista	Evaluar las condiciones del danzante para la sesión. / Brindar acompañamiento psicosocial requerido.
FDK: Escucha y movimiento	5. Equilibrio y estabilidad. / Desde las rodillas.	1. Mejorar la propiocepción y la conciencia corporal, del espacio y el movimiento.
DMT: Calentamiento / Activación corporal consciente	5. Piso	2. Mejorar aspectos funcionales y estructurales del patrón de marcha. 3. Mejorar el bienestar, el estado de ánimo, dominio emocional.
ALX: Desarrollo perceptivo	5. Quinto paso: direcciones personalizadas	1. Mejorar la propiocepción y la conciencia corporal, del espacio y el movimiento. 2. Mejorar aspectos funcionales y estructurales del patrón de marcha. 3. Mejorar el bienestar, el estado de ánimo, dominio emocional.
DMT/ APS: Representación simbólica	Improvisación basada en los temas vistos: Producto.	3. Mejorar el bienestar, el estado de ánimo, dominio emocional
Despedida	Despedida afectiva	
Materiales	Temporalización	Espacio
Ropa cómoda, colchonetas, video beam.	45 min	Salón acogedor

Criterios de evaluación:

3.1 Mostrar una disposición positiva hacia la práctica física y hacia el esfuerzo, controlando la impulsividad y las emociones negativas que surjan en contextos de actividad motriz.

3.2 Respetar las normas consensuadas en clase, así como las reglas de juego, y actuar desde los parámetros de la deportividad y el juego limpio, valorando la aportación de los participantes.

3.3 Desarrollar habilidades sociales de acogida, inclusión, ayuda y cooperación al participar en prácticas motrices variadas, resolviendo los conflictos individuales y colectivos de forma dialógica y justa, mostrando un compromiso activo frente a los estereotipos, las actuaciones discriminatorias y cualquier tipo de violencia.

Sesión 6. Descubrir el movimiento

Competencia específica 2: Adaptar los elementos propios del esquema corporal, las capacidades físicas, perceptivo-motrices y coordinativas, así como las habilidades y destrezas motrices, aplicando procesos de percepción, decisión y ejecución adecuados a la lógica interna y a los objetivos de diferentes situaciones, para dar respuesta a las demandas de proyectos motores y de prácticas motrices con distintas finalidades en contextos de la vida diaria.

Descriptores: CPSAA2

Descripción de la sesión/actividad: Exploración corporal del movimiento, salto en el tiempo: la memoria.

Momento	Ejercicio	Objetivo
Saludo	Rito de preparación y encuentro	Generar hábitos, brindar confianza y seguridad
APS: ¿Cuéntame, Como va todo? Charla/	6. Memoria	Evaluar las condiciones del danzante para la sesión. / Brindar acompañamiento psicosocial requerido.
FDK: Escucha y movimiento	6. Manos y espalda	1. Mejorar la propiocepción y la conciencia corporal, del espacio y el movimiento.
DMT: Calentamiento / Activación corporal consciente	6. Saltar	2. Mejorar aspectos funcionales y estructurales del patrón de marcha. 3. Mejorar el bienestar, el estado de ánimo, dominio emocional.
ALX: Desarrollo perceptivo	6. Primer experimento: descubrir el movimiento «hacia atrás y hacia abajo»	1. Mejorar la propiocepción y la conciencia corporal, del espacio y el movimiento. 2. Mejorar aspectos funcionales y estructurales del patrón de marcha. 3. Mejorar el bienestar, el estado de ánimo, dominio emocional.
DMT / APS: Representación simbólica	Improvisación basada en los temas vistos: Producto.	3. Mejorar el bienestar, el estado de ánimo, dominio emocional
Despedida	Despedida afectiva	

Materiales	Temporalización	Espacio
Ropa cómoda, colchonetas, grabadora y video beam.	45 min.	Salón acogedor.

Criterios de evaluación:

2.1 Llevar a cabo proyectos motores de carácter individual, cooperativo o colaborativo, empleando estrategias de monitorización y seguimiento que permitan analizar los resultados obtenidos.

2.2 Adoptar decisiones en situaciones lúdicas, juegos y actividades deportivas, ajustándose a las demandas derivadas de los objetivos motores, de las características del grupo y de la lógica interna de situaciones individuales, de cooperación, de oposición y de colaboración-oposición, en contextos simulados de actuación.

2.3 Emplear los componentes cualitativos y cuantitativos de la motricidad de manera eficiente y creativa en distintos contextos y situaciones motrices, adquiriendo un progresivo control y dominio corporal sobre ellos.

Sesión 7. Experimentando los sentimientos

Competencia 3. Expresar y comunicar de manera creativa ideas, sentimientos y emociones, experimentando con las posibilidades del sonido, la imagen, el cuerpo y los medios digitales, para producir obras propias.

Descriptores: CCEC3.

Descripción de la sesión/actividad: Explorar los sentimientos de una manera creativa

Momento	Ejercicio	Objetivo
Saludo	Rito de preparación y encuentro	Generar hábitos, brindar confianza y seguridad
APS: ¿Cuéntame, Como va todo? Charla/	7. Sentimientos	Evaluar las condiciones del danzante para la sesión. / Brindar acompañamiento psicosocial requerido.
FDK: Escucha y movimiento	7. Conectando las extremidades.	1. Mejorar la propiocepción y la conciencia corporal, del espacio y el movimiento.
DMT: Calentamiento / Activación corporal consciente	7. Cargar / objetos	2. Mejorar aspectos funcionales y estructurales del patrón de marcha. 3. Mejorar el bienestar, el estado de ánimo, dominio emocional.
ALX: Desarrollo perceptivo	7. Segundo experimento: descubrir el «acortamiento»	1. Mejorar la propiocepción y la conciencia corporal, del espacio y el movimiento. 2. Mejorar aspectos funcionales y estructurales del patrón de marcha. 3. Mejorar el bienestar, el estado de ánimo, dominio emocional.
DMT / APS: Representación simbólica	Improvisación basada en los temas vistos: Producto.	3. Mejorar el bienestar, el estado de ánimo, dominio emocional
Despedida	Despedida afectiva	
Materiales	Temporalización	Espacio
Ropa cómoda, colchonetas, grabadora.	45 min.	Salón acogedor.

Criterios de evaluación:

3.1 Producir obras propias de manera guiada, utilizando algunas de las posibilidades expresivas del cuerpo, el sonido, la imagen y los medios digitales básicos, y mostrando confianza en las capacidades propias. 3.2 Expresar de forma guiada ideas, sentimientos y emociones a través de manifestaciones artísticas sencillas, experimentando con los diferentes lenguajes e instrumentos a su alcance.

Sesión 8. Aprender del pasado

Competencia 2: Adaptar los elementos propios del esquema corporal, las capacidades físicas, perceptivo-motrices y coordinativas, así como las habilidades y destrezas motrices, aplicando procesos de percepción, decisión y ejecución adecuados a la lógica interna y a los objetivos de diferentes situaciones, para dar respuesta a las demandas de proyectos motores y de prácticas motrices con distintas finalidades en contextos de la vida diaria.

Descriptores: CPSAA2.

Descripción de la sesión/actividad: Aprender a equilibrar la vida a través de la lógica interna.

Momento	Ejercicio	Objetivo
Saludo	Rito de preparación y encuentro	Generar hábitos, brindar confianza y seguridad
APS: ¿Cuéntame, Como va todo? Charla/	8. Pasado	Evaluar las condiciones del danzante para la sesión. / Brindar acompañamiento psicosocial requerido.
FDK: Escucha y movimiento	8. Columna de gato.	1. Mejorar la propiocepción y la conciencia corporal, del espacio y el movimiento.
DMT: Calentamiento / Activación corporal consciente	8. Equilibrio	2. Mejorar aspectos funcionales y estructurales del patrón de marcha. 3. Mejorar el bienestar, el estado de ánimo, dominio emocional.
ALX: Desarrollo perceptivo	8. Tercer experimento: experimentar el movimiento «hacia delante»	1. Mejorar la propiocepción y la conciencia corporal, del espacio y el movimiento. 2. Mejorar aspectos funcionales y estructurales del patrón de marcha. 3. Mejorar el bienestar, el estado de ánimo, dominio emocional.
DMT/ APS: Representación simbólica	Improvisación basada en los temas vistos: Producto.	3. Mejorar el bienestar, el estado de ánimo, dominio emocional
Despedida	Despedida afectiva	
Materiales	Temporalización	Espacio
Ropa cómoda, colchonetas, grabadora y video beam.	45 min.	Salón acogedor.

Criterios de evaluación:

- 2.1 Llevar a cabo proyectos motores de carácter individual, cooperativo o colaborativo, empleando estrategias de monitorización y seguimiento que permitan analizar los resultados obtenidos.
- 2.2 Adoptar decisiones en situaciones lúdicas, juegos y actividades deportivas, ajustándose a las demandas derivadas de los objetivos motores, de las características del grupo y de la lógica interna de situaciones individuales, de cooperación, de oposición y de colaboración-oposición, en contextos simulados de actuación.
- 2.3 Emplear los componentes cualitativos y cuantitativos de la motricidad de manera eficiente y creativa en distintos contextos y situaciones motrices, adquiriendo un progresivo control y dominio corporal sobre ellos.

Sesión 9. Vivir el presente

Competencia 3: Expresar y comunicar de manera creativa ideas, sentimientos y emociones, experimentando con las posibilidades del sonido, la imagen, el cuerpo y los medios digitales, para producir obras propias.

Descriptores: CCEC3. Expresa ideas, opiniones, sentimientos y emociones de forma creativa y con una actitud abierta e inclusiva, empleando distintos lenguajes artísticos y culturales, integrando su propio cuerpo, interactuando con el entorno y desarrollando sus capacidades afectivas.

Descripción de la sesión/actividad: Aprender a equilibrar la vida a través de la lógica interna.

Momento	Ejercicio	Objetivo
Saludo	Rito de preparación y encuentro	Generar hábitos, brindar confianza y seguridad
APS: ¿Cuéntame, Como va todo? Charla/	9. Presente	Evaluar las condiciones del danzante para la sesión. / Brindar acompañamiento psicosocial requerido.
FDK: Escucha y movimiento	9. Como si fueras un oso.	1. Mejorar la propiocepción y la conciencia corporal, del espacio y el movimiento.
DMT: Calentamiento / Activación corporal consciente	9. Emociones	2. Mejorar aspectos funcionales y estructurales del patrón de marcha. 3. Mejorar el bienestar, el estado de ánimo, dominio emocional.
ALX: Desarrollo perceptivo	9. Cuarto experimento: experimentar el movimiento «hacia delante y hacia arriba»	1. Mejorar la propiocepción y la conciencia corporal, del espacio y el movimiento. 2. Mejorar aspectos funcionales y estructurales del patrón de marcha. 3. Mejorar el bienestar, el estado de ánimo, dominio emocional.
DMT/ APS: Representación simbólica	Improvisación basada en los temas vistos: Producto.	3. Mejorar el bienestar, el estado de ánimo, dominio emocional
Despedida	Despedida afectiva	
Materiales	Temporalización	Espacio
Ropa cómoda, colchonetas, grabadora y video beam.	45 min.	Salón acogedor.

Criterios de evaluación:

3.1 Producir obras propias de manera guiada, utilizando algunas de las posibilidades expresivas del cuerpo, el sonido, la imagen y los medios digitales básicos, y mostrando confianza en las capacidades propias. 3.2 Expresar de forma guiada ideas, sentimientos y emociones a través de manifestaciones artísticas sencillas, experimentando con los diferentes lenguajes e instrumentos a su alcance.

Sesión 10. Mirar hacia adelante

Competencia 2: Adaptar los elementos propios del esquema corporal, las capacidades físicas, perceptivo-motrices y coordinativas, así como las habilidades y destrezas motrices, aplicando procesos de percepción, decisión y ejecución adecuados a la lógica interna y a los objetivos de diferentes situaciones, para dar respuesta a las demandas de proyectos motores y de prácticas motrices con distintas finalidades en contextos de la vida diaria.

Descriptores: CPSAA4, CPSAA5.

Descripción de la sesión/actividad: Crear el futuro adecuado

Momento	Ejercicio	Objetivo
Saludo	Rito de preparación y encuentro	Generar hábitos, brindar confianza y seguridad
APS: ¿Cuéntame, Como va todo? Charla/	10. Futuro	Evaluar las condiciones del danzante para la sesión. / Brindar acompañamiento psicosocial requerido.
FDK: Escucha y movimiento	10. Date un Respiro	1. Mejorar la propiocepción y la conciencia corporal, del espacio y el movimiento.
DMT: Calentamiento / Activación corporal consciente	10. Creación	2. Mejorar aspectos funcionales y estructurales del patrón de marcha. 3. Mejorar el bienestar, el estado de ánimo, dominio emocional.
ALX: Desarrollo perceptivo	10. Quinto experimento: experimentar el movimiento «hacia delante y arriba» y de «alargamiento»	1. Mejorar la propiocepción y la conciencia corporal, del espacio y el movimiento. 2. Mejorar aspectos funcionales y estructurales del patrón de marcha. 3. Mejorar el bienestar, el estado de ánimo, dominio emocional.
DMT/ APS: Representación simbólica	Improvisación basada en los temas vistos: Producto.	3. Mejorar el bienestar, el estado de ánimo, dominio emocional
Despedida	Despedida afectiva	

Materiales	Temporalización	Espacio
Ropa cómoda, colchonetas, grabadora y video beam.	45 min.	Salón acogedor.

Criterios de evaluación:

2.1 Llevar a cabo proyectos motores de carácter individual, cooperativo o colaborativo, empleando estrategias de monitorización y seguimiento que permitan analizar los resultados obtenidos.

2.2 Adoptar decisiones en situaciones lúdicas, juegos y actividades deportivas, ajustándose a las demandas derivadas de los objetivos motores, de las características del grupo y de la lógica interna de situaciones individuales, de cooperación, de oposición y de colaboración-oposición, en contextos simulados de actuación.

2.3 Emplear los componentes cualitativos y cuantitativos de la motricidad de manera eficiente y creativa en distintos contextos y situaciones motrices, adquiriendo un progresivo control y dominio corporal sobre ellos.

5.12. Temporalización / Cronograma (Planificación Temporal)

El cronograma de implementación muestra de la presente Propuesta de intervención, que corresponde a la realización de la parte diagnóstica, y a las 11 sesiones programadas, con una intensidad horaria semanal.

Una sesión se plantea como una unidad, con estructura que puede ser llevada a cabo de manera sintetizada en una única sesión de 2 horas por semana, como ya se comentó; sin embargo, la sesión puede ser dividida, de acuerdo a las necesidades de la danzante, pudiendo realizar énfasis en la fase o ejercicio que sea pertinente, existiendo la flexibilidad para ser implementado en más sesiones con la misma intensidad semanal. Esto quedará a facultad del Terapeuta, siempre en consenso con la danzante, quien debe formar parte siempre de la toma de decisiones dentro de su proceso.

Tabla 9. Cronograma Propuesta de intervención

Acción	Semana												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Fase Diagnostica	■	■											
Sesión 0			■										
Sesión 1				■									
Sesión 2					■								
Sesión 3						■							
Sesión 4							■						
Sesión 5								■					
Sesión 6									■				
Sesión 7										■			
Sesión 8											■		
Sesión 9												■	
Sesión 10													■

Fuente: elaboración propia.

5.13. Medidas de atención a la diversidad / Diseño universal del aprendizaje

Se trabaja desde los principios del DUA, diseño Universal del Aprendizaje, lo que implica que cada actividad y el plan en general, contempla las capacidades y las secuelas por ACV de la danzante, de acuerdo con el diagnostico funcional y de discapacidad CIF, realizado en la fase diagnóstica, tanto para la realización de las actividades, como para su evaluación.

5.14. Sistema de evaluación

Según Ley & Espinoza (2021), de manera general, la evaluación es un proceso sistemático, a través del cual se valoran las cualidades de las personas, objetos y fenómenos, juicio fundamentado en un sistema social de valores preestablecido; además aclaran que, evaluar en el contexto educativo evaluar significa, “el análisis de la información recogida de forma sistemática a través del cual se llega a un juicio de valor sobre una situación determinada y a la toma de decisiones para mejorar la gestión educativa” (p. 368). En este caso la evaluación se centrará en la evaluación del aprendizaje y el desarrollo de la danzante, y será el recurso pedagógico que permite al Terapeuta, conocer las fortalezas y debilidades de la danzante, su avance desde lo propuesto en el plan de intervención para cada sesión; de modo que le facilite formular e implementar acciones estratégicas que conduzcan al logro de los objetivos propuestos, y de ser necesario realizar los ajustes pertinentes en el proceso para superar las insuficiencias, limitaciones y falencias (Ley & Espinoza, 2021). Los autores consideran que para que una evaluación sea efectiva y eficaz el Terapeuta se debe realizar preguntar para qué, cómo y cuándo se evalúa. Veamos pues estas cuestiones en el contexto de este trabajo.

¿Para qué se evalúa?

La evaluación en términos generales en este plan, tiene como funciones diagnosticar y establecer línea de base, medir los avances realizados en materia de los objetivos propuestos por el plan y para cada sesión, tener control del proceso y retroalimentación del mismo.

¿Quién evalúa?

En este caso el Terapeuta y la danzante, se propone que se lleve a cabo mediante una heteroevaluación y una autoevaluación, que fomente los procesos metacognitivos de la danzante, al proporcionarle de capacidad de control, decisión y autonomía en el desarrollo de su proceso personal.

¿Cómo se evalúa?

Para Ley & Espinoza (2021) “la evaluación del aprendizaje se caracteriza por ser continua, sistemática, integral, interrelacional, objetiva, efectiva y eficiente” (p. 368). Se esta manera queda resuelto el asunto de ¿Cuándo se evalúa?, ya que, al concebir la evaluación como un proceso continuo, implica que debe estar presente en cada momento del proceso; al ser

integrar implica que no solamente abarca cada una de las etapas del proceso, sino que además, aborda las distintas dimensiones que han sido propuestas en el plan de intervención; es decir tanto la dimensión física, como la emocional; en tanto a lo interrelacional, además de lo que implica la auto y la hetero evaluación, se presenta el espacio para el diálogo, esto implica que la evaluación integra además de la mera medición, un componente de interrelación, donde la posibilidad de expresar a través de la palabra y de la misma danza, permitiendo comunicar de manera adecuada los estados de ánimo, ideas, emociones y demás aspectos que permitan avanzar en el logro de los objetivos planteados; en cuanto a la sistematicidad, objetividad, efectividad y eficiencia de la evaluación, la propuesta plantea abordarlas desde los instrumentos de evaluación, entre otros para autoevaluación, un diario personal de la danzante, que le permita reflexionar y tener consciencia y control de su proceso, de sus avances y sus necesidades. Por parte del Terapeuta, también se aplicará un diario de campo, donde se consignen las apreciaciones pertinentes relacionadas con el desarrollo de las sesiones, y del análisis de las conversaciones, con el objetivo de tener un registro para establecer los progresos y ajustar de una sesión a la otra lo necesario. Además, se implementarán rubricas de evaluación, para cada sesión, en las cuales aparecen especificadas la competencia, los elementos a ser evaluados, competencia, objetivos, criterios de evaluación y descriptores.

¿Cómo se utilizan los resultados de la evaluación?

Los resultados de la evaluación tienen sentido en la medida que permiten medir el proceso en términos de logro de objetivos; pero lo más importante es que la información que aporta, permite tener el control permanente del proceso por parte del Terapeuta y de la danzante; así además de ser una herramienta estratégica para la corrección del rumbo y tomar decisiones por parte de quienes intervienen, es clave dentro del proceso de metacognición, en tanto aporta a la autorregulación de los procesos de aprendizaje, además de adquirir conocimientos contribuye al aprender a aprender, es decir a ser consciente del proceso y a tomar decisiones, es decir tener control del mismo, de esta manera la evaluación en este plan, se propone como un componente fundamental, ya que permite medir, tener consciencia del momento del proceso, mantener en foco los objetivos planteados; comunicar las inquietudes, emociones, sentimientos e ideas, todo para realizar los ajustes y cumplir las metas y objetivos del plan.

Otro aspecto tiene que ver con la evaluación del Plan mismo, en términos de su efectividad y eficacia, su medición se realizará al realizar el contraste entre la línea de base aportada por el diagnóstico realizado para iniciar la formulación del plan, y la aplicación de las mismas pruebas al haber finalizado la implementación. Así, en los anexos se tienen los resultados del CIF, del test de Ryff, el análisis de la marcha y las evaluaciones clínicas. Esta información se considera suficiente en tanto permite realizar triangulación de los datos; es fiable, en tanto los instrumentos son de carácter oficial y son un estándar a nivel mundial en cada área, y fiable, en tanto es aportada por instituciones certificadas, en el caso de los diagnósticos e historias clínicas.

5.14.1. Criterios de evaluación

El anexo A, Matriz de consistencia y Armonización, evidencia las relaciones entre diagnóstico, necesidades, objetivos, competencias generales, específicas, contenidos, criterios de evaluación y descriptores operativos. Material necesario para el desarrollo de una evaluación constante, flexible y fiable.

Por otra parte, el Anexo B, Matriz de integración de contenidos, muestra el trabajo realizado que permitió organizar los contenidos por sesiones, de acuerdo a lo propuesto en la matriz A, a partir de los objetivos y criterios de evaluación es que es posible evaluar el avance en la consecución de los objetivos del plan.

Los anexos del C al F, configuran la línea de base, para poder contrastar luego de la implementación, con metodología pre y post, los resultados permitiendo establecer la eficacia del plan de intervención.

5.14.2. Instrumentos de evaluación

Como instrumentos de evaluación del proceso, se propone la implementación de un diario de campo para el Terapeuta, y un diario personal para la danzante, quienes consignarán de manera continua los aspectos que consideren relevantes dentro de cada sesión, además de sus reflexiones con relación al proceso e implementación del presente plan de intervención. Y donde además el terapeuta, llevará registro de las conversaciones realizadas, con el fin de realizar los ajustes requeridos de una sesión a la siguiente, permitiendo registrar las

modificaciones realizadas, con el objetivo de desarrollar un análisis de segundo nivel, a la hora de evaluar el plan luego de su implementación.

Además, el anexo G, presenta las rubricas diseñadas para cada sesión de trabajo. Estas permitirán de manera sistemática y organizada, teniendo en cuenta los criterios de evaluación propuestos, realizar el seguimiento sesión a sesión y por cada ejercicio y actividad realizada durante la implementación del plan. A continuación, se presenta una de las rubricas realizadas.

Tabla 10. Rubrica de evaluación Sesión 1.

Rúbrica de Evaluación: Sesión 1 – Autoaceptación Parte A						
Competencia Específica	Descriptor	Criterio de Evaluación	Nivel Insuficiente	Nivel Básico	Nivel Competente	Nivel Sobresaliente
Competencia Específica 2: Adaptar los elementos propios del esquema corporal, las capacidades físicas, perceptivo-motrices y coordinativas, así como las habilidades y destrezas motrices, aplicando procesos de percepción, decisión y ejecución adecuados a la lógica interna y a los objetivos de diferentes situaciones, para dar respuesta a las demandas de proyectos motores y de prácticas motrices con distintas finalidades en contextos de la vida diaria.	CPSAA2. Conoce los riesgos más relevantes y los principales activos para la salud, adopta estilos de vida saludables.	1. Llevar a cabo proyectos motores de carácter individual, cooperativo o colaborativo, empleando estrategias de...	No logra llevar a cabo proyectos motores o no utiliza estrategias de monitorización y seguimiento adecuadas.	Lleva a cabo proyectos motores, pero con limitada utilización de estrategias de monitorización y seguimiento.	Lleva a cabo proyectos motores de manera efectiva y emplea estrategias de monitorización y seguimiento para analizar los resultados.	Lleva a cabo proyectos motores con excelencia, utilizando estrategias de monitorización y seguimiento de manera reflexiva y sofisticada.
		2. Adoptar decisiones en situaciones lúdicas, juegos y actividades deportivas, ajustándose a las demandas derivadas...	No logra adoptar decisiones adecuadas en situaciones lúdicas, juegos y actividades deportivas.	Adopta decisiones en situaciones lúdicas, juegos y actividades deportivas, pero con limitada adaptación a las demandas y características del contexto.	Adopta decisiones efectivas en situaciones lúdicas, juegos y actividades deportivas, ajustándose a las demandas y características del contexto de manera acertada.	Adopta decisiones excepcionales en situaciones lúdicas, juegos y actividades deportivas, demostrando una capacidad sobresaliente.
		3. Emplea los componentes cualitativos y cuantitativos de la motricidad de manera eficiente y creativa en distintos contextos.	No emplea de manera eficiente y creativa los componentes cualitativos y cuantitativos de la motricidad.	Emplea de manera parcial y limitada los componentes cualitativos y cuantitativos de la motricidad.	Emplea de manera eficiente y creativa los componentes cualitativos y cuantitativos de la motricidad, demostrando un progresivo control y dominio corporal sobre ellos.	Emplea de manera extraordinaria y altamente creativa los componentes cualitativos y cuantitativos de la motricidad.

Rúbrica de Evaluación: Sesión 1 – Autoaceptación Parte B

Momento	Ejercicio	Objetivo	Criterio de Evaluación	Nivel 1 (Insuficiente)	Nivel 2 (Satisfactorio)	Nivel 3 (Bueno)	Nivel 4 (Excelente)
Saludo	Rito de preparación	Generar hábitos, brindar confianza y seguridad	Observar la participación activa y el seguimiento	La participación es mínima o nula	La participación es regular	La participación es constante	La participación es destacada
APS	Charla	Evaluar las condiciones del danzante	Identificar la capacidad de expresión y comunicación	La expresión y comunicación son limitadas	La expresión y comunicación son adecuadas	La expresión y comunicación son efectivas	La expresión y comunicación son sobresalientes
FDK	Escucha y movimiento	Recuperar vitalidad y movilidad de la columna	Evaluar la mejora en la propiocepción y conciencia	La mejora es insatisfactoria	La mejora es aceptable	La mejora es notable	La mejora es excepcional
DMT	Calentamiento	Mejorar aspectos funcionales y estructurales del patrón	Observar el nivel de mejora en el bienestar y estado	El nivel de mejora es insatisfactorio	El nivel de mejora es aceptable	El nivel de mejora es competente	El nivel de mejora es destacado
ALX	Desarrollo perceptivo	Mejorar la propiocepción y conciencia corporal	Evaluar el desarrollo de la propiocepción y conciencia	El desarrollo es mínimo o nulo	El desarrollo es regular	El desarrollo es adecuado	El desarrollo es sobresaliente
DMT / APS	Representación simbólica	Improvisación basada en los temas vistos	Evaluar la expresión y comunicación a través de la improvisación	La expresión es limitada	La expresión es adecuada	La expresión es efectiva	La expresión es sobresaliente
Despedida	Despedida afectiva	Despedida	Observar el grado de afectividad en la despedida	El grado de afectividad es mínimo o nulo	El grado de afectividad es regular	El grado de afectividad es adecuado	El grado de afectividad es destacado

Fuente: elaboración propia.

Con estos instrumentos de evaluación se espera dar cuenta del trabajo de implementación del Plan de intervención, y por otra parte garantizar luego de ello, poder realizar una evaluación eficaz del mismo en tanto propuesta metodológica de intervención en DMT.

6. CONCLUSIONES

Al concluir esta propuesta de intervención, es importante destacar los principales hallazgos y aspectos relevantes que surgieron a lo largo del proceso de investigación y diseño, para ello se hará referencia directa a los objetivos propuestos dentro de esta propuesta de intervención.

1. Desde el punto de vista del proceso investigativo, es pertinente recalcar la importancia de la fundamentación teórica, para la formulación de la propuesta de intervención, es gracias a ella que se pudo establecer la estrecha relación entre las diferentes terapias como la DMT, la Fisioterapia, la Técnica Alexander y el Método Feldenkrais, con los procesos de aprendizaje. Esto permitió orientar los objetivos del plan con una mirada tanto terapéutica, como pedagógica. Así, el plan visto desde el campo de la pedagogía, se trata en suma de un proceso de aprendizaje y reaprendizaje que pretende desde la DMT, las técnicas somáticas mencionadas y el deporte contribuir al mejoramiento funcional, del bienestar y principalmente de la superación de las secuelas del ACV identificadas en el patrón de marcha de la danzante.

Objetivo 1. Identificar las secuelas neuromotoras de la marcha en la bailarina con secuelas por ACV, mediante la aplicación de instrumentos de evaluación clínica y de danzaterapia.

2. Al aplicar instrumentos de evaluación clínica y de danzaterapia, se logró identificar las secuelas neuromotoras de la marcha en la bailarina. Esto proporcionó información valiosa sobre las áreas específicas que requerían intervención y ayudó a comprender el alcance de las dificultades y las necesidades prioritarias para el diseño del plan de intervención.

Objetivo 2. Establecer un diagnóstico como línea de base para el diseño de un plan de intervención en danzaterapia.

3. El establecimiento de un diagnóstico como línea de base fue fundamental para el diseño del plan de intervención en danzaterapia. Este diagnóstico proporcionó información detallada sobre las habilidades y limitaciones de la bailarina, lo cual fue esencial para desarrollar estrategias efectivas de rehabilitación.
4. Por otra parte, dentro del proceso investigativo la formulación de la fase diagnóstica, contribuyó a desarrollar competencias valiosas a la investigadora en la aplicación de

herramientas diagnósticas como son el uso del software Kinovea, para el diagnóstico del ciclo de marcha. También, la aplicación del CIF para la obtención del perfil de Funcionamiento y discapacidad; además del Test de bienestar de Ryff, estos instrumentos, pueden ser utilizados de manera indistinta en personas con y sin discapacidad; y que, de hecho, a través de su implementación en este tipo de planes de intervención, aumentarían de entrada sus posibilidades de eficiencia y eficacia por su fiabilidad, siendo una base sólida para formulación de este tipo de propuestas.

Objetivo 3. *Identificar los posibles aportes de técnicas como Feldenkrais y Alexander, además de acondicionamiento físico y fisioterapia, adaptado a las necesidades específicas de la bailarina con secuelas por ACV, para mejorar su patrón de marcha.*

5. La incorporación de técnicas como Feldenkrais y Alexander a la DMT, junto con el acondicionamiento físico y la fisioterapia, adaptadas a las necesidades específicas de la bailarina, se espera sean altamente beneficiosas para mejorar su patrón de marcha. Este enfoque holístico y multidimensional para abordar las dificultades motoras, va más allá de las propuestas aisladas tanto de la DMT, como de la fisioterapia. En este sentido, la propuesta de intervención presenta un abordaje integral e interdisciplinario, que aumenta las posibilidades de éxito en el logro de los objetivos planteados.

Objetivo General: *Diseñar un programa de intervención en danzaterapia que integre las técnicas Feldenkrais y Alexander, además de acondicionamiento físico y fisioterapia, adaptado a las necesidades específicas de la bailarina con secuelas por ACV, para mejorar su patrón de marcha.*

6. Tras una cuidadosa evaluación y consideración de las diversas variables involucradas, se ha diseñado un programa de intervención que busca proporcionar soluciones prácticas y adecuadas a las necesidades específicas de la danzante.

Esta apreciación se ve justificada por el hecho que la propuesta de intervención se fundamenta en una sólida base teórica y evidencia científica, respaldada por los resultados de instrumentos diagnósticos reconocidos y la revisión exhaustiva de la literatura especializada en el tema.

7. Otro aspecto, que puede ser considerado una ganancia adicional dentro del plan de intervención es que, a través de su enfoque multidisciplinario y participativo, la propuesta de intervención busca fomentar el empoderamiento y la autonomía de la danzante, promoviendo cambios positivos en su calidad de vida, incidiendo en dimensiones que van más allá del mejoramiento de su ciclo de marcha.
8. En este punto, es importante recalcar que el resultado de este ejercicio investigativo, es el diseño de una propuesta de intervención innovadora, flexible y adaptable, que tiene como objetivo atender de manera integral las necesidades de una población objetivo altamente vulnerable y que se encuentra marginada a causa de las condiciones previamente descritas en el cuerpo de este documento.

Al finalizar este proceso de investigación y diseño de una propuesta de intervención, es fundamental destacar el significado personal que ha tenido para la autora la realización de este proyecto. Como bailarina y coreógrafa, ha experimentado de primera mano los desafíos y las barreras que enfrentan las personas con discapacidad en su búsqueda de una mejor calidad de vida. Esta experiencia personal ha sido el motor impulsor detrás de la creación de esta propuesta de intervención, con el objetivo de mejorar no solo su propio nivel de vida, sino también el de otras personas en situaciones similares.

A lo largo de este proceso, la autora ha reflexionado sobre la importancia de su especialidad artística y cómo puede ser aplicada de manera terapéutica y transformadora en el ámbito de la danza y la discapacidad. La creación de esta propuesta de intervención ha permitido a la autora canalizar su pasión y conocimientos en beneficio de otros, y ha sido una experiencia profundamente enriquecedora tanto a nivel profesional como personal.

Además, la autora ha encontrado un sentido de propósito y satisfacción al contribuir al bienestar y la inclusión de las personas con discapacidad a través de su experticia en el campo de la danza. Esta propuesta de intervención representa un logro significativo en su trayectoria profesional y una oportunidad para marcar una diferencia tangible en la vida de las personas con discapacidad, brindándoles herramientas y recursos para superar las limitaciones físicas y emocionales a través de la danza y la terapia del movimiento.

Por último, la autora quisiera dejar una consideración personal, las personas con discapacidad son asumidas como menos para la sociedad, diferentes o incapaces; ¿cómo podemos lograr que nos vean, con una diferencia normalizada, y que nos perciban como capaces de enfrentar

los retos más difíciles y extremos a veces que los demás? ¿Qué debemos hacer para poder tener la oportunidad de enfrentarlos? Las barreras no están en nosotros, en el ser con discapacidad quienes somos conscientes de su existencia en la cotidianidad, esperemos que algún día los ojos de todos vean el mundo desde nuestra perspectiva y puedan ver aquello que hasta hoy le está velado por su inconsciencia.

7. CONSIDERACIONES FINALES (Limitaciones y prospectiva)

7.1.1. Limitaciones

Es importante reconocer que toda propuesta de intervención tiene limitaciones y desafíos. En este caso, algunas de las limitaciones que se presentaron tienen que ver en primera instancia con las limitaciones que implica las secuelas que padece la autora por cuenta del ACV del cual fue víctima, entre ellas se encuentran las dificultades para escribir evidenciada en el perfil de funcionalidad y discapacidad, también las dificultades visuales para leer; y el cansancio que se suma a los efectos de la medicación, que ralentizan el pensamiento y dificultan los procesos de memoria. Sin embargo, estas dificultades y barreras han sido superadas gracias al soporte de tecnologías como el dictado y la lectura de textos mediante el uso de herramientas informáticas, disciplina y motivación interna.

Por otra parte, el objeto de estudio la DMT en rehabilitación de pacientes con secuelas post ACV dentro del contexto colombiano, no cuenta con una trayectoria investigativa que permita encontrar fácilmente referentes de calidad que contribuyan a la formulación de propuestas como la que aquí se presenta. Otro aspecto es la escasa información relacionada con las técnicas somáticas, esto tiene que ver con el hecho que se trata de comunidades cerradas, y que al igual que las mismas artes, tienen un componente importante de transmisión de tipo oral; es decir de maestro a alumno. Esto dificulta el acceso a ese tipo de conocimientos especialmente, a quienes se encuentran alejados de los principales centros urbanos de países como Colombia.

7.1.2. Prospectiva

La propuesta de intervención aquí presentada tiene un gran potencial de impacto y puede sentar las bases para futuras investigaciones y aplicaciones prácticas. Es importante considerar la posibilidad de ampliar la intervención a otros contextos y poblaciones, así como evaluar su efectividad a través de estudios científicos y comparativos.

Además, la integración de la danza y la terapia del movimiento en el campo de la discapacidad abre la puerta a nuevas oportunidades y enfoques innovadores. La colaboración interdisciplinaria entre profesionales de la danza, la terapia ocupacional, la fisioterapia y otros

campos relacionados puede enriquecer aún más la intervención y mejorar los resultados para las personas con discapacidad.

En suma, esta propuesta de intervención tiene un prometedor futuro y puede ser un punto de partida para continuar explorando el potencial terapéutico de la danza y la terapia del movimiento en el ámbito de la discapacidad. Con un enfoque centrado en la persona, la adaptación constante y la colaboración interdisciplinaria, se pueden lograr avances significativos en la mejora de la calidad de vida y el bienestar de las personas con discapacidad.

Bibliografía

- Alberdi Odriozola, F., Iriarte Ibararán, M., Mendía Gorostidi, Á., Murgialdai, A., & Marco Garde, P. (2009). Pronóstico de las secuelas tras la lesión cerebral. *Medicina Intensiva*, 33(4), 171-181. [https://doi.org/10.1016/S0210-5691\(09\)71213-6](https://doi.org/10.1016/S0210-5691(09)71213-6)
- Alvarez Solórzano, N. D. P. (2019). *Propiedades psicométricas de la escala de bienestar psicológico* [Universidad de Lima]. <https://doi.org/10.26439/ulima.tesis/10604>
- Árias, Á. (2009). Rehabilitación del ACV: evaluación, pronóstico y tratamiento. *Galicia Clínica*, 70, 25-40. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4208262>
- Arias Cuadrado, Á. (2009). Rehabilitación del ACV: evaluación, pronóstico y tratamiento. *Galicia Clínica*, 70, 25-40.
- Arranz, E. (2018). *Propuesta de intervención de musicoterapia para el primer ciclo de infantil*. [UNIR].
<https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/7447/ARRANZ%20FERNANDEZ%2c%20EVA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Beltran, A. (2019). *ACV isquemico*.
https://www.academia.edu/38445256/Articulo_ACV_isquemico
- Bofill Soliguer, P., & Miró Julià, J. (2007). *Las fases del aprendizaje: Un esquema para el análisis y diseño de actividades de enseñanza/aprendizaje*. Asociación de Enseñantes Universitarios de la Informática (AENUI).
<http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/127873>
- Castro-Medina, K., Pérez-Páez, M., Moscoso-Alvarado, F., & Tanaka, C. (2015). Transferencia del aprendizaje motor en pacientes con antecedentes de accidente cerebrovascular: Serie de casos. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(2), 315-320. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63n2.48206>

- Chance, J. (2016). *LA TÉCNICA ALEXANDER: Las posturas del Bienestar*. Amat.
https://budismolibre.org/docs/libros_budistas/Jeremy_Chance_La_t%C3%A9cnica_Alexander.pdf
- Chong, J. Y. (2020). *Manual MSD: Introducción a los accidentes cerebrovasculares— Enfermedades cerebrales, medulares y nerviosas*. Manual MSD versión para público general. <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/enfermedades-cerebrales,-medulares-y-nerviosas/accidente-cerebrovascular-acv/introducci%C3%B3n-a-los-accidentes-cerebrovasculares>
- Cochrane.org. (2014, abril 22). *Enfoques de rehabilitación física para la recuperación de la funcionalidad y la movilidad tras un ictus*.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001920.pub3>
- Collado, S. (2002). *Análisis de la marcha humana con plataformas dinamométricas: Influencia del transporte de carga* [Tesis de Doctorado, UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID FACULTAD DE MEDICINA].
https://www.researchgate.net/publication/39158694_Analisis_de_la_marcha_humana_con_plataformas_dinamometricas_influencia_del_transporte_de_carga
- Corporal Center. (2022, junio 29). MÉTODO FELDENKRAIS (AUTOCONCIENCIA A TRAVES DEL MOVIMIENTO). *Corporal Center*. <https://corporal.center/metodo-feldenkrais-autoconciencia-a-traves-del-movimiento/>
- Constitución Política de Colombia de 1991, 108 (1991).
- Cortés, J. (2007). Danza Terapia: Alternativa de bienestar en Colombia. *Artes, La Revista*, 14, 61-68.
- Craze, R. (2007). *La Técnica Alexander* (2º). Paidotribio.
<https://www.scribd.com/document/428007245/La-Tecnica-Alexander-Richard-Craze-pag-13-pdf>
- Daza, J. (2007). *Evaluación clínico-funcional del movimiento corporal humano*. Ed. Médica Panamericana.

<https://books.google.com.co/books?id=mbVsZ82vncC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

Decreto 1421 de 2017, Departamento Administrativo de la Función Pública 20 (2017).

De las Heras-Fernández. (2022). *Pedagogía de la Danza: Tema 3. Danza, movimiento, terapia (DMT). Danza e inclusión*. Universidad Internacional de La Rioja (UNIR).

De Los Reyes Guzmán, A., López-Dolado, E., Pérez-Rizo, E., Lozano-Berrio, V., Gil-Agudo, A., & Del Ama Espinosa, A. (2019, julio 18). Análisis biomecánico para confirmar el diagnóstico en neurorehabilitación. *Libro de Actas - 11 Simposio CEA de Bioingeniería*. 11 Simposio CEA de Bioingeniería. <https://doi.org/10.4995/CEABioIng.2019.10045>

De Tord Figueras, P. (2013). *GROUNDING: CONCEPTO Y USOS EN DANZA MOVIMIENTO TERAPIA (DMT)* [MÁSTER EN DANZA MOVIMIENTO TERAPIA, Universitat Autònoma de Barcelona]. <https://core.ac.uk/download/pdf/78525392.pdf>

Escuela de Técnica Alexander México. (2022). *¿Qué es la Técnica Alexander*. Técnica Alexander México. <https://www.tecnicaalexander.mx/#!/-tecnica-alexander/>

Feldenkrais, M. (2014). *SABIDURIA DEL CUERPO, LA: RECOPIACION DE ARTICULOS DE MOSHE FELDENKRAIS*. Sirio. <https://www.iberlibro.com/9788478089710/SABIDURIA-CUERPO-RECOPIACION-ARTICULOS-MOSHE-8478089713/plp>

García Barranco, S., & García Luengo, A. (2014). *Título: Patología más frecuente tratada en un centro de fisioterapia: ACV* [GRADO EN FISIOTERAPIA, UNIVERSIDAD DE ALMERÍA]. <http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/3706/TRABAJO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

González Aguado, E., Martí Fábregas, J., & Martí Vilalta, J. (2000). *El fenómeno de diasquisis en la enfermedad vascular cerebral*. 30(10), 941-945.

Hijar, C. (2021). *LOS APORTES DE LA EDUCACIÓN SOMÁTICA EN LA AUTOPERCEPCIÓN DE LAS MUJERES EN REHABILITACIÓN: LA CASA DE MUJERES DE LA FUNDACIÓN QUINTA*

SANTA MARÍA [Grado, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO].
<https://www.academia.edu/79753596/Tesis>

Instituto Feldenkrais. (2022). *El Método Feldenkrais: Instituto Feldenkrais*.
<https://www.institutofeldenkrais.com/el-metodo-feldenkrais/>

Jiménez Tordoya, E. J. (2016). Guía metodológica para elaborar el diagnóstico fisioterapéutico según la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), de la discapacidad y de la salud. *Gaceta Médica Boliviana*, 39(1), 46-52.

Kernan, W. N., Viscoli, C. M., Furie, K. L., Young, L. H., Inzucchi, S. E., Gorman, M., Guarino, P. D., Lovejoy, A. M., Peduzzi, P. N., Conwit, R., Brass, L. M., Schwartz, G. G., Adams, H. P., Berger, L., Carolei, A., Clark, W., Coull, B., Ford, G. A., Kleindorfer, D., ... Winder, T. R. (2016). Pioglitazone after Ischemic Stroke or Transient Ischemic Attack. *New England Journal of Medicine*, 374(14), 1321-1331. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1506930>

KIBO. (s. f.). *Terapia o Fisioterapia Deportiva: ¿en qué consiste?* • Portal de salud. Recuperado 8 de mayo de 2023, de <https://tusdudasdesalud.com/salud-deportiva/fisioterapia-deportiva-2/>

Kim, C. M., & Eng, J. J. (2003). The Relationship of Lower-Extremity Muscle Torque to Locomotor Performance in People With Stroke. *Physical Therapy*, 83(1), 49-57. <https://doi.org/10.1093/ptj/83.1.49>

Ley, N. V., & Espinoza, E. (2021). Características de la evaluación educativa en el proceso de aprendizaje. *Universidad y Sociedad*, 13(6), Article 6. <https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/2400>

Ley 319 de 1996, 1 (1996).

López Gómez, D. (1992). Aprendizaje y rehabilitación. Aportaciones de la educación a la rehabilitación psiquiátrica. *Enseñanza & Teaching: Revista Interuniversitaria de Didáctica*, 10. <https://revistas.usal.es/tres/index.php/0212-5374/article/view/4189>

- López, L. L., & García, A. P. (2018). *DANZAMOVIMIENTOTERAPIA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN CLÍNICA EN PACIENTES CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO* [Tesis de Master, UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA -INSTITUTO UNIVERSITARIO GUTTMANN]. https://siidon.guttman.com/files/tfm_laura_lopez.pdf
- Lorite, I. (2011). EL MÉTODO FELDENKRAIS COMO SISTEMA DE EDUCACIÓN POSTURAL DEL MÚSICO. *Temas para la Educación*, 17. <https://www.feandalucia.ccoo.es/indcontei.aspx?d=6325&s=0&ind=280>
- Maldonado, J., Fernandez, F., & Ruíz, P. (1997). La Depresión en Pacientes con enfermedades neurológicas. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica ALCMEON*, 2(1), 136-143. https://www.alcmeon.com.ar/6/22/a22_03.htm
- Martín Noguerras, A., Calvo Arenillas, J. L., Orejuela Rodríguez, J., Barbero Iglesias, F. J., & Sánchez Sánchez, C. (1999). Fases de la marcha humana. *Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología*, 2(1), Article 1.
- Mateus-Aria, O. E., Camperos-Toro, A., Rangel-Silva, A., Mantilla-Tolozá, S., & Martínez-Torres, J. (2023). Programa de reaprendizaje motor en pacientes con secuelas de ACV: Una revisión sistemática. *Duazary*, 20(1), Article 1. <https://doi.org/10.21676/2389783X.5104>
- Mauss, M. (1979). *Sociología y Antropología*. Tecnos. <https://es.scribd.com/document/362542470/Marcel-Mauss-Las-Tecnicas-Corporales-1934>
- Microgate Corporation. (2012). *OptoGait—Fases de la marcha*. www.optogait.com. <http://www.optogait.com/Fases-de-la-marcha>
- Mosston, M., & Ashworth, S. (1993). *LA ENSEÑANZA DE LA EDUCACION FÍSICA: LA REFORMA DE LOS ESTILOS DE ENSEÑANZA*. Editorial Hispano Europea, S.A. <https://marticobos.files.wordpress.com/2009/10/libro-muska-mosston-completo.pdf>

- Mota, V. (2021, marzo 8). Accidente cerebrovascular: Fases y rehabilitación física. *Valentina Mota*. <https://valentinamota.com/accidente-cerebrovascular-fases-y-rehabilitacion-fisica/>
- Mukherjee, D., & Patil, C. G. (2011). Epidemiology and the global burden of stroke. *World Neurosurgery*, 76(6 Suppl), S85-90. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2011.07.023>
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2023, marzo 8). *Stroke* [..Gov]. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. <https://www.ninds.nih.gov/health-information/disorders/stroke>
- Oatis, C. A. (2009). *Kinesiology: The mechanics and pathomechanics of human movement* (2nd ed). Lippincott Williams & Wilkins.
- OMS. (2005). *WHO STEPS stroke manual: The WHO STEPwise approach to stroke surveillance / Noncommunicable Diseases and Mental Health*, World Health Organization. 8. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43420>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. *EMC - Kinesiterapia - Medicina Física*, 39(1), 1-6. [https://doi.org/10.1016/S1293-2965\(18\)88602-9](https://doi.org/10.1016/S1293-2965(18)88602-9)
- Organización Mundial de la Salud (OMS), & Vásquez Baquero, L. (1999). *CIDDM-2: Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacida: Vol. Borrador Beta-2*. http://www.insor.gov.co/home/wp-content/uploads/filebase/ciddm_deficiencia_minusvalias.pdf
- Orozco-Calderón, G., & Gil-Alvarado, K. R. (2018). Beneficios cognitivos cerebrales de la práctica de la danza. *Ciencia & Futuro*, 8(3), Article 3. http://revista.ismm.edu.cu/index.php/revista_estudiantil/article/view/1639
- Osorio, J. H., & Valencia, M. H. (2013). Bases para el entendimiento del proceso de la marcha humana. *Archivos de Medicina*, 13(1), 88-96. <https://www.redalyc.org/pdf/2738/273828094009.pdf>

- Parada, M. I., Tondreau, C., Victoria, M., Varela, M. J., Varela, C., Fuentes, F., Parada, M., & Paz, A. (2020). *Accidente Cerebrovascular: Una alarma que hay que detener a tiempo*.
- Pareja Lazarte_TI.pdf*. (s. f.). Recuperado 9 de mayo de 2023, de https://repositorio.utec.edu.pe/bitstream/20.500.12815/143/4/Pareja%20Lazarte_TI.pdf
- Pérez, C., Taroco, R., Fernández, A., Vales, V., Leizagoyen, F., & Devoto, N. (2009). Ataque cerebrovascular (ACV) isquémico. *Arch Med Interna*, XXXI, Supl 1:S34-S45. <https://biblat.unam.mx/hevila/Archivosdemedicinainterna/2009/vol31/supl1/3.pdf>
- ¿Qué es la fisioterapia?* (s. f.). World Physiotherapy. Recuperado 7 de mayo de 2023, de <https://world.physio/es/resources/what-is-physiotherapy>
- Ramírez, J. R. D., Mendoza, A. I. A., Santamaría, T. J. B., Urrego, V. G., Restrepo, J. P. R., & García, M. C. Z. (2012). *DESCRIPCIÓN DE LOS PARAMETROS DE REFERENCIA DE LA MARCHA EN ADULTOS DE LA POBLACION ANTIOQUEÑA ENTRE 20 Y 54 AÑOS DE [GRADO EN FISIOTERAPIA, UNIVERSIDAD CES FACULTAD DE FISIOTERAPIA]*. https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/2481/Descripci%F3n_parametros_referencia.pdf;jsessionid=6C9AEDA541C318D3315464F1061040E8?sequence=2
- Rywerant, Y. (1983). *El método Feldenkrais: El aprendizaje de la técnica*. Paidós Ibérica, S.A. https://www.academia.edu/27915902/Rywerant_Yochanan_El_m%C3%A9todo_Feldenkrais
- Sánchez-Silverio, V., Abuín-Porras, V., Rodríguez-Costa, I., Sánchez-Silverio, V., Abuín-Porras, V., & Rodríguez-Costa, I. (2020). Principios del aprendizaje motor: Una revisión sobre sus aplicaciones en la rehabilitación del accidente cerebrovascular. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 29(3), 84-91. <https://doi.org/10.46997/revecuatneurol29300084>
- Sarmiento, M. (2004). La enseñanza de las matemáticas y las Ntic. Una estrategia de formación permanente. [Ph.D. Thesis, Universitat Rovira i Virgili]. En *TDX (Tesis Doctorals en Xarxa)*. <https://www.tdx.cat/handle/10803/8927>

Serrano, M. S. (1990). *El proceso de enseñanza aprendizaje* (1a ed). CE, Universidad de los Andes, Consejo de Estudios de Postgrado, Consejo Editorial.

Sentencia T-626-09, (2009).

Sociedad Española de Neurología, S. (2016, febrero 12). *Notas y Comunicados de Prensa*. www.sen.es/. <https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link388.pdf>

Tarazona, S. (2020). *LA DANZATERAPIA COMO RECURSO PEDAGÓGICO PARA LA INCLUSIÓN EDUCATIVA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD* [Grado, FUNDACIÓN UNIVERSITARIA CATÓLICA LUMEN GENTIUM]. https://repository.unicatolica.edu.co/bitstream/handle/20.500.12237/2103/_DANZATERAPIA_COMO_RECURSO_PEDAG%C3%93GICO_PARA_INCLUSI%C3%93N_EDUCATIVA_PERSONAS_DISCAPACIDAD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Vera Luna, P. (1994). El instituto de biomecánica de valencia (IBV). Áreas de actividad relacionadas con la tecnología de la rehabilitación. *Revista de biomecánica*, 6 (Noviembre), 4-7. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5132002>

Villalón, J. M. (2015, diciembre 11). *Medicina deportiva: Qué es, síntomas y tratamiento*. Top Doctors. <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/medicina-deportiva>

World Physiotherapy. (2019). *Descripción de la Fisioterapia Declaración de política*. www.world.physio. https://world.physio/sites/default/files/2021-05/PS-2019-Description-of-PT-Spanish_0.pdf

Zarco, L. A., González, F., & Casas, J. C. (2008). *Tratamiento actual del ataque cerebrovascular isquémico (ACV) agudo*. 33.

Anexo A.

Disponible en el siguiente vínculo: <https://drive.google.com/file/d/1UJK8ETODJrbnPhS9QdIK3438FFJAZAW7/view?usp=sharing>

Anexo 1. Matriz de consistencia y Armonización

| Instrumento | Objetivo | Principios/Variables/Indicadores | Objetivo gen | Componentes del proceso | Componentes Específicos/Estados/Riesgos | Componentes de Fines/Indicadores/Resultados |
|-------------|--|--|--|---|---|---|---|---|---|---|
| IC: Inicial | Objetivo 1: Desarrollar habilidades motoras básicas para la danza. | 1. Seguridad y bienestar del participante. | Objetivo 1: Desarrollar habilidades motoras básicas para la danza. | 1.1. Posturas básicas de danza. | 1.1.1. Posturas básicas de danza. |
| IC: Inicial | Objetivo 2: Mejorar el equilibrio y la coordinación. | 2. Seguridad y bienestar del participante. | Objetivo 2: Mejorar el equilibrio y la coordinación. | 2.1. Ejercicios de equilibrio. | 2.1.1. Ejercicios de equilibrio. |
| IC: Inicial | Objetivo 3: Desarrollar la flexibilidad y la fuerza. | 3. Seguridad y bienestar del participante. | Objetivo 3: Desarrollar la flexibilidad y la fuerza. | 3.1. Ejercicios de flexibilidad y fuerza. | 3.1.1. Ejercicios de flexibilidad y fuerza. |
| IC: Inicial | Objetivo 4: Mejorar la conciencia corporal y la expresión. | 4. Seguridad y bienestar del participante. | Objetivo 4: Mejorar la conciencia corporal y la expresión. | 4.1. Ejercicios de conciencia corporal. | 4.1.1. Ejercicios de conciencia corporal. |

Anexo B.

Disponible en el siguiente vínculo: <https://drive.google.com/file/d/1wVDBAAzvaq8yCZMRXmSkODcCDsQuDrI/view?usp=sharing>

Anexo 2. Matriz de integración de contenidos

Objetivos Plan de Intervención	Contenidos EF/ RD	APS /UR Ejercicios	FDK Ejercicios / otros	FDK Ejercicios / Kaufman	DMT Ejercicios	AXI Ejercicios / Chance	
1. Mejorar la planificación y la ejecución de tareas de espacio y el movimiento.	Área: Conciencia del cuerpo / Bloque 3. Medio físico: Elementos, relaciones y medidas.	0. Conducta de entrada	0. Preparación	Clase del método Feldenkrais 1: Muebles y longas	0. Plancha lateral	0. Preparación	0. Primer primer de suelo
2. Mayor expresión funcional y en las actividades del patrón de marcha.	1. Los objetos y sus propiedades en el suelo, en función y sus propiedades: forma, peso, color, tamaño, etc.	1. Oído	1. Resolución	Ejercicios de la serie: Conexión cuello, hombros y codo	1. Rotación de la cadera y extensión de la pierna.	1. Pausa	1. Primer paso de la interacción
3. Mejorar el bienestar, el estado de ánimo	2. Percepción de atraves y cualidades de objetos y materiales. Interacción con los objetos y materiales: peso, color, tamaño, etc.	2. Oído	2. Focuta	Lectura la respiración	2. Alargamiento y equilibrio de la pierna.	2. Apoyos	2. Segundo paso: base de primer primer de suelo
4. Mejorar la conciencia corporal y la expresión.	3. Situación del cuerpo y de los objetos en el espacio. Posiciones: rotación, inclinación de desplazamiento o rotación.	3. Oído	3. Focuta	Los Maestros de la postura (habilitado)	3. Apoyos	3. Segundo paso: base de primer primer de suelo	
5. Mejorar la conciencia corporal y la expresión.	4. Observación de algunas características, comportamientos, funciones y cambios en los seres vivos. Aparecen los ejes: vertical, horizontal y lateral.	4. Oído	4. Focuta	Clase del método Feldenkrais 2: La línea de la columna	4. Apoyos	4. Segundo paso: base de primer primer de suelo	
6. Mejorar la conciencia corporal y la expresión.	5. Difusión y realización de actividades en contacto con la naturaleza.	5. Oído	5. Focuta	Clase del método Feldenkrais 3: El cuerpo y la conciencia	5. Apoyos	5. Segundo paso: base de primer primer de suelo	
7. Mejorar la conciencia corporal y la expresión.	6. Difusión y realización de actividades en contacto con la naturaleza.	6. Oído	6. Focuta	Clase del método Feldenkrais 4: Conexión de los brazos y la cabeza	6. Apoyos	6. Segundo paso: base de primer primer de suelo	
8. Mejorar la conciencia corporal y la expresión.	7. Difusión y realización de actividades en contacto con la naturaleza.	7. Oído	7. Focuta	Clase del método Feldenkrais 5: Conexión de los brazos y la cabeza	7. Apoyos	7. Segundo paso: base de primer primer de suelo	
9. Mejorar la conciencia corporal y la expresión.	8. Difusión y realización de actividades en contacto con la naturaleza.	8. Oído	8. Focuta	Clase del método Feldenkrais 6: Conexión de los brazos y la cabeza	8. Apoyos	8. Segundo paso: base de primer primer de suelo	
10. Mejorar la conciencia corporal y la expresión.	9. Difusión y realización de actividades en contacto con la naturaleza.	9. Oído	9. Focuta	Clase del método Feldenkrais 7: Conexión de los brazos y la cabeza	9. Apoyos	9. Segundo paso: base de primer primer de suelo	
11. Mejorar la conciencia corporal y la expresión.	10. Difusión y realización de actividades en contacto con la naturaleza.	10. Oído	10. Focuta	Clase del método Feldenkrais 8: Conexión de los brazos y la cabeza	10. Apoyos	10. Segundo paso: base de primer primer de suelo	
12. Mejorar la conciencia corporal y la expresión.	11. Difusión y realización de actividades en contacto con la naturaleza.	11. Oído	11. Focuta	Clase del método Feldenkrais 9: Conexión de los brazos y la cabeza	11. Apoyos	11. Segundo paso: base de primer primer de suelo	
13. Mejorar la conciencia corporal y la expresión.	12. Difusión y realización de actividades en contacto con la naturaleza.	12. Oído	12. Focuta	Clase del método Feldenkrais 10: Conexión de los brazos y la cabeza	12. Apoyos	12. Segundo paso: base de primer primer de suelo	
14. Mejorar la conciencia corporal y la expresión.	13. Difusión y realización de actividades en contacto con la naturaleza.	13. Oído	13. Focuta	Clase del método Feldenkrais 11: Conexión de los brazos y la cabeza	13. Apoyos	13. Segundo paso: base de primer primer de suelo	
15. Mejorar la conciencia corporal y la expresión.	14. Difusión y realización de actividades en contacto con la naturaleza.	14. Oído	14. Focuta	Clase del método Feldenkrais 12: Conexión de los brazos y la cabeza	14. Apoyos	14. Segundo paso: base de primer primer de suelo	

Anexo C.

Anexo 3. CIF: Perfil de Funcionamiento

Perfil de Funcionamiento

FUNCIONES CORPORALES		Deficiencia				
		0	1	2	3	4
b114	Funciones de la orientación					
b117	Funciones intelectuales					
b126	Funciones del temperamento y la personalidad					
b1269	Estroverción					
b1261	Anxiosidad					
b1262	Responsabilidad					
b1263	Estabilidad psíquica					
b1269	Optimismo					
b1266	Confianza					
b130	Funciones relacionadas con la energía y los impulsos (G)					
b1309	Nivel de energía					
b1301	Motivación					
b1302	Apetito					
b1304	Control de los impulsos					
b134	Funciones del sueño					
b1340	Cantidad del sueño					
b1341	Contenido del sueño					
b1342	Mantenimiento del sueño					
b1343	Calidad del sueño					
b1344	Funciones del ciclo del sueño					
b140	Funciones de la atención					
b144	Funciones de la memoria					
b147	Funciones psicomotoras					
b152	Funciones emocionales (G)					
b1529	Adecuación de la emoción					
b1521	Regulación de la emoción					
b1522	Rango de la emoción					
b156	Funciones de la percepción					
b160	Funciones del pensamiento					
b1600	Flujo del pensamiento					
b1601	Forma del pensamiento					
b1602	Contenido del pensamiento					
b1603	Control del pensamiento					
b164	Funciones cognitivas superiores					
b1641	Organización y planificación					
b1642	Manejo del tiempo					
b1644	Introspección insight					
b1645	juicio					
b172	Funciones relacionadas con el ciclo					
b176	Funciones mentales relacionadas con el encadenamiento de movimientos complejos					
b180	Experiencias relacionadas con uno mismo y con el tiempo					
b1809	Experiencias de uno mismo					
b1801	Imagen corporal					
b215	Funciones de las estructuras adyacentes al ojo					
b280	Función proprioceptiva					
b285	Funciones táctiles					

18

b270	Funciones relacionadas con la temperatura y otros estímulos					
b310	Funciones de la voz					
b330	Funciones relacionadas con la fluidez y el ritmo del habla					
b410	Funciones del corazón					
b415	Funciones de los vasos sanguíneos					
b420	Funciones de la presión arterial					
b435	Funciones relacionadas con la tolerancia al ejercicio					
b460	Sensaciones asociadas con las funciones cardiovasculares y respiratorias					
b510	Funciones relacionadas con la ingestión					
b525	Funciones relacionadas con la defecación					
b530	Funciones relacionadas con el mantenimiento del peso					
b535	Sensaciones asociadas con el sistema digestivo					
b620	Funciones urinarias					
b640	Funciones sexuales					
b710	Funciones relacionadas con la movilidad de las articulaciones					
b715	Funciones relacionadas con la estabilidad de las articulaciones					
b730	Funciones relacionadas con la fuerza muscular					
b735	Funciones relacionadas con el tono muscular					
b740	Funciones relacionadas con la resistencia muscular					
b750	Funciones relacionadas con los reflejos motores					
b755	Funciones relacionadas con los reflejos de movimiento involuntario					
b770	Funciones relacionadas con el patrón de la marcha					

ESTRUCTURAS CORPORALES		Deficiencia				
		0	1	2	3	4
e110	Estructura del cuello					
e410	Estructura del sistema cardiovascular					
e720	Estructura de la región del hombro					
e730	Estructura de la extremidad superior					
e750	Estructura de la extremidad inferior					

ACTIVIDADES Y PARTICIPACION		Dificultad				
		0	1	2	3	4
a110	Mirar					
a115	Escuchar					
a155	Adquisición de habilidades					
a160	Controlar la atención					
a163	Pensar					
a166	Leer					
a170	Escribir					
a172	Calcular					
a175	Resolver problemas					

29

a177	Tomar decisiones					
a210	Llevar a cabo una única tarea					
a220	Llevar a cabo múltiples tareas					
a230	Llevar a cabo rutinas diarias (G)					
a2301	Dirigir la rutina diaria					
a2302	Completar la rutina diaria					
a2303	Dirigir el propio nivel de actividad					
a240	Manejo del estrés y otras demandas psicológicas					
a310	Comunicación-recepción de mensajes hablados					
a315	Comunicación-recepción de mensajes no verbales					
a325	Comunicación-recepción de mensajes escritos					
a330	Hablar					
a335	Producción de mensajes no verbales					
a345	Mensajes escritos					
a350	Conversación					
a355	Discusión					
a360	Utilización de dispositivos y técnicas de comunicación					
a410	Cambiar las posturas corporales básicas					
a415	Mantener la posición del cuerpo					
a420	Transferir el propio cuerpo					
a430	Levantar y llevar objetos					
a440	Uso fino de la mano					
a445	Uso de la mano y el brazo					
a450	Andar (G)					
a455	Desplazarse por el entorno (G)					

39

a460	Desplazarse por distintos lugares					
a465	Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento					
a470	Utilización de medios de transporte					
a475	Conducción					
a510	Levantar					
a520	Cuidado de partes del cuerpo					
a530	Higiene personal relacionada con los procesos de excreción					
a540	Vestirse					
a550	Comer					
a560	Beber					
a570	Cuidado de la propia salud					
a620	Adquisición de bienes y servicios					
a630	Preparar comidas					
a640	Realizar los quehaceres de la casa					
a650	Cuidado de los objetos del hogar					
a660	Ayudar a los demás					
a710	Interacciones interpersonales básicas					
a720	Interacciones interpersonales complejas					
a730	Relacionarse con extraños					
a750	Relaciones sociales informales					
a760	Relaciones familiares					
a770	Relaciones íntimas					
a830	Educación superior					
a845	Conseguir, mantener y finalizar un trabajo					
a850	Trabajo remunerado (G)					

46

Anexo E.

Anexo 5. Instrumento de Análisis Cualitativo y Cuantitativo de la Marcha (Daza, 2007)

Examen de la marcha 273

Tabla 11-17
Propuesta de un instrumento de análisis cualitativo y cuantitativo de la marcha con este método de observación

EVALUACIÓN CLÍNICA DEL MOVIMIENTO CORPORAL HUMANOS
INSTRUMENTO DE ANÁLISIS CUALITATIVO Y CUANTITATIVO DE LA MARCHA

Nombre: _____ Edad: _____ Teléfono: _____ Sexo: _____
 Ocupación: _____ Condición de salud del usuario: _____
 Avulsión de marcha (Bastones, muletas, cambiador, etc.): _____ Bilateral: _____
 Tipo de marcha utilizada con los asistentes: _____
 Prolé: _____ Ortesis: _____
 Tipo de calzado (dilatamiento) o parafija: _____
 Tiempo y horas anatómicas o los que frecuentemente se enfoca en su consulta:
 Principales deficiencias estructurales, funcionales y posturales, identificadas durante el proceso de evaluación del movimiento corporal humano:
 Dolor (características: ubicación, extensión, tipo, magnitud, valor en la escala analógica, etc.):
 Limitaciones en la actividad y restricciones en la participación identificadas hasta ahora:

Primer explorador: Crono: 1. / / 2. / / 3. / /	RECIA	Primer explorador: Crono: 1. / / 2. / / 3. / /	FISIOTERAPEUTA
--	-------	--	----------------

FASE 1 ANÁLISIS CUALITATIVO

1. Fase de la Marcha

Descripción de las características de cada fase	Extremidad inferior derecha	Extremidad inferior izquierda
Contacto inicial		
Respuesta a la carga		
Soporte medio		
Soporte terminal		
Prebalanceo		

280 Evaluación clínico-funcional del movimiento corporal humano

Balaceo inicial		
Balaceo medio		
Balaceo terminal		

Nota: registre los aspectos más significativos de cada fase, como deficiencias en las características normales de la fase en estudio. Por ejemplo, si este asiente, aumentado, invertido, asimétrico, según corresponda. Los rangos de movilidad articular, la actitud corporal, la velocidad, la duración, la coordinación de movimientos, etc.

2. Temas funcionales

Descripción de cada tarea	Extremidad inferior derecha	Extremidad inferior izquierda
Aceptación del peso		
Soporte en una sola extremidad		
Avance de la extremidad		

Nota: registre la correspondencia de cada tema funcional con las fases de la marcha. Así mismo, si la tarea cumple con su función mecánica. Describa las deficiencias y los errores adicionales presentes en cada tema funcional.

3. Mecanismos de control del desplazamiento del centro de gravedad corporal

	Control vertical
Rotación pélvica	
Descentro pélvico	
Flexión de rodilla	

	Control lateral
Control lateral	
Movimientos de rodilla, tobillo y pie	
Aplazamiento de la línea plantar	

Nota: describa cómo se presentan cada uno de los mecanismos, su efectividad, las deficiencias y los efectos corporales que derivan. Recuerde que estos mecanismos de control se relacionan directamente con el consumo energético de la marcha.

Examen de la marcha 281

4. Mecanismos de medida

Descripción de cada mecanismo	Extremidad inferior derecha	Extremidad inferior izquierda
Mecanismo del talón		
Mecanismo del tobillo		
Mecanismo del antepié		

Nota: registre la presencia, la efectividad y las deficiencias existentes en cada mecanismo de medida.

5. Posición, alineación y movilidad de la cabeza, el cuello, el tronco y la pelvis.

Nota: describa la posición que adopta la cabeza, el cuello, el tronco y la pelvis del usuario durante la marcha. Así mismo, los movimientos que se generan en los diferentes planos del espacio durante las fases de la marcha.

6. Posición y movilidad de las extremidades superiores.

Nota: registre la posición de las extremidades superiores, la relación entre los movimientos de la cintura escapular y la cintura pélvica, el balanceo de las extremidades superiores, la relación con los movimientos de las extremidades inferiores y cualquier deficiencia o asimetría que evidencie.

FASE 2 ANÁLISIS CUANTITATIVO

1. Parámetros espaciales

Extremidad inferior derecha	Extremidad inferior izquierda
Zanca	Zanca
Longitud de paso	Longitud de paso
Ángulo de paso	Ángulo de paso
Ancho de paso	

2. Parámetros temporales

Extremidad inferior derecha	Extremidad inferior izquierda
Ciclo de la marcha	Ciclo de la marcha
Período de paso	Período de paso
Período de soporte	Período de soporte
Período de balanceo	Período de balanceo
Porcentaje del período de soporte*	Porcentaje del período de soporte*
Porcentaje del período de balanceo**	Porcentaje del período de balanceo**
Cadencia	
Velocidad de la marcha	

* Conociendo los valores del ciclo de la marcha, el período de soporte y el de balanceo es fácil determinar sus porcentajes por medio de una regla de tres simple.

282 Evaluación clínico-funcional del movimiento corporal humano

FASE 3 CONCLUSIONES

Tipo de marcha:

Principales características y causas limitadas de la limitación en la marcha:

Necesidades y recomendaciones:

Observaciones (registre la información que considere no se ha contemplado hasta ahora):

En la vista lateral, se marcan la cabeza y la apófisis estiloides del radio para la ubicación y posterior marcación de la cabeza real; el explorador ubica en la cara externa del brazo el epicóndilo del húmero con el codo del usuario ligeramente flexionado y desliza su dedo hacia abajo (1 cm), luego, marca los puntos de la articulación acromioclavicular, la cabeza y la apófisis radial. A continuación, el explorador ubica y marca el borde superior del trocánter mayor, el centro lateral de la rodilla, dos centímetros por debajo del maldito peroneo, la cabeza del quinto metatarsiano y, luego, uno entre puntos (Figura 11-13). Esta demarcación bilateral facilita el análisis y la comparación de los movimientos de las extremidades superiores e inferiores.

En la vista posterior, el explorador ubica y marca las apófisis espinales de C7 y L5, las espinales ilíacas posteriores superiores (los dos huecos que se evidencian por encima de la región glútea), los acromios y, luego, uno los puntos horizontales superiores e inferiores y los dos puntos verticales (Figura 11-14). Una vez el usuario haya sido marcado con los puntos y las líneas de referencia, es conveniente fijar la cuerda a la pared de extremo a extremo para que ocupe el curso del camino descrito por el cartón, a la altura del punto más alto de la cabeza del usuario (véase), para ello, se recomienda ubicar a la persona en varias acciones de la vida de examen con el ánimo de comprobar que la altura de la cuerda corresponde con la estatura real de la persona (Figura 11-15).

Es conveniente que cuando todo está listo para poder iniciar la prueba, el fisioterapeuta indique a la persona que camine libremente sobre la tira de cartón con el ánimo de familiarizarse con el camino del examen y para que el usuario no modifique su marcha habitual durante el registro. En los casos en que el usuario requiere de un análisis de marcha, de una ayuda ortopédica o de una prótesis, es conveniente brindar las garantías necesarias para el desarrollo de la prueba. Pasados unos minutos, el usuario ya ha adoptado su marcha a los parámetros establecidos y el examen puede comenzar. Es necesario que el explorador tenga en cuenta algunos factores que influyen considerablemente en la marcha de una persona, como son: la edad, el género, la talla, el peso, el ambiente y la condición mecánica y fisiológica, entre otros.

La prueba suele dividirse en tres fases (tabla 11-17). La primera corresponde a la de orden cualitativo en la cual las princi-

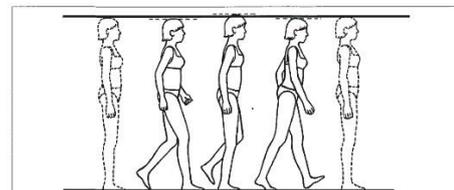


Figura 11-13 La ubicación de la cuerda a la altura de la cabeza del usuario y paralelo a la ruta del examen descrita por el cartón, facilita la exploración del desplazamiento vertical del cuerpo que se presentará sobre la línea de la prueba. Observe que se marca la marcha normal cuando la persona se encuentra en el soporte, la cabeza se ubica típicamente por debajo de la cuerda y durante el apoyo corporal, sobrepasa levemente la cuerda. La persona está en los extremos representados que cuando el usuario se mueva la línea debe permanecer a la altura del vértice.

Anexo F.

Anexo 6. Diagnóstico Fisioterapia

HUMANA-VITAL S.A.S NIT 900217648-1

Lugar y fecha de emisión: **HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 52.660.230**
 FUNZA, jueves, 08 de junio de 2023 07:15:40

DATOS PERSONALES	
Identificación:	ADRIANA RODRIGUEZ ROZO
Nombres y apellidos:	CC 52.660.230 Edad: 48 años, 7 meses y 25 días
Nacimiento:	BOGOTÁ (CUNDINAMARCA) viernes, 14 de marzo de 1975
Residencia:	FUNZA, Dirección: CALLE 15 N° 10 - 30 Teléfono: 322 9827209
Ocupación:	DOCENTE ARTES ESCOLARES / escolaridad: 10 años DE GRADUACIÓN
Responsable:	JAVIER LUYO Parentesco: ESPOSO Teléfono: 3123381340
Acompañante:	Parentesco: Teléfono:
Etadad:	HUMANA EPS EPS007 EPS FAMILIAR LTDA CAVAM COLEGISBIO Tipo afiliación: PARTICULAR Género: Femenina
Estado civil:	CASADO (G.S. y R.H.) Religión: [] Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)

HOJA CONSULTA: jueves, 1 de junio de 2023 6:53:37 p. m. **EDAD:** 48 años, 7 meses y 24 días

ANTICEDENTES
FAMILIARES: No refiere
HISTORIA ALERGIAS: No refiere
QUIRÚRGICOS: No refiere
TRAUMÁTICOS: No refiere
TÓXICO-ALERGICOS: No refiere
FARMACOLÓGICOS: No refiere
INDICACIONES: secuela central, infarce central

MOTIVO DE CONSULTA: paciente femenina quien ingresó al servicio de fisioterapia por sus propios medios con diagnóstico médico de hemiplegia derecha con 8 años de evolución

DIAGNÓSTICO MÉDICO: hemiplegia derecha

OBSERVACION GENERAL: paciente femenina con antecedentes de hemiplegia derecha, realiza marcha independiente con uso de andador, arcos de movilidad articular disminuidos en hombro y pie derecho, pie caído, hipotrofia, refiere presentar ataques de pánico en ocasiones

ESTADO DE CONCIENCIA: Alerta

ODOR: Manifiesta 0

Localización: homiparap derecho Intensidad: 7/10 según 8AV frecuencia: a la palpación

ESFERA MENTAL SUPERIOR
ORIENTACION PERSONAL: CONSERVADA **TIEMPO:** CONSERVADA **ESPACIO:** CONSERVADA
MODOS VISUAL: CONSERVADA **TACTIL:** ALTÉRADA **AUDITIVA:** CONSERVADA **GUSTATIVA:** CONSERVADA **OLFACTIVA:** CONSERVADA
PROCESO ELECTIVO: CONSERVADA **MEMORIA:** ALTERADA **CONSTRUCCIÓN:** CONSERVADA **ORIENTACIÓN:** CONSERVADA
Comunicación: Lateralidad:
SISTEMA SENSORIO
SENSIBILIDAD SUPERFICIAL: Tacto: CONSERVADA Dolor: CONSERVADA Temperatura: ALTÉRADA
SENSIBILIDAD PROFUNDA: Presión: CONSERVADA Vibración: CONSERVADA Propiocepción: CONSERVADA
SENSIBILIDAD CORTICAL: Somatosens: CONSERVADA Esquemas: CONSERVADA Topografía: CONSERVADA Grafotestiva: CONSERVADA Discriminación 2 puntos: CONSERVADA
SISTEMA MOTOR
 Tono: No presenta variación Observación: No presenta variación Palpación: No presenta variación Movimiento: No presenta variación
CONTRACTURAS: cadena posterior de miembro inferior derecho DEFORMIDADES: Ninguna
VALORACION FUNCIONAL: No evaluado
ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA (COMBOS DECUBITO)
 Supino a prone: ADOPTA/MANTIENE Prone a supino: ADOPTA/MANTIENE Síndrome a cuadrípode: ADOPTA/MANTIENE CON AYUDA Cuadrípode a supino: ADOPTA/MANTIENE CON AYUDA Rodillas a bipedo: ADOPTA/MANTIENE CON AYUDA
ACTIVIDAD MOTORA INVOLUNTARIA
MOVIMIENTOS ANDRÁGICOS: Tronco: NO Correo: NO Tiro: NO Roll-over: NO Arco: NO Intersección: NO Atención: NO
TRÁNSITOS: independiente: 0 Andar/ejecutar: NO Marcha: 0
COORDINACIÓN: fina (visomanual): REGULAR gruesa (visoperidica): REGULAR
EQUILIBRIO DINÁMICO: REGULAR
EQUILIBRIO ESTÁTICO ANTERIOPOSTERIOR: Sedente: REGULAR Cuadrípode: REGULAR Rodillas: REGULAR Bipedo: REGULAR
EQUILIBRIO ESTÁTICO LATERAL: Sedente: REGULAR Cuadrípode: REGULAR Rodillas: REGULAR Bipedo: REGULAR
TRONISMO: No evaluado

HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 52.660.230/ADRIANA RODRIGUEZ ROZO (2 Páginas), con 1 consulta(s) 1

HUMANA-VITAL S.A.S NIT 900217648-1

MARCHA
 Apoyo de talón: Realiza Apoyo medio: Realiza Despegue de dedos: No realiza Cadenas: Realiza Distribución de centrar: No realiza Habanco de brazos: No refiere
SISTEMAS COMPLEMENTARIOS: PIEL
PROPIEDADES TRONCAS
 Coloración: CONSERVADA Substrato: CONSERVADA Temperatura: CONSERVADA
PROPIEDADES MECANICAS
 Elasticidad: CONSERVADA Amovilidad: CONSERVADA
 Clastre: No Escasa: No Sistema urinario: Normal Sistema digestivo: Normal
 Diagnóstico Basitemperatura: nivel neuromuscular patión 0
 Presión de la temperatura: promedio reservado
DIAGNÓSTICOS
 Principal: CR1 1 HEMIPLEJIA ESPÁSTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO

FISIOLOGÍA TERAPÉUTICA
 Hora de ingreso: 9 hora de salida: 10 No. de sesión: 2
CONDICIÓN: valoración inicial
TRABAJO REALIZADO: se realiza valoración inicial
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (por casos): se realiza valoración por parte de fisioterapia a paciente femenina quien ingresó al servicio por sus propios medios
SE RECOMIENDA REALIZAR 30 SESIONES CON EL OBJETIVO DE MEJORAR COORDINACIÓN, DISMINUIR ESPASTICIDAD, AUMENTAR ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR, ENTRENAR LA MARCHA
 El paciente ingresa y está en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad. SI
 Dr. (a) JULIETH CAROLINA MARTINEZ RIVERO CC No. 1.047.427.290 - FISIOTERAPIA - R.M. 25388

HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 52.660.230/ADRIANA RODRIGUEZ ROZO (2 Páginas), con 1 consulta(s) 2

Anexo G.

Disponible Rubrica A y B en: <https://docs.google.com/spreadsheets/d/1xIRSn1xaqJsXvUNqChnOHauM7ypsqRK9/edit?usp=sharing&ouid=113180441550762905632&rtf=true&sd=true>

Tabla 11. Rúbrica de evaluación

Sesión 1. Autoaceptación							
Momento	Ejercicio	Objetivo	Criterio de Evaluación	Nivel 1 (Insuficiente)	Nivel 2 (Satisfactorio)	Nivel 3 (Bueno)	Nivel 4 (Excelente)
Saludo	Rito de preparación	Generar hábitos, brindar confianza y seguridad	Observar la participación activa y el seguimiento	La participación es mínima o nula	La participación es regular	La participación es constante	La participación es destacada
APS	Charla	Evaluar las condiciones del danzante	Identificar la capacidad de expresión y comunicación	La expresión y comunicación son limitadas	La expresión y comunicación son adecuadas	La expresión y comunicación son efectivas	La expresión y comunicación son sobresalientes
FDK	Escucha y movimiento	Recuperar vitalidad y movilidad de la columna	Evaluar la mejora en la propiocepción y conciencia	La mejora es insatisfactoria	La mejora es aceptable	La mejora es notable	La mejora es excepcional
DMT	Calentamiento	Mejorar aspectos funcionales y estructurales del patrón	Observar el nivel de mejora en el bienestar y estado	El nivel de mejora es insatisfactorio	El nivel de mejora es aceptable	El nivel de mejora es competente	El nivel de mejora es destacado
ALX	Desarrollo perceptivo	Mejorar la propiocepción y conciencia corporal	Evaluar el desarrollo de la propiocepción y conciencia	El desarrollo es mínimo o nulo	El desarrollo es regular	El desarrollo es adecuado	El desarrollo es sobresaliente
DMT / APS	Representación simbólica	Improvisación basada en los temas vistos	Evaluar la expresión y comunicación a través de la improvisación	La expresión es limitada	La expresión es adecuada	La expresión es efectiva	La expresión es sobresaliente
Despedida	Despedida afectiva	Despedida	Observar el grado de afectividad en la despedida	El grado de afectividad es mínimo o nulo	El grado de afectividad es regular	El grado de afectividad es adecuado	El grado de afectividad es destacado

Sesión 2: Exploración del movimiento

Momento	Ejercicio	Objetivo	Criterio de Evaluación	Nivel 1 (Insuficiente)	Nivel 2 (Satisfactorio)	Nivel 3 (Bueno)	Nivel 4 (Excelente)
Saludo	Rito de preparación	Generar hábitos, brindar confianza y seguridad	Observar la participación activa y el seguimiento	La participación es mínima o nula	La participación es regular	La participación es constante	La participación es destacada
APS	Charla	Evaluar las condiciones del danzante	Identificar la capacidad de expresión y comunicación	La expresión y comunicación son limitadas	La expresión y comunicación son adecuadas	La expresión y comunicación son efectivas	La expresión y comunicación son sobresalientes
FDK	Escucha y movimiento	Mejorar la propiocepción y conciencia corporal	Evaluar la mejora en la propiocepción y conciencia	La mejora es insatisfactoria	La mejora es aceptable	La mejora es notable	La mejora es excepcional
DMT	Calentamiento	Mejorar el equilibrio y la coordinación	Observar el nivel de mejora en el equilibrio y coordinación	El nivel de mejora es insatisfactorio	El nivel de mejora es aceptable	El nivel de mejora es competente	El nivel de mejora es destacado
ALX	Desarrollo perceptivo	Mejorar la conciencia corporal y espacial	Evaluar el desarrollo de la conciencia corporal y espacial	El desarrollo es mínimo o nulo	El desarrollo es regular	El desarrollo es adecuado	El desarrollo es sobresaliente
DMT / APS	Representación simbólica	Improvisación basada en los temas vistos	Evaluar la expresión y comunicación a través de la improvisación	La expresión es limitada	La expresión es adecuada	La expresión es efectiva	La expresión es sobresaliente
Despedida	Despedida afectiva	Despedida	Observar el grado de afectividad en la despedida	El grado de afectividad es mínimo o nulo	El grado de afectividad es regular	El grado de afectividad es adecuado	El grado de afectividad es destacado

Sesión 3: Descubrimiento del ritmo

Momento	Ejercicio	Objetivo	Criterio de Evaluación	Nivel 1 (Insuficiente)	Nivel 2 (Satisfactorio)	Nivel 3 (Bueno)	Nivel 4 (Excelente)
Saludo	Rito de preparación	Generar hábitos, brindar confianza y seguridad	Observar la participación activa y el seguimiento	La participación es mínima o nula	La participación es regular	La participación es constante	La participación es destacada
APS	Charla	Evaluar las condiciones del danzante	Identificar la capacidad de expresión y comunicación	La expresión y comunicación son limitadas	La expresión y comunicación son adecuadas	La expresión y comunicación son efectivas	La expresión y comunicación son sobresalientes
FDK	Escucha y movimiento	Explorar el ritmo y la coordinación	Evaluar la exploración y coordinación del ritmo	La exploración y coordinación del ritmo son insatisfactorias	La exploración y coordinación del ritmo son aceptables	La exploración y coordinación del ritmo son competentes	La exploración y coordinación del ritmo son destacadas
DMT	Calentamiento	Mejorar la técnica de movimiento y fluidez	Observar el nivel de mejora en la técnica de movimiento y fluidez	El nivel de mejora es insatisfactorio	El nivel de mejora es aceptable	El nivel de mejora es competente	El nivel de mejora es destacado
ALX	Desarrollo perceptivo	Explorar la interpretación y expresión del ritmo	Evaluar la interpretación y expresión del ritmo	La interpretación y expresión del ritmo son limitadas	La interpretación y expresión del ritmo son adecuadas	La interpretación y expresión del ritmo son efectivas	La interpretación y expresión del ritmo son sobresalientes
DMT / APS	Representación simbólica	Improvisación basada en los temas vistos	Evaluar la expresión y comunicación a través de la improvisación	La expresión es limitada	La expresión es adecuada	La expresión es efectiva	La expresión es sobresaliente
Despedida	Despedida afectiva	Despedida	Observar el grado de afectividad en la despedida	El grado de afectividad es mínimo o nulo	El grado de afectividad es regular	El grado de afectividad es adecuado	El grado de afectividad es destacado

Sesión 4: Exploración del espacio

Momento	Ejercicio	Objetivo	Criterio de Evaluación	Nivel 1 (Insuficiente)	Nivel 2 (Satisfactorio)	Nivel 3 (Bueno)	Nivel 4 (Excelente)
Saludo	Rito de preparación	Generar hábitos, brindar confianza y seguridad	Observar la participación activa y el seguimiento	La participación es mínima o nula	La participación es regular	La participación es constante	La participación es destacada
APS	Charla	Evaluar las condiciones del danzante	Identificar la capacidad de expresión y comunicación	La expresión y comunicación son limitadas	La expresión y comunicación son adecuadas	La expresión y comunicación son efectivas	La expresión y comunicación son sobresalientes
FDK	Escucha y movimiento	Explorar el movimiento y la conciencia corporal	Evaluar la exploración del movimiento y la conciencia corporal	La exploración del movimiento y la conciencia corporal son insatisfactorias	La exploración del movimiento y la conciencia corporal son aceptables	La exploración del movimiento y la conciencia corporal son competentes	La exploración del movimiento y la conciencia corporal son destacadas
DMT	Calentamiento	Mejorar aspectos funcionales y estructurales del patrón	Observar el nivel de mejora en aspectos funcionales y estructurales del patrón de movimiento	El nivel de mejora es insatisfactorio	El nivel de mejora es aceptable	El nivel de mejora es competente	El nivel de mejora es destacado
ALX	Desarrollo perceptivo	Experimentar el movimiento en diferentes direcciones	Evaluar la experimentación del movimiento en diferentes direcciones	La experimentación del movimiento en diferentes direcciones es limitada	La experimentación del movimiento en diferentes direcciones es adecuada	La experimentación del movimiento en diferentes direcciones es efectiva	La experimentación del movimiento en diferentes direcciones es sobresaliente
DMT / APS	Representación simbólica	Improvisación basada en los temas vistos	Evaluar la expresión y comunicación a través de la improvisación	La expresión es limitada	La expresión es adecuada	La expresión es efectiva	La expresión es sobresaliente
Despedida	Despedida afectiva	Despedida	Observar el grado de afectividad en la despedida	El grado de afectividad es mínimo o nulo	El grado de afectividad es regular	El grado de afectividad es adecuado	El grado de afectividad es destacado

Sesión 5: Coordinación y ritmo

Momento	Ejercicio	Objetivo	Criterio de Evaluación	Nivel 1 (Insuficiente)	Nivel 2 (Satisfactorio)	Nivel 3 (Bueno)	Nivel 4 (Excelente)
Saludo	Rito de preparación	Generar hábitos, brindar confianza y seguridad	Observar la participación activa y el seguimiento	La participación es mínima o nula	La participación es regular	La participación es constante	La participación es destacada
APS	Charla	Evaluar las condiciones del danzante	Identificar la capacidad de expresión y comunicación	La expresión y comunicación son limitadas	La expresión y comunicación son adecuadas	La expresión y comunicación son efectivas	La expresión y comunicación son sobresalientes
FDK	Escucha y movimiento	Explorar el movimiento y la coordinación corporal	Evaluar la exploración del movimiento y la coordinación corporal	La exploración del movimiento y la coordinación corporal son insatisfactorias	La exploración del movimiento y la coordinación corporal son aceptables	La exploración del movimiento y la coordinación corporal son competentes	La exploración del movimiento y la coordinación corporal son destacadas
DMT	Calentamiento	Mejorar aspectos funcionales y estructurales del patrón	Observar el nivel de mejora en aspectos funcionales y estructurales del patrón de movimiento	El nivel de mejora es insatisfactorio	El nivel de mejora es aceptable	El nivel de mejora es competente	El nivel de mejora es destacado
ALX	Desarrollo perceptivo	Desarrollar la coordinación y el ritmo	Evaluar el desarrollo de la coordinación y el ritmo	El desarrollo de la coordinación y el ritmo es mínimo o nulo	El desarrollo de la coordinación y el ritmo es regular	El desarrollo de la coordinación y el ritmo es adecuado	El desarrollo de la coordinación y el ritmo es sobresaliente
DMT / APS	Representación simbólica	Improvisación basada en los temas vistos	Evaluar la expresión y comunicación a través de la improvisación	La expresión es limitada	La expresión es adecuada	La expresión es efectiva	La expresión es sobresaliente
Despedida	Despedida afectiva	Despedida	Observar el grado de afectividad en la despedida	El grado de afectividad es mínimo o nulo	El grado de afectividad es regular	El grado de afectividad es adecuado	El grado de afectividad es destacado

Sesión 6: Descubrir el movimiento

Momento	Ejercicio	Objetivo	Criterio de Evaluación	Nivel 1 (Insuficiente)	Nivel 2 (Satisfactorio)	Nivel 3 (Bueno)	Nivel 4 (Excelente)
Saludo	Rito de preparación	Generar hábitos, brindar confianza y seguridad	Observar la participación activa y el seguimiento	La participación es mínima o nula	La participación es regular	La participación es constante	La participación es destacada
APS	Charla	Evaluar las condiciones del danzante	Identificar la capacidad de expresión y comunicación	La expresión y comunicación son limitadas	La expresión y comunicación son adecuadas	La expresión y comunicación son efectivas	La expresión y comunicación son sobresalientes
FDK	Escucha y movimiento	Mejorar la propiocepción y la conciencia corporal	Evaluar la mejora en la propiocepción y conciencia corporal	La mejora es insatisfactoria	La mejora es aceptable	La mejora es notable	La mejora es excepcional
DMT	Calentamiento	Mejorar aspectos funcionales y estructurales del patrón	Observar el nivel de mejora en el bienestar y estado	El nivel de mejora es insatisfactorio	El nivel de mejora es aceptable	El nivel de mejora es competente	El nivel de mejora es destacado
ALX	Desarrollo perceptivo	Experimentar el movimiento «hacia atrás y hacia abajo»	Evaluar la exploración y comprensión del movimiento	La exploración y comprensión del movimiento son insatisfactorias	La exploración y comprensión del movimiento son aceptables	La exploración y comprensión del movimiento son competentes	La exploración y comprensión del movimiento son destacadas
DMT / APS	Representación simbólica	Improvisación basada en los temas vistos	Evaluar la expresión y comunicación a través de la improvisación	La expresión es limitada	La expresión es adecuada	La expresión es efectiva	La expresión es sobresaliente
Despedida	Despedida afectiva	Despedida	Observar el grado de afectividad en la despedida	El grado de afectividad es mínimo o nulo	El grado de afectividad es regular	El grado de afectividad es adecuado	El grado de afectividad es destacado

Sesión 7: Experimentando los sentimientos

Momento	Ejercicio	Objetivo	Criterio de Evaluación	Nivel 1 (Insuficiente)	Nivel 2 (Satisfactorio)	Nivel 3 (Bueno)	Nivel 4 (Excelente)
Saludo	Rito de preparación	Generar hábitos, brindar confianza y seguridad	Observar la participación activa y el seguimiento	La participación es mínima o nula	La participación es regular	La participación es constante	La participación es destacada
APS	Charla	Evaluar las condiciones del danzante	Identificar la capacidad de expresión y comunicación	La expresión y comunicación son limitadas	La expresión y comunicación son adecuadas	La expresión y comunicación son efectivas	La expresión y comunicación son sobresalientes
FDK	Escucha y movimiento	Conectando las extremidades	Mejorar la propiocepción y conciencia corporal	La mejora es insatisfactoria	La mejora es aceptable	La mejora es notable	La mejora es excepcional
DMT	Calentamiento	Emociones	Mejorar el bienestar, estado de ánimo y dominio emocional	El nivel de mejora es insatisfactorio	El nivel de mejora es aceptable	El nivel de mejora es competente	El nivel de mejora es destacado
ALX	Desarrollo perceptivo	Segundo experimento: descubrir el «acortamiento»	Mejorar la exploración y comprensión del movimiento	La exploración y comprensión del movimiento son insatisfactorias	La exploración y comprensión del movimiento son aceptables	La exploración y comprensión del movimiento son competentes	La exploración y comprensión del movimiento son destacadas
DMT / APS	Representación simbólica	Improvisación basada en los temas vistos	Evaluar la expresión y comunicación a través de la improvisación	La expresión es limitada	La expresión es adecuada	La expresión es efectiva	La expresión es sobresaliente
Despedida	Despedida afectiva	Despedida	Observar el grado de afectividad en la despedida	El grado de afectividad es mínimo o nulo	El grado de afectividad es regular	El grado de afectividad es adecuado	El grado de afectividad es destacado

Sesión 8: Aprender del pasado

Momento	Ejercicio	Objetivo	Criterio de Evaluación	Nivel 1 (Insuficiente)	Nivel 2 (Satisfactorio)	Nivel 3 (Bueno)	Nivel 4 (Excelente)
Saludo	Rito de preparación	Generar hábitos, brindar confianza y seguridad	Observar la participación activa y el seguimiento	La participación es mínima o nula	La participación es regular	La participación es constante	La participación es destacada
APS	Charla	Evaluar las condiciones del danzante	Identificar la capacidad de expresión y comunicación	La expresión y comunicación son limitadas	La expresión y comunicación son adecuadas	La expresión y comunicación son efectivas	La expresión y comunicación son sobresalientes
FDK	Escucha y movimiento	Columna de gato	Mejorar la propiocepción y conciencia corporal	La mejora es insatisfactoria	La mejora es aceptable	La mejora es notable	La mejora es excepcional
DMT	Calentamiento	Equilibrio	Mejorar el bienestar, estado de ánimo y dominio emocional	El nivel de mejora es insatisfactorio	El nivel de mejora es aceptable	El nivel de mejora es competente	El nivel de mejora es destacado
ALX	Desarrollo perceptivo	Tercer experimento: experimentar el movimiento «hacia delante»	Mejorar la exploración y comprensión del movimiento	La exploración y comprensión del movimiento son insatisfactorias	La exploración y comprensión del movimiento son aceptables	La exploración y comprensión del movimiento son competentes	La exploración y comprensión del movimiento son destacadas
DMT / APS	Representación simbólica	Improvisación basada en los temas vistos	Evaluar la expresión y comunicación a través de la improvisación	La expresión es limitada	La expresión es adecuada	La expresión es efectiva	La expresión es sobresaliente
Despedida	Despedida afectiva	Despedida	Observar el grado de afectividad en la despedida	El grado de afectividad es mínimo o nulo	El grado de afectividad es regular	El grado de afectividad es adecuado	El grado de afectividad es destacado

Sesión 9: Vivir el presente

Momento	Ejercicio	Objetivo	Criterio de Evaluación	Nivel 1 (Insuficiente)	Nivel 2 (Satisfactorio)	Nivel 3 (Bueno)	Nivel 4 (Excelente)
Saludo	Rito de preparación	Generar hábitos, brindar confianza y seguridad	Observar la participación activa y el seguimiento	La participación es mínima o nula	La participación es regular	La participación es constante	La participación es destacada
APS	Charla	Evaluar las condiciones del danzante	Identificar la capacidad de expresión y comunicación	La expresión y comunicación son limitadas	La expresión y comunicación son adecuadas	La expresión y comunicación son efectivas	La expresión y comunicación son sobresalientes
FDK	Escucha y movimiento	Como si fueras un oso	Mejorar la propiocepción y conciencia corporal	La mejora es insatisfactoria	La mejora es aceptable	La mejora es notable	La mejora es excepcional
DMT	Calentamiento	Emociones	Mejorar el bienestar, estado de ánimo y dominio emocional	El nivel de mejora es insatisfactorio	El nivel de mejora es aceptable	El nivel de mejora es competente	El nivel de mejora es destacado
ALX	Desarrollo perceptivo	Cuarto experimento: experimentar el movimiento «hacia delante y hacia arriba»	Mejorar la exploración y comprensión del movimiento	La exploración y comprensión del movimiento son insatisfactorias	La exploración y comprensión del movimiento son aceptables	La exploración y comprensión del movimiento son competentes	La exploración y comprensión del movimiento son destacadas
DMT / APS	Representación simbólica	Improvisación basada en los temas vistos	Evaluar la expresión y comunicación a través de la improvisación	La expresión es limitada	La expresión es adecuada	La expresión es efectiva	La expresión es sobresaliente
Despedida	Despedida afectiva	Despedida	Observar el grado de afectividad en la despedida	El grado de afectividad es mínimo o nulo	El grado de afectividad es regular	El grado de afectividad es adecuado	El grado de afectividad es destacado

Sesión 10: Mirar hacia adelante

Momento	Ejercicio	Objetivo	Criterio de Evaluación	Nivel 1 (Insuficiente)	Nivel 2 (Satisfactorio)	Nivel 3 (Bueno)	Nivel 4 (Excelente)
Saludo	Rito de preparación	Generar hábitos, brindar confianza y seguridad	Observar la participación activa y el seguimiento	La participación es mínima o nula	La participación es regular	La participación es constante	La participación es destacada
APS	Charla	Evaluar las condiciones del danzante	Identificar la capacidad de expresión y comunicación	La expresión y comunicación son limitadas	La expresión y comunicación son adecuadas	La expresión y comunicación son efectivas	La expresión y comunicación son sobresalientes
FDK	Escucha y movimiento	Date un Respiro	Mejorar la propiocepción y conciencia corporal	La mejora es insatisfactoria	La mejora es aceptable	La mejora es notable	La mejora es excepcional
DMT	Calentamiento	Creación	Mejorar aspectos funcionales y estructurales del patrón de marcha	El nivel de mejora es insatisfactorio	El nivel de mejora es aceptable	El nivel de mejora es competente	El nivel de mejora es destacado
ALX	Desarrollo perceptivo	Quinto experimento: experimentar el movimiento «hacia delante y arriba» y de «alargamiento»	Mejorar la exploración y comprensión del movimiento	La exploración y comprensión del movimiento son insatisfactorias	La exploración y comprensión del movimiento son aceptables	La exploración y comprensión del movimiento son competentes	La exploración y comprensión del movimiento son destacadas
DMT / APS	Representación simbólica	Improvisación basada en los temas vistos	Evaluar la expresión y comunicación a través de la improvisación	La expresión es limitada	La expresión es adecuada	La expresión es efectiva	La expresión es sobresaliente
Despedida	Despedida afectiva	Despedida	Observar el grado de afectividad en la despedida	El grado de afectividad es mínimo o nulo	El grado de afectividad es regular	El grado de afectividad es adecuado	El grado de afectividad es destacado